

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
(РАНХиГС)

ПРЕПРИНТ

ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ЗДРАВООХРАНЕИИ РОССИИ
НА РУБЕЖЕ ТРЕТЬЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ XXI ВЕКА

Габуева Л.А.

Москва 2021

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР,
директор Центра
подготовки управленческих
кадров ИОМ, д.э.н., проф.

Л.А. Габуева

подпись, дата

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: обоснование роли, места и механизмов современных экономических методов управления здоровьем населения России для роста эффективности использования плановых и мобилизационных финансов, выделяемых на приоритетные национальные цели и тактические задачи в сфере здравоохранения.

Методы и методология исследования: теория управления, концепции социальных наук, методология общественного здоровья, методы медицинской статистики, экономико-математическое моделирование социальных процессов, инструменты риск-менеджмента, оценки эффективности проектов развития, стандарты менеджмента качества.

Результаты НИР могут использоваться для:

- Медико-демографической прогностической экспертизы факторов формирования здорового образа жизни старшего поколения России,
- Составления межведомственного информационного регламента обмена информацией по медико-социальной обеспеченности пожилых граждан,
- Качественного повышения стандартов профилактической и реабилитационной работы с гражданами старших половозрастных групп,
- Уточнений среднесрочных программ мероприятий по диспансеризации пенсионеров.
- Практическая значимость исследования обусловлена:
- Разработкой практических инструментов бюджетирования объектов здравоохранения по национальным приоритетам здравоохранения (онкологическая помощь, сердечно-сосудистые заболевания, первичная медико-санитарная помощь с профилактическими мерами и пр.) за счет средств бюджетов и ОМС.

Систематизацией компетенций федеральных органов управления, имеющих административные регламенты (порядки, правила) регулирования здравоохранительных мер в ведомственной системе управления социальными процессами развития общества, а также региональных органов управления здоровьем населения, включая работу региональных проектных офисов.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1 Медико-экономические приоритеты и финансовое обеспечение национальных целей развития российского здравоохранения в 2018-2020 гг.	8
2 Обобщенная модель организационно-методического обеспечения государственных проектов развития в здравоохранении: лучшие практики региональных (муниципальных) проектных офисов	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	48

ВВЕДЕНИЕ

С 2007 года по настоящее время Министерство здравоохранения развивает проектную деятельность в стране для создания условий, возможностей и мотивации населения РФ для ведения здорового образа жизни и совершенствует систему организации медицинской помощи населению. В 2007 году был создан национальный проект «Здоровье» для решения неотложных задач здравоохранения и создание условий для последующего развития, а соответственно и для последующих проектов. Цели проекта – снижение смертности от трёх основных причин: сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, травм при ДТП. В результате были открыты региональные сосудистые центры, первичные сосудистые отделения.

На данный момент основным проектным направлением в области здравоохранения является проекта «Здравоохранение», в ней сформулированы основные приоритеты проектного развития отрасли, в рамках которых приоритетным целям государственного проекта развития здравоохранения РФ можно отнести такие подпрограммы, как борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями, формирование здорового образа жизни, охрана жизни и здоровья матери и ребенка, обеспечение кадровыми ресурсами. В проекте четко сформулированы цели, в плане онкологии – снижение смертности до 185 на 100000 населения и обеспечение доступности медицинской помощи. Согласно Указу Президента Российской Федерации №204 и № 474 в России осуществляется реализация национальных проектов по 13 направлениям стратегического развития, которые направлены на прорывное научно-технологическое и социально-экономическое развитие страны. Общий объем инвестиций для реализации нацпроектов до 2024 года в России составляет 25,7 трлн рублей (18,062 и 7,66 трлн рублей из которых являются бюджетными и внебюджетными соответственно). Повышение уровня жизни, создание условий и возможностей для самореализации и раскрытия таланта каждого человека напрямую связано с национальным проектом «Здравоохранение», на долю которого приходится 1,632 трлн рублей бюджетных (или 9% всех бюджетных ассигнований) и 1,726 трлн рублей внебюджетных средств (или 22,5% всех внебюджетных средств); национального проекта «Демография» - бюджетных средств 3,051 (почти 17% всех бюджетных средств нацпроектов) и 3,105 трлн рублей внебюджетных средств (40% всех внебюджетных средств нацпроектов).

Само появление проектной деятельности в системе здравоохранения насчитывает несколько лет, что связано с изменением подходов к выделению целевого бюджетного финансирования. В 2016-2019 гг. переход на проектное управление и информационную зрелость стало нормой бюджетного процесса.

В рамках реализации масштабных инфраструктурных задач в социальной сфере для решения практико-ориентированных подходов по росту доступности и качества медицинской деятельности, сопряжения национальных индикаторов с региональными возможностями сети медицинских организаций стали приниматься структурированные нормативные документы, получившие название проектов. Они необходимы для развития комплекса организаций здравоохранения, социального обеспечения и являются частью стратегического планирования социально-экономического развития регионов. Ограниченные ресурсы бюджетных и внебюджетных источников и заданные индикаторы, условия их выделения приводят к формированию портфеля проектов, через которые стратегия и реализуется.

Этот процесс Министерство здравоохранения и ФОМС в последние годы делегируют органам управления здравоохранением субъектов РФ и ТФОМС, а они передают часть компетенций медицинским информационным центрам (МИАЦ) и (или) менеджменту областных больниц, межрайонных (межмуниципальных) медицинских центров. В этих условиях в медицинских организациях реализуемые региональные проекты становятся зависимы друг от друга, а используемые совместные ресурсы, включая финансы, могут затрагивать различные сферы деятельности организаций, что изменяет старые принципы организации работы, способствует внедрению цифровых технологий, поощряет капитальные вложения в строительство и реконструкцию и т.д.

Отметим, что масштаб и сложность региональных проектов, регулируемых под внешним воздействием из федерального центра с его целевым финансовым обеспечением национальных приоритетов, не однороден. Обеспечение скоординированности по результату и целям проектного управления на региональном уровне достигается посредством объединения проектов в программы и портфели. Грамотные управленческие решения, принятые на стратегическом уровне, а также на уровне управления отдельными проектами могут приводить к наиболее эффективной их реализации.

В проектной деятельности 2021-2024 годов в сфере здравоохранения используются возможности информационных систем, которые дают возможность делить задачи на более мелкие подзадачи и оперативно следить за критериями их реализации, пошагово формализуя соответствие хода работ контрольным сигнальным точкам достижения целей.

Выполнение планов проекта предполагает эффективное взаимодействие с различными службами разных органов госконтроля, социального обеспечения, ресурсообеспечительными организациями и т.д. Отметим, что сегодня нельзя представить опережающего контроля за результатами проектной деятельности без единой

информационной системы, интегрированной в медицинские информационные системы, а также в системы бухгалтерского учета и отчетности.

В связи с этим, назрела необходимость качественно-новой системы контроля вообще и за проектной деятельностью, - в частности. Контроль и мониторинг результатов становятся общей задачей органов управления и внебюджетных фондов. Специалисты этих структур госуправления осваивают методы мониторинга и работ проекта, чтобы обеспечивать сбор и фиксацию данных о ходе выполнения национальных целей и региональных программ развития здравоохранения.

Типизация аналитических отчетов о ходе реализации национальных целей проекта «Здравоохранение», «Демография» в 2018-2030 гг. может быть использована для многих этапов планирования, финансирования и общей структуры формирования учетно-отчетных контрольных форм.

1 Медико-экономические приоритеты и финансовое обеспечение национальных целей развития российского здравоохранения в 2018-2020 гг.

Остановимся на макро - мезоэкономических приоритетах развития сферы здравоохранения в 2020-2024 гг., которые составляют комплексный подход плановых мер в нацпроектах и подпрограммах Программы развития здравоохранения.

Акцент на детское здравоохранение, материнство и рост здоровых рождений.

К началу реализации национального проекта в 2018 году, по данным официальной статистической формы № 30, в Российской Федерации насчитывалось 2 698 детских поликлиник, что на 187 меньше, чем в 2017 году (2 716). Мощность (плановое число посещений в смену) детских поликлиник в амбулаторных условиях составила в 2018 году 517 990 посещений в смену, что на 5 667 больше, чем в 2017 году (512 323 посещений в смену).

В 2018 году детьми 0–17 лет было осуществлено 191 349 617 посещений врача-педиатра, из которых по поводу заболеваний – 95 116 292 посещения. На одного педиатра приходится 3 912 посещений в год (рассчитано авторами по форме № 30 за 2018 г).

В свете задач на 2019–2024 годы проект развития детского здравоохранения включает создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» [1]. Проект с 2020 года дополнен мероприятиями по развитию профилактической направленности педиатрической службы и внедрению стационар замещающих технологий в амбулаторном звене.

По данным на 1 января 2019 года численность женского населения в Российской Федерации составила 78,7 млн человек (54 % от общей численности населения Российской Федерации). Находящегося в репродуктивном возрасте– 34,9 млн (около 44 % женского населения). В этих условиях задача повышения уровня родов, укрепления здоровья матери и ребенка приобретает первостепенное развитие.

Отметим, что успешно реализуемая целевая (президентская) программа материнского капитала показала свою эффективность. Сумма перечислений за каждую женщину в 2020 и последующих годах составит 4 тыс. руб., из которых: 3 тыс. руб. - за оказание медпомощи; 1 тыс. руб. - за оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи. Деньги пойдут на оплату труда юристов, медицинских психологов (психологов) и специалистов по социальной работе [2].

В таблице 1 представим, как общая сумма федерального бюджета на уровне 1544,2 млрд. рублей, распределяется на выплаты материнского капитала за рождение 1-го и 2-го ребенка в период 2020-2022 гг.

Таблица 1 - Основные финансовые параметры реализации проекта «материнский капитал», 2020-2022 гг. [3]

годы	выплаты за первого ребенка, млрд руб.	второй ребенок, млрд руб.	всего за период, млрд руб.
2020	316,4	122,4	438,8
2021	329,2	210,7	539,9
2022	299,7	265,8	565,5

Примечание – Составлено авторами на основании [3].

В период с 2021 года процедура получения выплат переводится в электронный формат. Женская консультация должна будет передать в фонд социального страхования необходимые сведения о постановке на учет и наблюдении будущей мамы. Роддом будет уведомлять фонд о том, что роды состоялись, а в детской поликлинике необходимо будет обеспечить электронный учет и постановку ребенка на учет в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев. На основании данных, которые поступят путем межведомственного взаимодействия в единую информационную систему ФСС должен будет произвести оплату медицинским организациям оказанных услуг. Сохраняются в период до 2024 года размеры выплат за медпомощь в стационаре, оказанную женщинам и новорожденным при родах и в послеродовой период, а также за профилактические осмотры ребенка в течение первых шести месяцев и вторых шести месяцев с даты постановки на учет.

В этой связи отметим, что в 2018 году (на начало национального проекта) доля женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель, составила 87,6 % (в 2017 году – 87,5 %; в 2016 году – 86,8 %; в 2015 году – 86,2 %). Для стимулирования раннего наблюдения за беременностью тогда еще было принято решение увеличить пособия при постановке на учет в ранние сроки беременности. Такие меры мотивации женщин можно считать весьма продуктивными, что дало повод продолжить работу в этом направлении и до 2024 года. Установлено, что при рождении ребенка выплаты пособий составят 18 004,12 руб., по уходу за вторым ребенком - 6751,54 руб. [4]

Отметим, что показатель доли нормальных родов на стадии принятия решений о реализации национальных приоритетов развития (в 2018 году) ухудшился и составил 37,3 % (в 2017 году – 37,6 %; в 2016 году – 38,4 %; в 2015 году – 38,4 %).

При этом, по состоянию на 1 января 2019 года в РФ уже существовало 32 перинатальных центра, в которых принято более 108 тыс. родов и оказано консультаций более чем 609,3 тыс. женщин.

Здоровье новорожденных находится под постоянным наблюдением государства в лице его органов, так уже с 1.01.2019 г. введен обязательный неонатальный и аудиологический скрининг на 5 наследственных заболеваний. Общее количество проведенных скринингов оценивается на уровне более чем 1,58 млн. новорожденных (93 % от числа родившихся). Такие показатели отвечают требованиям Всемирной организации здравоохранения и свидетельствуют об эффективности проводимого мероприятия. Однако, в результате проведенных исследований новорожденных детей до сих пор выявляется наличие врожденных наследственных заболеваний, в том числе по состоянию на 01.01.2020 г. отмечается рождение: 96 детей – с фенилкетонурией, 138 детей – с врожденным гипотиреозом, 63 ребенка – с адреногенитальным синдромом, 23 ребенка – с галактоземией, 52 ребенка – с муковисцидозом и т.д.

Учитывая такую статистику, принято решение до 2024 года обратить особое внимание органов управления здравоохранением на развитие новых правил работы, стандартов оснащения, штатных нормативов для специализированных реабилитационных детских отделений: нейрореабилитационного; ортопедического; соматического; офтальмологического или сурдологического; онкологического [5]. Во всех субъектах РФ указано на необходимость повысить внимание к квалификации врачей-педиатров, а также скорректировать наборы на педиатрические факультеты медицинских ВУЗов.

Поддержка граждан старше трудоспособного возраста и развитие сети профильных направлений здравоохранения, направленных на рост продолжительности здоровой жизни.

Перед началом реализации мер укрепления здоровья и продления активного долголетия у граждан, достигших пенсионного возраста и старше было отмечено, что существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает особенностей работы с пожилыми гражданами, что требует осуществления целенаправленных мер по созданию системы гериатрической помощи, повышению уровня знаний по гериатрии врачей общей лечебной сети [6].

При этом, потребность в амбулаторно - поликлинической помощи у пожилых в 2 - 4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста; потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5 - 3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения.

Как известно, гериатрическая помощь — это система лечебно-профилактических и социальных мероприятий, осуществляемых учреждениями здравоохранения и социального

обеспечения в отношении лиц пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), страдающих хроническими заболеваниями с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. Целью гериатрической помощи является продление активного долголетия и повышение качества жизни в пожилом возрасте. Гериатрическая помощь может иметь амбулаторный и стационарный характер и оказываться как специализированными медицинскими организациями (гериатрические центры), так и структурными подразделениями многопрофильных и специализированных медицинских организаций.

Активно на протяжении 2020-2024 годов и на плановый период до 2030 года, наряду с инфраструктурой помощи пожилым, делается акцент на специализацию медиков. В этой связи с 2019 года принят и начал активно внедряться профессиональный стандарт «врач – гериатр» и дополнены положения профессионального стандарта «врач паллиативной помощи». Направления по достойному уходу из жизни стало включаться в государственные программы и программу ОМС (поликлинические выездные патронажные бригады).

Рост доступности медицинской помощи (первичной и специализированной) всем группам населения субъектов России.

Отметим, что вплоть до 2019 года почти в 15 тыс. населенных пунктов сохраняются ограничения и риски по доступности оказания медицинской помощи (того или иного рода) населению в соответствии с утвержденными нормативами медицинской помощи.

На начало развития данного стратегического направления из 81 348 населенных пунктов с численностью до 100 человек 1 115 (1,4 %) не имеют доступа к скорой медицинской помощи, 13 042 (16 %) – к первичной помощи в шаговой доступности (хотя бы в течение часа). При этом, из 40 882 населенных пунктов с численностью от 100 до 1 тыс. человек 1 071 (2,6 %) не имеет доступа к скорой медицинской помощи, 2 139 (5,2 %) – к первичной помощи.

В развитие направлений доступности первичной помощи начал прорабатываться проект «Новая модель медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи». До конца 2021 года во всех 85 субъектах РФ предусмотрено финансовая поддержка данного проекта в среднем по 90 млн. рублей ежегодно из средств федерального бюджета и средств внебюджетных источников.

На рисунке 1 наглядно представим направления реализации новой модели поликлиники и сопряженность с ней задач менеджмента таких медицинских организаций.

Отметим, что профилактика и диспансеризация населения стоит в поликлиниках в качестве главной задачи на ближайший трехлетний период (рисунок 1).

Как видно на рисунке 1, ИТ-технологии при обращении населения за помощью и (или) для записи на определенное время к врачу участковому, врачу-специалисту невозможны без наличия электронного расписания и ведения электронных медицинских карт пациентов. Упорядочивание работы врачей в информационном формате потребует пересмотра их нагрузки (функции врачебной должности). При этом, параллельно с совершенствованием медицинской работы надо не забыть поправить и управленческий учет (статистику, экономику, бухучет).

КРИТЕРИИ ПРОЕКТА «НОВАЯ МОДЕЛЬ УЧРЕЖДЕНИЯ ПМСП» И ПРИОРИТЕТЫ В УПРАВЛЕНИИ, УЧЕТЕ И ПЛАНИРОВАНИИ в ЛПУ



Примечание – Составлено авторами.

Рисунок 1 - Основные направления внедрения новой модели учреждения первичного звена и задачи менеджмента медицинских организаций по их адаптации в деятельность персонала

При развитии доступности технологий лечения очень важным звеном оказания медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в поликлиниках по месту жительства. Вся помощь территориальному населению в данных условиях является бесплатной, а расходы медицинских организаций на ее оказание возмещаются тарифом ОМС и доводятся по численности прикрепленных к поликлинике граждан на основе подушевого норматива финансирования (или в сочетании с оплатой за

единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)) и (или) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

При реализации национальных приоритетов развития здравоохранения в 2020 году поликлиническая помощь населению претерпела изменения. сделан акцент на выделение профилактики в особый раздел работы врачей-участковых и врачей-специалистов. целевой показатель охвата диспансерным наблюдением составляет 70% пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, выявленными в процессе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а в старших возрастных группах - не менее 90%.

Учет объемов медпомощи по программе госгарантий и ее финансировании дополняется сведениями: по профилактическим медосмотрам; диспансеризации; сверх подушевого финансирования. Учет объемов по программе госгарантий «дорогостоящий» параклинических исследований выделяется с лечебно-диагностическими целями (выделяя исследования по выявлению онкологии) [7]. Министерством здравоохранения разработаны методические рекомендации, утвержденные 22.10.2019 года по основным принципам и алгоритмам проведения определенных видов профилактического консультирования:

- Разъяснение пациентам мер по снижению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний,
- Краткое индивидуальное профилактическое консультирование,
- Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование,
- Групповое углубленное профилактическое консультирование (школы пациентов).

Много внимания уделяется разработке нормативно-правовых и методических материалов для медработников и пациентов.

Наряду с этим, отметим, что совершенствование нормативов по труду – это очень важная часть инструментов роста эффективности и производительности труда основных работников сферы здравоохранения (таблица 2).

В таблице 2 представим данные о результатах аудитов полезного времени, времени на подготовительно-заключительные работы для ряда основных врачебных специальностей в поликлиниках для взрослых.

Таблица 2 - Пример результативности аудита времени врачебных приемов по разным профилям обращения населения в поликлиники

Специальность	Полезное время (Т)	Интервал записи (i)	Порог эффективности приема (Х)
Дерматолог	7	15	47%
Офтальмолог	8,1	15	54%
Кардиолог	8	15	53%
Эндокринолог	7,5	15	50%
Хирург	8,3	15	55%
Травматолог-ортопед	9,2	15	61%
Онколог	8	15	53%
Акушер-гинеколог	9,9	15	66%

Примечание – Составлено авторами.

На рисунке 1 видно, что развитие электронной регистратуры потребует повышения квалификации персонала, совершенствования всей логистики пациентов по поликлинике. Говоря об этом, сразу представляются вложения финансовых средств.

В тоже время, отметим, что велика еще доля средств, снимаемых страховыми медицинскими организациями, ведущими проверки качества помощи. Так, в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях доля снятия средств в виде штрафа со счета может составлять от 0,5 до 3% при проведении проверок качества и доступности медицинской помощи.

Основные причины штрафных санкций к медицинским организациям представим на рисунке 2. Как видно, на выделенные причины (некорректное заполнение документации; работа без лицензии; дублирование услуг поликлиники в счете стационара) приходится 68% всех санкций системы страховых экспертов.



Примечание – Составлено авторами на основании данных ФОМС.

Рисунок 2 - Основные причины штрафных санкций, связанных со снятием денег со счетов поликлиник, 2019 год

Отметим, что расходы федерального бюджета в 2019 году составили 18,037 трлн. рублей, а общий объем межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов составлял в 2019 году – 2,273 трлн. рублей, т.е. вся сумма располагаемого бюджета равна около 20 трлн. рублей. На этом фоне выделение из федерального бюджета средств на здравоохранение может представляться существенным, а именно по годам в: 2019- 655,0 млрд. рублей; в 2020 -918,0 млрд. рублей; в 2021 гг.- 856,1 млрд. рублей [8].

Без учета «противопандемийных» расходов на реализацию национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов (6 лет) до поручений Президента России 2020 года уже было утверждено дополнительно к ранее выделенным ассигнованиям - 1,6 трлн. рублей. При этом, на все меры поддержки в рамках реализации поручения Президента - 2020 до 2024 года, по нашим оценкам, потребуется всего около 4 трлн. рублей, а в ближайший трехлетний бюджет (2020-2022 гг.) на реализацию основных мероприятий соответственно надо предусмотреть: от 400 млрд. рублей с 2020 до 1 трлн. рублей в 2022 году.

Реализация мер по борьбе с пандемией COVID-19 привела почти к двукратному росту расходов субъектов РФ на здравоохранение в январе–июле 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. Региональные бюджеты традиционно выступают одним из основных источников финансирования здравоохранения в России: порядка трети государственных расходов на медицину в стране финансируется через бюджеты регионов, в том числе за счет целевых трансфертов из федерального бюджета. Осуществление мер по предупреждению эпидемий и ликвидации их последствий является расходным обязательством субъектов Российской Федерации, а значит, расходы в значительной мере должны (были) лечь на их плечи [9].

Проведенный анализ показал, что совокупные расходы неконсолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение за январь — июль 2020 года увеличились на 88% (на 472 млрд руб.) по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. Доля расходов субъектов РФ на здравоохранение за семь месяцев 2020 года достигла 14% совокупных расходов, тогда как в 2017–2019 годах она составляла порядка 9–10%. Кроме того, ежемесячные расходы российских регионов на здравоохранение в апреле — июле 2020 года находились в диапазоне 14–18%, в то время как за аналогичный период 2019 года они не превышали 11% совокупных расходов.

Отметим, что при плановой работе всех систем здравоохранения основным условием выделения финансовых средств под проекты и программы развития является выполнение значений ряда индикаторов достижения определенных национальных целей

(всего 113). Основную часть публичных обязательств по реализации ключевых направлений национальной стратегии развития здравоохранения составляют социально-значимые виды медицинской помощи, занимающие в последние годы лидирующие позиции в показателях заболеваемости и смертности всех половозрастных групп населения субъектов России. Социальные федеральные государственные стандарты оказания специализированной помощи по профилям национальных целей: сердечно-сосудистые, онкологические заболевания; здоровье-сбережение и уход за пожилыми; здоровье матерей с детьми, детская реабилитация и др. переданы на оплату в систему фондов ОМС.

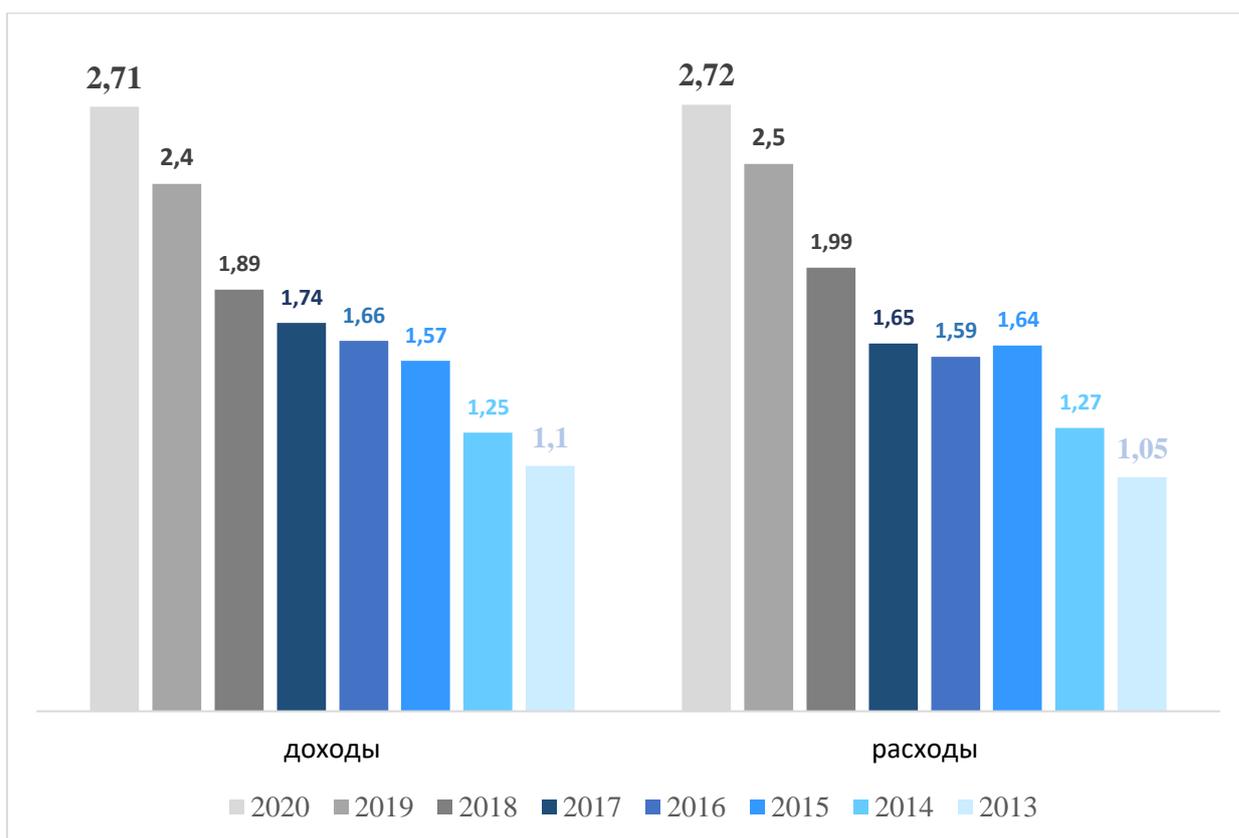
В этой связи размеры бюджета ФОМС по доходам и расходам влияют на доступность и качество такой медпомощи, а также оказывают давление и на выполнение критериальных показателей достижения целей развития регионального здравоохранения. Отметим размер утвержденных ассигнований ОМС в 2020-2023 гг. в среднем в год составит 2,367 трлн рублей., в том числе за счет межбюджетного трансферта из федерального бюджета 246 742 139,2 тыс. рублей. Предварительная оценка реальных расходов 2020 – 2021 годов опирается на утвержденную цифру около – 2,511 трлн рублей, что к 2022 году по плану должно составить 2,645 трлн рублей [10].

При этом, уже сейчас становится вероятным, что данные плановые цифры придется увеличивать (корректировать) в среднем в год на сумму около 0,263 трлн. рублей, статистически отмеченных имеющихся дополнительных расходов системы ОМС.

Мы наглядно представим имеющиеся данные в динамике по денежной емкости страховых средств, направляемых на оплату медицинской помощи 99,9% населения России, имеющего полисы обязательного медицинского страхования с 2013-2020 гг. (рисунок 3).

Параллельно с утверждением национальных приоритетов в здравоохранении России реализуются мероприятия в рамках девяти подпрограмм федеральной ведомственной программы «Развитие здравоохранение».

Отдельные направления которой, с учетом обновленных федеральных проектов были в 2018-2019 гг. скорректированы. Так, некоторое уменьшение средств Минздрава (примерно около 636,1 млн. рублей) произошло по направлениям: фундаментальные и прикладные исследования; образование, управление кадровыми ресурсами; наркологическая и социально-значимая помощь.



Примечание – Составлено авторами на основании данных о бюджете ФОМС [10].

Рисунок 3 - Динамика емкости обязательных страховых средств здравоохранения за 2013-2020 гг.¹, направляемых на оплату лечения и профилактики заболеваний застрахованного по ОМС населения субъектов РФ, триллионов рублей

При этом, примерно на похожую сумму произошло увеличение ассигнований на скорую помощь и медицину катастроф; льготные лекарственные препараты, распределяемые в поликлиниках; на стационарную помощь и санаторно-курортную и медицинскую реабилитацию.

На рисунке 4 наглядно представим соотношение всех источников средств для реализации девяти подпрограмм, составляющих содержание мер и целей Программы.

¹ До уточнения дополнительных целевых ассигнований на ликвидацию ново коронавирусной инфекции.



Примечание – Составлено авторами на основании данных Минфина РФ, Минздрава РФ [7].

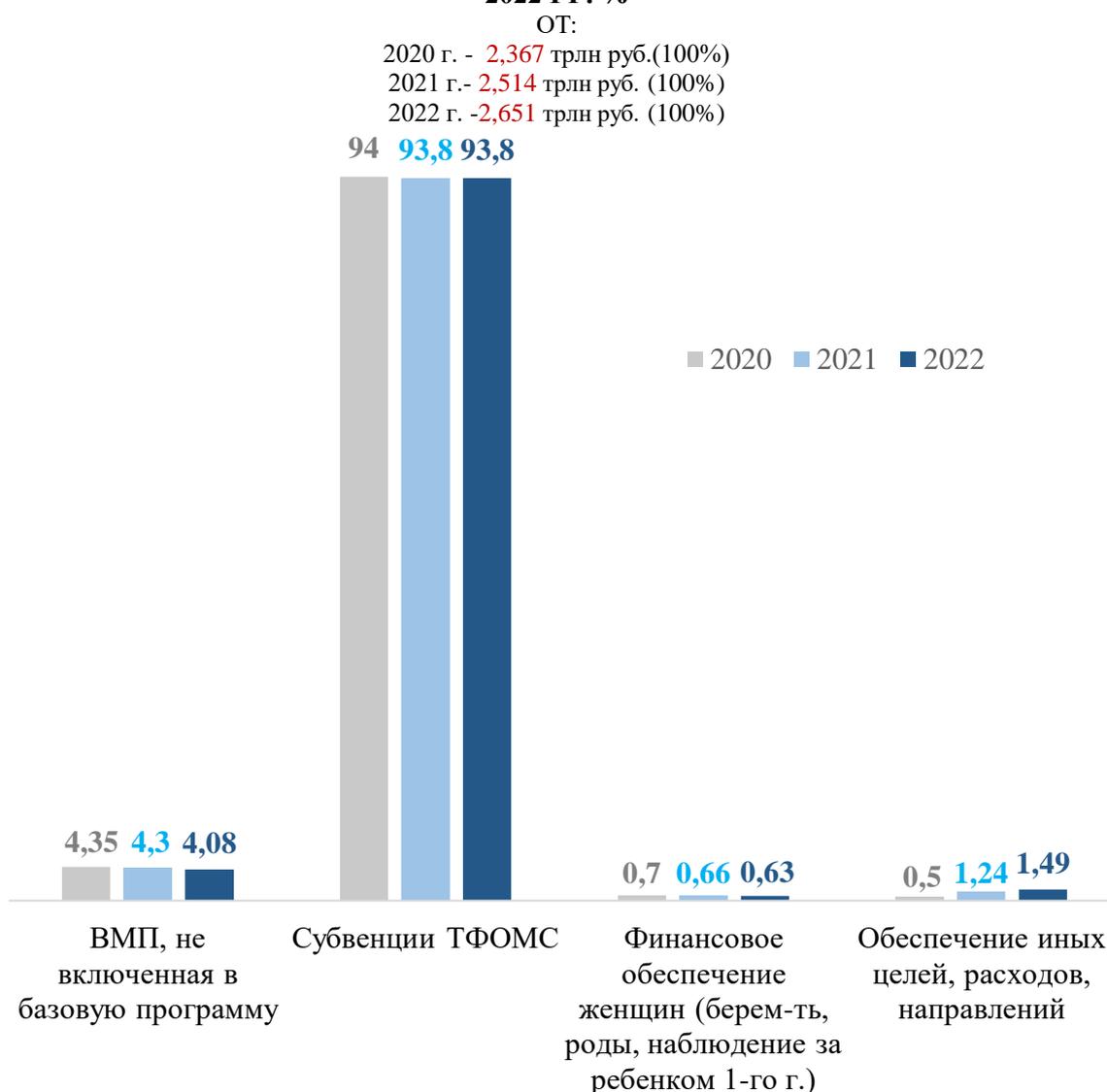
Рисунок 4 - Соотношение источников возмещения расходов на реализацию всех направлений ведомственной программы «Развитие здравоохранения»

Как видно на рисунке 4, средства внебюджетных фондов составляют 54% финансового ресурса Программы.

В этой связи стоит отметить, что ОМС активно участвует в реализации медико-социальных функций государства. Партнерство в финансах по наиболее затратным методикам лечения онкологических, сердечно-сосудистых диагнозов, долговременный уход и паллиативную помощь пожилым гражданам, а также неврологическую реабилитацию детей и дорогостоящие скрининги беременных женщин стали для ОМС привычными расходами, включенными в территориальные программы. С 2020 года высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), не включенная в базовую программу ОМС, будет софинансироваться из федерального бюджета, а перечень соответствующих медицинских организаций установит уполномоченный орган субъекта РФ. Также в 2020-2022 гг. из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС выделяются ассигнования на стимулирующие выплаты медработникам за выявление онкозаболеваний в ходе диспансеризации и профилактических медосмотров. Территориальные фонды получают в этот период трансферты на оплату труда врачей и среднего медперсонала первичного звена.

Наглядно структуру расходования федеральных средств ОМС представим на рисунке 5.

СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФОМС В 2020-2022 ГГ. %



Примечание – Составлено авторами на основании данных о бюджете ФОМС [10].

Рисунок 5 - Структура расходов федеральных средств ОМС, 2020-2022 гг., 5 от утвержденных ассигнований

Определенная роль средств ОМС для финансового обеспечения национальных приоритетов развития здравоохранения определяет необходимость:

- Планирования объемов медицинской помощи, являющихся приоритетными для обеспечения здоровья населения и активного долголетия, а также их тарификация,
- Необходимость выделения тарифа для профилактических мероприятий, способствующих снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения по причинам, выбранным в качестве стратегии,

– Разработка логистики и маршрутизации застрахованных с установленным диагнозом, находящимся в фокусе внимания государственных структур, что обеспечивается страховыми представителями СМО и ТФОМС.

С учетом выше сказанного обеспечение устойчивости доходной части ФОМС представляется крайне важным направлением текущей и перспективной работы уполномоченных органов.

Наглядно структура поступлений средств в бюджет ФОМС из разных источников представлена на рисунке 6.



Примечание – Составлено авторами на основании о бюджете ФОМС [10].

Рисунок 6 - Структура поступлений средств в бюджет ФОМС, 2021 год

Как видно на рисунке 6, большая часть всех поступлений (57%) связана с отчислениями страховых взносов на ОМС в размере 5,1% от заработной платы работающих граждан (1453,7 млрд. рублей). 31% (738,3 млрд. рублей) составляют поступления за неработающее население, существующие в форме нагрузки на страхование для органов исполнительной власти субъектов РФ. Около 12% (293,07 млрд. рублей) составляют переводы из федерального бюджета.

Таким образом, можно констатировать следующее:

1) Национальные цели развития здравоохранения в части сопряженности объемно-финансовых параметров федерального бюджета (всех проектов, включая программу «Развитие здравоохранения»), бюджетов софинансирования субъектов РФ, средств ОМС требуют структурирования с учетом текущих ассигнований 2020-2021 гг. противопандемийных мер и прогнозов предупредительных мероприятий борьбы не только с неинфекционными, но и с инфекционными заболеваниями населения,

2) Перенос оплаты большинства видов и объемов первичной, специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи в систему внебюджетных фондов ОМС должен быть дополнен экстенсивными бюджетными мерами экономической поддержки производителей услуг здравоохранения, которые реализуют социальные функции и не в полной мере способны выполнить жесткие требования соответствия экономки ЛПУ способам оплаты в ОМС, условиям равномерности выполнения объемов помощи, норм материальных, кадровых, технических ресурсов и пр.,

3) В сложных санитарно-эпидемических условиях реализации целей и задач национальных приоритетов развития здравоохранения в 2021-2024 гг. и на плановый период до 2030 года, наблюдаемые текущие и перспективные сдвиги половозрастной динамики потребления услуг в сторону старших возрастов населения регионов России, а также наблюдаемый рост патологии рожденных детей и снижение ранних родов, могут существенно влиять на структуру территориальных программ государственных гарантий, что требует большей вовлеченности органов управления здравоохранением в процессы справедливого распределения ресурсов отрасли, включая финансовые.

Сопоставление вложенных финансовых средств и результатов, полученных в виде количественно измеримых оценок реализации целей (задач), должно быть важным элементом управления.

В таблице 3 представим контент анализ существующих методических подходов к управлению эффективностью госпрограмм.

Таблица 3 - Эволюция подходов к оценкам эффективности госпрограмм [11]

№ п/п	Эволюция подходов оценки «эффективности» госпрограмм	Содержание подхода
1	Управления бюджетными ресурсами (затратами) [12]	Планирование и нормирование государственных расходов под госпрограмму
2	Бюджетирование, ориентированное на результат [13]	Среднесрочные ориентиры (показатели) достижения цели программы для всех участников бюджетного процесса и (или) администраторов бюджетных средств
3	Программные бюджеты и утверждение государственных программ Российской Федерации [14]	Связь стратегического и оперативного государственного управления на основе составления социально-экономических планов развития страны, регионов, отраслей
4	Приоритетные национальные проекты [15,16]	Выделение финансов на определенный срок для выполнения заданных параметров госпрограмм с учетом координации действий межотраслевых стейкхолдеров
5	Построение системы стратегического планирования [17]	Соединение финансового, социально-экономического, а также иных видов планирования на макроэкономическом уровне

Примечание – Составлено авторами на основании [11-17].

Отметим, что на рубеже 2017-2018 годов система управления бюджетами государственных программ РФ основана на работе федеральных органов исполнительной власти, которые для достижения приоритетов и целей социально-экономического развития, и обеспечения национальной безопасности РФ формируют ведомственные государственные программы развития (п. 2-3 таблицы 3). Период планирования бюджетных расходов и горизонт установления индикаторов оценки результатов реализации ведомственных госпрограмм, как правило, кратен трехлеткам. Трехлетний период остается основным временным интервалом бюджетного планирования ассигнований и расходов в большинстве госпрограмм. При этом в стратегии социально-экономического развития РФ, отраслевых документах стратегического планирования РФ, стратегии пространственного развития РФ и основных направлениях деятельности Правительства РФ может устанавливаться и более длительный временной период планирования (п.5 таблица 3).

Переход российской экономике к долгосрочным планам реализации госпрограмм (на шесть и более лет), как принято считать, связан с переходом на управленческие практики проектного финансирования (п. 4 таблица 3). По мнению, Мазур И.И., Шапиро В.Д., Ольдегге Н.Г. [16] «проект характеризуется направленностью на достижение конкретных целей, определенных результатов; координацией выполнения многочисленных взаимосвязанных действий; ограниченной протяженностью во времени, с определенным началом и концом». Различия между проектами, программами и планами состоят в особенностях их правового оформления и в складывающихся тенденциях управленческой практики, используемых инструментах.

Построение системы стратегического планирования (п.5 таблица 3) в России предполагает соединение финансового, социально-экономического, а также иных видов планирования. А по мнению ряда авторов [18], пока цель создания системы стратегического планирования, которая была определена Федеральным законом "О стратегическом планировании в Российской Федерации", находится в стадии становления.

Отметим, что эффективность государственных программ и бюджетных субсидий, составляющих основу их финансирования, не в полной мере «расшиты» положениями и инструментами по частному их софинансированию и (или) использованию механизма государственно-частного партнерства. Кроме того, при наличии развитого инвестиционного климата в субъектах РФ не в полной мере проработаны вопросы делегирования полномочий координаторов и заказчиков программ не только ведомствам и министерствам, но и «якорным» инвесторам и (или) централизованным фондам и (или) саморегулируемым отраслевым ассоциациям, крупным банкам и т.д.

При этом, для успешности любой программы, наряду, с размером финансового ее обеспечения, также важны эффективные инструменты ее сопровождения и проактивного оценивания хода достижения запланированных результатов. При переходе всех госслужащих на форматы цифровых коммуникаций и внедрение систем единых учетно-отчетных контуров в госсекторе важно иметь электронные графики документооборота, настроенные на реперные точки национальных приоритетов развития отраслей, регионов, госстратегий.

Методики оценивания хода реализации программ и проектов в госсекторе, вообще, и в социальной сфере в частности сейчас находится на этапе формирования контрольно-учетной среды. Уполномоченными органами прорабатываются методики оценки эффективности реализации государственных и муниципальных программ [19].

По нашему мнению, работы ведутся по двум основным направлениям:

1) Формирование единства измерения финансов госпрограмм. Варианты выбора сейчас могут быть следующие: установленные программой (в соответствии с вносимыми изменениями или без таковых); установленные законом о бюджете; установленные сводной бюджетной росписью;

2) Формирование количественных показателей, оценивающих результаты реализации госпрограмм.

Отметим, что система госуправления РФ сформировала единство подходов к оценкам понятия экономической эффективности программ развития: соотношение результатов и затрат, которые обеспечивают достижение тех или иных показателей результата.

В зарубежной практике результативность здравоохранения оценивается на основе концепции «Глобальное бремя болезней» (ГББ). Она предложена для количественного изучения общественного здоровья с учетом не только преждевременной смертности, но также и с учетом заболеваемости и других нарушений здоровья. Эта концепция была положена в основу проекта «Изучение глобального бремени болезней», проводимого под эгидой ВОЗ.

Цель проекта заключалась в том, чтобы выявить потери здоровья в населении различных стран мира и рекомендовать приоритетные направления при разработке программ здравоохранения в этих странах. Для количественной оценки потерь здоровья в изучаемом населении в рамках концепции ГББ используется показатель утраченные годы здоровой жизни и показатель потерь лет жизни вследствие преждевременной смертности, также и некоторые другие результативные оценки. В таблице 4 приведем, принятые в зарубежных системах здравоохранения показатели, характеризующие результативность работы отрасли.

Таблица 4 - Основные социальные результаты, характеризующие общественную эффективность работы систем здравоохранения

№ п/п	Показатель результативности	Содержание/интерпретация
1	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (средняя продолжительность жизни)	число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в данный (текущий) период. Ожидаемая продолжительность жизни является обобщающей характеристикой уровня смертности в различных возрастных группах и рассчитывается в полных таблицах дожития, где представлены одногодичные возрастные группы, либо в кратких таблицах дожития, где представлены возрастные группы по более широким возрастным интервалам, как правило, пятилетним.
2	Ожидаемая продолжительность жизни для лиц, доживших до различных возрастов	число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку, дожившему до определенного возраста в таблицах дожития при условии, что на протяжении всей оставшейся жизни людей этого возраста уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в данный (текущий) период.
3	Отзывчивость системы здравоохранения	характеризует немедицинские аспекты функционирования системы здравоохранения и концентрируется на условиях оказания медицинской помощи
4	Потерянные годы здоровой жизни (DALY)	показатель, который рассчитывается по всем возрастным группам как сумма потерянных лет жизни вследствие смертности и потерь лет здоровой жизни, обусловленных распространенностью и тяжестью нарушений здоровья (заболеваний, групп и классов болезней)
5	Продолжительность жизни, скорректированная с учетом нарушений здоровья (DALE)	показатель, аналогичный показателю ожидаемой продолжительности жизни, который рассчитывается с учетом потерь лет здоровой жизни, обусловленных распространенностью и тяжестью нарушений здоровья (заболеваний, групп и классов болезней)
6	Потери лет здоровой жизни вследствие нарушений здоровья, не приводящих к смертельному исходу	обобщение таблицы дожития посредством учета в ее показателях распространенности нарушений здоровья с учетом тяжести и коморбидности (совместного влияния) этих нарушений
7	Потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ)	показатель, выражающий меру влияния преждевременной смертности на население. ППЖ рассчитывается как сумма разностей лет между величиной «стандартная ожидаемая продолжительность жизни, потерянной каждым умершим в возрастной группе» и фактическим возрастом смерти всех лиц, умерших в течение года. ППЖ может учитывать смертность как от всех причин, так и от отдельных причин смерти

Примечание – Составлено авторами.

Анализ существующей методологии оценок результативности государственных мер демографической политики в России показал, что на макроэкономическом уровне меры индикативного управления не предполагают постоянного соизмерения половозрастной статистики показателей: ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖР), ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОППЖ), ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ).

Отметим, что динамика роста ОПЖР по всему населению России возросла с 68,9 лет в 2010 году до 72,9 лет (у мужчин за этот же период - с 63,1 до 67,8 лет; у женщин - с 74,9 до 77,8 лет) (по данным [20]).

На протяжении последних 14 лет (2005-2018 гг.) наблюдается положительная динамика показателя ОППЖ: для мужчин, достигших пенсионного возраста показатель вырос с 14,6 лет предстоящей жизни в 2010 году до 16,6 лет в 2018 году; женщин старше трудоспособного возраста показатель вырос с 14,2 лет в 2010 году до 26,3 в 2018 году. В среднем на чуть менее, чем на 2 года выросло количество лет предстоящей жизни женщин, достигших 50-ти, 60-ти, 70-ти летнего возраста (по данным [20]).

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) в российской статистике впервые официально представлен за 2019 год [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. В 2020 году он составил в среднем по всем двум половозрастным группам населения не более 66,5 лет [20]

Вышеупомянутые макроэкономические показатели (ОПЖР, ОППЖ, ОПЗЖ) в условиях половозрастных трендов современного времени, по нашему мнению, имеет смысл вести дифференцированно по возрастным когортам, например, по принятой в ВОЗ градации граждан: 60-74 (пожилые); 75-89 (старческий возраст); 90 и выше (долгожители) [21,22].

Корректировка стратегии развития сферы здравоохранения России на 2021-2023 годы и на плановый период до 2030 года с учетом необходимости достижения индикаторов национальных проектов «Здравоохранение», «Демография», Программы «Развитие здравоохранения» и региональных паспортов не может не затронуть корректировку подходов к управлению, формированию миссии команды управленцев на принципах проектного управления. Отметим важность каскадирования стратегических задач для принятия тактических инструментов их реализации с учетом механизмов создания команды и (или) утверждения состава рабочих групп из числа штатных работников органа управления здравоохранения, внебюджетного фонда и (или) медицинской организации. Общая методология проектных офисов будет реализована на уровне разработки критериев эффективности под микро-проекты на уровне конкретного объекта управления, что позволит систему КРІ государственных служащих органа управления здравоохранением

делегировать и (или) тиражировать в матрицы компетенций команды проектных офисов медицинских организаций. Такой «сквозной» подход к реализации национальных приоритетных задач в сфере здравоохранения позволит выстроить систему внутреннего текущего контроля результатов реализации стратегии (тактики).

2 Обобщенная модель организационно-методического обеспечения государственных проектов развития в здравоохранении: лучшие практики региональных (муниципальных) проектных офисов

С учетом важности проектной деятельности в органах управления, внебюджетных фондах ОМС и медицинских организациях необходимо систематизировать фундаментальные знания методических подходов проектного управления (таблица 5).

Представленные в таблице 5 обобщенные подходы к организации методик проектной работы в командах специалистов опишем несколько подробнее.

Методический подход Waterfall (каскадный) управления проектами (таблица 5) впервые изложен американским ученым в области информатики Уинстоном Уокером Ройсом в 1970 году [23]. Инструменты появились в ответ на потребность управления все более усложняющимся процессом разработки программного обеспечения. *Каскадная модель* характеризуется последовательностью, имеет свои преимущества и недостатки (таблица 5). Помимо этого, она в значительной степени ориентирована на разработанные стандартные требования, что диктует представление о том, что нужно проекту, чтобы продолжить работу в каскадной модели проектного управления. Второй методический подход к проектному управлению - Agile или «гибкая» модель проектного управления (таблица 5). Формально ее появление можно отнести к 2001 году, когда несколько представителей из IT выпустили проектные правила (манифест), в которых описали инструменты и принципы быстрого и гибкого подхода в управлении деятельностью по созданию нового продукта. Методология скорее характеризуется небольшими циклическими изменениями, которые внедряются в ответ на изменение требований. Отметим, что зарубежные авторы выделяют также Scrum - проектирование, скорее можно отнести к разновидности методологии Agile с акцентом на командах проекта, спринтах и ежедневных собраниях. При этом, этому подходу свойственны свои методы и тактики управления проектами. В рамках подхода Scrum в центре проекта — команда. Зачастую менеджера проекта нет, что предполагает высокую самоорганизацию команды. Подход идеально подойдет для опытных мотивированных менеджеров (таблица 5).

Таблица 5 - Контент-анализ методических подходов проектного управления и возможности для здравоохранения

№ п/п	Наименование подхода к проектной деятельности	Основные характеристики и принципы	Возможности применения методических подходов, включая сферу здравоохранения
1	Методические подходы «Waterfall проектирования» или каскадная модель проектного управления	Три отдельных автономных этапа: Сбор и анализ, Разработка решения (и подхода), Внедрение решения и исправление проблем.	Методология управления Waterfall используется в сфере разработки программного обеспечения. Она лучше всего подходит для: - Коротких несложных проектов, - Проектов с четко установленными требованиями, - Проектов, в которых меняются ресурсы, зависимые от подробной документации.
2	Гибкие методические инструменты «Agile – проектирования» Методика Scrum - проектирование по принципам Agile – проектирования (подход с акцентом на командах проекта, спринтах и ежедневных собраниях)	Решения, цели и задачи проектной работы рождаются в процессе проведения сессий, мозговых штурмов, собраний и встреч команды проекта	Гибкость подхода Agile позволяет адаптировать его к проектам различного типа. Методология лучше всего работает в случаях: - Когда нет уверенности, каким должен быть конечный результат, но есть общее представление о продукте, - Когда проект нужно быстро подстраивать под изменения, - Если взаимодействие и коммуникация — это сильные стороны проектировщика, а планирование – нет. Методики Scrum- проектирования лучше всего подойдут опытным, дисциплинированным и мотивированным командам, которые умеют расставлять свои приоритеты и имеют четкое представление о требованиях проекта
3	Гибридная модель проектного управления (Waterfall + Agile)	Метод используется, когда задачи проекта очерчены достаточно четко и понятны инструменты планирования их достижения, но требуется гибкая работа в команде, возможность автономного формирования требований к работам	Гибридная методология больше всего подойдет проектам с размытыми требованиями, в которых важны и планирование, и гибкость. Проекты среднего объема с высокой сложностью и фиксированным бюджетом. Необходимо определенное представление о конечной цели, но при этом возможны эксперименты. С заинтересованными сторонами понадобится тесное взаимодействие, особенно после этапа планирования

Продолжение таблицы 5

4	<p>Метод критического пути (CPM-Critical Path Method)</p> <p>Одним из направлений можно также признать методический подход с акцентом на управлении ресурсами или метод «критической цепи» (Critical Chain Project Management, CCPM)</p>	<p>Метод «критического пути» используется в проектах с взаимозависимыми частями, где необходимо выполнить задачи одновременно или необходимо завершить одну задачу перед тем, как перейти к другой.</p> <p>Разновидность метода CPM метод CCPM направлен на управление ресурсами и назван методом «критической цепи»(Critical Chain Project Management, CCPM)</p>	<p>CPM хорошо подходит для сложных проектов, в рамках которых часто повторяются задачи и действия, например, для социальных проектов, ориентированных на определенную группу потребителей и (или) производителей услуг.</p> <p>CCPM хорошо подходит к однородным проектам для роста производительности труда и эффективности использования факторов производства</p>
5	<p>Методический подход интегрированной системы управления проектами (Integrated Project Delivery)</p>	<p>Многокомпонентное решение задач проектного управления в сложных системах, ориентированных на долгий жизненный цикл</p>	<p>Методология подойдет для больших инвестиционных проектов и (или) для решения стратегии в разноплановых проектных офисах, объединенных одной национальной идеей. Лучше всего подходит для сложных проектов, в которых задействованы ресурсы из разных команд и отделов, для организации взаимодействия</p>
6	<p>Подход управления проектами на основе выхода за текущие задачи для обеспечения целей будущего развития (PRiSM)</p>	<p>Важной особенностью является применение методов управления текущей и перспективной деловой репутацией объектов управления, подверженных проектированию</p>	<p>Можно использовать в больших и сложных проектах в сфере инфраструктурных инвестиций в экономику, для проектов у которых устойчивость является решающим фактором</p>
7	<p>Проектное управление в контролируемой среде ведения деятельности (PRINCE2)</p>	<p>Основные особенности связаны с применением возможностей метода в условиях четко определенных «правил игры», когда стандарты бизнеса, ресурсы, объемы выпуска продукта (услуг) и финансы на бизнес-процессы известны наперед</p>	<p>Возможности использования для проектов в сферах государственного регулирования деятельности</p>

Примечание – Составлено авторами на основании изучения литературных источников [23].

Отметим, что дефиниция проект в управленческой деятельности (лат. projectus — брошенный вперёд, выступающий, выдающийся вперёд) — временное предприятие, направленное на создание новой услуги, продукта или результата. В качестве результата обобщенного опыта управление проектами руководствуется определенными принципами. Принципы управления проектами исходят из закономерностей предыдущего успешного опыта. Имея специфические особенности, они также ориентированы и на общеуправленческие принципы.

Состав основных принципов:

– Принцип дифференцированного подхода. При координации и регулировании обязательно следует учитывать и использовать разнообразные стороны проектной инфраструктуры. К ним относятся ожидания и вклады участников, специализированные стандарты project management и особенности реализации проектов по их типам;

– Принцип экономической целесообразности. Данный принцип предполагает опережающий рост отдачи от реализации проекта учреждения в сравнении с совокупностью бюджетов на их реализацию и расходами на содержание проектного офиса. Все ресурсы, задействованные в реализации, находятся под контролем благодаря описанным в процессах процедурам. Действия вне будущей экономической целесообразности в рамках проектной деятельности недопустимы;

– Принцип гибкости. Предполагает быстрое и гибкое реагирование команды на все вызовы и изменения внутренней и внешней ситуации по отношению к проекту. В отдельных случаях руководство проектом гибко реагирует и на изменения в компании в целом. При этом гибкость несколько не исключает жесткого соблюдения процессуальных процедур проектной деятельности;

– Принцип конкурентоспособности. В условиях ограниченности ресурсов направления реализации задач подлежат ранжированию и отбору на конкурсной основе в конкурентной среде. Выбор проектов производится, исходя из условий важности (соответствия стратегии), важности проблем и обеспеченности ресурсами;

– Принцип разделения полномочий. Процессная концепция требует соблюдения принципа принадлежности каждого процесса внутри проекта единственному исполнителю. Именно он отвечает за этапы внутрипроцессных работ и достижение итогового результата;

– Принцип открытости. Если проектная практика в процессе разработки процесса не соответствует предписаниям стандартов, то предполагается и рекомендуется перепроверить основные положения процедур. В этом заключается открытость стандартов управления проектами для их развития;

– Принцип best practices. Руководство компании обязано поощрять своих менеджеров, команды на применение лучшего отечественного и мирового опыта в сфере управления проектами. Основные аспекты лучших практик подлежат заимствованию из всех доступных источников.

Основные элементы проекта:

1) Направленность на достижение целей. Проекты нацелены на получение определенных результатов - иными словами, они направлены на достижение целей. Таким образом, цели являются движущей силой проекта, и все усилия по его планированию и реализации предпринимаются для того, чтобы эти цели были достигнуты;

2) Проект предполагает комплекс взаимосвязанных целей. Тот факт, что проекты связаны единой целью, имеет огромный внутренний смысл для управления ими. Прежде всего, он предполагает, что важной чертой управления проектами является точное определение и формулирование целей, начиная с высшего уровня, а затем постепенно опускаясь до наиболее детализированных целей и задач. Значит проект можно рассматривать разработку тщательно выбранных целей, и продвижение проекта вперед связано с достижением целей все более высокого уровня, пока, наконец, не будет достигнута конечная цель;

3) Координированное выполнение взаимосвязанных действий. Проекты включают в себя выполнение многочисленных взаимосвязанных действий. Иногда эти взаимосвязи достаточно очевидны (например, технологические зависимости), в других случаях они менее заметны. Некоторые промежуточные задания не могут быть реализованы, пока не завершены другие задания; некоторые задания могут осуществляться только параллельно, и так далее. При нарушении синхронизации выполнения разных заданий, весь проект может быть поставлен под угрозу. Таким образом, проект - это система, состоящая из взаимосвязанных и взаимовлияющих частей, причем система динамическая, и, следовательно, требующая особых подходов к управлению;

4) Ограниченная протяженность во времени. У проектов есть более или менее четко выраженные начало и конец. Проект заканчивается, когда достигнуты его основные цели. Значительная часть усилий при работе с проектом направлена именно на обеспечение своевременного его завершения;

5) Отличие проекта от производственной системы заключается в том, что проект является однократной, а не циклической, как производственная система, деятельностью;

6) Уникальность. Проекты - мероприятия неповторимые и однократные. Основные источники уникальности заключаются в специфике конкретной производственной ситуации, требований к проекту, жестких ресурсных и/или временных ограничениях.

Подготовка и реализация проекта может быть сопряжена с тем, что никогда раньше не делалось, поэтому в проекте имеет место риск и неопределенности.

В таблице 6 представим существующие подходы к организации проектной работы в разных органах государственной власти.

Таблица 6 - Виды организационных структур проектных офисов в органах государственной власти (составлено авторами по официальным источникам органов госвласти)

№ п/п	Виды организационной структуры проектного офиса	Орган государственной власти
1	специально созданные самостоятельные структурные подразделения (департаменты)	Министерство экономического развития; [24] Минздрав РФ [25]
2	функции возложены на уже существующие структурные подразделения	Минтруд России (Департамент информационных технологий и обеспечения проектной деятельности); [26] Минфин России (Департамент проектного управления и развития персонала); [27] Минсельхоз России (Департамент экономики и государственной поддержки АПК) [28]
3	Функции возложены на подведомственные организации	Минкультуры России (Федеральное государственное бюджетное учреждение культуры "Центр культурных стратегий и проектного управления"); [29] Минпромторг России (Федеральное бюджетное учреждение "Российское технологическое агентство"); [30]

Как видно в таблице 6 существуют разные подходы к организационной модели проектных офисов, принятые в разных органах власти. Обособление, служб выделенное в таблице 35, как видно, производится на более низкой ступени организационной структуры между более мелкими функциональными подразделениями. Например, в составе Департамента информационных технологий и обеспечения проектной деятельности Минтруда России образован отдел обеспечения проектной деятельности. С учетом положений методических рекомендаций по нормированию численности и формированию организационно-штатной структуры типовых подразделений федеральных органов исполнительной власти [31] это оптимальная модель организации проектного офиса в структуре федерального органа исполнительной власти.

При этом, совмещение текущей и проектной деятельности критикуется в научной литературе за отсутствие должного обособления, увеличение должностных обязанностей служащих в условиях неизменной численности персонала [32] Вместе с тем федеральные органы исполнительной власти обладают достаточными возможностями по привлечению дополнительных трудовых ресурсов в силу их перманентной недоукомплектованности.

В рамках реализации проекта осуществляется ряд процессов:

- Управление человеческими ресурсами проекта,

- Управление рисками проекта,
- Управление закупками проекта,
- Управление заинтересованными сторонами проекта и многие другие. Часть из этих процессов в сфере государственного управления строго регламентированы законами и иными нормативными правовыми актами.

В настоящее время политика государства в области здравоохранения направлена на создание в учреждениях условий для осуществления проектной деятельности в области санитарного просвещения населения, профилактики заболеваний, оказания медицинской помощи гражданам, проведении научных исследований в области здравоохранения и подготовки медицинских и фармацевтических работников, поддержания и развития материально - технической базы системы. Она (политика) строится на принципах поддержки мер по сохранению и укреплению здоровья населения; отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности; соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья населения и обеспечение связанных с правами государственных гарантий; приоритетности финансирования системы здравоохранения; обеспечения системы здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами; разграничения полномочий между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления; соблюдения единства интересов граждан и государства в области здравоохранения; доступности медицинской помощи гражданам на территории всей Российской Федерации, приоритетности мер по профилактике заболеваний, обеспечению санитарно - эпидемиологического благополучия населения, санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни; преемственности действий медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи; равных условий деятельности организаций здравоохранения; государственной поддержки научных исследований в области разработки новых методов профилактики заболеваний, диагностики и лечения; участия населения в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также управления здравоохранением; развития международного сотрудничества в области здравоохранения.

Отметим, что прообразом действующих проектов по развитию системы здравоохранения можно считать двухлетний проект (2002 год) Министерства здравоохранения Российской Федерации организуемый и финансируемый совместно с Европейской Комиссией Европейского Союза - проект Тасис, направленный на совершенствование первичной медицинской помощи в России по модели врача общей практики (семейного врача). разработка экономической и законодательной базы для развития семейной медицины. Эти преобразования будут проводиться при поддержке

российских и международных экспертов. Все затраты, включая финансирование поездок для изучения опыта других стран и приобретение медицинского оборудования для общеврачебных практик, покрываются Проектом. Реализован он был в двух субъектах Российской Федерации Центрального или Приволжского федеральных округов, которые будут определены в соответствии с разработанными критериями.

В дальнейшей история создания проектных офисов в системе здравоохранения РФ может быть описана системой таких подходов, например, для обеспечения синхронизации и унификации процесса развития региональных информационных систем на основе единых, стандартизованных методик по взаимодействию в сфере информатизации здравоохранения (2014-2016 гг.) (таблица 7).

Таблица 7 - Региональные проектные офисы в сфере развития информационных систем по стандартизованным федеральным методикам (составлено авторами на основе изучения нормативной базы субъектов РФ и на основе Доклада Минздрава РФ)[33]

№ п/п	Субъект РФ	Результаты работы проектных офисов в сфере информатизации здравоохранения региона
1	Тамбовская область	Создание технологической инфраструктуры и сервиса "Запись к врачу в электронном виде"
2	Новгородская область	Введение медицинской документации в электронном виде, при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Количество электронных медицинских карт достигло более 550 тысяч, что охватывает более 88% населения области.
3	Республика Мордовия	Комплекс мероприятий, направленных на внедрение информационно-коммуникационных технологий на базе создания модуля "Электронная регистратура"
4	Архангельская область	Создана телемедицинская сеть, которая охватывает 20 телемедицинских студий медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области.
5	Новосибирская область	В рамках развития телемедицинской сети здравоохранения оснащены более 40 удаленных и специализированных медицинских организаций области.
6	Саратовская область	Разработан телемедицинский комплекс "ДИОКС", на базе которого осуществлена дистанционная передача ЭКГ в районах области.

В Московской области, начиная с 2017 года ведется приоритетный проект "Войти в 5-ку ведущих регионов по уровню развития доступной среды", который направлен на повышение качества жизни инвалидов. Для реализации проекта был сформирован проектный офис, в который вошли представители Министерства социального развития

Московской области, Министерства здравоохранения Московской области, Министерства образования Московской области, Министерства культуры Московской области, Министерства жилищно-коммунального хозяйства Московской области, Министерства потребительского рынка и услуг Московской области, Министерства транспорта и дорожной инфраструктуры Московской области, Главного управления государственного административно-технического надзора Московской области, муниципальных образований Московской области (4 пилотные территории). [34]

Можно обобщить, что реализация нацпроектов и национальных программ в сфере здравоохранения и совершенствование демографические процессы в обществе, привело к дальнейшему совершенствованию процессного управления после 2018 года вплоть до настоящего момента. Проекты по укреплению общественного здоровья тиражируют в рамках проектной деятельности региональные мероприятия по росту эффективности учреждений первого уровня оказания медицинской помощи населению муниципальных образований, меры по оснащению поликлиник в рамках новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Опыт г. Москвы по проектному управлению, например, на период с 2021 года включает:[35]

– Проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (город федерального значения Москва)" на базе центров общественного здоровья связан с развитием системы управления неинфекционными заболеваниями жителей города, развитием первичной профилактики заболеваний полости рта, а также мероприятиями, направленными на профилактику заболеваний репродуктивной сферы у мужчин),

– Проект "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (город федерального значения Москва)" реализуются для увеличения охвата застрахованных лиц информированием страховыми медицинскими представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра; открытия всеми страховыми медицинскими организациями офисов (представительств) по защите прав застрахованных в городе Москве на получение бесплатной медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования и предоставление им права организации и проведения контрольно-экспертных мероприятий экстерриториально, в том числе с применением процедуры медиации (внесудебному урегулированию) при нарушении прав застрахованных лиц; продолжение развития системы медицинской профилактики, включая профилактические осмотры, предварительные и периодические

медицинские осмотры, диспансеризацию, вакцинацию, медицинские осмотры в центрах здоровья;

– Проект "Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения (город федерального значения Москва)" призван увеличить: долю лиц старше трудоспособного возраста, охваченных профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию; создать гериатрический центра и внедрить современную модель долговременной медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста на принципах преемственности ведения пациента при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

В Московской области проектное управление в данном офисе в 2020-2021 гг. предусматривает создание условий для оказания помощи пожилым жителям, инвалидам и развитие межсекторального взаимодействия в вопросах долговременного ухода за лицами старших возрастных групп. [34]

Для оказания специализированной медицинской помощи проводятся целевые отборы пациентов в рамках диспансеризации, в системе госзаказов и ОМС выделяется финансирование на программы по росту доступности лечебно-диагностических услуг, диспансерного наблюдения лиц, имеющих хронические заболевания, требующие госпитализации. При этом, развитие новых программ по укреплению здоровья населения требует разработки мероприятий по повышению уровня информированности всех жителей субъектов РФ об условиях, объемах, сроках их проведения. Одновременно проводимые мероприятия сопровождаются утверждением системы индикаторов их достижения, разрабатываются новые подходы к статистике, учету и мониторингу значений целевых показателей, требуется выработка адекватных управленческих компетенций для их реализации на всех уровнях управления в здравоохранении.

В этих условиях, требуется совершенствование самих подходов к проектному управлению в системе регионального здравоохранения, механизмом которых становятся новые организационные модели и функции проектных офисов субъекта РФ для решения комплексных задач по росту медико-экономической, социальной эффективности деятельности медицинских организаций субъектов РФ и повышения результативности управления здоровьем жителей. Как правило, современный региональный проектный офис, продолжая традиции 2014-2017 гг., привязан к направлениям реализации основных административных функций высших должностных лиц и (или) ведомственных органов управления и формируется в виде отдельного структурного подразделения в государственном органе или органе исполнительной власти. При необходимости для решения задач регионального проектного офиса может привлекаться подведомственная

организация. [36].

Направления работы региональных проектных офисов по управлению здоровьем населения отвечают актуальным вопросам управления в сфере здравоохранения. Отметим, что показатели, характеризующие открытость и доступность информации о деятельности медицинских организаций, которые становятся в последнее время объектом проектного управления. [37]

Так, в 2020-2021 гг. стали образовываться, как правило, в форме автономной некоммерческой организации региональные проектные офисы по развитию цифровых проектов в сфере общественных связей и коммуникаций- центры управления регионом (ЦУР). [38]

Проектные офисы ЦУР в регионах РФ осуществляют координацию работ по мониторингу и обработке всех видов обращений, сообщений, жалоб граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, а также граждан Российской Федерации, постоянно проживающих за пределами территории Российской Федерации (далее - граждане), и юридических лиц, поступающих в органы управления. Обращения и жалобы граждан и застрахованных по ОМС лиц на работу объектов здравоохранения, врачей, должностных лиц медицинских организаций составляют немалую часть во всех причинах обратной связи по получению услуг, удовлетворенности их качеством и доступностью.

В таблице 8 представим типичный состав и компетенцию регионального проектного офиса по управлению регионом, имеющий сегментную функцию по сбору обращений граждан в системе здравоохранения.

Таблица 8 - Состав и компетенция регионального проектного офиса ЦУР (на примере республики Татарстан) [39]

	Структура регионального проектного офиса ЦУР	Состав регионального проектного офиса ЦУР
1	Участник проекта ЦУР	органы государственной власти Республики Татарстан, органы местного самоуправления органы управления территориальными государственными внебюджетными фондами, организации, подведомственные органам государственной власти Республики Татарстан
2	Центр компетенций	обособленное подразделение "Диалог Регионы" в Республике Татарстан
3	Куратор проекта ЦУР	должностное лицо, назначаемое Президентом Республики Татарстан

В работе ЦУР в регионах принимают участие ответственные работники Министерств (департаментов) здравоохранения и внебюджетных фондов социального, медицинского страхования, в чьей компетенции находится рассмотрение жалоб и обращений граждан России на систему оказания медицинской помощи.

Медицинские организации принимают участие в работе проектных офисов и решении актуальных задач их деятельности, особенно, в части информирования населения, обеспечения каналов обратной связи по обращениям и жалобам на качество и доступность услуг здравоохранения. По отраслевым правилам во всех медицинских организациях должна быть информация (на официальном сайте) медицинской организации о возможностях функционирования дистанционных способов взаимодействия с получателями услуг посредством электронных сервисов, включая возможность заполнения формы для подачи электронного обращения в разделе сайтов "Часто задаваемые вопросы". Проектные офисы в рамках управления здоровьем населения планируют и контролируют работы по обеспечению технической возможности выражения получателем услуг мнения о качестве условий оказания услуг на основе электронной анкеты для опроса граждан или гиперссылки на нее; собирают сведения о среднем времени ожидания и своевременности предоставления медицинской услуги: приема врача; диагностического исследования; плановой госпитализации и пр.

Применяемые способы бюджетирования работы самих проектных офисов, как правило, осуществляется в форме субсидий в соответствии со статьей 78 Бюджетного кодекса Российской Федерации. Ведомственные финансовые институты, обычно, являются главными распорядителями бюджетных средств в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных на соответствующий финансовый год, и лимитов бюджетных обязательств. Получатели субсидий – проектные офисы составляют смету доходов и расходов своей деятельности, в заявительном порядке ее предоставляют вместе с пакетом необходимых документов, требования к которым утверждаются нормативными правовыми актами субъектов РФ.

Например, В Красноярском крае такие субсидии предоставляются на создание и (или) материально-техническое обеспечение деятельности; разработку проектно-аналитических документов, в том числе бизнес-планов, технико-экономических обоснований; подготовку документов для привлечения финансовых средств от кредитно-финансовых организаций, институтов развития и инвесторов; организация и проведение обучающих тренингов, семинаров с привлечением сторонних организаций. [40]

Процедура предоставления субсидий в Красноярском крае очень похожа на конкурсную процедуру, где по результатам оценки заявок комиссия готовит предложения о победителях конкурсного отбора.

В Свердловской области, например, с лета 2021 года утверждено положение о координационных проектных офисах (КПО) по достижению значений (уровней) показателей, предусмотренных перечнем показателей для оценки эффективности

деятельности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. [41] КПО создан как надведомственный орган, в задачи которого входит обобщать все отчетные материалы, проводить заседания с участием стейкхолдеров, привлекать научные силы и практических работников для оперативного реагирования на достигнутые результаты, меняя тактические и стратегические задачи с учетом их выполнения. Такое решение субъект РФ принял во исполнение февральского 2021 года Указа Президента РФ В.В. Путина №68 об утверждении показателей результативности руководителей высших исполнительных органов государственной власти. [42]

В 2021 году для облегчения и оптимизации порядка осуществления госзакупок осуществлено комплексное изменение соответствующих процедур, включая:

- Сокращение количества конкурентных способов закупки до трех (конкурс, аукцион, запрос котировок),
- Сокращение требований к извещениям и документациям о закупках, заявкам на участие в закупках, выбору способа определения поставщика с их изложением в общих положениях об осуществлении закупок,
- Введение "универсальной стоимостной предквалификации", предусматривающей возможность допуска к участию в закупках стоимостью свыше 20 млн руб. только участников с успешным опытом исполнения госконтрактов,
- Сокращение и унификацию сроков осуществления процедур (в том числе рассмотрения заявок) при различных способах определения поставщиков,
- Установление электронной формы подачи жалобы в контрольный орган в сфере закупок с использованием единой информационной системы в сфере закупок,
- Оптимизацию порядка проведения совместных конкурсов и аукционов, а также уточнение положений о централизованных закупках.

Таким образом, можно заключить следующее:

– Органы управления здравоохранением, медицинские организации в современных условиях напрямую задействованы в реализации нацпроектов и национальных государственных программ, которые организационно оформляются в проектные офисы региона,

– Финансирование, как для реализации работы офисов, так и для решения задач развития основных мероприятий, которые ими курируются, предоставляется в виде субсидий на иные цели, грантов, субсидий на осуществление капитальных вложений. [43]

Бюджетные ассигнования по линии национальных приоритетных проектов в основном расходуются посредством организации учреждением конкурсных закупок ресурсов для государственных нужд. Муниципальное здравоохранение, в отличие от государственного, находится в непосредственном взаимодействии с населением, имеет возможность более мобильно реагировать на изменения в том или ином муниципальном образовании в зависимости от потребностей людей, там проживающих. Однако на современном этапе, после проведенных реформ, фактически муниципальное здравоохранение не обладает необходимыми полномочиями в области организации здравоохранения на местах.

Местное самоуправление (муниципальный уровень власти) имеет право учреждать муниципальные медицинские организации, которые уполномочены оказывать медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ государственных гарантий [44]

Муниципальные власти имеют право проводить информирование населения о медико-профилактических мероприятиях, осуществляемых на подконтрольной территории, участвовать в организации мероприятий при чрезвычайных ситуациях с целью сохранения здоровья и жизни людей, а также создавать благоприятные условия (компенсация заработной платы, предоставление жилья и т.д.) для медицинских работников. [45]

С 2013 года финансирование сферы здравоохранения, как известно, остается многоканальным: происходит как из источников ОМС, так и из средств бюджета разных уровней. В компетенции муниципальных органов власти остались полномочия по финансированию мероприятий профилактического характера, а также возможность создания комфортных и благоприятных условий для медицинских работников (проживание, обучение и т.д.). [46]

Остается актуальным вопрос более эффективного перераспределения полномочий в области управления системой здравоохранения страны между государственными и муниципальными органами власти. [47]

Согласно данным Росстата за последние десятилетия наблюдается неуклонное снижение количества лиц, занятых в системе муниципального здравоохранения. Если в 2000 г. численность работников здравоохранения на местном уровне составляла 2405,5 тыс. чел. (54,6% от общего числа работников здравоохранения РФ), то в 2018 г. их количество снизилось практически в 10 раз и составило 205,8 тыс. чел. (4,9% от общего числа работников здравоохранения РФ). [48]

Деятельность на государственном уровне власти носит централизованный и унифицированный характер. Муниципальная же система здравоохранения призвана реализовывать политику федерального (регионального) центра с учетом местной социально-экономической и культурно-этнической специфики на местах. Местная власть должна учитывать мнение населения, а также формировать устойчивый уровень первичной медико-санитарной помощи для населения. Деятельность на муниципальном уровне власти носит децентрализованный и индивидуальный характер. Медицинские организации муниципального уровня должны обслуживать большую часть населения (до 80%).

Некоторые авторы (Платонова Н.И., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В., 2020; Никоноров В.М., Шагова Н.Ю., 2019) утверждают, что для полноценного формирования национальной системы здравоохранения необходимо создать "полнокровное" муниципальное здравоохранение с четкими полномочиями и адекватным финансированием. [49,50]

Инновации невозможны в стране, где плохо со здравоохранением либо образованием не развивается должным образом. Безусловно, это одно из ключевых направлений" (В.В. Путин). Президент РФ обязал федеральные власти быть в постоянном контакте с коллегами из регионов, муниципалитетов, содействовать им в решении задач, приходить на помощь в трудных, нестандартных ситуациях: "Необходимо каждодневное заинтересованное сотрудничество, полноценное партнерство и готовность работать по-новому и более эффективно всем вместе". Итогом реализации национальных проектов должны стать качественные изменения работы органов власти, новые современные подходы на всех уровнях управления. Несмотря на то что проблемы, которые решаются в региональных программах развития социальной сферы и обеспечения социальной безопасности, непосредственно затрагивают интересы жителей каждого муниципалитета, уровень участия средств местных бюджетов крайне невысок и не превышает 1 - 2%, а в большинстве региональных программ социального развития муниципальные финансовые

ресурсы не задействованы вовсе. [51]

Глава государства неоднократно обращал внимание Законодательного Собрания на важность отладки финансовых механизмов, назвав неритмичность финансирования ("негибкость, косность этого механизма") одной из главных проблем реализации нацпроектов. Процедуры бюджетирования громоздкие и забюрократизированные. Ресурсы осваиваются неравномерно, основные затраты смещаются на конец года, и даже с внедрением электронного бюджета эти проблемы никуда не уходят. Необходимо исключить практику, когда "маховик раскручивается" только в ноябре - декабре, чтобы в течение года вся система работала ритмично. "Нужно отладить этот механизм, предложить удобные решения для исполнителей, для их ритмичной работы четко и по графику", - считает В.В. Путин.

Отметим, что региональные органы власти должны использовать как общий потенциал применения программно-целевых методов бюджетирования, так и свойственный только данному уровню управления ресурс инициативного бюджетирования. Совокупность практик вовлечения граждан в бюджетный процесс в Российской Федерации на основе объединения сильных сторон сферы государственного и муниципального уровней принятия решений позволяет гражданам муниципалитетов проводить осознанный выбор проектов, финансируемых за счет средств соответствующих бюджетов, а также контролировать их реализацию.

Инициативное бюджетирование (ИБ) имеет форму проектов, которые вносятся в установленном порядке в администрацию органов исполнительной власти субъекта РФ, муниципалитета в целях реализации приоритетных для жителей мероприятий. При этом, для жителей муниципального образования право на утверждение таких проектов возлагается на органы местного самоуправления. Проекты по ИБ в рамках практик, реализуемых субъектами Российской Федерации, должны охватывать все полномочия в рамках развития источников формирования муниципальных бюджетов, включая создание условий для оказания медицинской помощи. [52]

Итогом проведения реформы стала практически полная "ликвидация" муниципального здравоохранения, что имеет свои негативные последствия. С учетом того, что государственная власть в субъектах не имеет возможности реализовывать более дифференцированную и специфичную политику в отношении каждого муниципалитета в соответствии с его культурно-этническими и социально-экономическими особенностями, произошли серьезные структурные изменения. С муниципального уровня "ушла" доврачебная и врачебная первичная медико-санитарная помощь, что привело к тотальному сокращению сельских медицинских организаций (главным образом фельдшерско-

акушерских пунктов и т.д.). [53]

Данная ситуация вызвала негативную реакцию и шквал критики со стороны общественных организаций. Результатом этого стал обратный процесс на местах. Так, например, в июле 2019 г. председатель законодательного собрания Иркутской области при обсуждении проекта закона "О наделении органов местного самоуправления областными государственными полномочиями по организации оказания медицинской помощи" заявил, что передача объектов здравоохранения и полномочий в данной сфере на государственный уровень не только не принесла ожидаемого результата, но и ухудшила ситуацию по целому ряду "чувствительных" показателей. Он отметил, что произошло увеличение населенных пунктов (муниципальных образований), где полностью отсутствуют медицинские организации. Более того, увеличился дефицит медицинского персонала и был нарушен "участковый" принцип при оказании первичной медико-санитарной помощи. Чиновник констатировал тот факт, что показатели общественного здоровья в регионе имели отрицательную динамику на всем протяжении проводимой реформы¹

¹ Законопроект о передаче здравоохранения в ведение муниципалитетов рассмотрят в ЗС. URL: <http://www.ogirk.ru/2019/07/09/zakonoproekt-o-peredache-zdravoohranenija-v-vedenie-municipalitetov-rassmotrjat-v-zaksobranii-irkutskoj-oblasti/> (дата обращения: 22.05.2020).

Исходя из вышесказанного, можно отметить, что сегодня необходимо разграничивать и понимать функции и задачи государственной и муниципальной систем здравоохранения. Государственная система управления призвана реализовывать единую политику в сфере здравоохранения, которая заключается в разработке государственных программ, направленных на повышение качества и доступности медицинских услуг для населения. Деятельность на государственном уровне власти носит централизованный и унифицированный характер. Муниципальная же система здравоохранения призвана реализовывать политику федерального (регионального) центра с учетом местной социально-экономической и культурно-этнической специфики на местах. Местная власть должна учитывать мнение населения, а также формировать устойчивый уровень первичной медико-санитарной помощи для населения.

Деятельность на муниципальном уровне власти носит децентрализованный и индивидуальный характер. Медицинские организации муниципального уровня должны обслуживать большую часть населения (до 80%). Для полноценного формирования национальной системы здравоохранения необходимо создать "полнокровное" муниципальное здравоохранение с четкими полномочиями и адекватным финансированием. [49]

Это представляется возможным при передаче объектов муниципального здравоохранения (медицинских организаций) в ведение органов местного самоуправления. В условиях расширения "одноканального" финансирования и снижения доли бюджетных средств в оплате медицинских услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи возрождение муниципального здравоохранения выглядит достаточно реалистичным. Формирование обратного процесса в регионах (по частичной передаче полномочий в сфере здравоохранения на муниципальный уровень) должно идти по конструктивному пути. Безусловно, речь не идет об обратной передаче всех учреждений здравоохранения. Речь должна идти главным образом о доврачебной и врачебной первичной медико-санитарной помощи, которая является ключевым базовым элементом здравоохранения. Этот сектор должен быть максимально приближен к населению и защищен от волнений на государственном уровне.

В таблице 9 приведем обобщения стадий подготовки инициативных проектов на уровне муниципальных бюджетов, применительно к возможностям развития доступного здравоохранения.

Таблица 9 - Стадии подготовки инициативных проектов

№ П/п	Наименование шагов подготовки и реализации проектов ИБ	Возможности для здравоохранения
ПОДГОТОВКА ИНИЦИАТИВНЫХ ПРОЕКТОВ		
1	Этап идентификации, отбора, подготовки и утверждения инициативных проектов	Изучение медико-демографических характеристик муниципальных жителей
		Сбор статистики заболеваемости по обращаемости
		Социологические опросы жителей об удовлетворенности услугами здравоохранения
		Формирование рабочей группы проекта, регламент
2	Планирование мероприятий по отбору, подготовке и внесению инициативных проектов	Предложения по развертыванию новых проектов с учетом мнения населения
		Разработка предварительных планов проектов: цели, мероприятия, финансовое обеспечение
		Обсуждение ожидаемых плановых результатов на встречах, в рабочих группах
		Формирование предварительного рабочего портфеля проекта по развитию здравоохранения
3	Информирование населения и его вовлечение в реализацию практики ИБ	Стратегические сессии по обсуждению проектов
		Вводные семинары
		Уточнение плановых и контрольных цифр по проекту
4	Выдвижение инициативных проектов	Подготовка Документов и Формирование дорожной карты реализации проекта
5	Внесение инициативных проектов	Подготовка материалов к заседанию муниципального собрания
		Защита проекта перед оппонентами
		Согласование целей, мероприятий и финансового обеспечения со стейкхолдерами
6	Рассмотрение и технический анализ инициативных проектов	Полномочия по реализации здравоохранения
7	Конкурсный отбор инициативных проектов	Полномочия по реализации с учетом проектных команд на региональном уровне управления

На стадии реализации проектов развития здравоохранения с учетом выработанных приоритетов возможно согласование портфеля муниципальных инициатив со стратегией регионального здравоохранения. Особенно данный сценарий важен для муниципалитетов-реципиентов, которые получают субвенцию на часть мероприятий из средств бюджетов субъектов РФ. Этапы реализации инициативных проектов можно разрабатывать с учетом особенностей реализации национальных целей до 2030 года и (или) делать независимыми

от них. При последнем варианте ожидания финансов могут связываться с развитием частного инвестирования.

Обеспечение финансового и нефинансового вклада граждан и организаций (при необходимости) позволит ставить задачи для развития муниципальных проектов развития транспортной инфраструктуры медицинской помощи, сервисных медицинских и социальных услуг на дому, развитие программ медицинского сопровождения здорового образа жизни для детского, взрослого населения муниципальных районов, включая программы активного долголетия для старших членов сельских домохозяйств. Планирование «анклавных» кварталов проживания жителей с развитой собственной службой медицинской помощи также может входить в задачи инициативного бюджетирования в сфере здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ лучших практик проектного управления в регионах страны: «старшее поколение», «материнство и детство», «построение новой модели медицинской организаций», «совершенствование первичного звена и специализированной помощи», «информационные технологии» и ряд других требуют оценки рациональности внутриведомственного планирования и разработки экономических методов их дальнейшей реализации на уровне региональной сети медицинских организаций.

Обеспечение качества и доступности медицинской помощи гражданам России по профилактическим направлениям деятельности организаций здравоохранения, рост эффективности лечения сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний у населения разных половозрастных групп, а также их финансовое обеспечение не должны вступать в противоречие с экономикой менеджмента современных казенных, бюджетных и автономных медицинских организаций.

Среди главных факторов, влияющих на эффективность систем здравоохранения и сохранение ее устойчивости в настоящее время и на среднесрочную перспективу в международных и отечественных подходах выделяют проектное управление. Оно в свою очередь опирается на: лидерство, командообразование, ИТ-технологии в поддержке управленческих решений, а также квалифицированные кадровые ресурсы. Важными факторами успешности всех отраслевых бюджетных инициатив являются новые медицинские технологии и современные лекарственные препараты. Безусловно; социальные детерминанты здоровья среди всех половозрастных категорий граждан оказывают серьезное влияние на работу всех институтов здравоохранения.

В сложных санитарно-эпидемических условиях реализации целей и задач национальных приоритетов развития здравоохранения в 2021-2024 гг. и на плановый период до 2030 года, наблюдаемые текущие и перспективные сдвиги половозрастной динамики потребления услуг в сторону старших возрастов населения регионов России, а также наблюдаемый рост патологии рожденных детей и снижение «молодых» родов, могут существенно влиять на структуру территориальных программ государственных гарантий, что требует большей вовлеченности органов управления здравоохранением в процессы справедливого распределения ресурсов отрасли, включая финансовые.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Национальный проект «Здравоохранение» - паспорт утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. № 16).
2. Федеральный закон от 02.12.2019 N 384-ФЗ; Федеральный закон от 02.12.2019 N 382-ФЗ; Постановление Правительства РФ от 27.12.2019 N 1912.
3. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2020/02/20/13388-v-2020-godu-rodovyy-sertifikat-stanet-elektronnym>.
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.01.2020 № 61 "Об утверждении коэффициента индексации выплат, пособий и компенсаций в 2020 году".
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей".
6. Постановление Правительства РФ от 31.03.2017 N 372 (ред. от 30.11.2019) "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Социальная поддержка граждан".
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 г. № 1391-р (о проведении в 2019–2020 годах Всероссийской диспансеризации взрослого населения).
8. Федеральный закон от 2 декабря 2019 г. N 389-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».
9. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.Н. и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. – 158 с.
10. Федеральный закон от 02.12.2019 N 399-ФЗ. "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и статьи 34 и 83 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
11. Шохин С.О. Правовые проблемы финансирования федеральных целевых программ // Юридический мир. 2014. N 1. С. 51 – 55.
12. Бюджетные институты в контексте бюджетной реформы в России. Юридическое обозрение Кутафинского университета. 2016. Т. 2. Выпуск 2 (6). С. 347-357.
13. Афанасьев М.П., Шаш Н.Н. Российские бюджетные реформы: от программ социально-экономического развития до государственных программ Российской Федерации // Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. N 2. С. 48 – 64.

14. Матненко А.С. Приоритетные национальные проекты как метод и форма бюджетной деятельности государства // Реформы и право. 2007. N 1.
15. Кравченко А.О. Целевые программы и их роль в управлении расходами // Государственный аудит. Право. Экономика. 2015. N 2. С. 59 - 65.
16. Мазур И.И., Шапиро В.Д., Ольдеогге Н.Г. Управление проектами. М., 2004. С. 11.
17. Кудряшова Е.В. Правовые аспекты финансового планирования в сфере государственных расходов / Журнал российского права, 2018, N 12, с.12-19.
18. Паздникова Н.П., Аркадьева О.Г. Оценка эффективности реализации государственных программ: методические аспекты формирования отчетности / "Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях", 2019, N 6, с.15-23.
19. Постановление Правительства РФ от 18.05.2016 N 445 (ред. от 31.12.2020) "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие федеративных отношений и создание условий для эффективного и ответственного управления региональными и муниципальными финансами".
20. Старшее поколение. Федеральная служба государственной статистики. Демографические показатели. Численность населения. http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/#
21. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Подход к здоровью, рассчитанный на всю продолжительность жизни человека: синергия с целями в области устойчивого развития Выпуск 96, Номер 1, январь 2018 г.,1-76 <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/1/ru/> <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198358>.
22. Статистические материалы «Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России» в 2016-2018 годах, М, Минздрав РФ, 2018. 182 с.
23. World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
24. Приказ Минэкономразвития России от 22 августа 2017 г. N 431 "Об утверждении Положения о Департаменте проектного управления Министерства экономического развития Российской Федерации".
25. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/29>.
26. Приказ Минтруда России от 4 октября 2018 г. N 619 "Об организации проектной деятельности в Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации".

27. Приказ Минфина России от 2 августа 2017 г. N 579 "Об утверждении Положения о Департаменте проектного управления и развития персонала Министерства финансов Российской Федерации".
28. Приказ Минсельхоза России от 26 декабря 2018 г. N 595 "Об организации проектной деятельности в Министерстве сельского хозяйства Российской Федерации".
29. Приказ Минкультуры России от 27 марта 2017 г. N 402 "Об организации проектной деятельности в Министерстве культуры Российской Федерации".
30. Приказ Минпромторга России от 28 октября 2016 г. N 3848 "О формировании проектного офиса Министерства промышленности и торговли Российской Федерации".
31. URL: <https://rosmintrud.ru/>.
32. Калинин А.М. Вопросы и перспективы развития проектного управления в российских органах власти // Вопросы государственного и муниципального управления. 2017. N 2. С. 160.
33. Доклад Минздрава России "О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 -2015 годы" {КонсультантПлюс}.
34. Постановление Правительства МО от 09.10.2018 N 719/36 "О целесообразности сохранения и продолжения государственной программы Московской области "Социальная защита населения Московской области" на 2017-2021 годы до 2024 года и внесении изменений в постановление Правительства Московской области от 25.10.2016 N 783/39 "Об утверждении государственной программы Московской области "Социальная защита населения Московской области" на 2017-2021 годы" {КонсультантПлюс}.
35. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 N 461-ПП (ред. от 30.03.2021) "Об утверждении Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)" {КонсультантПлюс}.
36. Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 N 1288 (ред. от 24.06.2021) "Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации" (вместе с "Положением об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации").
37. Приказ Минздрава РФ от 4 мая 2018 г. № 201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка».
38. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 ноября 2020 г. № 1844 "Об утверждении Правил предоставления субсидии из федерального бюджета

автономной некоммерческой организации по развитию цифровых проектов в сфере общественных связей и коммуникаций "Диалог Регионы".

39. Распоряжение Президента Республики Татарстан от 18.07.2020 № 223 "О проекте "Центр управления регионом".

40. Постановление Правительства Красноярского края от 17.07.2017 N 397-п "Об утверждении Порядка предоставления субсидии юридическим лицам (за исключением государственных (муниципальных) учреждений) на создание и (или) обеспечение деятельности регионального проектного офиса для инновационных компаний".

41. Постановление Правительства Свердловской области от 16.07.2021 N 403-ПП "Об утверждении Положения о координационных проектных офисах по достижению значений (уровней) показателей, предусмотренных перечнем показателей для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 4 февраля 2021 года N 68 "Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации".

42. Указа Президента Российской Федерации от 4 февраля 2021 года N 68 "Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации", утвержденным Минфином Основным направлениям бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов <1>)

43. Таблица 10.1 "Сведения по выплатам на закупки товаров, работ, услуг", входящая в форму плана ФХД Приложения к Требованиям приказа Минфина РФ N 186н от 20.08.2020.

44. Статья 80 "Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СПС "КонсультантПлюс".

45. Матулов Б.Н. Социальная компетенция местного самоуправления: формирование и содержание // Государственная власть и местное самоуправление. 2020. N 3. С. 26 - 31.

46. Титов Н.О. Проблемы реализации административной реформы в Российской Федерации // Конкурентоспособность и развитие социально-экономических систем: мат. Третьей Всерос. научн. конф. памяти акад. А.И. Татаркина (г. Челябинск, 10 - 11 апреля 2019 г.): сб. науч. ст. / ред. В.И. Бархатов, Д.С. Бенц. Челябинск: Челябинский государственный университет, 2019. С. 213 - 214.
47. Акчурина И.Г., Терешина Д.Г. Анализ реализации государственных и муниципальных программ развития здравоохранения (на примере Братска) // Проблемы социально-экономического развития Сибири. 2019. N 1 (35). С. 9 - 16.
48. Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. М., 2019. 170 с.
49. Никоноров В.М., Шагова Н.Ю. Критерии и показатели эффективности муниципального управления // Экономические исследования и разработки. 2019. N 6. С. 26 - 30.
50. Платонова Н.И., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Проблемы развития муниципального здравоохранения на современном этапе в Российской Федерации: правовой и управленческий аспекты// "Муниципальная служба: правовые вопросы", 2020, N 3) {КонсультантПлюс}.
51. Аркадьева О.Г. Оценка эффективности реализации государственных программ: методические аспекты формирования отчетности.//Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях", 2019, N 6) {КонсультантПлюс}.
52. Министерство финансов РФ «Методические рекомендации по подготовке и реализации практик инициативного бюджетирования в Российской Федерации».
53. Мокеев М.М. Правовые основы реализации административной реформы на муниципальном уровне // Российская государственность: исторические традиции и вызовы XXI века: мат. Всерос. науч.-общ. конф. (г. Великий Новгород, 19 сентября 2012 г.): сб. науч. ст. М.: Научный эксперт, 2013. С. 493 – 499.