
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2017 Ревина Светлана Николаевна

доктор юридических наук, профессор, заведующий кафедрой публичного права
Самарский государственный экономический университет
443099, г. Самара, ул. Советской Армии, д. 141

© 2017 Кузьмина Наталья Михайловна

доктор экономических наук, профессор, генеральный директор
ООО «ДАК: В2В»

443001, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 149/5-7

© 2017 Блинов Сергей Валерьевич

главный врач

Дорожная клиническая больница

на станции Самара открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

443041, г. Самара, ул. Агибалова, д. 12

E-mail: 29.revina@mail.ru

Руководитель любой организации должен обеспечивать конкурентоспособность и безубыточность деятельности каждого структурного подразделения, которые в перспективе определяются рыночной конкурентной позицией и потенциалом развития. Для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения необходимо верно обозначить цели и задачи их развития, в том числе в рамках корпоративной стратегии, сгруппировать учреждения здравоохранения, сформировать репрезентативную выборку, выяснить вес и значимость каждого показателя.

Ключевые слова: оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения, бюджетные и негосударственные учреждения здравоохранения, целевые показатели эффективности деятельности, рейтинговая оценка, целеполагание, успешное развитие за счет укрепления конкурентных позиций и наращивания потенциала.

В настоящее время вопросы оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения и, соответственно, формирования перечня целевых показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения, в том числе негосударственных, приобретают особую актуальность. Для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения авторами многочисленных исследований предлагаются самые разнообразные целевые показатели, причем показатели для бюджетных и негосударственных организаций здравоохранения существенно различаются. С одной стороны, это обусловлено тем, что бюджетные и негосударственные учреждения здравоохранения в большинстве своем абсолютно не сопоставимы по территории и контингенту обслуживания, функционалу, численности сотрудников, объемам оказания услуг по программам обязательного (ОМС) и добровольного ме-

дицинского страхования (ДМС) и объемам оказания платных услуг физическим лицам. С другой стороны - отсутствием системной классификации бюджетных и негосударственных учреждений здравоохранения по вышеобозначенным критериям, необходимой для их корректного оценивания и сравнения.

При осуществлении любой рейтинговой оценки необходимо, в первую очередь, определить цель и задачи выбора верных целевых показателей. В противном случае цель не будет достигнута, а задачи - решены. Принципиально важным в сложившейся ситуации становится вопрос целеполагания - либо мы пытаемся прогнозировать успешное развитие каждого учреждения за счет укрепления конкурентных позиций и наращивания потенциала развития, либо хотим акцентировать внимание на финансовых показателях деятельности.

Рассмотрим в качестве примера перечень целевых показателей учреждений здравоохранения одной крупной холдинговой структуры РФ. На сегодняшний день это, пожалуй, самый обширный перечень, включающий несколько групп показателей: финансы; характеристика рынка; производственные процессы и персонал. Количество предлагаемых показателей в каждой группе варьируется от 10 до 2: “Финансы” - 10 показателей; “Характеристика рынка” - 6; “Производственные процессы” - 2; “Персонал” - 6. Весовые коэффициенты показателей определены следующим образом: финансы - 0,8; характеристика рынка - 0,1; производственные процессы и персонал - 0,1.

Обратимся к показателям группы “Финансы”. Первый показатель “Совокупная выручка за оказанные услуги, тыс. руб.” в отчете о финансовых результатах отражается по методу начисления вне зависимости от оплаты, т.е. характеризует размер не полученных, а начисленных средств. Размер оплаченной выручки отражается в отчете о движении денежных средств. Таким образом, все денежные средства, начисленные по факту оказания услуг, но не полученные в отчетном периоде, искажают ситуацию, ухудшая реальное финансовое состояние учреждения здравоохранения, обслуживающего территориальное население и активно взаимодействующего с федеральными структурами и страховыми организациями. Кроме того, следует учитывать, что средства ОМС не всегда покрывают реальные расходы на диагностику, лечение и реабилитацию. При подобном подходе руководители тех учреждений здравоохранения, которые обеспечивают только корпоративные потребности, заведомо выигрывают.

Важно различать показатели “начисленная выручка” и “фактически оплаченная выручка”, в том числе процент возврата начисленных средств отдельно по всем источникам поступления. Целесообразно учитывать задолженность ТФОМС и страховых компаний по программам ОМС и ДМС на конкретные отчетные даты. Кроме того, необходим особый контроль объемов дебиторской и кредиторской задолженностей в целях сокращения размера совокупной задолженности и периодов оборота.

Величина целевого показателя “Совокупные расходы (с учетом дополнительных расходов на содержание, в том числе амортизация, земель-

ный налог, расходы социального характера), тыс. руб.”, как указано авторами в комментарии, исчисляется расчетным путем и в совокупности с целевым объемом выручки и чистой прибыли определяет, по мнению разработчика, безубыточность деятельности учреждения. В действительности безубыточность деятельности, или порог рентабельности, устанавливается путем соотношения постоянных затрат и маржинального дохода, а безубыточный объем продаж показывает ту сумму выручки, которая необходима для возмещения постоянных затрат. Дополнительно можно рассчитать запас финансовой прочности как разницу между выручкой и безубыточными продажами.

Показатель “Чистые активы, тыс. руб.”, как указывают в комментарии, “позволяет оценить реальную стоимость имеющегося имущества, ежегодно определяемого за вычетом долгов”. Но размер чистых активов - это разница между балансовой стоимостью всех активов и суммой долговых обязательств общества. Отрицательная величина чистых активов означает, что по данным бухгалтерской отчетности размер долгов превышает стоимость всего имущества организации. Финансовое состояние организации с неудовлетворительной структурой баланса, т.е. отрицательной величиной чистых активов, именуется иначе - “недостаточность имущества”.

“Чистые активы - это активы, сформированные за счет собственных средств и свободные от обязательств” (см. Гражданский кодекс РФ), если стоимость чистых активов будет меньше уставного капитала по окончании финансового года, общество не позднее чем через шесть месяцев после окончания соответствующего финансового года обязано принять одно из двух решений: либо об уменьшении уставного капитала до величины, не превышающей стоимости его чистых активов, либо о ликвидации организации.

В рекомендациях указано, что в состав активов, принимаемых к расчету, включаются:

- внеоборотные активы, отражаемые в первом разделе бухгалтерского баланса (нематериальные активы, основные средства, незавершенное строительство, доходные вложения в материальные ценности, долгосрочные финансовые вложения, прочие внеоборотные активы);

- оборотные активы, отражаемые во втором разделе бухгалтерского баланса (запасы, налог на добавленную стоимость по приобретенным

ценностям, дебиторская задолженность, краткосрочные финансовые вложения, денежные средства, прочие оборотные активы), за исключением стоимости в сумме фактических затрат на выкуп собственных акций, выкупленных акционерным обществом у акционеров для их последующей перепродажи или аннулирования, и задолженности участников (учредителей) по взносам в уставный капитал.

Принимаемые к расчету активы включают все активы организации, за исключением дебиторской задолженности учредителей (участников, акционеров, собственников, членов) по взносам (вкладам) в уставный капитал (уставный фонд, паевой фонд, складочный капитал), по оплате акций (см. Закон РФ об акционерных обществах). В «состав пассивов, принимаемых к расчету, включаются:

- долгосрочные обязательства по займам и кредитам и прочие долгосрочные обязательства;
- краткосрочные обязательства по займам и кредитам;
- кредиторская задолженность;
- задолженность участникам (учредителям) по выплате доходов;
- резервы предстоящих расходов;
- прочие краткосрочные обязательства».

В принимаемые к расчету обязательства включают все обязательства организации, за исключением доходов будущих периодов, признанных организацией в связи с получением государственной помощи, а также в связи с безвозмездным получением имущества (см. Закон РФ об акционерных обществах).

Для определения показателя «Прибыль (убыток) от операционной деятельности, тыс. руб.» авторами предлагается в качестве источника информации использовать статистику по предыдущим показателям, хотя в действительности следует использовать показатели отчета о финансовых результатах организации за отчетный период.

В комментарии по определению показателя «Прибыль до уплаты налога на прибыль, процентов и амортизации (ЕБИТДА), тыс. руб.» указано, что по значению ЕБИТДА можно получить представление о том, какое количество денежных средств учреждение здравоохранения получает в свое распоряжение за отчетный период и, соответственно, сколько оно сможет потратить в дальнейшем. На самом деле, ЕБИТДА, как пер-

вичная (валовая) прибыль до вычета из нее начисленных процентов и дивидендов, налогов, а также амортизации по основным средствам и нематериальным активам, служит для определения конкурентоспособности и эффективности деятельности организации вне зависимости от размера задолженности по кредитам, налогового режима и способа расчета амортизационных отчислений.

Показатель «Рентабельность инвестированного капитала (ROIC), %» в соответствии с комментарием характеризует эффективность операционной деятельности и динамику создания стоимости, при этом должен обеспечиваться рост показателя в динамике за последние 3 года, а значение показателя должно быть больше средневзвешенной стоимости капитала. Коэффициент рентабельности инвестированного капитала определяется как отношение чистой операционной прибыли к среднегодовой величине суммарного инвестированного капитала (собственного и заемного) и отражает отдачу на сумму денег, вложенных в ее развитие в соответствии с МСФО, а формула, предлагаемая для расчета, нуждается в уточнении.

Показатель «Рентабельность собственного капитала (ROE), %» в соответствии с комментарием характеризует эффективность использования капитала, инвестированного собственниками компании, и показывает, сколько единиц чистой прибыли заработала каждая единица, вложенная в дочернее общество собственниками, при этом должен обеспечиваться рост показателя в динамике, а значение показателя - быть больше нуля. В МСФО указано, что «Коэффициент рентабельности собственного капитала (ROE) - это отношение чистой прибыли к среднегодовой величине собственного капитала».

Предлагаемый показатель «Рентабельность активов (ROA), %» отражает общую доходность, отнесенную к активам компании, и характеризует способность руководства эффективно использовать активы организации для получения прибыли. Должен обеспечиваться рост показателя в динамике, а значение показателя - быть больше нуля. Данный показатель (ROA - Отношение чистой прибыли (убытка) к совокупным активам юридического лица) интересен не сам по себе, поскольку его значение необходимо сопоставлять со средним размером процентов за используемые кредитные и заемные средства и прочие расхо-

ды по их привлечению, страхованию и обслуживанию в соответствии с МСФО.

Группа показателей “Характеристика рынка” действительно является очень важной составляющей для оценки реальных возможностей, вызовов и угроз внешней среды при правильно подобранной системе количественных и качественных показателей. Характеристика рынка должна начинаться с анализа базовых параметров с учетом предполагаемой модели развития рынка и заканчиваться характеристикой сегмента рынка конкретного медучреждения, целевой группы и портретом типичного потребителя услуг. Авторами методики предлагаются следующие показатели:

- динамика финансирования по ОМС, %;
- динамика оказания платных услуг, %;
- динамика оказания услуг ВТМП, %;
- тип локального рынка по численности населения, тыс. чел.;
- среднемесячная заработная плата работников организаций на локальном рынке, руб.;
- уровень конкуренции на локальном рынке (экспертная оценка).

Первые три показателя в комментариях никак не расшифровываются, но по их наименованиям и указанным источникам информации можно сделать вывод о том, что они не могут характеризовать рынок, поскольку являются основными показателями финансово-хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, причем без учета динамики, которую целесообразно иллюстрировать коэффициентами прироста/убыли.

Четвертый показатель “Тип локального рынка по численности населения, тыс. чел.” в соответствии с комментарием является макроэкономическим показателем, позволяющим оценить потенциальный объем контингента в границах локального рынка медицинских услуг. Под локальным рынком понимается рыночный сегмент, территориальная единица, которая находится в зоне максимальной доступности для потребителя медицинских услуг с учетом реально существующей транспортной сети, определяется в соответствии с официальными статистическими источниками.

Можно использовать множество абсолютных и относительных показателей, характеризующих реальную потенциальную емкость рынка, но поскольку в действительности учреждение здравоохранения никак не может повлиять на значение

этого показателя, постольку и применение его вряд ли целесообразно. Потенциальный объем контингента в границах локального рынка медицинских услуг лечебного учреждения следует определять не по численности населения вообще в территориальных границах, поскольку плотность учреждений здравоохранения в границах городских округов и муниципальных образований различается весьма значительно. Необходимо учитывать как минимум два вспомогательных показателя: численность платежеспособного населения и/или численность населения, готового сменить учреждение здравоохранения в рамках программ ОМС и ДМС, причем с учетом существующих ограничений - не чаще 1 раза в год.

Показатель “Среднемесячная заработная плата работников организаций на локальном рынке, руб.”, по мнению авторов, является макроэкономическим показателем, позволяющим оценить потенциальный платежеспособный спрос физических лиц как одной из групп клиентов учреждения здравоохранения. Следует обратить внимание, что этот макроэкономический показатель не что иное, как номинальная среднемесячная заработная плата, которая никоим образом не определяет потенциальный платежеспособный спрос населения. Как минимум, необходимо учитывать коэффициент инфляции, т.е. рассчитывать реальную заработную плату, как максимум - реальный доход на каждого члена семьи в границах локального рынка медицинских услуг учреждения здравоохранения, который, как правило, имеет решающее значение.

Показатель “Уровень конкуренции на локальном рынке (экспертная оценка)” в соответствии с комментарием является макроэкономическим показателем, позволяющим оценить объем предложения в границах локального рынка медицинских услуг учреждения здравоохранения, а в качестве источников информации указано: “Посредством проведения анкетирования либо экспертной оценкой рабочей группы”.

Во-первых, уровень конкуренции на локальном рынке и объем предложения в границах локального рынка медицинских услуг учреждения здравоохранения - абсолютно разные показатели, которые действительно необходимо оценить, причем максимально объективно.

Во-вторых, уровень конкуренции на локальном рынке медицинских услуг не может оцени-

ваться субъективно - посредством анкетирования и даже экспертной оценкой рабочей группы, поскольку экспертная оценка не свободна от ошибок.

Кроме того, существуют объективные показатели и более надежные методы оценки состояния конкурентной среды и специальные методы оценки области деловой активности, уровня конкуренции на локальном рынке (АВС-анализ, матрица Д. Абея или Бостонской консалтинговой группы (BCG)).

В группу предлагаемых показателей "Производственные процессы" входят:

- "Фондовооруженность труда, тыс.руб./чел.";
- "Коэффициент фондоотдачи основных средств, коэфф."

Специфика деятельности учреждения здравоохранения, по действующему ОКВЭД, относится к группе "Услуги здравоохранения и предоставление социальных услуг"), что не предполагает производственной деятельности, следовательно, наличие этого раздела в перечне показателей вряд ли целесообразно. Гораздо важнее оценить конкурентные преимущества или потенциал роста учреждения здравоохранения. С этой точки зрения и с учетом поправок, озвученных выше, показатели "Динамика финансирования учреждения здравоохранения по ОМС, %", "Динамика оказания платных услуг, %", "Динамика оказания услуг ВТМП, %" из раздела "Характеристика рынка" будут здесь уместны.

Показатель "Фондовооруженность труда, тыс.руб./чел." характеризует оснащенность работников основными производственными фондами (средствами) и определяется как отношение среднегодовой балансовой стоимости основных средств за отчетный период к среднегодовой списочной численности работников за отчетный период. Скорее всего, следует учитывать специфические показатели, например, оснащенность учреждения здравоохранения высокотехнологичными медоборудованием и средствами труда (абсолютный показатель - общая стоимость высокотехнологичных средств и относительный - доля в общей стоимости основных производственных фондов (средств)). При расчете фондовооруженности труда именно высокотехнологичными медоборудованием и средствами в знаменателе целесообразно проставлять численность врачей и среднего медперсонала, поскольку только они

используют его и нет смысла ухудшать значение показателя. Кроме того, среднегодовую балансовую стоимость основных фондов (средств) за отчетный период можно существенно увеличить в конце года - ноябре-декабре, и тогда при высокой фондовооруженности труда коэффициент фондоотдачи основных средств не изменится в лучшую сторону.

Показатель "Коэффициент фондоотдачи основных средств, коэфф." рассчитывается путем деления совокупной выручки за оказанные услуги на среднегодовую балансовую стоимость основных средств за отчетный период. При расчете этого показателя опять появляются вопросы:

- о совокупной выручке за оказанные услуги, начисленной, которая учитывается при расчете, и фактически полученной;
- о конкретной дате увеличения стоимости основных фондов в отчетном периоде.

В группе показателей "Персонал" присутствуют весьма различные показатели, например, макроэкономический показатель "Выполнение "дорожной карты" по росту заработной платы (ЗП) в субъекте РФ" и показатели кадровой отчетности.

Показатель "Выполнение "дорожной карты" по росту заработной платы в субъекте РФ" в соответствии с комментарием позволяет оценить влияние государственной политики финансового обеспечения повышения оплаты труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений на рыночную среду функционирования учреждения здравоохранения. Те регионы, которые сегодня выполняют и перевыполняют эти показатели, можно оценивать как регионы с наибольшим потенциалом участия негосударственных медицинских учреждений в системе ОМС. Регионы, в которых отмечается значительное невыполнение целевых показателей, с высокой степенью вероятности будут сдерживать поддержку учреждения здравоохранения. Для учета этого фактора можно ранжировать регионы по фактическому выполнению целевых показателей оплаты труда медицинских работников по отношению к средней по региону. Определяется показатель в соответствии с официальными статистическими источниками.

Абсолютно непонятно, почему регионы, которые сегодня выполняют и перевыполняют вы-

шеперечисленные показатели, можно оценивать как регионы с наибольшим потенциалом участия негосударственных медицинских учреждений в системе ОМС, а регионы, в которых отмечается значительное недовыполнение целевых показателей, с высокой степенью вероятности будут сдерживать поддержку учреждения здравоохранения. Причинно-следственная связь неочевидна, а значит, должна быть определена вероятность наступления указанных событий.

Выполнение “дорожной карты” по росту заработной платы в субъекте РФ - это задача региональной исполнительной власти, решением которой занимаются руководители всех учреждений здравоохранения (НУЗ и ГБУЗ) любого региона, этот показатель гораздо больше подходит для оценки эффективности региональной исполнительной власти и отчета представителей региональной власти. Более того, из комментария следует, что и авторы полагают, что данный показатель характеризует состояние внешней среды функционирования учреждения здравоохранения, в первую очередь, политической и экономической подсистем, т.е. его место в разделе “Характеристика рынка”.

В качестве показателей оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения предлагаются различные показатели, называемые целевыми, например, показатели, характеризующие медицинский персонал: “Доля врачей, имеющих высшую и первую квалификационную категории, в общей численности врачей, %”, “Доля среднего медицинского персонала, имеющего высшую и первую квалификационную категории, в общей численности среднего медицинского персонала, %”. К сожалению, эти показатели являются типичными для кадровой отчетности, а некоторые авторы в формулах для расчета показателей используют в знаменателе показатели общей численности соответствующих категорий персонала, хотя более корректным является показатель “Среднесписочная численность”.

Показатели “Текучесть кадров (врачи, %)” и “Текучесть кадров (средний мед. персонал, %)” рассчитываются, соответственно, как отношение числа уволенных врачей (или средних медицинских работников) на конец отчетного периода к числу штатных должностей врачей (или средних медицинских работников) на конец отчетного периода, умноженное на 100 %.

Нельзя упускать из виду, что в настоящее время этот показатель утратил свою значимость, на смену ему пришли более актуальные. Однако применять традиционные количественные показатели можно, например: коэффициент постоянства, интенсивность оборота к приему и интенсивность оборота к выбытию; излишний оборот (по субъективным причинам) и некоторые другие. Из современных показателей наибольший интерес представляют: срок замещения вакантной должности, количество претендентов на 1 рабочее место и др.

Авторы некоторых методик обозначают в качестве целевого показатель “Средний возраст медицинского персонала” как коэффициент и предлагают рассчитывать его как соотношение медицинского персонала в возрасте от 31 года до 50 лет к общему количеству медицинского персонала (физических лиц). Необходимо обратить внимание на тот факт, что, во-первых, это, конечно же, не коэффициент; во-вторых, это не средний возраст медицинского персонала, а доля медицинского персонала в возрасте от 31 года до 50 лет в общей численности медицинского персонала (физических лиц); в-третьих, в знаменателе корректнее применять показатель “Среднесписочная численность медицинского персонала”; в-четвертых, не понятен выбор возрастной группы (от 31 года до 50 лет).

Действительно, при соблюдении определенных условий эти показатели могут стать целевыми, а не только характеризовать качественные параметры кадрового потенциала лечебного учреждения. Например, с учетом специфики медучреждения качественные показатели - изменение доли (удельного веса) в общей численности врачей или средних медицинских работников врачей или средних медицинских работников в возрасте 31 года - 40 лет, имеющих высшую и первую квалификационную категории, и изменение доли (удельного веса) в общей численности врачей или средних медицинских работников врачей или средних медицинских работников в возрасте 41 года - 50 лет, имеющих высшую и первую квалификационную категории, и пр. С точки зрения определения конкурентоспособности кадрового потенциала учреждения здравоохранения целесообразнее использовать показатели численности врачей, имеющих высшую и первую квалификационную категорию, в возрастной группе 31 год - 40 лет и среднего ме-

дицинского персонала, имеющего высшую и первую квалификационную категорию, в возрастной группе 31 год - 40 лет и др.

В заключение хотелось бы сказать, что практически все предлагаемые показатели не столько целевые, сколько отчетные, следовательно, они не ориентируют руководителей учреждений здравоохранения на развитие и рост. Для применения целевых показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения необходимо верно обозначить цели и задачи их развития, в том числе в рамках корпоративной стратегии, сгруппировать учреждения здравоохранения, сформировать репрезентативную выборку, определить вес и значимость каждого показателя. Руководитель любой организации должен обеспечивать потенциал развития, конкурентоспособность и безубыточность деятельности каждого структурного подразделения, которые, кстати сказать, в перспективе определяют рыночную конкурентную позицию учреждения в целом.

1. Закон Российской Федерации об акционерных обществах. Доступ из справ.-правовой системы "КонсультантПлюс".

2. Гражданский кодекс Российской Федерации.

3. Кузьмина Н.М. Менеджмент персонала корпорации. Москва, 2016. 245 с.

4. Ревина С.Н., Кузьмина Н.М., Блинов С.В. Экономико-правовые аспекты совершенствования системы мотивации // Вопросы экономики и права. 2016. № 4. С. 14-19.

5. Ревина С.Н., Кузьмина Н.М., Блинов С.В. Формирование и внедрение системы ключевых показателей эффективности деятельности и оценки качества медицинских услуг НУЗ ОАО "РЖД" (на примере НУЗ "ДКБ на станции Самара ОАО "РЖД") // Экономические науки. 2016. № 6 (139). С. 20-25.

6. Ревина С.Н., Кузьмина Н.М., Блинов С.В. Развитие системы мотивации сотрудников на основе применения ключевых показателей эффективности деятельности (на примере НУЗ "ДКБ на станции Самара ОАО "РЖД") // Экономические науки. 2016. № 6 (139). С. 29-34.

Поступила в редакцию 04.02.2017 г.