

Вестник Евразийской науки / The Eurasian Scientific Journal <https://esj.today>

2019, №3, Том 11 / 2019, No 3, Vol 11 <https://esj.today/issue-3-2019.html>

URL статьи: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Тютин Д.В., Лесина Т.В. Развитие методик бюджетирования в системе здравоохранения // Вестник Евразийской науки, 2019 №3, <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

For citation:

Tyutin D.V., Lesina T.V. (2019). Development of budgeting methods in the healthcare system. *The Eurasian Scientific Journal*, [online] 3(11). Available at: <https://esj.today/PDF/42ECVN319.pdf> (in Russian)

УДК 338.2

ГРНТИ 06.81.30

Тютин Дмитрий Васильевич

ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»
Филиал в городе Калуга, Калуга, Россия
Заведующий кафедрой «Экономики и менеджмента»
Кандидат экономических наук, доцент
E-mail: fm@klg.ranepa.ru

Лесина Татьяна Викторовна

ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»
Филиал в городе Калуга, Калуга, Россия
Доцент кафедры «Финансового менеджмента»
Кандидат экономических наук, доцент
E-mail: jalesina@mail.ru

Развитие методик бюджетирования в системе здравоохранения

Аннотация. В настоящее время деятельность организаций, оказывающих услуги по здравоохранению связана с использованием сложных технологий, что в свою очередь ведет к существенным затратам. Планирование затрат и контроль за их осуществлением, оптимизация затрат является одной из важнейших задач управленческого учета в системе здравоохранения. При формировании бюджетов и организации системы бюджетирования в учреждениях здравоохранения необходимо учесть отраслевые особенности деятельности, которые в свою очередь оказывают влияние на формирование бюджетов различных уровней. В исследовании предложены альтернативные методики бюджетирования в учреждениях здравоохранения, а также ключевые характеристики для дальнейшей оценки эффективности оказываемых медицинскими учреждениями услуг, подобранные с учетом специфики отрасли здравоохранения. Обобщен опыт использования актуальных современных методик на примере практического опыта разных стран. Отмечены их преимущества и недостатки. В частности, исследование показало, что DRG (клинико-затратные группы) может повысить эффективность и прозрачность управленческого учета в организациях здравоохранения, но она также содержит определенные риски.

Авторы отмечают, что необходимо использовать лучшие методики, проверенные практическим опытом в разных странах, а также разработать и применять систему нефинансовых показателей, что даст возможность использовать дополнительную информацию.

Методика исследования основывалась на методах наблюдения, классификации и систематизации данных Германии, Франции, России, Канады, США, Великобритании.

В статье обоснована необходимость использования ключевых показателей для оценки эффективности и результативности деятельности медицинских организаций. Сделан вывод о том, что использование предложенных ключевых характеристик, в том числе и нефинансовой информации позволит качественно улучшить результаты работы медицинских учреждений. Ключевые нефинансовые показатели результативности основаны на опыте организаций здравоохранения Калужского региона и доработаны авторами. Реформирование отечественной системы здравоохранения и переход на программное бюджетирование с ориентацией на результат (БОР) в системе здравоохранения подчеркивает актуальность статьи.

Ключевые слова: управленческий учет; бюджетирование; организации здравоохранения; медицина; КСГ (клинико-статистические группы); DRG (клинико-затратные группы); CMG (Case Mix Group); HRGs (Health Care Resource Groups)

Организации здравоохранения ответственны не только за профилактику заболеваний, лечение, но и за оптимизацию медицинских расходов. Центральные задачи развития здравоохранения в России нашли отражение в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Постановлении Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения". Программа предусматривает формирование необходимых условий для сохранения здоровья населения нашей страны, требует обеспечения доступности качественной профилактики, диагностики и действенного лечения заболеваний, в том числе с применением инновационных медицинских технологий. Однако средства, выделяемые из бюджета, должны быть использованы максимально эффективно.

В развитие государственной программы представлены межведомственные программы, направленные на медико-санитарное обеспечение работников обслуживаемых организаций и населения обслуживаемых территорий; развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины. Программы имеют широкий спектр и направлены в том числе на медико-биологическое обеспечение спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации, контроль, экспертизу, мониторинг и предоставление государственных услуг в сфере охраны здоровья. Одним из важных направлений реализации программ является организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Отдельного внимания заслуживает развитие материально-технической базы детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций.

На достижение указанных целей ориентированы Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2580-р, и Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 года № 66.

Нормативное регулирование охватывает вопросы обязательного медицинского страхования и охрану здоровья граждан.

На уровне регионов на основании вышеперечисленных документов принят и реализуется перечень подпрограмм, входящих в государственную программу, которые направлены на профилактику заболеваний и создание здорового образа жизни, формирование первичной медико-санитарной помощи, совершенствование оказания специализированной,

высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации.

Разнообразие направлений, сложная схема финансирования, наличие бюджетных и внебюджетных источников требует особых подходов к вопросам реализации бюджетирования в здравоохранении.

Вопросы управленческого учета широко освещены в зарубежной литературе, в частности у таких авторов как Р. Гаррисон, Э. Норин, П. Брюэр [7], К. Друри [8]. Дж. Робертсон, Ч. Хорнгрен, Дж. Фостер, Ш. Датар [18] и др.

Научные исследования проблем управленческого учета в учреждениях здравоохранения мало исследованы в трудах российских ученых. Однако следует отметить наиболее значимые работы М.А. Вахрушиной, Н.В. Малиновской, Л.И. Юзвович и Е.Ю. Валова [2; 3], В.Ю. Семенова и И.В. Самородской, М.В. Пирогова, А.Н. Гурова, М.И. Гадаборшева и С.М. Цыганковой, А.Ю. Опальского [13], Н.И. Яшиной, Е.А. Хансуваровой, К.С. Яшина, С.А. Суслина [16], Л.И. Меньшиковой, М.Г. Дьячковой, Э.А. Мордовского, Х.Э. Таймасханова [12].

Так, например, работы М.А. Вахрушиной, Н.В. Малиновской посвящены вопросам выявления особенностей реформирования работы учреждений здравоохранения, итогам анализа практики финансирования деятельности и учета затрат учреждений здравоохранения на международном уровне, потребности внедрения системы управленческого учета в учреждениях здравоохранения [1].

В.Ю. Семенов и И.В. Самородская в своих работах освещают анализ методик оценки затрат на осуществление лечебной деятельности с помощью медико-экономических стандартов медицинской помощи и клинико-статистических групп (КСГ). В исследованиях сравниваются способы оплаты, основанных на использовании стандартов и КСГ [2; 3].

Л.И. Юзвович, Е.Ю. Валова исследуют результаты внедрения бюджетирования, ориентированного на результат (БОР) в зарубежной практике. Исследователями оценен опыт внедрения в бюджетный процесс БОР, в отдельных странах: США, Канада, Норвегия, Новая Зеландия, Великобритания и Нидерланды. Подведены итоги, позволяющие успешно осуществить концепцию повышения эффективности управления в сфере здравоохранения в России, предложены версии перехода к программно-целевому бюджетированию в Российской Федерации [4].

Учитывая возросшую в последние годы значимость нефинансовых показателей в оценке эффективности деятельности медицинских учреждений в работах М.И. Гадаборшева и С.М. Цыганковой представлено формирование системы ключевых показателей для оценки эффективности и результативности деятельности медицинских организаций [5].

В работах Н.И. Яшиной, Е.А. Хансуваровой, К.С. Яшина представлена разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений [6].

Методики бюджетирования, используемые в системе здравоохранения, разнообразны, подчас специфичны, ориентированы на группы стран. Рассмотрим основные методики бюджетирования в здравоохранении (табл. 1).

В международной практике система КСГ, (диагностически родственные группы (ДГР)) была сформирована более 40 лет назад в США для поддержания и повышения качества помощи в учреждениях здравоохранения.

В США и Германии – это DRG (Diagnosis Related Group), в Канаде CMG (Case Mix Group), в Великобритании HRGs (Health Care Resource Groups).

Таблица 1

Методики бюджетирования в здравоохранении

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

Составлено автором

Методика КСГ интенсивно развивается во многих странах мира. Цель – внедрить справедливую методику оплаты: за результат, а не за ресурсы (большая оплата за больший объем работы и более сложные случаи) и унифицировать методы оплаты за оказанную медицинскую помощь.

Методика КСГ интенсивно развивается. В России освоение методики КСГ как основы для бюджетирования, происходит постепенно. Так в 2011 г. Осуществлялось обсуждение зарубежного опыта и принятие ключевых решений по российской модели КСГ (купить/разработать, классификационные критерии, количество групп и т. д.).

2012–2013 гг. разрабатывалась и внедрялась первая версия КСГ на базе 3 пилотных регионов. На этом этапе была официально утверждена первая федеральная модель.

2014–2015 гг. разработана и внедрена вторая федеральная модель КСГ. Приняли участие базе 3 пилотных регионов в 2014 г. Модернизация модели была осуществлена в 2015 г.

2015 г. и по настоящее время разработана и внедрена третья федеральная модель КСГ. Приняли участие базе 8 пилотных регионов (рис. 1).

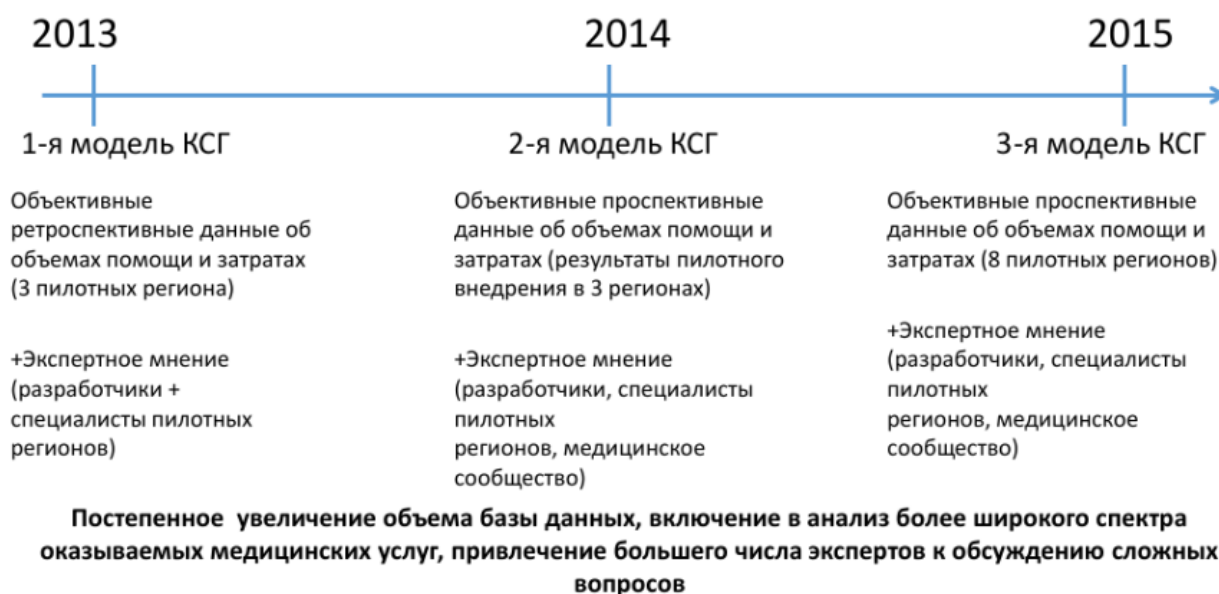


Рисунок 1. Этапы разработки группировки системы КСГ (составлено автором)

В настоящее время актуальными остаются вопросы совершенствования нормативной базы стандартизации затрат для каждого вида оказания услуг в учреждениях здравоохранения, использование контрольного механизма эффективного использования ресурсов,

предполагающего оптимизацию расходов на финансирование медицинских программ, минимизация финансовых рисков учреждений здравоохранения.

Нехватка финансового обеспечения государственной системы здравоохранения во многих странах в последнее время, начавшийся в результате использования в медицинской практике высокотехнологичных и дорогостоящих методов лечения, привел к использованию новых механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов в учреждениях здравоохранения. Одним из таких механизмов является активно реализуемая DRG-модель классификации случаев стационарного лечения.

DRG-модель строится на допущении о том, что ресурсное обеспечение лечения пациентов, принадлежащих к одной группе, тождественно. Основой методики является клиническая классификация случаев госпитализации и система кодификаторов [7]. Классификаторы системы DRG учитывают код диагноза, вмешательства, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний. В 1970 г. предложили классифицировать все случаи госпитализации в стационары неотложной помощи на основе нескольких "признаков" (диагноз, наименование процедуры – операции, возраст, пол) Robert Barclay Fetter и John Devereaux Thompson (США).

Большинство стран с низким и средним уровнем дохода используют методику DRG на основе платежей или как основу для перспективного бюджетирования.

DRG – модель имеет свои недостатки. По данным аудиторских компаний сделано заключение, что, основанная на DRG модель оплаты не является очень прозрачным механизмом контроля за расходами для руководителей и местных регулирующих органов, а контроль за ресурсами, расходами и качеством больниц является недостаточным и неудовлетворительным.

Обращаясь к опыту европейских коллег, можно сделать вывод, что, хотя платежная система на основе DRG может повысить эффективность и прозрачность в учреждениях здравоохранения, она также содержит определенные риски. Констатируется, что организованная на DRG платежная система также создала некоторые проблемы в контроле объема больничной деятельности и уровня соответствующего ухода.

Одним из вариантов применения смешанных групп P1x (CMG) является версия системы диагностической группы (DRG), была впервые введена в 1983 году в Канаде. Эта система адресует пациентов с выпиской в одну из примерно 600 ресурсных групп с 25 основными клиническими категориями на основе наиболее точного диагноза. При помощи этой методологии пациенты с аналогичной стоимостью и продолжительностью пребывания в больнице (LOS) группируются путем выделения сложных условий, которые были статистически связаны с более высокой стоимостью [8; 9].

Одной из современных разработок является группа Case Mix + (CMG+), введенная СИН в 2007 году, заменила прежнюю систему CMG.

Все рассмотренные методики являются фундаментальной основой для разработки систем бюджетирования.

Одной из важнейших функций управления в организациях здравоохранения является бюджетирование. Бюджетирование – процесс определения действий, которые должны быть выполнены в будущем для использования ресурсов и получения доходов. Задачи бюджетирования состоят в том, чтобы предупредить угрозы деятельности учреждений и принять правильные и своевременные управленческие решения. Так не секрет, что в бюджетных организациях большая сумма неиспользованных денежных средств приходится на конец отчетного периода. Основная цель бюджетирования – определение необходимых

ресурсов и источников финансирования, обеспечивающих реализацию поставленных целей, что исключает «спонтанное» использование денежных средств в конце отчетного периода.

Работа по финансовому бюджетированию организаций медицинской сферы основывается на общей системе бюджетов разных уровней и предполагает ряд мероприятий по контролю, оценке и адресности финансовых вложений. Бюджетирование помогает сформировать годовой план по прибыли, а также обеспечивает план оперативной деятельности, рассчитываемый в рамках месяца. Процедура формирования сметы и отчетности для каждого из медицинских учреждений содержит специфическую информацию [10; 11].

Видится необходимым применение лучших зарубежных наработок в области анализа подходов к финансированию деятельности медицинских учреждений. В сложившихся условиях оптимальным решением, которое сможет повысить показатели КМП, а также обеспечит рациональное использование ресурсов, становится управленческий учёт.

Основным инструментом бюджетного планирования и прогнозирования в практике российской бюджетной системы до недавнего времени был нормативный метод, ориентированный в основном на анализ затрат и целевой характер использования бюджетных средств. Применение сметного планирования не предполагает анализа эффективности финансирования того или иного направления в силу отсутствия целостной системы оценки результативности и эффективности бюджетных расходов, а также характеризуется низким уровнем ответственности и инициативности нижних звеньев, отсутствием их объективной заинтересованности в экономии средств бюджета.

Требуется рассмотреть процедуру бюджетирования организаций медицинской сферы с учетом нескольких особенностей, связанных с различиями в источниках финансирования.

1. В зависимости от уровня субсидий (уровень федерального бюджета; уровень бюджета субъекта РФ; местный уровень бюджета).
2. В зависимости от источника (субсидии; инвестиции из бюджета; средства, полученные от оплаты услуг по ОМС; средства от деятельности организаций, приносящей прибыль: платные медицинские услуги, ДМС, перевод некоторого имущества в статус сдаваемого в аренду и т. д.).
3. В зависимости от направленности доходов (подразумевающих использование для поддержания текущего состояния; подразумевающих использование для переоборудования и нового оснащения).

Методика расчета позволяет выделить три группы подходов к оценке стоимости медицинских услуг.

Таблица 2

Анализ подходов к оценке стоимости медицинских услуг

Наименование	Подход к оценке	Итоги применения
Подход с распределением планируемых затрат	Разделение затрат финансового характера по видам помощи (посещения пациентов, койко-дни)	Планирование зачастую не отражает реальную ситуацию по затратам, возникают сложности с оценкой затрат медицинских услуг высокотехнологичного характера
Подход с поэтапным распределением затрат	Дифференциация всех направлений деятельности учреждения на затратные и доходные (вспомогательные и основные)	Возникают сложности с оценкой затрат на лечение конкретного пациента, отрицательно проявляется усредненность подхода. Зачастую за доходными направлениями закрепляется большая часть расходов

Наименование	Подход к оценке	Итоги применения
Подход с использованием позаказного расчёта, распределения расходов и калькулирования	Дифференциация расходов на прямые и косвенные. Общий коэффициент распределяет косвенные расходы в пропорции к прямым	Для каждого конкретного заказа требуется наличие карточки, в которой отражаются прямые и косвенные расходы. Итогом распределения последних может стать значительное отклонение от показателей по коммунальным и хозяйственным статьям расходов

Составлено автором

Анализ существующих подходов позволяет выделить ряд существенных недостатков:

- расчетная стоимость услуги не включает в себя технологию проведения операции;
- невозможно провести анализ с учётом цены лекарства или использованием расходных элементов современного типа, применяемых в процессе лечения заболеваний сложного характера;
- использование прямого метода и пропорционального соотношения прямых и косвенных расходов выявляет отклонение от реальных затрат.

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

Чтобы реализовать заявленный подход, требуется:

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

Видится необходимым в рамках текущего исследования разработать ряд ключевых характеристик с целью дальнейшей оценки эффективности оказываемых медицинскими учреждениями услуг.

Таблица 3

Ключевые характеристики для дальнейшей оценки эффективности оказываемых медицинскими учреждениями услуг

Наименование	Форма расчёта
Ключевые характеристики	
прогнозируемая продолжительность жизни (лет)	увеличится с 69,4 (в 2011 году) до 71,6
показатель смертности (рассчитан с учетом всех факторов смерти для 1 тыс. человек)	уменьшится с 15,4 (в 2011 году) до 15,3
показатель смертности (рассчитан без учета внешних факторов смерти для 100 тыс. человек)	уменьшится с 1394,7 (в 2011 году) до 1390,5
показатель смертности среди младенцев (рассчитан для 1000 рожденных живыми)	8,1 (с учетом изменения принципа расчета этого показателя в 2012 году)
показатель смертности при учете летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний (рассчитан для 100 тыс. человек)	уменьшится с 939,9 (в 2011 году) до 840,5
показатель смертности при учете летальных исходов от ДТП (рассчитан для 100 тыс. человек)	уменьшится с 20,9 (в 2011 году) до 17,0
показатель смертности при учете летальных исходов от новообразований (в т. ч. и злокачественного типа) (рассчитан для 100 тыс. человек)	уменьшится с 224,1 (в 2011 году) до 228,0
показатель смертности при учёте смертей от туберкулеза	уменьшится с 9,8 (в 2011 году) до 9,6

Наименование	Форма расчёта
показатель употребления алкогольной продукции (с расчетом показателей абсолютного алкоголя) (литров на каждого человека)	уменьшится с 9,0 (в 2011 году) до 8,9
показатель распространенности табачных изделий среди лиц старше 18 лет	уменьшится с 58,6 % (в 2011 году) до 51,6 %;
количество пациентов, которым впервые в жизни был поставлен диагноз «Активный туберкулез» (рассчитан для 100 тыс. человек)	уменьшится с 61,7 (в 2011 году) до 49,3
соотношение среднего показателя заработной платы медицинских работников и сотрудников медицинских учреждений с высшим медицинским (фармацевтическим) или иным высшим образованием, которые предоставляют ими обеспечивают предоставление услуг медицинского характера, к среднему показателю заработной платы в рамках Калужской области	увеличится с 134,1 (в 2011 году) до 137,0
Ключевые нефинансовые характеристики [12]	
рост демографических показателей	будет проведена работа по улучшению показателей такого типа, итогом которой станет увеличение продолжительности жизни
общедоступность технологий по эффективному оказанию врачебной помощи на всех этапах	будет обеспечена доступность для всех слоев населения технологий по эффективному оказанию врачебной помощи на всех этапах
вовлечение населения в культуру ЗОЖ	среди населения будет сформировано положительное отношение к культуре ЗОЖ
медицинская система профилактики заболеваний	будет проведено возрождение системы
общедоступность мероприятий по профилактике, распознаванию на ранних стадиях и лечению болезней	будет обеспечена доступность мероприятий для всех слоев населения
медико-санитарная поддержка первичного типа	будет проведено укрепление поддержки такого типа
эффективность терапии лекарственного типа	будет улучшены результаты терапии такого типа
условия для повышения рождаемости	улучшение условий будет происходить на основе данных мониторинга
доступность высококачественной медицинской помощи	будет обеспечена доступность высококачественной медицинской помощи для всех слоев населения
доступность высококачественного лечения в рамках курортов и санаториев	будет обеспечен всеобщий доступ к высококачественному лечению в рамках курортов и санаториев, а также расширится список мер реабилитации медицинского характера
реформирование системы паллиативной помощи	будет проводиться активная политика реформирования системы, что приведет к улучшению уровня жизни неизлечимых пациентов
применение технологий инновационного характера в области здравоохранения	будет проводиться постепенное внедрение технологий такого типа
работа с кадровым составом, проведение анализа на соответствие занимаемой должности	уровень квалификации будет определен с помощью работы по мониторингу личных дел медицинских работников

Составлено автором

Данные получены с учетом использования в процессе анализа НПА, регламентов, методических рекомендаций, стандартов соответствия. Также была использована информация

из отчетов финансового и нефинансового типа, которые были предоставлены организациями и учреждениями медицинской сферы.

Следует отметить, что рекомендованные характеристики не всегда в полной мере отражают показатели результативности регулирования отношений в описываемой области. Это обстоятельство требует привлекать для анализа данные нефинансовых информационных документов. Чаще всего расчет таких показателей ведётся с учётом общедоступных данных, что, несомненно, указывает на прозрачность и возможность проверки используемых данных. Итогом такой работы становится устойчивый рост положительных показателей и улучшение социально-экономической ситуации в медицинской.

В статье исследованы актуальные методики бюджетирования в учреждениях здравоохранения, рассмотрены основные показатели для оценки эффективности услуг учреждений здравоохранения с учетом отраслевой специфики. Авторами отмечены преимущества и недостатки современных методик бюджетирования в учреждениях здравоохранения. Необходимо применять действенные методики, получившие апробацию в разных странах. Для более точной оценки необходимо использовать также и систему нефинансовых показателей, что даст возможность глубже проводить анализ.

Авторы отмечают необходимость использования ключевых показателей для оценки эффективности и результативности деятельности медицинских организаций. Результаты статьи позволят повысить эффективность работы медицинских учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахрушина М.А. Управленческий учет деятельности медицинских (муниципальных) учреждений: перспектива или реальность? // Международный бухгалтерский учет. 2015. №43 (385). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskiy-uchet-deyatelnosti-meditsinskih-munitsipalnyh-uchrezhdeniy-perspektiva-ili-realnost> (дата обращения: 05.06.2019).
2. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: Учебное пособие. М.: ООО "Издательство МИА"; 2014; глава 7. – С. 97.
3. Самородская И.В., Гаджинская М.А. Международный опыт и проблемы принятия управленческих решений о финансировании медицинских технологий из общественных источников. Общественное здоровье и здравоохранение. 2010. – С. 80.
4. Юзвович Л.И., Валова Е.Ю. Международный опыт внедрения бюджетирования, ориентированного на результат // Финансы и кредит. 2010. №21 (405). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mezhdunarodnyy-opyt-vnedreniya-byudzhetrovaniya-orientirovannogo-na-rezultat> (дата обращения: 01.04.2019).
5. Гадаборшев Магомет Исмаилович, Цыганкова Светлана Михайловна. Формирование системы ключевых показателей для оценки эффективности и результативности деятельности медицинских организаций // Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-sistemy-klyuchevykh-pokazateley-dlya-otsenki-effektivnosti-i-rezultativnosti-deyatelnosti-meditsinskih-organizatsiy> (дата обращения: 01.04.2019).
6. Яшина Н.И., Хансуварова Е.А., Яшин К.С. Разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Управленец. 2016. №4 (62). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-metodicheskikh-aspektov-otsenki-effektivnosti-deyatelnosti-lechebno-profilakticheskikh-uchrezhdeniy> (дата обращения: 01.04.2019).
7. Бокерия Л.А., Самородская И.В. Актуальные вопросы оценки и компенсации затрат медицинским учреждениям, выполняющим кардиохирургические операции. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2012; 3: 4–9.
8. Лаврухина Н.В. Методы оптимизации цены и структуры капитала организации / Н.В. Лаврухина // УЭКС. – 2014. – №6 (66). С. 13.
9. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011 – 496 стр.
10. Флек В.О., Зинланд Д.А. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011 – 440 стр.
11. Тютин Д.В. Эволюция нового государственного управления: логика эффективности, результативности и менеджмента публичных ценностей // Теория и практика общественного развития. 2014. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-novogo-gosudarstvennogo-upravleniya-logika-effektivnosti-rezultativnosti-i-menedzhmenta-publichnykh-tsennostey> (дата обращения: 05.06.2019).
12. Лесина Т.В. Нефинансовая отчетность. Анализ и оценка показателей [Текст] / Т.В. Лесина, Ю.С. Волкова; рец. М.И. Сидоровой // Аудит и финансовый анализ. – 2016. – № 4. – С. 311–315.

Tyutin Dmitry Vasilyevich

The Russian presidential academy of national economy and public administration, Kaluga, Russia
E-mail: m@klg.ranepa.ruu

Lesina Tat'yana Viktorovna

The Russian presidential academy of national economy and public administration, Kaluga, Russia
E-mail: jalesina@mail.ru

Development of budgeting methods in the healthcare system

Abstract. Currently, the activities of organizations providing healthcare services involve the use of sophisticated technologies, which in turn leads to significant costs. Cost planning and control over their implementation, cost optimization is one of the most important tasks of management accounting in the healthcare system. When forming budgets and organizing a budgeting system in healthcare institutions, it is necessary to take into account industry-specific features of activities, which in turn have an impact on budgeting at various levels. The study proposed alternative methods of budgeting in health care facilities, as well as key characteristics for further evaluating the effectiveness of the services provided by medical institutions, selected taking into account the specifics of the healthcare industry. The experience of using relevant modern techniques is summarized using the practical experience of different countries as an example. Their advantages and disadvantages are noted. In particular, the study showed that DRG (clinic-cost groups) can increase the efficiency and transparency of management accounting in healthcare organizations, but it also contains certain risks.

The authors note that it is necessary to use the best methods tested by practical experience in different countries, as well as to develop and apply a system of non-financial indicators, which will make it possible to use additional information.

The research methodology was based on the methods of observation, classification and systematization of data from Germany, France, Russia, Canada, the USA, and Great Britain.

The article substantiates the need to use key indicators to assess the effectiveness and efficiency of medical organizations. It is concluded that the use of the proposed key characteristics, including non-financial information, will make it possible to qualitatively improve the results of the work of medical institutions. Key non-financial performance indicators are based on the experience of health organizations in the Kaluga region and are further developed by the authors. The reform of the domestic health care system and the transition to program budgeting with a focus on results (BOR) in the health care system emphasizes the relevance of the article.

Keywords: management accounting; budgeting; healthcare organizations; the medicine; CSG (Clinical and Statistical Groups); DRG (Diagnosis Related Group); CMG (Case Mix Group); HRGs (Health Care Resource Groups)