



Информационный обзор №6 Реструктуризация ЛПУ снизила затраты на коммунальные услуги?

Настоящий информационный обзор обобщает результаты подробного исследования по вопросу влияния реструктуризации на снижение затрат за коммунальные услуги. Основным выводом явилось то, что **потребление** коммунальных услуг уменьшилось после проведения реструктуризации в результате более эффективного использования средств, но при этом **общие расходы** на коммунальные услуги возросли из-за повышения цен.

1. Предыстория

В 2001 году Министерством здравоохранения Кыргызской Республики были утверждены планы реструктуризации стационарной службы республики. Необходимость проведения реструктуризации определялась тремя основными моментами:

- **Непозволительно высокие коммунальные расходы.** В системе стационаров имелось слишком много зданий и их содержание стало обходиться слишком дорого. К примеру, доля расходов на коммунальные услуги от общих расходов здравоохранения возросла с 13,7% в 1997 году до 21,3% в 2000 году.
- **Новая система оплаты стационаров.** Оплата больниц стала основываться на количестве пролеченных случаев. Это заменило исторически сложившееся постатейное формирование бюджета, основанное на количестве коек. В новых условиях финансирования содержание имеющихся зданий становилось невозможным.
- **Поддержка проведения реструктуризации со стороны проекта Всемирного Банка «Здравоохранение – 2».** Банк предоставил кредит размером в 5 млн. долларов США на ремонт зданий и покупку нового оборудования.

2. Методология исследования

Исследование было проведено в 8 больницах в трех областях, где процесс реструктуризации наиболее продвинулся: Чуйской, Иссык-Кульской и Нарынской. Это были Иссык-Атинская ТБ, Сокулукская ТБ, Иссык-Кульская ТБ, Тонская ТБ, Кочкорская ТБ, Джумгалская ТБ, Ат-Башинская ТБ, Ак-Талинская ТБ. Так как не имеется централизованного источника данных, необходимо было выезжать непосредственно в стационары и собирать данные в больницах, либо у поставщиков коммунальных услуг. Данные собирались ежегодно в период с 2000 по 2004 гг.

По каждой больнице были собраны следующие показатели:

- Данные по физическому потреблению коммунальных услуг;
- Тарифы на коммунальные услуги, виды договоров;
- Описание процесса реструктуризации в исследуемых ЛПУ, будущее закрываемых зданий.

3. Полученные результаты

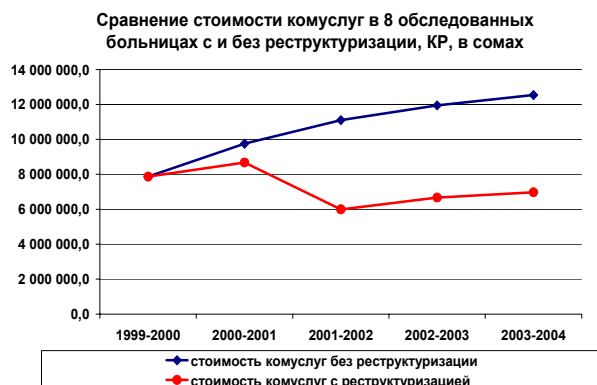
До реструктуризации в 8 исследованных больницах имелось 140 зданий. На март 2004 года использовалось 85 зданий. Обследование Территориальных больниц (ТБ) показало, что отопление является основной составляющей расходов на коммунальные услуги и, как следствие, большая часть этих расходов приходится на зимний период.

Таким образом, так как основные коммунальные затраты происходят в зимний период, предлагается сравнить потребление всеми восьми больницами коммунальных услуг в отопительные периоды до и после реструктуризации. Так как планы реструктуризации были утверждены в 2001 году, предлагается считать 1999-2000 год – периодом «ДО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ», и сравнивать его с последующими годами. На Рисунке 1 показаны расходы стационаров на коммунальные услуги (красная линия). Здесь также показаны предполагаемые расходы



без проведения реструктуризации (синяя линия). Синяя линия показывает уровень потребления до реструктуризации при имеющихся на настоящий момент тарифах. В следующем разделе приводятся выводы, вытекающие из данного исследования.

Рисунок 1.



1. В результате реструктуризации восьми стационаров в трех областях республики мы наблюдаем общее снижение финансовых потребностей за коммунальные услуги на 10% за четыре последних года по сравнению с 1999 годом и улучшение качества предоставляемой помощи в отдельных учреждениях путем достижения более комфортного температурного режима.
2. При условии не проведения реструктуризации и сохранения потребления коммунальных услуг на уровне 1999 года, расходы на коммунальные услуги возросли бы за четыре года в среднем на 44% а в 2004 году на 57%. Это произошло бы вследствие роста цен и тарифов на энергоресурсы.
3. Фактически потребление **электроэнергии** сократилось на 23% а расходы за нее увеличились на 34% в связи с повышением тарифа на 87% за четыре года.
4. Потребление **тепловой энергии** в среднем за четыре года сократилось на 41% и расходы за нее на 41%.
5. Потребление **угля** сократилось на 64% и расходы на уголь сократились на 14% также в связи с увеличением тарифа на 92%.
6. Потребление **воды** сократилось на 30% и расходы на 20%, тариф в среднем увеличился на 105%.
7. Тарифы за коммунальные услуги имеют стабильную тенденцию к повышению.
8. Реально сэкономить средства на водоснабжении позволяет установка

приборов учета потребляемой воды – водомеров.

4. Влияние на политику

- Исследование показало, что реструктуризация медицинских учреждений ведет к значительной экономии расходов на коммунальные услуги. Следовательно, дальнейшая реструктуризация в тех областях, где она еще не проводилась, является необходимым условием для эффективного использования средств в секторе здравоохранения, где существует огромный простор для проведения реструктуризации и достижения эффективности, особенно в крупных городах.
- Несмотря на это, у больниц не будет стимула для проведения реструктуризации до тех пор, пока областные бюджеты здравоохранения будут определяться на основе нормативов. Такой процесс формирования бюджета сокращает уровень финансирования для тех регионов, которые провели реструктуризацию. Но, реструктуризация не меняет потребность в услугах здравоохранения, а всего лишь ведет к экономному использованию выделяемых средств. Распределение бюджета на основе нормативов и сокращение бюджета в осуществивших реструктуризацию регионах равнозначны наказанию за эффективное использование государственных средств. Следовательно, очень важен тот факт, чтобы уровень финансирования не сокращался в осуществивших реструктуризацию регионах. Вознаграждение достижения эффективности, а не наказание, будет большим шагом для усовершенствования управления в государственном секторе в КР.

5. Примеры

Таким образом, от оптимальной системы отопления во многом зависят основные затраты больницы на коммунальные услуги. Системы отопления в обследованных ЛПУ представлены основными четырьмя типами:

- электрическое; (5.1)
- угольное; (5.2)
- центральное, когда имеется поставщик тепловой энергии, который предоставляет в больницу горячую воду для отопления зданий; (5.3)



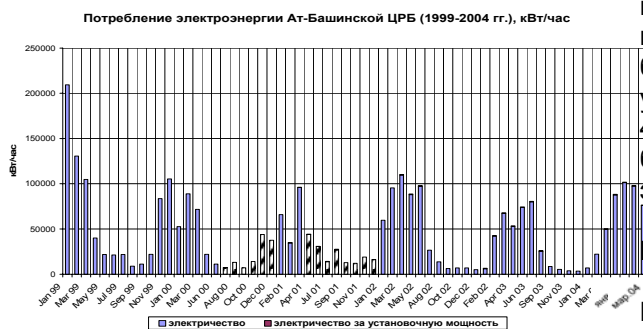
- встречаются смешанные системы отопления, когда в виде энергоносителя выступают два и более вида. (5.4)

Далее представлено описание каждого типа.

Пример 5.1. Электрическое отопление

Электроэнергия является довольно потребляемым и дорогостоящим видом энергоресурсов. Рассмотрим электроотопление на примере Ат-Башинской ТБ Нарынской области. Уже около 10 лет отопление в Ат-Башинской ТБ только электрическое. На Рисунке 2 показано потребление большой кВт/часов за период проведения исследования. Штрихом отмечено время проведения ремонтно-строительных работ. На данный момент в больнице функционируют три больших современных здания, где расположились все основные структурные подразделения стационара.

Рисунок 2.



Здесь представлено потребление с учетом потребления за активную мощность трансформатора, но так как эта доля потребления незначительна (и наоборот тариф довольно высок), на графике ее почти незаметно.

Далее, на Рисунке 3, показаны расходы на электроэнергию в Ат-Башинской ТБ за тот же период. На этом графике доля расходов за активную мощность трансформатора видна гораздо более отчетливо чем на графике потребления, так как тариф за активную мощность составляет 45 сом за киловатт, что превышает обычный тариф почти в 50 раз.

Таким образом, за пять месяцев 1999-2000 с ноября по март в Ат-Башинской ТБ было затрачено электроэнергии 402501 кВт/час на 202202 сом, а в сезон 2000-2001 года было затрачено 279299 кВт/час но уже на сумму 245967 сом. То есть при уменьшении потребления в 2000/2001 году на 31% затраты возросли на 18%.

Рисунок 3.



При сравнении потребления электроэнергии Ат-Башинской ТБ до реструктуризации (1999-2000) с последующими отопительными сезонами видно, что потребление снизилось на 9% а расходы увеличились на 116% (более чем в два раза) Это произошло по двум причинам. Первая причина заключается в повышении тарифа на электричество: стоимость выросла с 0.25 сом за кВт/час в январе 1999 года до 0.80 сом за кВт/час в марте 2002 г.. Вторая причина связана с увеличением доли затрат на установочную мощность электродвигателей, с помощью которых осуществляется обогрев зданий больницы. Следует отметить, что тариф за установочную мощность довольно высокий – 45 сом за 1 кВт/час, что почти в 50 раз больше чем за обычное потребление электроэнергии.

Пример 5.2. Централизованное отопление

Рассмотрим отопление больниц, где энергоносителем является горячая вода, подаваемая в больницу поставщиком тепловой энергии «Теплокоммунэнерго». Иссык-Атинская ТБ является хорошим примером использования центрального отопления. Поставка тепла осуществляется предприятием «Теплокоммунэнерго» и регулируется в зависимости от среднемесячной температуры наружного воздуха и объема отапливаемых помещений. Оплата производится в два этапа: по Договору между ТБ и «Теплокоммунэнерго» на поставку предварительных объемов тепловой энергии, а затем в конце отопительного сезона производится перерасчет на основе фактически предоставленного объема тепла.

Из рисунка 4 видно, что потребление тепловой энергии уменьшилось с 2139,92 Гкал в отопительном сезоне 1999-2000 г. до 1393,42 Гкал в сезоне 2000-2001 г. (или 35%) а в отопительном периоде 2001-2002 г.

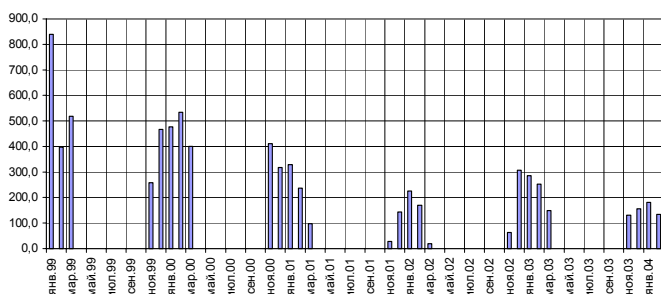


потреблено еще меньше - 587,778 Гкал (или меньше на 72%).

Рисунок 4.

Это объясняется тем, что в ТБ были законсервированы (отключены от потребления комуслуг) определенные здания и соответственно они были отключены от системы отопления. Также в больнице стали более рационально использовать средства, о чем свидетельствуют Акты замера температуры воды, подаваемой в больницу из котельной, которая была ниже

Потребление теплоты Исык-Атинской ТБ (1999-2004) Гкал



нормативной на 8,8°C. Подобные Акты служили основанием при перерасчете фактически потребленной тепловой энергии.

Пример 5.3. Смешанное отопление

Наиболее интересен опыт отопления Жумгальской ТБ, которая использует смешанный тип отопления. Теплоснабжение всех зданий Жумгальской ТБ (за исключением №№5, 13) осуществлялось от местной котельной. Здания №№5, 13 отапливались независимо от общей системы теплоснабжения с помощью электронагревательных приборов. Суммарная установочная мощность этих приборов составляет 260 кВт.

С 2001 года котельная «Теплокомунэнерго» перешла на баланс ТБ, и в последующие отопительные периоды больница сама обслуживала котельную. Как и предполагалось, это позволило значительно сэкономить средства, так как уголь для котельной закупала сама больница. Следует отметить, что отопительный сезон 2001/2002 гг. был на месяц продолжительнее чем предыдущий. Топить котельную начали в сентябре 2001 и закончили в конце февраля 2002 г. по причине того, что вышел из строя котел. Вся система отопления довольно старая, и котел ломался также в ноябре 2001 года, на графике это видно уменьшением потребления угля в этом месяце.

Зная теплоту сгорания угля месторождения Кара-Кече, которая равна 3860 ккал/кг (Джаманбаев А.С. «Угли Киргизии и пути их рационального использования». Фрунзе, изд.Илим, 1983 г.), мы можем рассчитать количество тепловой энергии (Гкал) потребленное в больнице, и сравнить это количество с количеством потребленной тепловой энергии в предыдущие периоды.

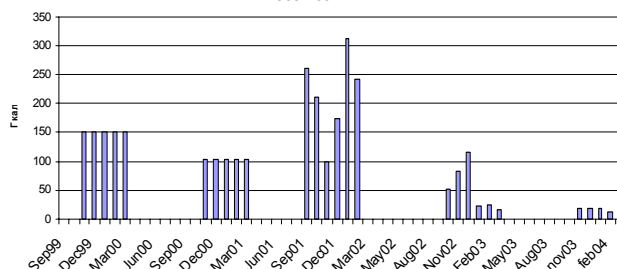
Как мы видим из графика №5, в отопительный период 2001/2002 гг. больница получила гораздо больше Гкаллоторий тепловой энергии чем в два предыдущих года. Учитывая что также был увеличен период отопления, можно сделать вывод что микроклимат в Джумгальской ЦРБ в 2001-2002 гг. заметно улучшился.

Рисунок 5.

Но далее, в следующих отопительных сезонах 2002-2003 и 2003-2004 гг., потребление угля резко падает в связи с тем, что основные структурные подразделения уже располагаются в двух зданиях, №№1 и 5, отапливаемых электроэнергией а остальные мелкие отапливаются углем через печи.

Пример 5.4. Угольное отопление

Потребление тепловой энергии в Джумгальской ЦРБ, Гкал, 1999-2004 гг.



Далее рассмотрим потребление угля на примере Тонской ТБ (Рисунок 6). На момент проведения реструктуризации, отопительный сезон 2001/2002, больница отапливалась на 30 дней больше чем в предыдущем, но на 33 дня меньше, чем по нормативу. Как видно из графика потребления угля, увеличилась не только продолжительность отопительного периода, который сохранился пятимесячным и в последующих годах, но и общий объем потребленного топлива – со 159,8 тонн до 217,1 тонн, или на 35,9%. Со слов служащих больницы выяснилось о некотором улучшении уровня отопления после реструктуризации.



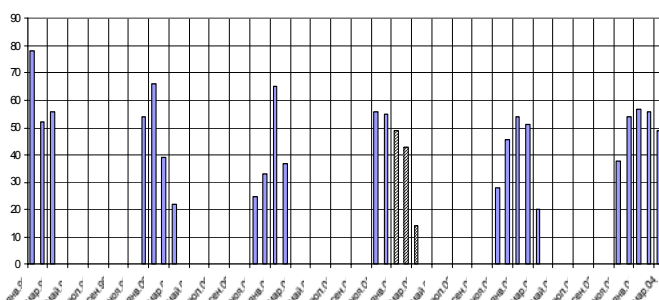
Рисунок 6.

После проведенной реструктуризации потребление угля в среднем возросло на 14% и оплата за потребление угля возросла на 64%. Это произошло в связи с тем, что больница смогла продлить отопительный период на 30 дней, увеличить объем потребленного угля со 159,8 тонн за отопительный период до 212,2 тонн в последние три отопительных периода, что очень близко к нормативному отоплению – 223,4 тонн.

усовершенствованию управления в государственном секторе в Кыргызской Республике.

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к сотруднику ПАПЗ Чечейбаеву Эркину по эл.почте erkin@manas.elcat.kg

Потребление угля Тонской ЦРБ (1999-2004), тонн



6. Выводы и рекомендации

1. Очень важно более рационально использовать заработанные средства путем закрытия избыточных площадей и установления учитывающих потребление приборов.
2. Также, необходимы более радикальные планы реструктуризации.
3. Достижение экономии средств за счет снижения потребления коммунальных услуг не должно привести к ошибочному мнению о том, что финансовые потребности сектора здравоохранения также уменьшились. Необходимо реинвестирование высвобожденных финансовых средств в систему здравоохранения для дальнейшего перераспределения на нужды пациента.
4. Дальнейшая реструктуризация стационарной службы является необходимым условием для достижения эффективности в секторе здравоохранения. Если регионы, где реструктуризация была проведена, не могут сохранить достигнутую эффективность и уровень их финансирования сокращается в результате реструктуризации, то другим регионам просто нет стимула для проведения реструктуризации и эффективного использования средств. Это может подорвать деятельность по