

ДРОНДы органов управления здравоохранением

© 2010 С.Г. Хабаев

кандидат экономических наук, доцент
Государственный университет управления
E-mail: mindliny@mail.ru

В статье представлен анализ докладов о результатах и основных направлениях деятельности органов управления здравоохранением, на основе проведенного анализа определены существующие недостатки в формировании миссии, стратегических целей органов управления здравоохранением. Автором представлены предложения по совершенствованию формирования стратегических целей и задач органов управления здравоохранением.

Ключевые слова: бюджетирование, ориентированное на результат, доклады о результатах и основных направлениях деятельности, медико-экономические стандарты.

Основными элементами бюджетирования, ориентированного на результат (далее БОР) в Концепции реформирования бюджетного процесса в РФ в 2004-2006 г.¹ были определены: доклады о результатах и основных направлениях деятельности субъекта бюджетного планирования (далее ДРОНД), федеральные целевые программы, ведомственные целевые программы.

В Концепции по реформированию бюджетного процесса было представлено Положение о ДРОНДах, а Минфином РФ были разработаны Методические рекомендации по подготовке ДРОНДов². Целью подготовки ДРОНДов, как указано в Концепции реформирования бюджетного процесса, являлось расширение применения в бюджетном процессе методов среднесрочного бюджетного планирования, ориентированного на результаты, исходя из реализации установленного Бюджетным кодексом РФ принципа эффективности использования бюджетных средств. Задачей же подготовки ДРОНДов было названо обеспечение Правительства РФ и Минфина России информацией, необходимой для составления доклада Правительства РФ о результатах и целях бюджетной политики, проектов перспективного финансового плана и федерального бюджета на очередной финансовый год. В субъектах РФ были приняты аналогичные документы, которые регламентируют ДРОНДы (по содержанию они аналогичны принятым документам на федеральном уровне).

Положение о ДРОНДах субъектов бюджетного планирования в основном посвящено конкретизации структуры доклада, в общем виде представленной в основном тексте Концепции реформирования бюджетного процесса. В этом документе сформулирована та структура докла-

да, которая практически без изменений используется на настоящий момент как на федеральном уровне, так и в субъектах РФ. ДРОНД включает в себя следующие разделы:

- цели, задачи и показатели деятельности;
- расходные обязательства и формирование доходов;
- бюджетные целевые программы и непрограммная деятельность;
- распределение расходов по целям, задачам и программам;
- результативность бюджетных расходов.

Органы управления здравоохранением³ в субъектах РФ как субъекты бюджетного планирования формируют ДРОНДы. При формировании данного документа большинство органов управления здравоохранением опиралось на содержание ДРОНДа Минздравсоцразвития РФ. Вследствие этого данным докладам присущи те же недостатки, что и ДРОНДу Минздравсоцразвития РФ. Например, в своем Докладе Минздравсоцразвития РФ определило свою миссию как содействие “улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения”. Приведенная формулировка миссии Министерства здравоохранения и социального развития РФ некорректна. Она ориентирована на содействие выполнению общих целей Правительства РФ в социальной сфере и слабо увязана с осуществлением функций данного министерства по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохра-

¹ Постановление Правительства РФ от 22 мая 2004 г. № 249.

² Письмо Минфина РФ от 27 июня 2005 г. № 02-АЛ/2008.

³ К органам управления здравоохранением относятся органы исполнительной власти субъектов РФ, проводящие государственную политику и осуществляющие регулирование деятельности в области здравоохранения и лекарственного обеспечения (министерства или департаменты здравоохранения).

Орган управления здравоохранением	Миссия
Министерство здравоохранения Калининградской области	Улучшение состояния здоровья населения Калининградской области до уровня, сопоставимого с показателями Европейских стран, повышение человеческого потенциала на основе: популяризации и развития физической культуры и спорта как элемента духовно-нравственного и физического воспитания и совершенствования личности, профилактики заболеваний, улучшения здоровья населения и активного долголетия; развития и совершенствования здравоохранения Калининградской области, как института охраны здоровья, профилактики и лечения заболеваний
Управление здравоохранением Тамбовской области	Повышение уровня здоровья и качества жизни населения области
Департамент здравоохранения Тульской области	Содействие улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни, повышению уровня здоровья населения области

нения, социального развития, труда и защиты прав потребителей медицинских услуг. В таблице представлены миссии органов управления здравоохранением нескольких субъектов РФ, которые были определены в их ДРОНДах.

Улучшение демографической ситуации и повышение качества жизни населения носят общегосударственный характер и находятся не только в компетенции органов управления здравоохранением, поэтому отражение их в миссии данных органов является некорректным.

Миссия должна быть краткой и выражать основное предназначение организации. В этой связи корректным будет следующая формулировка миссии: миссия Министерства (департамента) здравоохранения заключается в обеспечении населения доступной и качественной медицинской помощью, финансирование которой гарантируется государством.

Внедрение БОР невозможно без определения целей, задач и показателей деятельности субъектов бюджетного планирования. Однако важную роль играет не только наличие целей и задач, но и то, насколько четко данные цели и задачи отражают деятельность субъекта бюджетного планирования, поэтому, на наш взгляд, в ДРОНДах органов управления здравоохранением следует проанализировать в первую очередь раздел, посвященный целям, задачам и показателям деятельности.

Количество целей и задач в докладах органов управления здравоохранением субъектов РФ различно, однако существуют цели и задачи, которые встречаются в большинстве ДРОНДов. К такой цели, в частности, относится “повышение доступности и качества оказания медицинской помощи”. В Докладе Минздравсоцразвития РФ данная цель звучит как “повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих

групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия”.

Следует отметить, что в ряде ДРОНДов данная позиция определяется не как стратегическая цель, а как тактическая задача, направленная на реализацию стратегической цели. Например, в ДРОНДе Департамента здравоохранения Тульской области тактическая задача “повышение качества и доступности медицинской помощи населению области” направлена на достижение стратегической цели “повышение уровня здоровья населения”.

В рассматриваемых ДРОНДах задачи и показатели, отражающие достижение данной стратегической цели, не отражают в полной мере решение проблем доступности медицинской помощи. В ДРОНДе Министерства здравоохранения Калужской области для решения данной стратегической цели, в частности, были определены следующие задачи: оказание стационарной медицинской помощи (показатели задачи: количество пролеченных больных, стоимость одного пролеченного больного), оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (количество врачебных посещений, стоимость одного пролеченного больного). В ДРОНДе же Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности для достижения цели “повышение доступности и качества оказания медицинской помощи” были определены две задачи:

- повышение удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи;
- сокращение средней продолжительности временной нетрудоспособности в связи с заболеванием в расчете на одного работающего.

Для формирования задач и показателей, отражающих повышение доступности медицинской помощи, необходимо в первую очередь определить существующие неравенства в доступ-

ности медицинской помощи и на их основе формировать задачи и показатели, отражающие повышение доступности медицинской помощи. С.В. Шишкин в своей работе выделяет два порядка неравенства в доступности медицинской помощи в РФ⁴. Неравенство первого порядка отражает слабость государственной политики в поддержке наиболее уязвимых слоев населения и недостатки системы здравоохранения.

С данным неравенством можно бороться наличными и ожидаемыми ресурсами государства при решающей роли здравоохранения. Неравенство второго порядка отражает действие общих социально-экономических и поведенческих факторов, которые могут быть устранены только в долгосрочной перспективе. К неравенствам первого порядка отнесены: дискриминация лиц старше трудоспособного возраста; сложности с получением бесплатной медицинской помощи у пациентов с хроническими заболеваниями; более низкий уровень доступности специализированной амбулаторной помощи для жителей малых поселений по сравнению с жителями крупных городов.

К неравенствам второго порядка отнесены: различия по уровню образования (лица с более низким образованием реже обращаются за амбулаторно-поликлинической помощью (особенно за обследованиями) и чаще лечатся в стационаре) и межрегиональные различия.

При формировании своих ДРОНДов органы управления здравоохранением должны формировать задачи и показатели, отражающие доступность медицинской помощи, в первую очередь исходя из мер по сглаживанию неравенства первого порядка.

В представленных показателях, отражающих достижение доступности и качества медицинской помощи, отсутствуют показатели, которые характеризовали бы качество оказываемой медицинской помощи. Существует множество определений понятия качества медицинской помощи, однако интенсивное развитие процессов стандартизации в сфере здравоохранения привело к формированию понимания качества медицинской помощи как соответствия стандартам. Система стандартизации в здравоохранении является базовым элементом обеспечения качества медицинской помощи. Однако цели или задачи направленных на внедрение стандартов в сфере здравоохранения в большинстве ДРОНДах отсутствуют.

В настоящее время в системе здравоохранения РФ сложилось нерациональное соотноше-

ние между первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощью. Уровень развития первичной медико-санитарной помощи крайне низок и имеет тенденцию к ухудшению. В мировой практике утвердилось понимание закономерности: чем выше доля врачей первичного звена в общей численности врачей (соответственно, чем ниже доля узких специалистов), тем меньше средств необходимо для достижения конечных результатов функционирования системы здравоохранения.

Однако не во всех ДРОНДах сформулированы задачи, направленные на решение данной проблемы. Для ее решения в ДРОНДе Минздрава России и Департамента здравоохранения Тульской области была поставлена тактическая задача - "повышение эффективности функционирования системы здравоохранения". По данной задаче был определен ряд показателей, в частности рост объема амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений на 1000 чел. населения), снижение объема стационарной помощи (число койко-дней на 1000 чел. населения), рост объема помощи в дневных стационарах всех типов (дней лечения на 1000 чел. населения). Представленные показатели не могут в полной мере характеризовать эффективность функционирования системы здравоохранения, они характеризуют только структурную эффективность системы здравоохранения.

Наличие рассмотренных выше недостатков в ДРОНДах органов управления здравоохранением требует изменения подходов к формированию целей, задач и показателей их деятельности. В первую очередь в ДРОНДе органа управления здравоохранением следует выделить такие основные стратегические цели, как:

- повышение доступности медицинской помощи населению;
- повышение качества медицинской помощи населению.

Следующим этапом будет формирование задач, направленных на достижение поставленных стратегических целей. Задачи направленные на достижение этих целей, должны быть определены как "организация оказания медицинской помощи по заболеваниям в разрезе МКБ-10 (международной классификации болезней)". Формулировка задач данным образом позволит четко связывать деятельность органа управления здравоохранением и подведомственных ему медицинских учреждений.

Кроме того, необходимо формирование показателей, характеризующих достижение поставленных задач. Медико-экономический стандарт дает возможность исчислять реальную сто-

⁴ Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность / отв. ред. С.В. Шишкин. М., 2008. С. 55.

имость медицинских услуг и служит информационной основой для формирования программы контроля и управления качеством медицинской помощи на уровне лечебного учреждения, органа управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций.

Медико-экономический стандарт состоит из двух частей: клинико-технологической и экономической. Первую можно определить как стандартизованную последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, отражающих последние достижения медицинской науки и техники. В настоящее время Минздравсоцразвитием РФ принят пакет документов, регламентирующих стандарты медицинской помощи. Данная работа проводится не только на федеральном уровне, но и на уровне субъектов РФ. Экономическая часть стандарта включает в себя расчет объемов финансовых ресурсов, необходимых для выполнения мероприятий, указанных в клинико-технологической части.

Рассматривая вопрос повышения качества медицинской помощи, на наш взгляд, следует опираться на клинико-технологическую часть медико-экономического стандарта. Например, к мероприятиям, направленным на повышение качества медицинской помощи, следует отнести те, что позволяют включить в медико-экономический стандарт альтернативные последовательности лечебно-диагностических мероприятий в зависимости от состояния больного, фактической эффективности предшествующего лечения и ожидаемой динамики протекания болезни.

По мнению А.А. Кудрявцева, в стандарт необходимо включить различные последовательности лечебно-диагностических мероприятий, по крайней мере минимальную и оптимальную⁵. В

работе М.Д. Драгунова предложено выделить три варианта клинико-технологической части медико-экономического стандарта (простой, сложный и оптимальный)⁶.

Для оценки повышения качества медицинской помощи следует ввести следующие понятия:

- минимальный вариант медико-экономического стандарта - это стандарт, в котором клинико-технологическая часть стандарта соответствует федеральному стандарту оказания медицинской помощи;

- расширенный вариант медико-экономического стандарта - это стандарт, в котором требования к клинико-технологической части стандарта превышают требования, определенные в федеральном стандарте оказания медицинской помощи.

Оптимальными показателями, характеризующими повышение доступности и качества медицинской помощи населению по тому или иному классу заболеваний, будут являться показатели, основанные на МЭС. Например, основными показателями, характеризующими повышение доступности медицинской помощи, будут:

- количество больных, которым может быть оказана помощь в соответствии с минимальным вариантом МЭС;

- количество заболеваний, по которым может быть оказана помощь в соответствии с минимальным вариантом МЭС.

Основными же показателями повышения качества медицинских услуг, на наш взгляд, будут:

- количество больных, которым может быть оказана помощь в соответствии с расширенным вариантом МЭС;

- количество заболеваний, по которым может быть оказана помощь в соответствии с расширенным вариантом МЭС.

Поступила в редакцию 07.12.2009 г.

⁵ Менеджмент в здравоохранении: медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб., 2004.

⁶ Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М., 2007. С. 31.