

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

Аннотация. В статье проведен анализ федеральных целевых программ в сфере здравоохранения, а также целевых программ в сфере здравоохранения ряда субъектов РФ, выявлены недостатки в формировании целей, задач и показателей данных программ. Автором представлены предложения по совершенствованию формирования целей, задач и показателей целевых программ в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: целевые программы в здравоохранении, медико-экономические стандарты.

Одними из элементов бюджетирования, ориентированного на результат используемых в здравоохранении, являются целевые программы. Минздравсоцразвития РФ является государственным заказчиком федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» [1]. Особенностью реализуемой в настоящее время федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» является наличие в ней подпрограмм (подпрограммы «Онкология», «Туберкулез», «ВИЧ-инфекция» и т.д.). При этом цели, задачи, целевые индикаторы и показатели, ожидаемые конечные результаты и показатели социально-экономической эффективности определяются как по целевой программе в целом, так и по подпрограммам. Цель рассматриваемой программы определена как «снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями». Достижение данной цели зависит от множества факторов, например, на уровень заболеваемости влияют экологическое состояние региона, страны (онкология), образ жизни населения (ВИЧ-инфекция), социальной ситуации в стране (туберкулез) и т.д., на которые Минздравсоцразвития РФ не может оказать влияние. При этом в программе отсутствует какой-либо методологический подход, позволяющий определить, в какой мере то или иное снижение заболеваемости или смертности обусловлено деятельностью Минздравсоцразвития РФ.

Для достижения определенной цели в программе определены следующие задачи:

- совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях;
- разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях на основе передовых технологий;
- строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений.

Однако целевые индикаторы и показатели программы, определенные как «снижение доли осложнений при сахарном диабете до 28 процентов, снижение числа вновь зарегистрированных в течение года случаев заражения ВИЧ-инфекцией до 31 тыс. и т.д.» не могут быть использованы для оценки достижения определенных в целевой программе задач. Для оценки достижения задачи «совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях» корректнее использовать такой показатель, как количество больных (страдающих определенным за-

* © Хабаев С.Г.

болеванием), которым станет возможным оказание медицинской помощи с применением той или иной новейшей медицинской технологии.

Проблема оценки достижения задач в рассматриваемой целевой программе связана еще и с тем, что не определены конкретные показатели, характеризующие достижение каждой из определенных задач. Использование в качестве целевых индикаторов и показателей целевой программы таких показателей, как снижение заболеваемости, смертность является неверным, по причине наличия множества факторов, влияющих на уровень данных показателей. Кроме этого, в целевой программе отсутствует обоснованность численных значений целевых индикаторов и показателей целевой программы. Так как по аналогичной системе формируются цели, задачи и целевые индикаторы подпрограмм, то они имеют те же вышеуказанные недостатки.

Недостатком рассматриваемой программы является отсутствие следующей взаимосвязи «цели – задачи – мероприятия». Мероприятия по подпрограммам сгруппированы по направлениям расходования (научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы, капитальные вложения, прочие нужды), а не по определенным в подпрограммах задачам.

Финансирование рассматриваемой программы за счет средств федерального бюджета осуществляется по следующим направлениям: капитальные вложения – 51,34 %, научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы – 3,76 %, прочие нужды – 44,9 %. Высокая доля расходов на прочие нужды на программные мероприятия служит индикатором того, что данная проблема может быть решена в рамках текущего финансирования. Примером такой ситуации являются мероприятия, направленные на обеспечение лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения медикаментами для лечения и профилактики туберкулеза, отнесенные к прочим расходам по подпрограмме «Туберкулез».

В субъектах РФ реализуются региональные целевые программы в области здравоохранения. Существующие целевые программы в области здравоохранения субъектов РФ следует классифицировать по нескольким группам. Первая группа – это целевые программы, построенные по тому же принципу, что ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)», такие программы приняты в Курской области [2], Смоленской области [3] и т.д. В ряде регионов выделяют отдельные целевые программы по тем или иным заболеваниям, к таким регионам относится Ростовская область [4], Хабаровский край [5] и т.д. Существенным отличием данных целевых программ от ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» является отсутствие внебюджетных источников финансирования, а также отсутствие расходов на проведение НИОКР. Порядок формирования целей, задач и индикаторов аналогичен целевой программе, принятой на федеральном уровне, соответственно, недостатки ФЦП характерны и для региональных целевых программ. Встречаются целевые программы, где отсутствуют целевые индикаторы и показатели программы. Примером такой программы является целевая программа «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в республике Северная Осетия-Алания» на 2006-2010 годы.

Следующая группа целевых программ субъектов РФ в сфере здравоохранения направлена на развитие системы здравоохранения в субъектах РФ, такие целевые программы приняты в Тульской, Кировской областях. Цель данных целевых программ обычно определена как «повышение качества и доступности медицинской помощи». Для достижения данной цели определяются в основном следующие задачи:

- совершенствование организации медицинской помощи населению;
- внедрение современных методик диагностики, лечения и профилактики заболеваний;

- развитие материальной базы и оснащение государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Однако целевые индикаторы, используемые в данных целевых программах, такие, как уровень заболеваемости и смертности не могут в полной мере отражать достижение сформулированных задач.

Часть мероприятий, осуществляющихся в рамках реализации рассматриваемых целевых программ, являются мероприятиями, направленными на осуществление текущей деятельности медицинских учреждений, например такие мероприятия, как проведение текущего ремонта, закупка медикаментов.

В настоящее время существует необходимость в изменении подходов к формированию целевых программ в сфере здравоохранения. Существенной проблемой в российском здравоохранении является качество и доступность медицинских услуг, однако показатели, определенные в целевых программах в сфере здравоохранения, четко не взаимосвязаны с показателями, характеризующими качество и доступность медицинских услуг.

В настоящее время в здравоохранении применяется Международная классификация болезней (МКБ-10), в которой заболевания классифицируются по классам. Классы заболеваний, в свою очередь, подразделяются на рубрики (например класс X – «Болезни органов дыхания», рубрика «Грипп и пневмония»).

На наш взгляд, цель целевой программы в сфере здравоохранения должна формулироваться как повышение качества и (или) доступности медицинских услуг по конкретному классу заболеваний. Соответственно, задачами целевой программы в сфере здравоохранения будут повышение качества и (или) доступности медицинских услуг по конкретным рубрикам МКБ-10, относящимся к рассматриваемому классу заболеваний.

Существует множество определений понятия качества медицинской помощи, однако интенсивное развитие процессов стандартизации в сфере здравоохранения привело к формированию понимания качества медицинской помощи как соответствие стандартам. Система стандартизации в здравоохранении является базовым элементом обеспечения качества медицинской помощи. В настоящее время в ряде субъектов РФ применяются медико-экономические стандарты. Медико-экономический стандарт состоит из двух частей: клинико-технологической и экономической. Первую часть медико-экономического стандарта можно определить как стандартизованную последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Экономическая часть стандарта включает расчет объемов финансовых ресурсов, которые необходимы для выполнения мероприятий, указанных в клинико-технологической части.

При формировании целевых программ следует по конкретному медицинскому учреждению определить мероприятия, направленные на достижение задач, определенных в целевой программе. Индикаторы достижения задач и, соответственно, достижения цели целевой программы должны быть определены по конкретному медицинскому учреждению. Индикаторами достижения задач в данном случае будут выступать следующие показатели:

- увеличение количества заболеваний по рубрикам МКБ-10, по которым становится возможным оказание медицинской помощи в соответствии с МЭС;

- рост количества больных, которым может быть оказана помощь по рубрикам МКБ-10 в соответствии с МЭС.

Представленный подход к формированию целевых программ в сфере здравоохранения позволяет:

- эффективнее решать проблему доступности и качества оказываемых медицинских услуг населению, так как показатели, определенные в целевых программах, четко

взаимосвязаны с показателями, характеризующими качество и доступность медицинских услуг;

- осуществлять четкий контроль за ходом выполнения целевых программ;
- четко связать деятельность медицинских учреждений с целями и задачами целевых программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. N 280. – «КонсультантПлюс».
2. Областной закон Ростовской области об областной целевой программе «Онкология» на 2007-2010 годы» от 28 ноября 2006 года N 596-ЗС. – «КонсультантПлюс».
3. Закон Хабаровского края о краевой целевой программе «Основные направления по предупреждению и распространению в Хабаровском крае заболеваний, вызываемого вирусом иммунодефицита человека на 2007-2011 годы» от 1 декабря 2006 года № 340. – «КонсультантПлюс».
4. Постановление Курской областной думы от 15 февраля 2007 г. N 261-IV Од Об областной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы». – «КонсультантПлюс».
5. Постановление Администрации Смоленской области от 4 октября 2008 г. N 536 Об утверждении долгосрочной областной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Смоленской области на 2009-2011 годы». – «КонсультантПлюс».

S. Khabayev

WAYS OF PERFECTION OF TASK PROGRAM IN THE SPHERE OF PUBLIC HEALTH

Abstract. The article gives analysis of federal task programs in the sphere of public health, as well as task programs in the sphere of public health of a number of subjects of RF, shortcomings are revealed in formation of goals, tasks and parameters of the given programs. The author presents proposals on perfection of formation of goals, tasks and parameters of task programs in the sphere of public health.

Key words: task programs in public health, medical-economic standards.