



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

***КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ***

УПРАВЛЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учебно-методическое пособие

**для студентов III курса стоматологического факультета,
IV курса лечебного и педиатрического факультетов**

**Краснодар
2018**

УДК 614.2:338.24
ББК 51.11
У-67

Составители:

Доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России **В.В. Пильщикова**, ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России **В.В. Бружева**.

Под редакцией заведующего кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д.м.н. **А.Н. Редько**.

Рецензенты:

Доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФППВ ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России к.м.н. **Л.В. Камушкина**.

Доцент кафедры финансов и кредита ЧОУ ВО Южный институт менеджмента к.э.н. **О.М. Ермоленко**.

Пильщикова В.В., Бружева В.В. Управление и планирование здравоохранения: учебно-методическое пособие для студентов III курса стоматологического факультета, IV курса лечебного и педиатрического факультетов/ Под ред. А.Н. Редько. - Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2018. – 28 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для обеспечения учебного процесса при проведении аудиторного занятия и для самостоятельной подготовки студентов по теме «Управление и планирование здравоохранения».

В пособии содержатся основные положения информационного блока, контрольные вопросы, тестовые задания, индивидуальные варианты практической работы, приводится список рекомендуемой основной и дополнительной литературы по теме занятия.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, протокол № ____ от «__» _____ 2018г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебно-методическое пособие для студентов составлено в соответствии с требованиями ФГОС и рабочими программами по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» для специальностей 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология».

Задачей данного пособия является помощь студентам, изучающим экономику здравоохранения, при подготовке и проведении практического занятия по теме «Управление и планирование здравоохранения».

В учебно-методическом пособии содержатся основные положения информационного блока, касающиеся основных принципов, функций и уровней управления в современной системе здравоохранения, алгоритма принятия управленческого решения, разработки планов и методов планирования в здравоохранении, понятия и классификации нормативов, используемых в здравоохранении, по видам ресурсов. Пособие включает контрольные вопросы и тестовые задания для самоподготовки и самоконтроля студентов, индивидуальные варианты практической работы, список рекомендуемой основной и дополнительной литературы по теме занятия.

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Введение.....	5
Блок информации.....	6
Контрольные вопросы.....	18
Тестовые задания.....	18
Задание для практической работы.....	20
Варианты для индивидуальной работы.....	24
Приложения.....	25
Рекомендуемая литература.....	28

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время специалист любой отрасли, в том числе и сферы медицинского обслуживания населения, не может полностью реализовать себя без базовых экономических знаний. Все более возрастает потребность изучения будущими специалистами здравоохранения основ его планирования и управления. Это продиктовано теми задачами, которые стоят перед здравоохранением — повышение эффективности его работы при экономном и рациональном использовании инвестиций, внедрение новых хозяйственных форм и методов работы.

Являясь составной частью плана экономического и социального развития территории, план здравоохранения связан с ним единством поставленных задач. Развитие тех или иных отраслей народного хозяйства требует развития сети учреждений здравоохранения, обеспечения их медицинскими кадрами и других ресурсами для организации медицинской помощи населению, занятому в этих отраслях.

Важность и значимость планирования здравоохранения обусловлена возрастающей потребностью населения в медицинской помощи, что связано с изменением возрастного состава населения, характером и структурой заболеваемости, спецификой социально-экономических процессов.

Планирование здравоохранения на современном этапе развития государства носит индикативный (рекомендательный) характер, который заключается в разработке системы планов, прогнозов и программ, отражающих различные стороны деятельности медицинских учреждений.

Чтобы добиться наиболее рационального использования ограниченных ресурсов в здравоохранении, необходимо возможно точнее определять их отдачу, сопоставлять ее с затратами, сравнивать различные варианты программ развития с точки зрения издержек и выгод. Эта задача решается в ходе управления здравоохранением, которое представляет собой сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем самой системы здравоохранения, так и меняющейся внешней социально-экономической ситуации в целом.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Приобретение студентами теоретических знаний и практических навыков, касающихся основ управления здравоохранением, а также порядка планирования и использования финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

Студенты должны знать:

- основные принципы управления здравоохранением;
- функции управления в системе здравоохранения;
- алгоритм принятия управленческого решения;
- уровни управления здравоохранением в РФ;
- принципы планирования в здравоохранении;
- виды планирования в здравоохранении;
- этапы разработки планов в системе здравоохранения;
- методы планирования в здравоохранении;
- классификация нормативов, используемых в здравоохранении, по видам ресурсов.

Студенты должны уметь:

- правильно использовать методы планирования;
- на основе нормативов производить расчет потребности территориальной системы здравоохранения в отдельных видах ресурсов.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Управление здравоохранением

В современных условиях одним из важнейших направлений развития здравоохранения является формирование эффективной системы управления. **Управление системой здравоохранения** - это сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов для решения поставленных задач по охране здоровья населения, с учетом как внутренних проблем самой системы, так и меняющейся социально-экономической и политической ситуации.

Объектом управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России, субъектов РФ, муниципальных образований, медицинские организации и их структурные подразделения, медицинский

персонал и др. В системе управления здравоохранением субъект управления одновременно может выступать и управляющим, и управляемым звеном. Так, орган управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к органу управления здравоохранением муниципального образования или отдельных организаций здравоохранения является субъектом управления, в то же время по отношению к Министерству здравоохранения РФ он оказывается объектом управления.

Для оптимального управления здравоохранением необходимо опираться на основные принципы управления:

- принцип целенаправленности,
- принцип правовой защищенности управленческого решения,
- принцип оптимизации управления,
- принцип достаточности в централизации и децентрализации управления,
- принцип единоначалия,
- принцип делегирования полномочий.

Управление здравоохранением представляет собой многоплановый, системный вид деятельности, включающий различные функции:



При этом важнейшим звеном в системе управления является разработка и реализация управленческого решения. **Управленческое решение** - это директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе данных и содержащий алгоритм достижения цели. Управленческое решение принимается руководителем (лицом, ответственным за принятие управленческого решения) на основе анализа существующей ситуации путем выбора оптимального (из множества альтернативных вариантов) решения.

Управленческие решения классифицируются по различным признакам:

- по времени реализации решения (стратегические, тактические, оперативные);
- по степени участия коллектива, отдельных специалистов (индивидуальные, коллегиальные);
- по содержанию управленческого процесса (медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические и др.);
- по стилю и характерологическим особенностям руководителя (интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные и др.).

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

- целевая направленность (соответствие поставленным целям и задачам);
- обоснованность (необходимость принятия этого решения, а не другого);
- адресность (по исполнителям);
- непротиворечивость (согласованность с предыдущими решениями);
- легитимность (соответствие правовым актам и нормативным документам);
- эффективность (достижение максимальных результатов с минимальными затратами);
- конкретность во времени, в пространстве и своевременность (принятие именно в тот момент, когда реализация решения может привести к желаемому результату).

Технология принятия управленческого решения представляет собой замкнутый управленческий цикл:



Вопросами управления здравоохранением РФ занимаются как органы исполнительной, так и законодательной власти. В Совете Федерации

действует Экспертный совет по здравоохранению при Комитете по социальной политике, в Государственной Думе - Комитет по охране здоровья. Высшие органы законодательной власти определяют основные направления государственной политики, принимают законы, утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья населения, расходы на здравоохранение в рамках консолидированного бюджета Российской Федерации.

Министерство здравоохранения Российской Федерации представляет собой федеральный орган исполнительной власти, к основным задачам которого относятся:

- разработка основ государственной политики в области здравоохранения, в том числе санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- разработка и реализация федеральных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, обеспечению населения лекарственными средствами, медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, а также проведение экспертизы проектов федеральных и иных программ, затрагивающих вопросы охраны здоровья;
- организация оказания медицинской помощи населению;
- осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиенического нормирования, координации и регулирования вопросов охраны здоровья населения в связи с воздействием на человека неблагоприятных факторов среды его обитания и условий жизнедеятельности;
- обеспечение функционирования ведомственной системы профессионального образования в области здравоохранения;
- координация, обеспечение методического руководства и взаимодействия государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- осуществление лицензирования деятельности по производству, хранению и оптовой реализации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения;
- организация проведения научных исследований, внедрение достижений науки и техники в медицинскую практику;

- разработка нормативов и стандартов в области здравоохранения, включая медицинскую помощь и фармацевтическую деятельность, а также контроль за их соблюдением;
- охрана здоровья матери, отца и ребенка;
- профилактика инвалидности и медицинская реабилитация инвалидов;
- обеспечение функционирования и развития Всероссийской службы медицины катастроф совместно с другими федеральными органами исполнительной власти.

Министерство здравоохранения РФ возглавляет министр, назначаемый на должность Президентом Российской Федерации по представлению Председателя Правительства Российской Федерации, который несет персональную ответственность за выполнение возложенных на министерство полномочий и реализацию государственной политики в сфере здравоохранения.

Управление здравоохранением осуществляется и на уровне субъектов РФ. Непосредственное руководство здравоохранением в субъектах РФ осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения - министерства (департаменты) здравоохранения.

В муниципальных образованиях функцию руководства здравоохранением исполняют органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения - управления (комитеты, отделы) здравоохранения.

Органы управления здравоохранением субъектов РФ имеют двойное подчинение: с одной стороны - органам исполнительной власти субъектов РФ, с другой - Министерству здравоохранения Российской Федерации.

Особая роль в управлении здравоохранением на местах отводится органам местного самоуправления. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за обеспечение доступности населению бесплатной медико-социальной помощи в рамках Программы госгарантий, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан, санитарно-гигиеническое просвещение населения. Кроме того, муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют организацию первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе

формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях.

Важную роль в демократизации управления здравоохранением страны выполняет Общественная палата, которая призвана обеспечить согласование общественно значимых интересов граждан РФ, общественных объединений, органов государственной власти и органов местного самоуправления для решения наиболее важных вопросов жизни страны, в том числе и касающихся охраны здоровья населения. С этой целью в составе Общественной палаты действуют Комиссия по вопросам здравоохранения и Комиссия по формированию здорового образа жизни.

Планирование здравоохранения

План — это надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, предвидение конечных результатов. По существу, план — это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом.

Планирование здравоохранения — это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

Планирование в здравоохранении представляет собой сложный динамический процесс, в котором условно можно выделить 4 этапа:

- обоснование плана;
- составление плана и его утверждение;
- контроль за выполнением плановых показателей;
- оценка эффективности запланированных мероприятий.

Цель планирования в здравоохранении: удовлетворение потребности населения в медицинской помощи, снижение уровней заболеваемости, смертности, инвалидности, увеличение трудовой активности.

Задачи планирования в здравоохранении:

1. Обеспечить пропорциональное развитие всех видов медицинской помощи.
2. Устранить диспропорции в обеспечении населения ресурсами (кадровыми, материально-техническими и др.).
3. Усовершенствовать формы и методы управления здравоохранением.

Значение планирования в здравоохранении:

- 1) является способом достижения цели, т.к. планирование одна из функций управления (кроме него, функции управления: организация, руководство,

- контроль);
- 2) обеспечивает рациональное распределение и использование ресурсов;
 - 3) обеспечивает деятельность медицинских организаций и всей системы здравоохранения в целом.

Планирование в системе здравоохранения Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Принципы планирования в здравоохранении

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. В то время эти принципы сыграли свою положительную роль, но в процессе политических и социально-экономических реформ сформировались новые принципы планирования в здравоохранении, другие подверглись изменению, а некоторые утратили свою значимость.

На современном этапе основные принципы планирования в здравоохранении следующие:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Системный подход

Его сущность состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы. При системном подходе в управлении здравоохранением система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки

планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

Сочетание отраслевого и территориального планирования

Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) представляет собой часть общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, его муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив, прежде всего, таких отраслей, как образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, культура, сельское хозяйство, строительство и др.

Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Выделение приоритетных направлений

Этот принцип особенно значим для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов. Он предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами.

Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения Российской Федерации.

Директивность планов

Этот принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям обязателен для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможность внесения в него необходимых корректив и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатываются муниципальные задания.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения

Этот принцип реализуется, прежде всего, в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающему в различных регионах Российской Федерации, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Краснодарском крае будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковыми.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного

Этот принцип действует в условиях формирования в здравоохранении рыночных отношений. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны в первую очередь предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью. С другой стороны — в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения.

При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансировано, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления:

- федеральном;
- субъекта РФ.

Стратегическое планирование на федеральном уровне

Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов РФ;
- федеральные целевые медико-социальные программы.

Стратегическое планирование на уровне субъектов РФ

Задача органов управления здравоохранения субъектов РФ состоит в разработке стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

- анализ и прогноз состояния здоровья населения территории на расчетный период;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на

расчетный период;

- расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения территории;
- разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения территории;
- определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
- разработка и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3-5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

Методы планирования в здравоохранении

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяются следующие два метода:

- 1) *нормативный*;
- 2) *балансовый*.

Нормативный метод используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

Норматив — это расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются Министерством здравоохранения РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Существует следующая классификация нормативов по видам ресурсов:

- материальные, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м² отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- финансовые, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (подушевое финансирование, расход финансовых средств на лекарственные препараты или питание на 1 койко-день, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- временные, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

Применение нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

Балансовый метод служит одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции развития отдельных видов медицинской помощи, например амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используется следующая система балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);

- трудовые (кадровые):
- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможности их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения нормативный и балансовый методы, как правило, используются вместе, дополняя друг друга.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И САМОКОНТРОЛЯ

1. Управление здравоохранением: понятие. Принципы управления.
2. Управленческое решение: понятие, классификация решений.
3. Требования, предъявляемые к управленческому решению.
4. Технология принятия управленческого решения.
5. Уровни управления здравоохранением в РФ.
6. Планирование здравоохранения: понятие, цель, задачи. Значение планирования в здравоохранении.
7. Современные принципы планирования в здравоохранении.
8. Виды планирования в здравоохранении.
9. Понятие стратегического планирования, его уровни.
10. Сущность перспективного планирования здравоохранения.
11. Понятие и уровни текущего планирования в здравоохранении.
12. Методы планирования в здравоохранении.
13. Понятие норматива. Классификация нормативов по видам ресурсов в здравоохранении.
14. Сущность балансового метода планирования. Система балансов, используемая в практике планирования здравоохранения.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. В функции управления здравоохранением не входит:
 - а) мотивация
 - б) планирование
 - в) корреляция
 - г) координация
 - д) организация
2. Управленческие решения классифицируются по времени реализации:
 - а) на стратегические, тактические, оперативные

- б) на индивидуальные, коллегиальные
 - в) на медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические
 - г) на интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные
3. Управленческие решения классифицируются по степени участия коллектива и/или отдельных специалистов:
- а) на стратегические, тактические, оперативные
 - б) на индивидуальные, коллегиальные
 - в) на медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические
 - г) на интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные
4. Управленческие решения классифицируются по содержанию управленческого процесса:
- а) на стратегические, тактические, оперативные
 - б) на индивидуальные, коллегиальные
 - в) на медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические
 - г) на интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные
5. Управленческие решения классифицируются по стилю и характерологическим особенностям руководителя:
- а) на стратегические, тактические, оперативные
 - б) на индивидуальные, коллегиальные
 - в) на медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические
 - г) на интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные
6. К этапам планирования здравоохранения не относится:
- а) обоснование плана
 - б) принятие управленческого решения
 - в) составление плана и его утверждение
 - г) контроль за выполнением плановых показателей
 - д) оценка эффективности запланированных мероприятий
7. Целью планирования здравоохранения является:
- а) удовлетворение потребности населения в медицинской помощи
 - б) снижение уровней заболеваемости, смертности, инвалидности
 - в) увеличение трудовой активности
 - г) верно все
 - д) нет верного ответа

8. Задачами планирования здравоохранения являются:
- а) обеспечение пропорционального развития всех видов медицинской помощи
 - б) устранение диспропорции в обеспечении населения ресурсами
 - в) усовершенствование форм и методов управления здравоохранением
 - г) верно все
 - д) нет верного ответа
9. Виды планирования в здравоохранении:
- а) перспективное
 - б) стратегическое
 - в) текущее
 - г) верно а), б), в)
 - д) нет верного ответа
10. Методы планирования в здравоохранении:
- а) аналитический
 - б) нормативный
 - в) балансовый
 - г) экономико-математический
 - д) верно все

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

«Расчет и анализ потребности во врачебных кадрах для медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения административной территории на основе нормативного и балансового методов планирования»

ЗАДАНИЕ

1. Учитывая численность населения одного из представленных ниже муниципальных образований Краснодарского края, рассчитайте потребность во врачебных кадрах (по основным специальностям) для медицинских организаций предложенной административной территории.

2. Используя приведенные в приложениях данные о фактическом количестве врачебных кадров по отдельным муниципальным образованиям края, определите дефицит/профицит врачей, оказывающих медицинскую помощь населению территории в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в стационарах и по скорой помощи.

3. Заполните приведенные ниже таблицы и сделайте вывод.

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

Показатели	Основные медицинские специальности			
	<i>терапия</i>	<i>хирургия</i>	<i>акушерство -гинекология</i>	<i>педиатрия</i>
Нормативное (рекомендуемое) число посещений (на 1000 человек) ¹	2234,1	884,5	899,2	1226,5
Общее планируемое число посещений ²				
Нормативная (рекомендуемая) функция врачебной должности (число посещений на 1 врача в год)	4316	8559	5706	4795
Плановое число врачей «лечебной группы» ³				
Плановое число врачей «диагностической группы» (по всем специальностям) ⁴				
Фактическое число врачей «лечебной группы»				
Фактическое число врачей «диагностической группы»				
Дефицит/профицит врачей «лечебной группы» ⁵				
Дефицит/профицит врачей «диагностической группы»				

¹ – здесь и далее использованы нормативные (рекомендуемые) величины из территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

² - общее планируемое число посещений определяется как произведение численности населения (взрослого – для терапии, детского – для педиатрии, общего – для хирургии и акушерства-гинекологии) на нормативное (рекомендуемое) число посещений, деленное на 1000.

³ - плановое число врачей «лечебной группы» определяется как отношение общего планируемого числа посещений к нормативной (рекомендуемой) функции врачебной должности.

⁴ - плановое число врачей «диагностической группы» определяется как произведение суммарного (по всем специальностям) планового числа врачей «лечебной группы» на коэффициент 0,166.

⁵ – дефицит/профицит врачей определяется как разница планового и фактического числа врачей (приложение 1).

2. Стационарная помощь

Показатели	Основные медицинские специальности			
	<i>терапия</i>	<i>хирургия</i>	<i>акушерство-гинекология</i>	<i>педиатрия</i>
Нормативное (рекомендуемое) число койко-дней на 1000 человек	353,3	219,7	253,2	113,2
Общее планируемое число койко-дней ¹				
Нормативное (рекомендуемое) число дней занятости койки в году (работа койки)	328	310	243	319
Общее плановое число коек ²				
Нормативное (рекомендуемое) число коек на 1 врачебную должность	15	12	12	15
Плановое число врачей «лечебной группы» ³				
Плановое число врачей «диагностической группы» (по всем специальностям) ⁴				
Фактическое число врачей «лечебной группы»				
Фактическое число врачей «диагностической группы»				
Дефицит/профицит врачей «лечебной группы» ⁵				
Дефицит/профицит врачей «диагностической группы»				

¹ – общее планируемое число койко-дней определяется как произведение численности населения (взрослого – для терапии, детского – для педиатрии, общего – для хирургии и акушерства-гинекологии) на нормативное (рекомендуемое) число койко-дней, деленное на 1000.

² – общее плановое число коек определяется как отношение планируемого числа койко-дней на нормативное (рекомендуемое) число дней занятости койки в году.

³ – плановое число врачей «лечебной группы» определяется как отношение общего планового числа коек и нормативного (рекомендуемого) числа коек на 1 врачебную должность.

⁴ – плановое число врачей «диагностической группы» определяется как произведение суммарного (по всем специальностям) планового числа врачей «лечебной группы» на коэффициент 1,18.

⁵ – дефицит/профицит врачей определяется как разница планового и фактического числа врачей (приложение 2).

3. Скорая медицинская помощь

Показатели	Все медицинские специальности
Нормативное (рекомендуемое) число врачей скорой медицинской помощи (на 10000 человек) ¹	1
Плановое число врачей скорой медицинской помощи ²	
Фактическое число врачей скорой медицинской помощи	
Дефицит/профицит врачей скорой медицинской помощи ³	

¹ – норматив числа врачей скорой медицинской помощи соответствует нормативу 1 санитарный автомобиль на 10000 населения.

² – плановое число врачей скорой медицинской помощи определяется как произведение численности населения на нормативное (рекомендуемое) число врачей скорой медицинской помощи, деленное на 10000.

³ – дефицит/профицит врачей определяется как разница планового и фактического числа врачей скорой медицинской помощи (приложение 3).

ВАРИАНТЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ варианта	Муниципальное образование Краснодарского края	Численность всего населения	Численность детского населения
1	г. Армавир	207349	24888
2	г. Геленджик	89058	12922
3	г. Краснодар	781278	104770
4	г. Новороссийск	282574	37697
5	г. Сочи	410987	60317
6	Абинский район	90536	14106
7	Анапский район	139761	22636
8	Апшеронский район	96911	15323
9	Белореченский район	105099	18436
10	Гулькевичский район	100658	15611
11	Динской район	126093	19813
12	Ейский район	140967	18585
13	Кавказский район	123894	18049
14	Каневской район	103503	15988
15	Красноармейский район	105040	16531
16	Крымский район	130567	21498
17	Курганинский район	104059	17063
18	Кушевский район	70649	11448
19	Лабинский район	100103	15971
20	Ленинградский район	65302	10635
21	Мостовский район	71111	11803
22	Новокубанский район	86340	14543
23	Северский район	110339	16884
24	Славянский район	131343	20731
25	Тбилисский район	48140	7751
26	Темрюкский район	116795	18168
27	Тимашевский район	107338	16856
28	Тихорецкий район	123544	18589
29	Туапсинский район	127100	19629
30	Усть-Лабинский район	111526	16756

**Фактическое число врачей для оказания медицинской помощи в
амбулаторно-поликлинических условиях**

№ п/п	Муниципальное образование Краснодарского края	Число врачей – физических лиц					
		«лечебная группа»					«диагнос- тическая группа»
		Всего, в том числе	тера- певтов	хирур- гов	аку- ше- ров- гinek.	педи- атров	
1	г. Армавир	237	57	3	20	29	7
2	г. Геленджик	149	29	4	10	23	6
3	г. Краснодар	2140	374	54	162	275	100
4	г. Новороссийск	445	95	14	30	67	8
5	г. Сочи	684	155	18	69	115	20
6	Абинский район	128	31	3	10	16	4
7	Анапский район	221	51	7	18	38	2
8	Апшеронский р-н	90	21	3	9	18	3
9	Белореченский р-н	109	23	3	8	21	3
10	Гулькевичский р-н	92	27	2	8	16	2
11	Динской район	176	39	5	17	25	6
12	Ейский район	183	48	6	11	39	5
13	Кавказский район	167	29	2	14	33	8
14	Каневской район	113	22	2	5	20	4
15	Красноармейский район	138	29	4	8	23	4
16	Крымский район	137	33	7	15	27	2
17	Курганинский р-н	96	19	2	10	13	2
18	Куцевский район	110	22	4	9	13	7
19	Лабинский район	110	27	2	7	13	2
20	Ленинградский р-н	91	21	2	4	15	3
21	Мостовский район	91	22	3	6	11	4
22	Новокубанский р-н	88	18	5	6	17	2
23	Северский район	154	43	5	11	23	3
24	Славянский район	177	43	4	15	27	4
25	Тбилисский район	66	16	3	4	9	2
26	Темрюкский район	122	28	6	7	16	4
27	Тимашевский р-н	116	26	3	7	22	3
28	Тихорецкий район	131	29	4	10	26	4
29	Туапсинский р-н	163	35	3	12	34	8
30	Усть-Лабинский район	128	27	4	11	19	4

**Фактическое число врачей для оказания медицинской помощи в
стационарных условиях**

№ п/п	Муниципальное образование Краснодарского края	Число врачей – физических лиц					
		«лечебная группа»					«диагнос- тическая группа»
		Всего, в том числе	тера- певтов	хирур- гов	аку- ше- ров- гinek.	педи- атров	
1	г. Армавир	149	2	16	19	4	8
2	г. Геленджик	92	5	10	8	5	7
3	г. Краснодар	1241	59	133	175	20	106
4	г. Новороссийск	260	10	28	28	6	38
5	г. Сочи	489	28	44	53	31	24
6	Абинский район	62	7	6	9	2	6
7	Анапский район	172	14	19	14	7	2
8	Апшеронский р-н	54	4	5	9	1	4
9	Белореченский р-н	48	2	7	7	2	2
10	Гулькевичский р-н	47	2	4	6	2	2
11	Динской район	83	7	11	13	2	7
12	Ейский район	124	6	13	16	7	6
13	Кавказский район	67	7	7	10	3	9
14	Каневской район	87	8	11	10	4	4
15	Красноармейский район	52	3	7	10	3	5
16	Крымский район	98	15	12	15	5	2
17	Курганинский р-н	42	6	7	5	3	2
18	Куцевский район	36	4	5	5	3	9
19	Лабинский район	66	5	12	6	1	3
20	Ленинградский р-н	45	5	4	3	2	5
21	Мостовский район	37	2	5	4	1	5
22	Новокубанский р-н	36	6	5	2	1	3
23	Северский район	80	3	5	10	4	2
24	Славянский район	95	8	9	11	4	4
25	Тбилисский район	38	3	7	5	2	2
26	Темрюкский район	71	6	8	15	5	5
27	Тимашевский р-н	58	2	4	5	2	5
28	Тихорецкий район	74	4	8	6	6	4
29	Туапсинский р-н	100	8	11	13	5	9
30	Усть-Лабинский район	62	7	11	7	1	5

Фактическое число врачей для оказания скорой медицинской помощи

№ п/п	Муниципальное образование Краснодарского края	Число врачей – физических лиц
1	г. Армавир	22
2	г. Геленджик	17
3	г. Краснодар	201
4	г. Новороссийск	46
5	г. Сочи	102
6	Абинский район	1
7	Анапский район	30
8	Апшеронский район	5
9	Белореченский район	7
10	Гулькевичский район	1
11	Динской район	13
12	Ейский район	7
13	Кавказский район	10
14	Каневской район	5
15	Красноармейский район	10
16	Крымский район	10
17	Курганинский район	2
18	Куцевский район	3
19	Лабинский район	4
20	Ленинградский район	3
21	Мостовский район	4
22	Новокубанский район	10
23	Северский район	2
24	Славянский район	18
25	Тбилисский район	2
26	Темрюкский район	11
27	Тимашевский район	3
28	Тихорецкий район	2
29	Туапсинский район	14
30	Усть-Лабинский район	2

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664с.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранения: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 608с.
3. Миняев В.А., Вишняков Н.И. Общественное здоровье и здравоохранения: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 656с.
4. Экономика здравоохранения: учебное пособие / Под ред. А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272с.

Дополнительная литература

1. Вишняков Н.И. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие. - М.: Медицинское информационное агентство (МИА). – 2014. – 152с.
2. Демьянова Л.М. Экономика и управление здравоохранением. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. – 623с.
3. Кучеренко В.З. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 464с.
4. Медик В.А., Лисицын В.И., Прохорова А.В. Общественное здоровье и здравоохранения. Практикум: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144с.
5. Общественное здоровье и здравоохранения, экономика здравоохранения в 2-х томах. Т. 1 / Под ред. В.З. Кучеренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688с.
6. Общественное здоровье и здравоохранения, экономика здравоохранения в 2-х томах. Т. 2 / Под ред. В.З. Кучеренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 160с.
7. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: учебное пособие. – М.: Медицинское информационное агентство (МИА). – 2014. – 1000с.