



# Планирование в здравоохранении

**СЗГМУ им. И.И. Мечникова,**  
*кафедра общественного здоровья и здравоохранения,*  
*доцент, к.м.н. Абумуслимова Елена Андреевна*





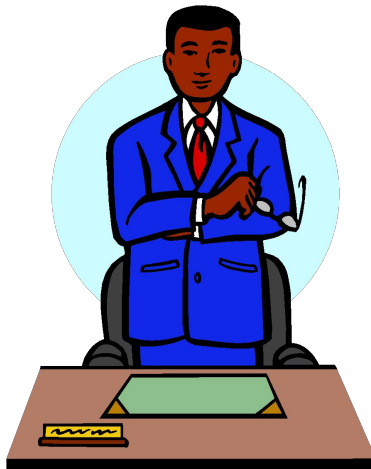
# Организатор = Менеджер

*- специалист,  
направляющий  
деятельность других  
сотрудников и  
решающий различные  
задачи организации,  
нацеленные на достижение  
поставленных целей.*



# МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Организатор*



*Врач*



В сфере здравоохранения управленческая должность предполагает совмещение функций менеджера с функциями медицинского работника и найти оптимальный баланс между ними нелегко





# Управление –

*- это эффективное и рациональное достижение целей посредством*

- и планирования,*
- и организации,*
- и руководства и*
- и контроля ресурсов.*



# Замкнутый цикл управления



Планирование

Анализ и  
прогнозирование

Организация



Регулирование

Учет

Контроль

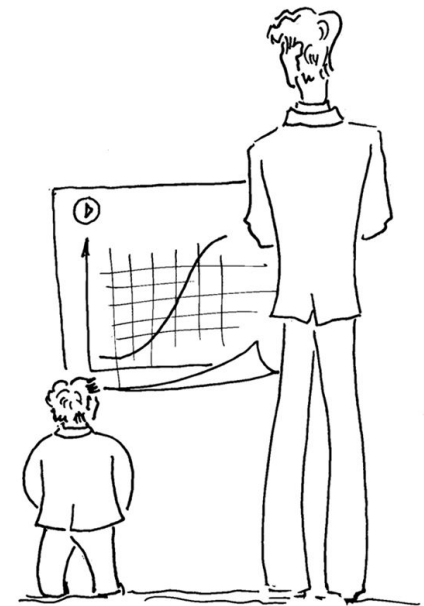




**Планирование** – это определение целей и результатов деятельности в будущем, а также постановка задач и оценка ресурсов, необходимых для их решения.

**Цель** – это желаемое состояние, достичь которого в перспективе и пытается организация

**План** – является, своего рода, «маршрутом» движения организации к поставленным целям.



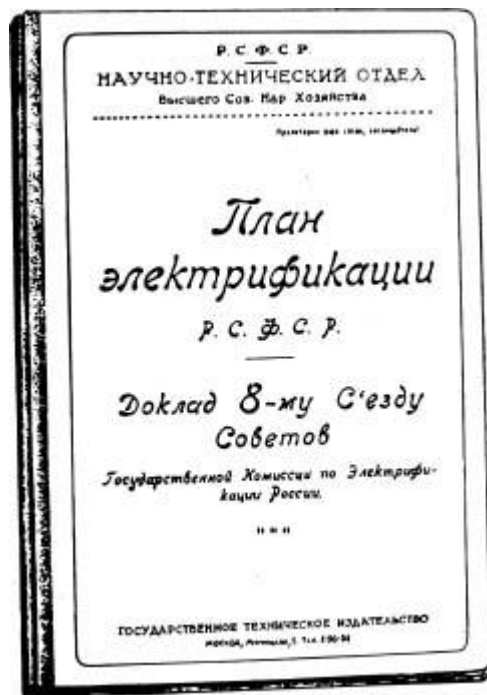




# ГОЭЛРО –

## *Государственный план*

## *Электрификации России*



**Первый перспективный план развития экономики на основе полной электрификации страны, принятый в 1920г. и реализованный в России после революции.**



# Нормативные документы:

**ФЗ N115 от 20.07.1995 г. «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития РФ»**

**Указ Президента РФ от 12.05.2009 г. №536 «Об основах стратегического планирования в Российской Федерации»**

**Законопроект «О государственном стратегическом планировании», 2011г.**

**ФЗ № 326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**

**ФЗ N 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**





# Замкнутый цикл управления



Планирование

Анализ  
и  
прогнозирование

Организация



Регулирование

Учет

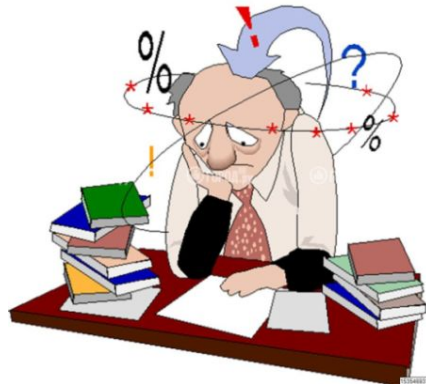
Контроль





## Прогнозирование

- и - это научно обоснованное предвидение тенденций будущего развития и реализации принимаемых решений.
- и Прогнозировать возможно мало- и неуправляемые процессы.



## Планирование

- и - это разработка и практическое осуществление научно обоснованных программ, определяющих пути, способы и средства достижения желаемых целей.
- Планировать можно только управляемые процессы.





## Для чего необходимо прогнозирование и планирование?

- и Предвидеть перспективы
- и Правильно и полно учитывать сложившуюся ситуацию, факторы и тенденции, способствующие ее изменению в перспективе
- и Предугадывать события и своевременно принимать превентивные меры, чтобы избежать нежелательных последствий







# Требования к прогнозированию

- и Прогноз социально-экономического развития на долгосрочную перспективу разрабатывается раз в пять лет на десятилетний период.*
- и На основе прогноза на долгосрочную перспективу Правительство РФ организует разработку концепций (стратегий) социально-экономического развития страны на долгосрочную перспективу.*
- и В целях обеспечения преемственности социально-экономической политики государства данные прогноза и концепций социально-экономического развития на долгосрочную перспективу используются при разработке прогнозов и программ социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу.*





## Основные направления разработок прогнозов в здравоохранении :

- и прогнозы здоровья населения;
- и прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи и специализированных служб;
- и прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

*Прогноз развития системы здравоохранения в целом*



# Основа прогноза –

## *и комплексный анализ*

демографической ситуации, научно-технического потенциала, накопленного национального богатства, социальной структуры, внешнего положения Российской Федерации, состояния природных ресурсов и перспектив изменения перечисленных и иных факторов.





# Условия прогнозирования

- и Для построения математических моделей (например, прогнозирования рождаемости, смертности, структуры и уровня заболеваемости, физического здоровья населения, потребности здравоохранения в отдельных видах ресурсного обеспечения и др.) необходима исчерпывающая информация за значительный (обычно за 10-12 лет) ретроспективный период наблюдения.



## ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РФ

ПОКАЗАТЕЛИ	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г. <small>ПРЕДВАРИТ. ДАННЫЕ</small>	2011 г. В СРАВНЕНИИ С 2006 г.
ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НА 31 ДЕКАБРЯ (ТЫС.ЧЕЛ.)	-*	-*	-*	142 914	142 865	143 056	
ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ (ТЫС. ЧЕЛ.)	1 480	1 610	1 714	1 762	1 790	1 794	+22,1%
ЧИСЛО УМЕРШИХ (ТЫС. ЧЕЛ.)	2 167	2 080	2 076	2 011	2 031	1 925	-11,2%
ЕСТЕСТВЕННАЯ УБЫЛЬ НАСЕЛЕНИЯ (ТЫС. ЧЕЛ.)	-687	-470	-362	-249	-241	-131	-5,2 РАЗА
МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (НА 1000 РОДИВШИХСЯ)	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,3	-28,4%
ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (ЛЕТ)	66,6	67,51	67,88	68,67	68,83	70,30	+3,7 ЛЕТ
СУММАРНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ	1,296	1,406	1,494	1,537	1,569	1,606	+23,9%
МИГРАЦИОННЫЙ ПРИРОСТ (ТЫС.ЧЕЛ.)	155	258	257	259	192	322	+2,1 РАЗА

*\*В СВЯЗИ С ОТСУТСТВИЕМ ПЕРЕСЧЕТА ПО ИТОГАМ ВСЕРОССИЙСКОЙ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ 2010 ГОДА*

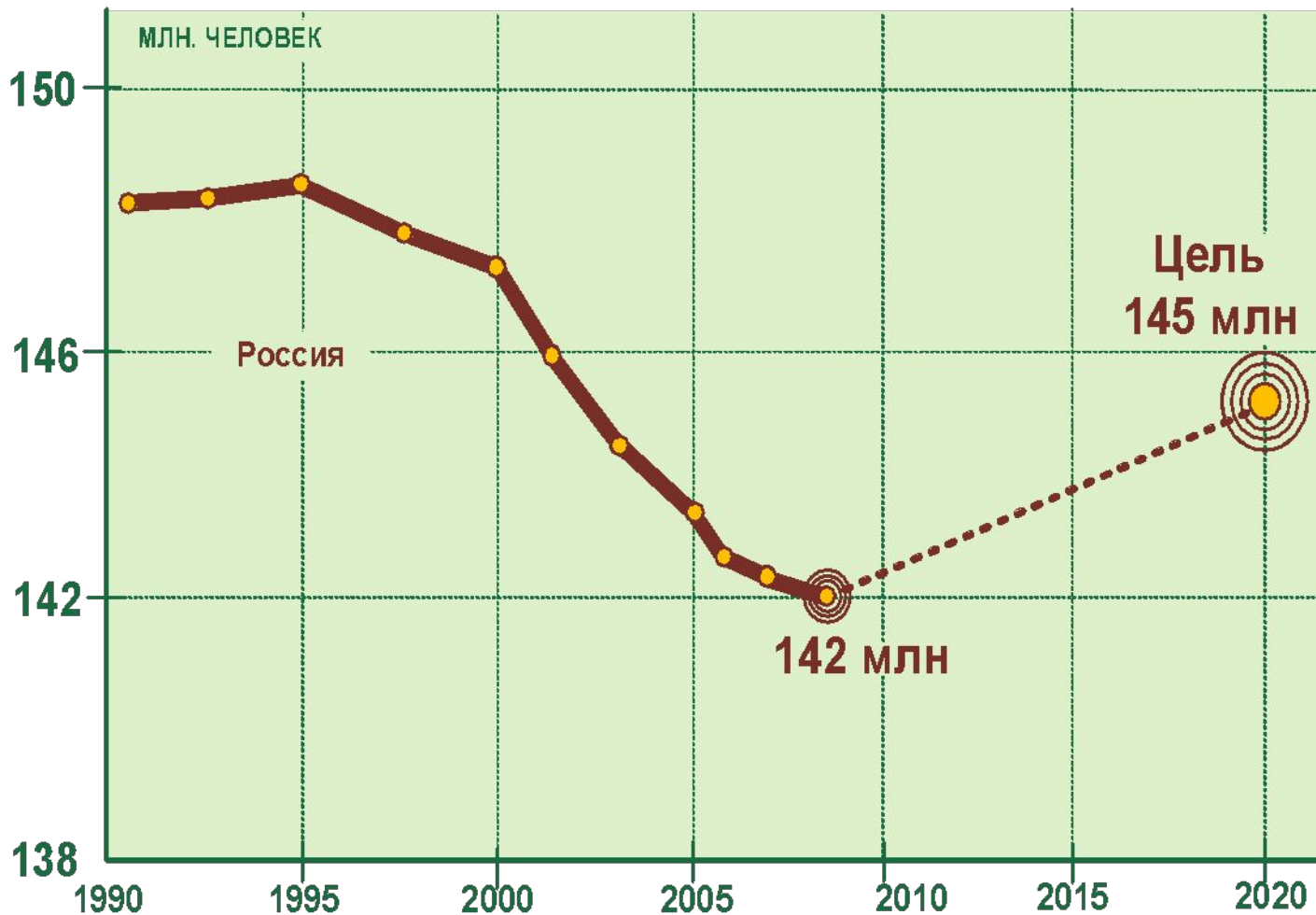
**ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2009-2011 ГГ. РАССЧИТАНА С УЧЕТОМ ИТОГОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ 2010 ГОДА**





# Прогнозируемые цели

## ИЗМЕНЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ





# Прогнозируемые цели

## СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РФ



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# Прогнозируемые цели

ДИНАМИКА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В  
РОССИИ И В СТРАНАХ ЕВРОСОЮЗА



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ





# Замкнутый цикл управления

## Планирование

Анализ и  
прогнозирование

Организация



Регулирование

Учет

Контроль







***«Планирование переносит будущее  
в настоящее и позволяет вам  
что-нибудь сделать с ним сейчас.»***

***Алан Лакейн***





# Классификация планирования 1:

Критерии	Виды планирования
Содержание планирования	Технико-экономическое Оперативно-производственное Организационно-техническое Финансовое Бизнес-планирование и др.
Уровень планирования	Федеральный, Региональный (федеральный округ, субъект РФ), Межрегиональный (межрегиональные территориально-производственные комплексы), Межотраслевой, Отраслевое, Территориальное, Муниципальное, Организация в целом, Структурное подразделение Индивидуальное



# Классификация планирования 2:



Критерий	Виды планирования
Срок исполнения	Оперативное (неск. часов – неск. месяцев) Текущее (несколько месяцев) Краткосрочное (до одного год) Среднесрочное - 1-3 года Долгосрочное (перспективное) – 3-10 лет
Характер управления	Административное (директивное, централизованное) Индикативное (по индикаторам) Программно-целевое
Стадия разработки	Предварительное Окончательное
Цель планирования	Оперативное Тактическое Стратегическое





# Планирование в здравоохранении

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



# Основа прогнозирования и планирования развития медицинских учреждений :

- и Целевые нормативы потребности населения в лечебно-профилактической помощи
- и Данные о потребности в ресурсах, необходимых для обеспечения населения лечебно-профилактической помощью
- и Данные о реально возможных сроках обеспечения ресурсами







# Принципы планирования в здравоохранении

- и Главная цель - реализация конституционных прав граждан на охрану здоровья
- и Наличие единых методических подходов







# Стратегическое планирование

- и Определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций **на перспективу 10 и более лет**
- и Стратегическое планирование осуществляется на **2 уровнях управления: федеральном; субъекта РФ**



# Примеры стратегических планов развития РФ

- и Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г от 17 ноября 2008 г. № 1662-р
- и Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. (утв. Указом Президента РФ от 12 мая 2009 года № 537).
- и Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 года № 1351).
- и Государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» , утвержденная Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012г.







# Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года

## ЦЕЛИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ДО 2020 ГОДА

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 145 МЛН. ЧЕЛОВЕК

УВЕЛИЧЕНИЕ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ДО 75 ЛЕТ

СНИЖЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ДО 7,5 НА 1 ТЫС. РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (НА 20% ОТ 2007 Г.)

СНИЖЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ДО 18,6 НА 100 ТЫС. РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ (НА 15,7% ОТ 2007 Г.)

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, В Т.Ч. СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И АЛКОГОЛЯ

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ГАРАНТИРОВАННОЙ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ





# ЗАДАЧИ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ДО 2020 ГОДА

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ, ВОЗМОЖНОСТЕЙ И МОТИВАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КОНКРЕТИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УЛУЧШЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ОМС

СОЗДАНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ИХ К КАЧЕСТВЕННОМУ ТРУДУ

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ





# Перспективное планирование

- и Предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов **на 3–5 лет**, которые должны быть согласованы с федеральными планами развития отрасли.



# Текущее планирование

Предусматривает разработку **ежегодных** планов и программ деятельности:

- и системы здравоохранения субъектов РФ
- и муниципальных образований
- и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования
- и отдельных работников





# Методы планирования в здравоохранении

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



# Нормативный метод планирования

- и В основе – нормативы.
- и **Норматив** - это расчетная величина затрат ресурсов (материальных, финансовых, временных и других), применяемая при нормировании труда и планировании производственно-хозяйственной деятельности.
- и Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗ РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.





# Классификация нормативов по видам ресурсов:

**Материальные:** расход энергоносителя на 1 м<sup>3</sup> отапливаемых помещений; расход продуктов питания на 1 койко-день и др.

**Финансовые:** подушевое финансирование; расход финансовых средств на питание на один койко-день; расход финансовых средств на один койко-день в отделениях различного профиля и др.

**Временные:** норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи; норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.





# Финансовый норматив

## ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показатель	2012	2013	2014	2015
Норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС (руб.)	4102,9	5968,6	6763,7	8535,3

Подушевой норматив Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2012 год - **7 633,4 руб. в год**





# МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КОЙКАМИ

В соответствии с международными и российскими требованиями показатель обеспеченности койками должен учитывать плотность населения и протяженность территории страны (принципы доступности)

## Обеспеченность койками по международным требованиям:

СТРАНЫ	Плотность населения (человек на 1 км <sup>2</sup> )	Обеспеченность койками на 10 тыс.*
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	8,4	87,8
ВЕНГРИЯ	107	71
ФРАНЦИЯ	118	72
МАЛЬТА	1 287	78
АВСТРИЯ	98	78
ГЕРМАНИЯ	230	83
ЮЖНАЯ КОРЕЯ	494	86
ЯПОНИЯ	336	139
КАНАДА	3,4	34

\*Источник: Доклад ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения», опубликован в 2011 году





# МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ

В соответствии с международными требованиями показатель обеспеченности врачами рассчитывается, исходя из фактической численности врачей клинических специальностей

## РАСЧЕТ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ:

СТРАНЫ	ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ НА 10 ТЫС.*		ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ НА 10 ТЫС.*	
	2009 г	2010 г	2009 г	2010 г
РОССИЯ**	26,7	26,3	67,1	63,4
ФРАНЦИЯ	37	35	81	89,4
ГЕРМАНИЯ	35	35,3	80	108,2
АВСТРИЯ	38	47,5	66	78,4
ИСПАНИЯ	38	37,1	74	51,6
ШВЕЙЦАРИЯ	40	40,7	110	159,6
ШВЕЦИЯ	36	35,8	116	115,7
КАНАДА	19	19,1	100	100,5
НОРВЕГИЯ	39	40,8	163	147,6
По странам ОЭСР	30,2	31	75,4	76

\*Источник: Доклад ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения», 2010, 2011 годы

\*\* РАСЧЕТ ПРОИЗВЕДЕН В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ ДАННЫМИ ПО ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ, ИСХОДЯ ИЗ ФАКТИЧЕСКОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

В международный показатель обеспеченности врачами в ряде стран не включаются:

СТОМАТОЛОГИ

ФАРМАЦЕВТЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ  
ФАРМАКОЛОГИ

ОРГАНИЗАТОРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
РУКОВОДИТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ

ВРАЧИ САНИТАРНО-  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ И МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

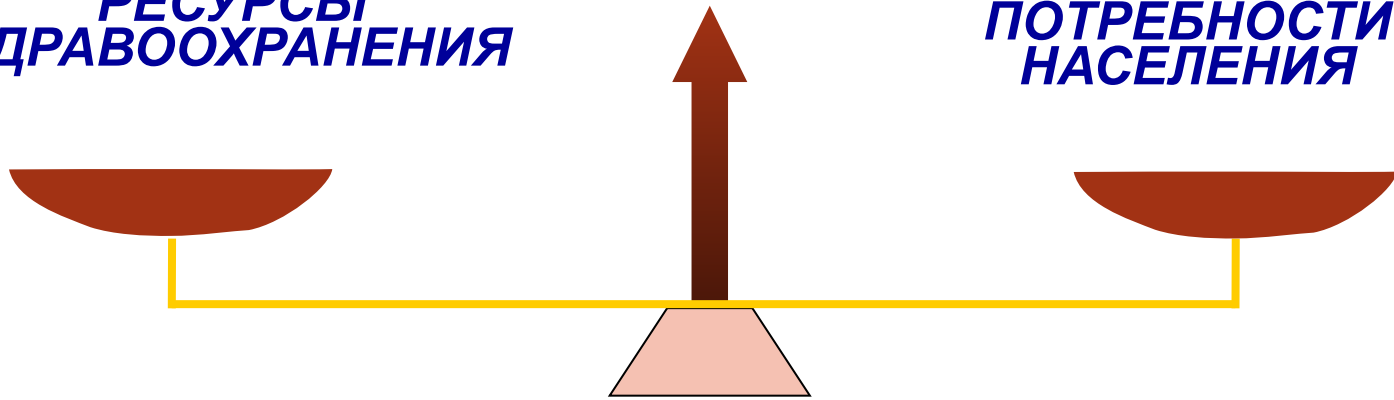
ВРАЧИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, НАПРИМЕР, ВРАЧИ-  
ЛАБОРАНТЫ, ПАТОЛОГОАНАТОМЫ,  
ЭНДОСКОПИСТЫ, РЕНТГЕНОЛОГИ,  
БАКТЕРИОЛОГИ, ВРАЧИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ  
ДИАГНОСТИКИ, СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ  
ЭКСПЕРТЫ



# Балансовый метод планирования

*РЕСУРСЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

*ПОТРЕБНОСТИ  
НАСЕЛЕНИЯ*

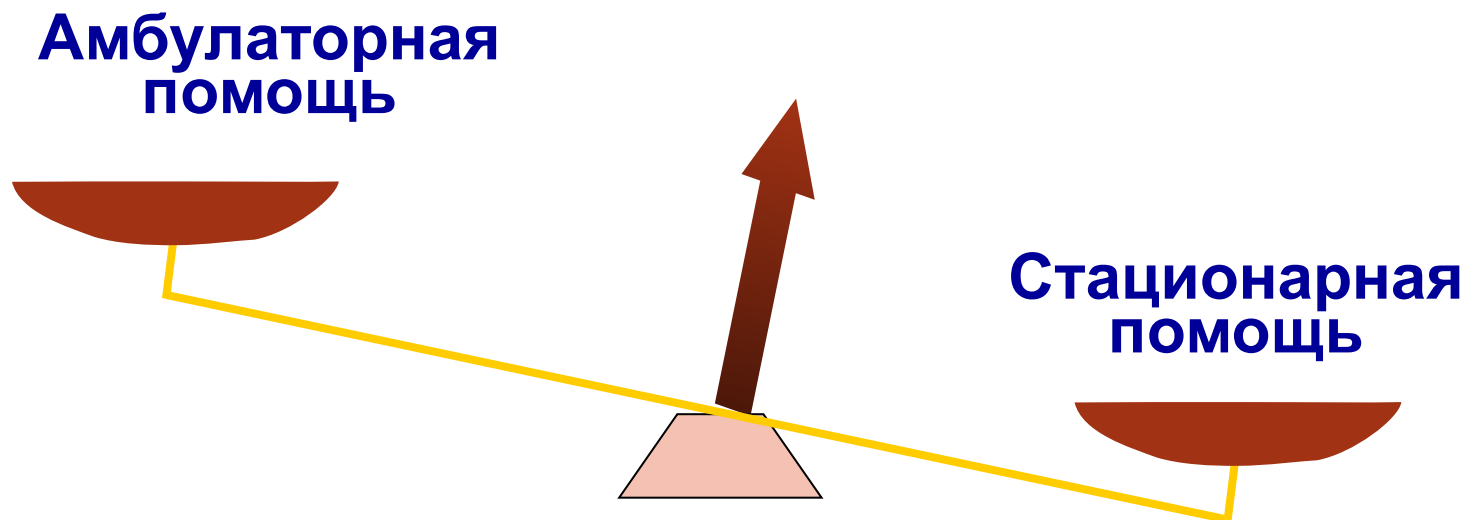


Один из основных методов планирования в здравоохранении, позволяет увязывать потребности населения с их ресурсным обеспечением





# Балансовый метод планирования



Балансовый метод вскрывает различные диспропорции в здравоохранении





# КАДРЫ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

**НАИБОЛЬШИЙ ДЕФИЦИТ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ :**

ДИЕТОЛОГИЯ	-99,9%
ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ	-98,7
РЕВМАТОЛОГИЯ	-84,5%
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	-84%
НЕФРОЛОГИЯ	-86,1%
ОБЩАЯ ВРАЧ ПРАКТИКА	-49,5%

**НАИБОЛЬШИЙ ПРОФИЦИТ В СТАЦИОНАРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ :**

СТОМАТОЛОГИЯ	+202,4%
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	+99,7%
ХИРУРГИЯ	+59,8%
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	+54,1%
ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ	+22,6%

**НАИБОЛЬШИЙ ДЕФИЦИТ В СТАЦИОНАРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ :**

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ	29,1%
ОНКОЛОГИЯ	39,0%
ФТИЗИАТРИЯ	45,4%

РЕГИОНЫ С НАИБОЛЬШИМ ДЕФИЦИТОМ ВРАЧЕЙ В АПУ	ДЕФИЦИТ (% ОТ НОРМ)
КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	-68%
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА	-66,5%
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ	-61%
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ	-60,2%

РЕГИОНЫ С НАИБОЛЬШИМ ПРОФИЦИТОМ ВРАЧЕЙ В СТАЦИОНАРАХ	ПРОФИЦИТ (% ОТ НОРМ)
Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	+109,3%
Г. МОСКВА	+103%
РЕСПУБЛИКА СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	+100,4%
РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ	+82,2%





# СРЕДНЕСРОЧНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

## I. СРЕДНЕСРОЧНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

1. ВОЗЛОЖЕНИЕ НА ФАКТИЧЕСКИ РАБОТАЮЩИХ ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ (РАСШИРЕНИЕ ФУНКЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ).  
ПРИКАЗ МЗСР РФ ОТ 23.07.2010 № 541Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЕДИНОВОКВАЛИФИКАЦИОННОГО СПРАВОЧНИКА ДОЛЖНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И СЛУЖАЩИХ»

ПРИМЕР:



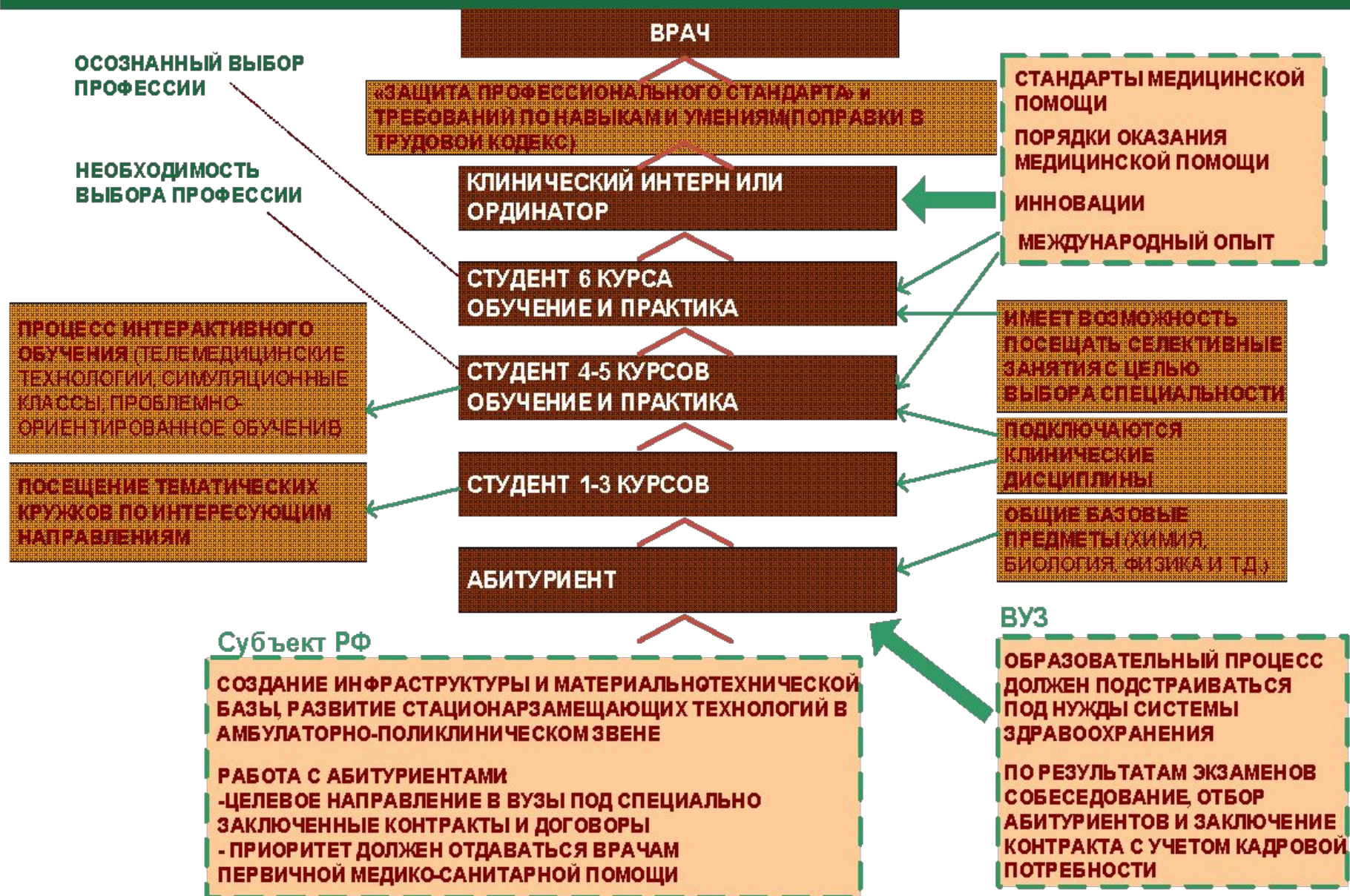
2. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ, ТРЕБУЮЩИМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ

3. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕОРИЕНТАЦИЯ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНА В АМБУЛАТОРНУЮ СЕТЬ. ОДНО ИЗ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПРИНЯТО РЕГИОНАМИ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

## II. ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

1. КАДРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ СУБЪЕКТАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ТЕСНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ВЫСШИМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ.

# ПРЕДЛАГАЕМАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ





# ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ПРОПОРЦИИ 1 ВРАЧ : 3 МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ**

РАСПОРЯЖЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 03.07.1996 № 1063-Р «О СОЦИАЛЬНЫХ НОРМАТИВАХ И НОРМАХ» (В РЕД. РАСПОРЯЖЕНИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 14.07.2001 № 942-Р, ОТ 13.07.2007 № 923-Р) БЫЛИ УТВЕРЖДЕНЫ НОРМАТИВЫ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ (41 НА 10 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ) И СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ (114,3 НА 10 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ)

**ВСЕГО ВРАЧЕЙ: ФОРМА 1-ЗДРАВ РОССТАТ – 715 799, С УЧЕТОМ ЧАСТНОЙ И ВЕДОМСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ф. 17 – 619 393 – ФОРМИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СУБЪЕКТОВ РФ**

ВСЕГО ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ			ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ			ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРА КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ		
ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ	ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ	ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ
367 222	520 028	-152 806	222 454	409 942	-187 488	144 768	110 086	34 682

**ВСЕГО МЕДСЕСТЕР: 1-ЗДРАВ – 1 508 529, С УЧЕТОМ ЧАСТНОЙ И ВЕДОМСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ф. 17 – 1 320 020 – ФОРМИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СУБЪЕКТОВ РФ**

ВСЕГО МЕДСЕСТЕР КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ			МЕДСЕСТЕР АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ			МЕДСЕСТЕР СТАЦИОНАРА КЛИНИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ		
ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ	ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ	ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ
759 795	1 560 084	-800 289	304 004	819 884	-515 840	455 751	740 200	-284 449

**В 2011 ГОДУ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ СОСТАВИЛА 1 ВРАЧ : 2,1 МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

ПОКАЗАТЕЛЬ	ФАКТ	НОРМАТИВ	ДЕФИЦИТ
<b>ВРАЧЕЙ ВСЕГО</b>	367 222	520 028	- 152 806
<b>МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ВСЕГО</b>	759 795	1 560 084	- 800 289





# КОЕЧНАЯ МОЩНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

	Фактическое число коек	Норматив числа коек	Профицит
Российская Федерация	1 250 120	1 187 379	+62 741

После оптимизации коечного фонда обеспеченность койками составит **83 на 10 тыс. населения**

## ПРИМЕР ДИСБАЛАНСА КОЕЧНОГО ФОНДА ПРИ ОБЩЕМ ЕГО ПРОФИЦИТЕ

Профили коек	Количество коек	Норматив числа коек	Количество избыточных/недостающих коек	%
Терапевтические	134 550	128 965	5 585	+4,3%
Хирургические	99 885	94 062	5 823	+6,2%
Травматологические	44 167	42 455	1 712	+4,0%
Реанимационные	10 558	16841	- 6283	- 37,3%
Онкологические для взрослых	29 674	31 291	- 1617	- 5,4%

## ПРИМЕРЫ РЕГИОНОВ С НАИБОЛЬШИМ ПРОФИЦИТОМ КОЕЧНОГО ФОНДА

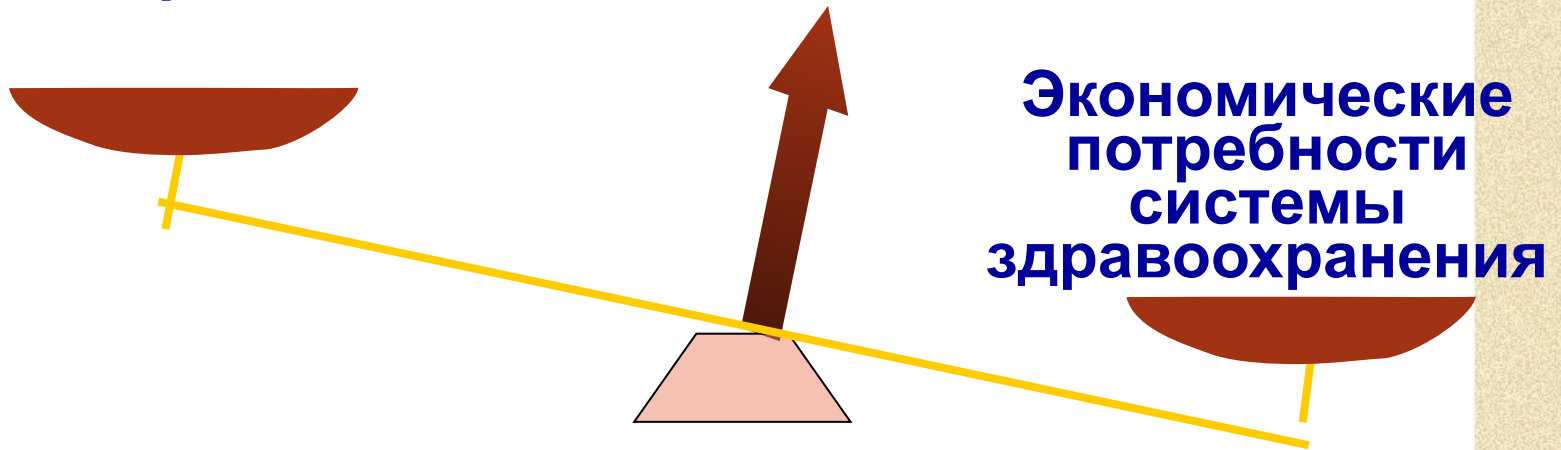
	Фактическое число коек	Норматив числа коек	% от норматива
Город Москва	98 403	84 965	+ 15,8%
Ярославская область	13 167	11 532	+14,2%
Тверская область	13 281	11 949	+11,1%
Город Санкт-Петербург	40 786	37 852	+7,8%

Профицит коек в федеральных государственных медицинских учреждениях составляет **+15,1%**

# Балансовый метод планирования



**Экономика  
страны**



**Экономические  
потребности  
системы  
здравоохранения**

**Вскрываются макроэкономические диспропорции в потребностях здравоохранения по отношению к экономике страны.**





# РАЗМЕР ВЗНОСОВ НА ОМС В РФ НИЖЕ УСТАНОВЛЕННЫХ В СТРАНАХ ОЭСР

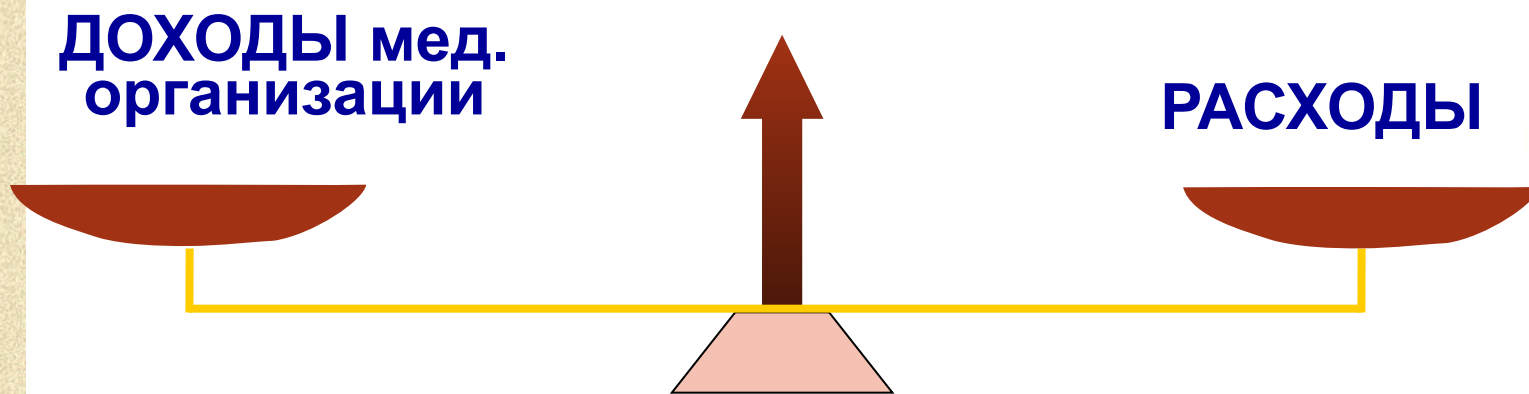
СТРАНА	СТРАХОВОЙ ВЗНОС РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ			ГОС.РАСХОДЫ НА ЗДР-МЕ, % ВВП	ГОС.РАСХОДЫ НА ЗДР-МЕ, МЛРД. \$ США	РАСХОДЫ СИСТЕМЫ СОЦ.СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАНИЯ В ЗДР-МЕ, МЛРД. \$ США	ДОЛЯ РАСХОДОВ СИСТЕМЫ СОЦ.СТРАХОВАНИЯ В ГОС. РАСХОДАХ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, %	ГОС. РАСХОДЫ НА ЗДР-МЕ НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ, \$ США
	ВСЕГО	в т.ч. взнос работодателя	взнос работника					
Германия	14,9%	7% от ФОТ	7% от ФОТ + 0,3% от общего дохода работника	8,2	236,2	207,4	87,8	2 858
Венгрия	14% от ФОТ	11%	3%	5,9	6,7	5,4	82,2	659
Словакия	14% от ФОТ	10%	4%	5	2,8	2,4	84,8	520
Франция	13,5% от ФОТ	12,8%	0,75%	8,8	192,5	176,3	91,6	3 139
Чехия	13,5% от ФОТ	9%	4,5%	6,1	8,6	7,5	87,9	839
Япония	8,2% от ФОТ	4,1%	4,1%	6,6	286,9	235,5	82,1	2 242
Дания	8% от ФОТ	8%	-	9,3	25,4	-	-	4 677
Польша	8%	7,75% от ФОТ	0,25% от общего дохода работника	4,3	14,8	12,4	83,5	389
Греция	7,65% от ФОТ	5,1%	2,55%	5,9	15,7	8,1	51,6	1 414
Австрия	7,8% от ФОТ	3,75% от ФОТ	3,75% от ФОТ	7,7	25,1	15,2	60,7	3 014
Нидерланды	6,5% от ФОТ	6,5%	-	7,5	50,7	43,8	86,3	3 097
Российская Федерация в 2010 г.	3,1% от ФОТ	3,1%	-	3,6	53,7	19,4	36,1	375,5
Российская Федерация в 2011 г.	5,1% от ФОТ	5,1%	-	3,7	65,5	28,2	43,1	458,4







# Балансовый метод планирования

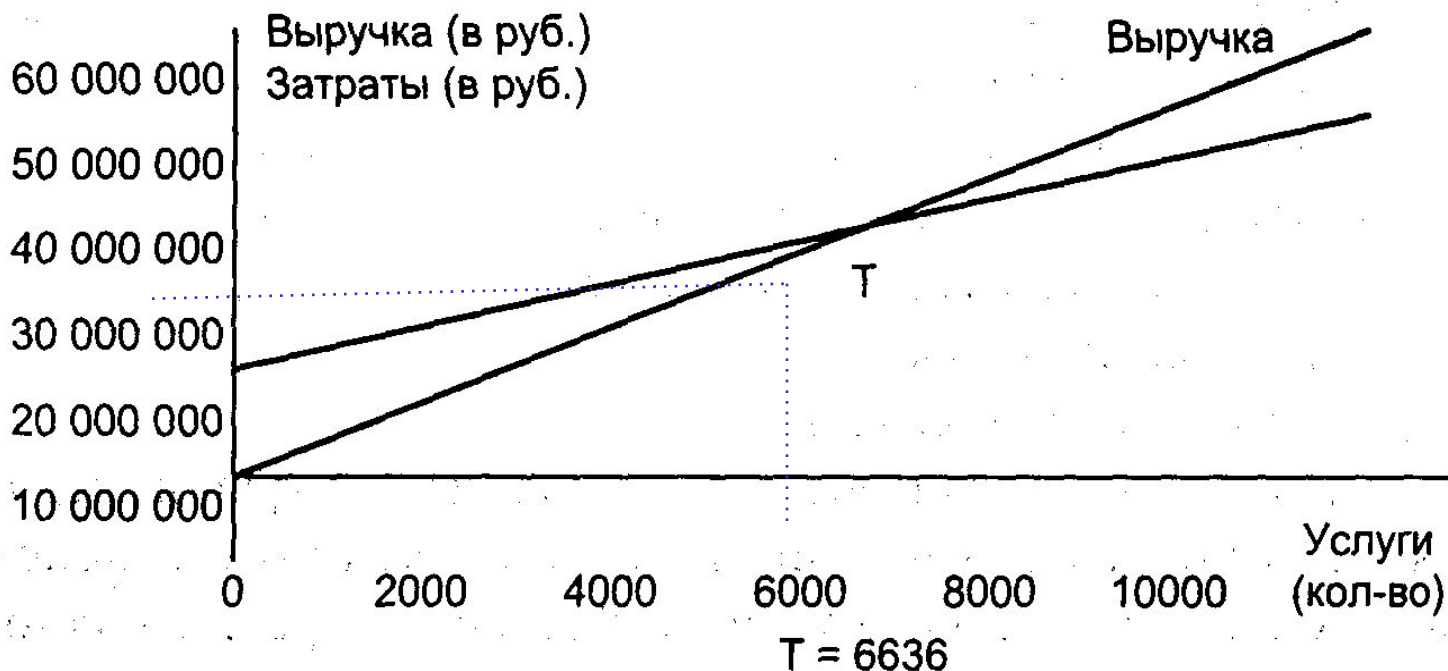


Позволяет определить оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития медицинской организации





# График самоокупаемости медицинской организации



**Самоокупаемость = количество оказанных услуг покрывает затраты и обеспечивает прибыль медицинской организации**







# Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

- и Реализует на практике основные принципы, виды и методы **перспективного** планирования в здравоохранении



# ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ**

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ (ПГГ) НА ТРИ ГОДА С ЕЖЕГОДНОЙ КОРРЕКТИРОВКОЙ**

**СОЗДАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ОСНОВАНИИ УТВЕРЖДЕННОЙ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПГГ, УСТАНАВЛИВАЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ НОРМАТИВЫ**

**СВЯЗЬ ФИНАНСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**





# Нормативная база

- и Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. N 1074 г. "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов"



# Нормативная база

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПИСЬМО**

**от 25 декабря 2012 г. N 11-9/10/2-5718**

**О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ  
БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ**

Во исполнение [пункта 2](#) постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. N 1074 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" (далее - Программа) Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее - территориальная программа государственных гарантий).







# Содержание Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи :

- и Средние нормативы объема медицинской помощи
- и Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи
- и Средние подушевые нормативы финансирования
- и Порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты





## ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ ТПГГ



## ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ\*





# Нормирование объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями

Период	Норма посещений	Норма расходов
<b>2013 год</b>	2,1 обращения на 1 жителя	772,3 руб. - ОМС 771,8 руб. - бюджет
<b>2014 год</b>	2,15 обращения на 1 жителя	923,4 руб.- ОМС 1044 руб. - бюджет
<b>2015 год</b>	2,2 обращения на 1 жителя	1010,3 руб. - ОМС 1256,9 руб.-бюджет





## Нормирование объемов скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию

Период	Норма посещений	Норма расходов
<b>2013 год</b>	0,318 вызова на 1 жителя	1435,6 руб. - <b>ОМС</b>
<b>2014 год</b>	0,318 вызова на 1 жителя	1507,4 руб. - <b>ОМС</b>
<b>2015 год</b>	0,318 вызова на 1 жителя	1582,8 руб. - <b>ОМС</b>





# Нормирование объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара



Период	Норма посещений	Норма расходов
<b>2013 год</b>	0,63 пациенто-дня на 1 жителя	570 руб. - ОМС 508,3 руб. - бюджет
<b>2014 год</b>	0,665 пациенто-дня на 1 жителя	590 руб. - ОМС 559,4 руб. - бюджет
<b>2015 год</b>	0,71 пациенто-дня на 1 жителя	620 руб. - ОМС 610,5 руб. - бюджет





## Нормированный объем медицинской помощи в условиях стационара

Период	Норма посещений	Норма расходов
<b>2013 год</b>	2,558 койко-дня на 1 жителя	570 руб. - ОМС 508,3 руб. - бюджет
<b>2014 год</b>	2,463 койко-дня на 1 жителя	2034,2 руб. - ОМС 1714,8 руб.- бюджет
<b>2015 год</b>	2,35 койко-дня на 1 жителя	2428,8 руб. – ОМС 2231,1 руб.– бюджет





# Нормирование посещения центров здоровья, посещений в связи с диспансеризацией

Период	Норма посещений	Норма расходов
<b>2013 год</b>	2,44 посещения на 1 жителя	266,3 руб. - ОМС 271 руб. - бюджет
<b>2014 год</b>	2,64 посещения на 1 жителя	318,4 руб. - ОМС 360 руб. – бюджет
<b>2015 год</b>	2,7 посещения на 1 жителя	348,4 руб. - ОМС 448,9 руб. - бюджет



**Федеральные подушевые нормы  
финансирования без учета расходов  
федерального бюджета**



Период	Средние подушевые расходы на 1 жителя в год
<b>2013 год</b>	9032,5 руб. - <b>ОМС</b>
<b>2014 год</b>	10294,4 руб. - <b>ОМС</b>
<b>2015 год</b>	12096,7 руб. – <b>ОМС</b>







## Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой на 2013 год, составляют:

и за счет средств бюджета Санкт-Петербурга – 5 168,0 руб.;

и за счет средств Территориального фонда ОМС – 8 602,87 руб.

} ≈14 тыс. руб.



# Этапы планирования деятельности медицинской организации



1. Сравнительный анализ результатов деятельности медицинской организации за предыдущий отчетный период по источникам поступления финансовых средств и понесенным затратам
2. Оценка влияния структурных подразделений на общие результаты финансово - хозяйственной деятельности медицинской организации. Расчет и анализ основных показателей деятельности.
3. Определение внутренних резервов, причин возникновения недостатков в работе и разработка дальнейшей стратегии развития медицинской организации на основании результатов проведенного анализа.





# Первый этап. Сравнительный анализ.

- и Анализ доходов и расходов
- и Прогнозирование потребности в лекарственных средствах (объемы реализации, остатки, количество нуждающихся пациентов)
- и Прогнозирование потребности в медицинском оборудовании (порядки оказания медицинской помощи (ФЗ-323, статья 37), % износа оборудования, возможности персонала и помещений)



# Схема планирования доходов и расходов ЛПУ

Доходы ЛПУ	Расходы ЛПУ
Поступление средств из бюджета	Оплата труда
	Начисления на заработную плату
Поступление средств по ОМС	Расходные материалы, ЛС
	Командировочные расходы
Поступление средств по ДМС	Транспортные расходы
	Медицинское оборудование
Поступление средств от платных услуг	Расходы на питание
	Расходы на капитальный ремонт







## Второй этап.

# Анализ показателей финансово-хозяйственной деятельности.

- и количество оказанных медицинских услуг;
- и количество пролеченных пациентов;
- и количество врачебных посещений (для поликлиник);
- и количество койко-дней (для стационаров);
- и структура оказанной медицинской помощи;
- и стоимость койко-дня;
- и тарифы, действующие в системе ОМС и ДМС;
- и понесенные материальные затраты медицинской организации





# Затраты медицинской организации

## Постоянные затраты

остаются неизменными при изменении объема медицинской помощи (число оказанных услуг или пролеченных пациентов):  
затраты на оплату труда администрации,  
коммунальные платежи,  
расходы на уборку зданий,  
вневедомственная охрана,  
противопожарная сигнализация.

## Переменные затраты

изменяются пропорционально объему медицинской помощи:  
затраты на питание,  
медикаменты,  
расходные материалы.







## Третий этап. Разработка плана развития.

- и На примере планирования объемов финансирования по ОМС на амбулаторную помощь.



*- Это наш персонал и оборудование, которое мы можем позволить себе при бюджете, выделенном в этом году...*



# Принцип планирования объемов финансирования по ОМС на амбулаторную помощь

- и Планирование расходов ОМС на амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения основывается на численности населения и нормативе посещений на 1000 жителей.
- и **РАСХОДЫ** = Численность населения × Норматив посещений × Средняя стоимость посещения







# Распределение численности застрахованных лиц по районам Санкт-Петербурга и половозрастным группам (2012 год)

Район Санкт-Петербурга и иные субъекты РФ	Численность всего	в том числе:							
		0-4 года		5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
		муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Адмиралтейский	147 348	3 815	3 617	8 268	7 912	43 326	45 778	9 158	25 474
Василеостровский	176 351	4 326	4 238	9 601	8 960	47 964	50 496	14 179	36 587
Выборгский	396 500	10 351	9 904	22 744	21 661	104 945	110 156	32 967	83 772
Калининский	425 427	10 247	9 762	22 341	21 338	113 933	118 626	35 492	93 688
Кировский	330 193	8 068	7 781	17 265	16 356	91 166	94 345	26 033	69 179
Колпинский	171 063	4 616	4 520	9 813	9 356	49 892	50 267	11 274	31 325
Красногвардейский	311 618	8 236	7 637	16 868	16 110	85 454	88 316	23 517	65 480
Красносельский	316 414	8 869	8 364	17 958	17 385	87 543	89 447	23 898	62 950
Кронштадтский	41 156	1 145	1 082	2 320	2 177	12 151	12 067	2 689	7 525
Курортный	51 035	1 285	1 338	2 603	2 531	14 635	14 516	3 866	10 261
Московский	259 943	6 764	6 378	13 354	12 707	69 096	73 295	21 253	57 096
Невский	441 693	11 542	10 746	23 088	22 107	126 076	132 549	30 271	85 314
Петроградский	107 220	2 710	2 571	6 131	5 830	30 587	32 594	7 305	19 492
Петродворцовый	105 314	2 715	2 630	6 071	5 698	30 072	28 598	7 915	21 615
Приморский	437 045	13 071	12 065	23 627	22 628	123 274	133 154	29 135	80 091
Пушкинский	125 488	3 592	3 407	7 672	7 085	34 687	35 911	8 896	24 238
Фрунзенский	369 910	9 080	8 653	19 117	18 104	98 840	103 280	31 004	81 832
Центральный	207 904	5 161	4 843	11 201	10 650	61 139	62 320	15 157	37 433
Ленинградская область	347 181	1 335	1 216	1 979	1 819	162 800	141 002	12 991	24 039
Другие субъекты РФ	419 797	1 535	1 456	3 117	2 698	209 486	185 540	5 847	10 118
<b>ИТОГО</b>	<b>5 188 600</b>	<b>118 463</b>	<b>112 208</b>	<b>245 138</b>	<b>233 112</b>	<b>1 597 066</b>	<b>1 602 257</b>	<b>352 847</b>	<b>927 509</b>





## Распределение численности застрахованных лиц по прикреплению к государственным медицинским организациям

Медицинская организация	Всего	в том числе по сетям:	
		взрослая	детская
<b>Адмиралтейский</b>			
Поликлиника №24	50 758	41 234	9 524
Поликлиника №27	79 769	68 882	10 887
Поликлиника №28	21 357	21 357	
<b>Всего</b>	<b>151 884</b>	<b>131 473</b>	<b>20 411</b>
<b>Василеостровский</b>			
Поликлиника №3	97 641	80 675	16 966
Поликлиника №4	91 926	82 514	9 412
<b>Всего</b>	<b>189 567</b>	<b>163 189</b>	<b>26 378</b>
<b>Выборгский</b>			
Поликлиника №14	71 255	71 255	
Поликлиника №52	62 220	62 220	
Поликлиника №97	59 886	59 886	
Поликлиника №99	46 230	46 230	
Поликлиника №104	69 219	69 219	
Поликлиника №117	44 889	44 889	
Детская поликлиника №7	11 902		11 902
Детская поликлиника №11	11 262		11 262
Детская поликлиника №17	10 843		10 843
Детская поликлиника №63	12 879		12 879
Детская поликлиника №71	26 164	6 778	19 386
<b>Всего</b>	<b>426 749</b>	<b>360 477</b>	<b>66 272</b>





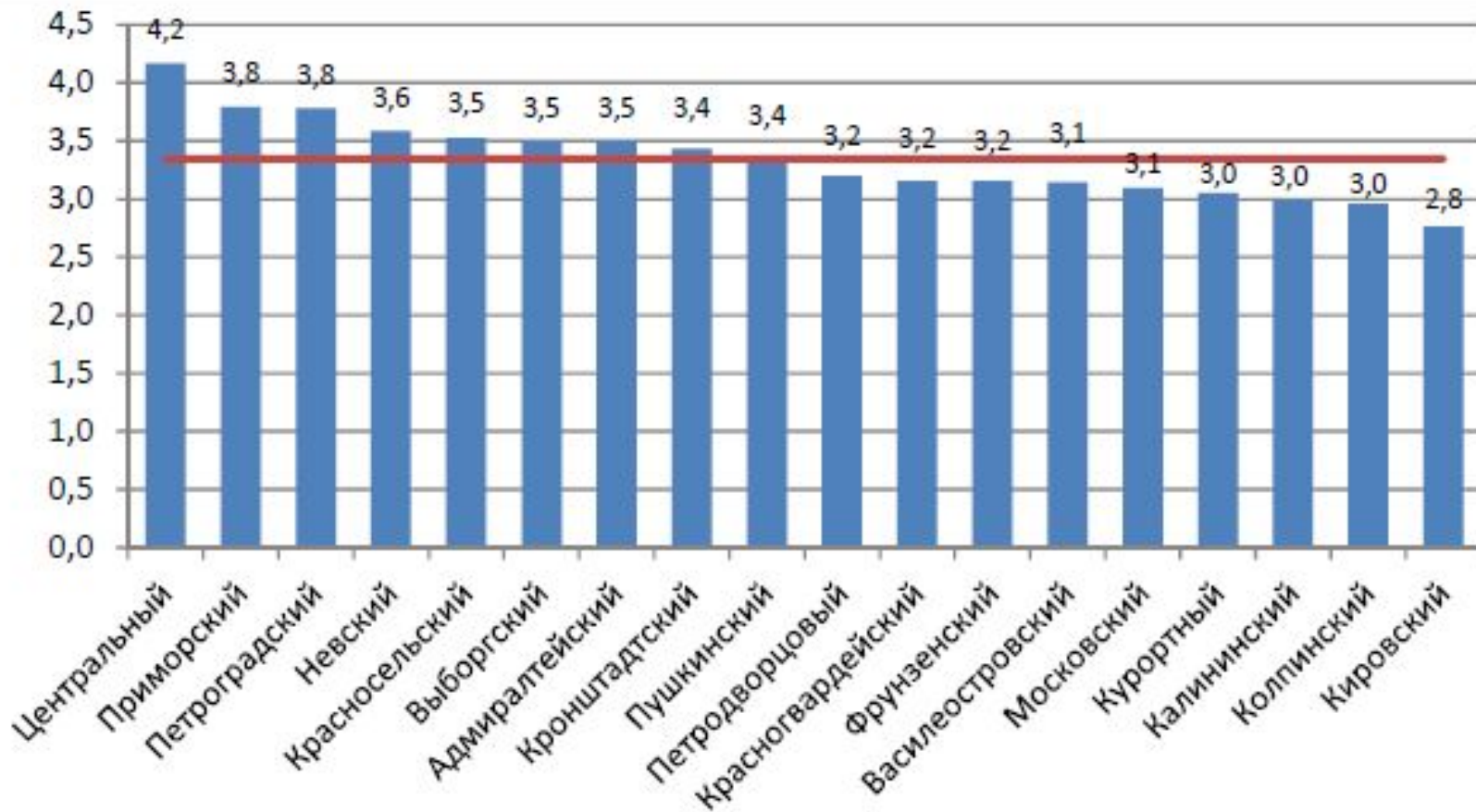


# Число посещений застрахованных лиц (2012 г.)

Район Санкт-Петербурга	Число посещений	
	Всего	На одного застрахованного
Адмиралтейский	531 129	3,50
Василеостровский	595 862	3,14
Выборгский	1 493 627	3,50
Калининский	1 354 626	2,99
Кировский	965 294	2,76
Колпинский	523 520	2,96
Красногвардейский	1 056 305	3,16
Красносельский	1 167 201	3,53
Кронштадтский	141 224	3,43
Курортный	169 988	3,05
Московский	883 215	3,09
Невский	1 686 097	3,59
Петроградский	436 546	3,78
Петродворцовый	350 024	3,20
Приморский	1 831 718	3,79
Пушкинский	459 212	3,36
Фрунзенский	1 242 456	3,16
Центральный	887 403	4,17
<b>ИТОГО</b>	<b>15 775 447</b>	<b>3,34</b>



# Число посещений застрахованных лиц (2012 г.)







# Затраты на оплату посещений застрахованных лиц (2012 г.)

Район Санкт-Петербурга	Затраты, руб	
	Всего	Средняя стоимость одного посещения
Адмиралтейский	171 828 371	324
Василеостровский	187 074 644	314
Выборгский	512 422 412	343
Калининский	457 570 895	338
Кировский	313 047 098	324
Колпинский	201 123 627	384
Красногвардейский	356 246 152	337
Красносельский	374 604 454	321
Кронштадтский	50 796 264	360
Курортный	53 949 666	317
Московский	293 487 011	332
Невский	507 593 439	301
Петроградский	138 035 188	316
Петродворцовый	105 858 355	302
Приморский	544 023 427	297
Пушкинский	140 655 482	306
Фрунзенский	391 667 258	315
Центральный	294 205 159	332
<b>ВСЕГО</b>	<b>5 094 188 903</b>	<b>323</b>



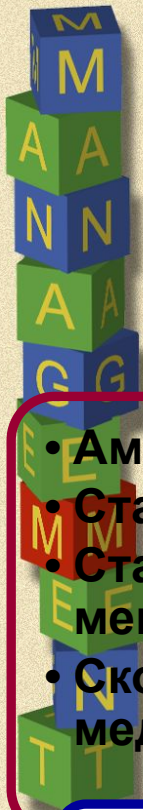
# Плановые финансовые расходы на оказание амбулаторно-поликлинической помощи населению


$$= \sum N_{\text{(чел.)}} \times N_{\text{посещений}} \times \sum \text{расходы} = \text{Стоимость посещения (руб.)}$$

$$= 5\,188\,600 \text{ чел.} \times 3,3 \times 323 \text{ руб.} = 5,5 \text{ млрд.руб.}$$




# Общий принцип формирования сети медицинской помощи



- Амбулаторная
- Стационарная
- Стационарзамещающая
- Скорая медицинская

**Расчетный  
объем  
медицинской  
помощи**

**Годовая  
нагрузка на  
единицу  
измерения сети**

- Врачебная должность
- Круглосуточная койка
- Дневная койка
- Односменная бригада

- Мощность поликлиники
- Мощность круглосуточного стационара
- Мощность дневного стационара
- Мощность сети скорой помощи

**Общая мощность  
сети 30**

# Формула «Шести П»



- и **П**равильное
- и **П**редварительное
- и **П**ланирование
- и **П**репятствует
- и **П**адению
- и **П**роизводительности





# Основные сферы жизнедеятельности

- и Финансы и карьера
- и Семейные и личные отношения
- и Здоровье и физическая форма
- и Личное и профессиональное совершенствование
- и Общественная жизнь

*Поставьте себе оценку от одного до десяти по каждому направлению. 1 – минимальный уровень удовлетворенности, 10 – максимальный.*



# Три главные сферы жизни

- и Финансы/ карьера
- и Семейные/ личные отношения
- и Здоровье/ физическая форма
- и Личное/профессиональное совершенствование
- и Общественная жизнь

*За 10 секунд выберите три пункта, которые кажутся вам наиболее важными.*





# Метод «быстрых списков»

- и Для каждого из трех выбранных направлений деятельности за 30 секунд запишите три цели, достижение которых может значительно улучшить ваше положение в этой сфере деятельности;
- и цели, которые, как вам кажется, **наиболее важны для вашей жизни на данный момент.**





и **Перед вами**  
**«МОМЕНТАЛЬНЫЙ**  
**СНИМОК»** вашей  
жизненной ситуации,  
показывающий что  
**действительно для**  
**вас важно** в данный  
**МОМЕНТ.**







*«Делай, что можешь,  
с тем, что имеешь,  
там, где ты есть.»*

*Теодор Рузвельт*

**Спасибо за внимание!**

