Планирование общественного здравоохранения

Проверила: Шахиева А.М.

Выполнили: Бабазаде Н., Байдильда М.

и разработка определенного соотношения потребностей населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с возможностями их удовлетворения.

Основные принципы планирования здравоохранения:

- Научно-техническая обоснованность планов.
- - Выделение приоритетных проблем.
- - Сочетание текущего и перспективного планирования.
- - Сочетание отраслевого и территориального планирования.
- - Экономическая эффективность планов.

сформулированы А. Файолем. В качестве основных требований к разработке программы действий или планов предприятия им были сформулированы пять принципов:

- Принцип единства (холизма) предполагает, что планирование в организации должно иметь системный характер. Слово «система» означает существование совокупности взаимосвязанных элементов и наличие единого направления их развития, ориентированного на общие цели.
- 2. Элементами планирования в организации являются отдельные подразделения, входящие в нее, и отдельные части процесса планирования. Взаимосвязь между подразделениями осуществляется на основе координации на горизонтальном уровне, то есть на уровне функциональных подразделений (отдела материально-технического снабжения, производственного отдела, финансово-экономического отдела, отдела маркетинга и т.д.).
- 3. Единое направление плановой деятельности, общность целей всех элементов организации становятся возможными в рамках вертикального единства подразделений, то есть единства в рамках управленческой иерархии – их интеграции.
- 4. Принцип участия тесно связан с принципом единства. Этот принцип означает, что каждый член организации становится участником плановой деятельности, независимо от должности и выполняемой им функции. То есть процесс планирования должен привлекать к себе всех тех, кого он непосредственно затрагивает. Планирование, основанное на принципе участия, называют партисипативным.
- 5. Принцип непрерывности предполагает, что:
- · процесс планирования на предприятии должен осуществляться постоянно в рамках установленного цикла;
- · разработанные планы должны непрерывно приходить на смену друг другу (второй – на смену первому, третий – на смену второму и т.д.).
- 6. Принцип гибкости связан с принципом непрерывности и заключается в придании планам и процессу планирования способности менять свою направленность в связи с возникновением непредвиденных обстоятельств.
- 7. Для осуществления принципа гибкости планы должны составляться так, чтобы в них можно было вносить изменения, увязывая их с изменяющимися внутренними и внешними условиями. Поэтому планы обычно содержат определенные резервы.

В современной практике планирования помимо рассмотренных классических широкую известность имеют общеэкономические принципы:

- Принцип оптимальности подразумевает необходимость выбора лучшего варианта на всех стадиях планирования из нескольких возможных альтернатив.
- Принцип пропорциональности, т.е. сбалансированный учет ресурсов и возможностей предприятия.
- Принцип научности, т.е. учет последних достижений науки и техники.
- Принцип детализации, т.е. степени глубины планирования.

Основными задачами планирования являются:

- Обеспечение населения гарантированными видами и объемами медицинской помощи.
- - Оптимизация бюджетных расходов.
- - Эффективное использование ресурсов.

Общая схема планирования может быть представлена в следующем виде:

- Определение основных целей и функций медицинского учреждения (стационарная или амбулаторная помощь; консультативная или лечебная; специализация etc.).
- Определение видов и объемов медицинской помощи, оказание которых ведет к достижению поставленных целей (методы лечения, виды диагностики etc.).
- Формирование структуры ЛПУ (состав подразделений, система управления etc.).
- Определение потребности в финансовых, материальных и трудовых ресурсах, необходимых для выполнения объемов лечения.
- Расчет предполагаемых поступлений средств.
- Корректировка плановых показателей.
- Определение показателей, наиболее точно характеризующих степень достижения целей и которые необходимо стимулировать.

При планировании здравоохранения на уровне муниципального образования учитывается:

- - планирование гарантированных объемов и видов медицинской помощи на основе подушевого принципа;
- - использование нормативного метода;
- - обеспечение сбалансированности видов и объемов медицинской помощи с объемами финансирования;
- - обеспечение стратегического и текущего планирования — территориальной программы госгарантий и формирование муниципального заказа;
- - принятие территориальной программы повышения структурной эффективности сети медицинских учреждений;
- - развитие различных систем и форм здравоохранения.

При планировании работы лечебно-профилактического учреждения решаются следующие задачи:

- - планируются виды и объемы амбулаторно-поликлинической помощи;
- - при наличии стационара планируются виды и объемы стационарной медицинской помощи;
- - составляется финансовый план (смета) лечебного учреждения;
- - планируется работа по повышению квалификации медицинского персонала, его сертификации и аттестации;
- - планируется работа по внедрению новых медицинских технологий, повышению качества медицинской помощи населению;
- - планируются мероприятия по обеспечению необходимого санитарно-эпидемиологического состояния подразделений ЛПУ, профилактике внутрибольничных инфекций.

При планировании здравоохранения как отрасли социальной сферы необходимо учитывать следующие данные:

1. Половозрастную структуру населения, являющуюся одним из основных факторов, определяющих уровень заболеваемости населения.
2. Климато-географические особенности территории и уровень доступности медицинской помощи.
3. Уровень заболеваемости, определяемый, кроме половозрастного состава, экологическими, социально-экономическими и иными условиями.
4. Уровень и структуру обращаемости населения за медицинской помощью во все типы учреждений независимо от форм собственности и организационно-правовой структуры, в том числе госпитализации в стационары.
5. Структуру и мощность амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, их развитие.
6. Существующие тенденции в совершенствовании организации медицинской помощи (реорганизация первичной медико-социальной помощи на принципах врача общей практики, развитие альтернативных форм стационарного медицинского обслуживания, реорганизация скорой и неотложной медицинской помощи).
7. Организационную структуру и совершенствование управления экстренной медицинской помощью в чрезвычайных ситуациях.
8. Дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и медицинского ухода.
9. Внедрение современных технологий профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной работы.
10. Финансовые затраты на лечение больных в других ЛПУ по сравнению с затратами на лечение в данном ЛПУ.

С учетом решаемых целей и задач в здравоохранении в настоящее время могут использоваться следующие виды планирования:

- стратегическое планирование и его разновидность — программно-целевое планирование;
- перспективное планирование;
- текущее планирование.

Стратегическое планирование, которое может включать долгосрочное, среднесрочное, годовое, оперативное и функциональное планирование, характеризуется как система, охватывающая многообразие видов деятельности учреждений здравоохранения. Важной отличительной чертой стратегического планирования является гибкость, обусловленная широким диапазоном выбора плановых перспектив.

Практика стратегического планирования исходит не "от достигнутого", поскольку при этом могут сохраняться имеющиеся диспропорции и "узкие" места организации, а от "будущего то есть с ориентацией на то состояние, которое необходимо достигнуть за плановый период.

Принципы стратегического планирования:

- ситуационный анализ, включающий оценку состояния системы, характеристику внешней среды, изучение потребительского спроса;
- прогноз развития системы здравоохранения в зависимости от благоприятного и неблагоприятного стечения обстоятельств;
- определение направлений и целей развития;
- разработка конкретных мероприятий по срокам и исполнителям;
- ресурсное обеспечение достижения целей;
- контроль, оценка выполнения и оценка эффективности.

Одним из методов перспективного планирования при государственной системе здравоохранения является стратегическое планирование на основе программно-целевого метода.

Программно-целевой метод стратегического планирования имеет следующие преимущества в обеспечении:

- целевого распределения бюджетных средств;
- привлечения дополнительных источников для финансирования конкретных целей;
- комплексного решения проблем за счет создания условий для вертикального и горизонтального взаимодействия;
- мониторинга за процессом достижения целей, их своевременной корректировки и оценки эффективности;
- в использовании на всех уровнях управления.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения, как правило, на региональном и муниципальном уровнях на достаточно длительную перспективу (сроком до 3-5 лет).

Текущее планирование проводится в большинстве случаев на период до 1 года и используется при разработке планов и программ региональной и муниципальной систем здравоохранения или отдельных медицинских учреждений.

При планировании здравоохранения используются следующие методы:

- ***аналитический метод***, позволяющий оценить исходный и достигнутый уровни при составлении плана и анализе его выполнения;
- ***балансовый метод,*** обеспечивающий пропорции в разрабатываемых планах и позволяющий своевременно вскрыть намечающиеся диспропорции во время их реализации;
- в здравоохранении широко используется ***нормативный*** метод, применяемый для обеспечения пропорциональности развития отрасли;
- экономико-математический метод позволяет обосновать оптимальные варианты плана;
- метод ***линейного программирования*** дает возможность оптимального размещения объектов здравоохранения с учетом местных особенностей;
- ***бюджетный метод*** широко используется для изучения трудовых затрат медицинского персонала и бюджета времени населения для получения медицинской помощи;
- вышеперечисленные методы практически в полном объеме используются в экспериментальном методе, любое нововведение обязательно испытывается и оценивается в эксперименте.

При планировании здравоохранения, особенно на муниципальном и региональном уровнях, до настоящего времени не потерял своей актуальности так называемый нормативный метод планирования, основанный на использовании соответствующих норм и нормативов.

Под нормами понимаются научно обоснованные количественные показатели лечебно-профилактической помощи, а также регламентируемые показатели деятельности медицинских учреждений, нагрузки медперсонала.

К ним относятся:

- нормы обеспечения населения лечебно-профилактической помощью (количество больничных коек на 1000 населения, число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя);
- нормы нагрузки медицинского персонала, прежде всего врачей (в амбулаторно-поликлинических учреждениях — число больных на 1 час амбулаторного приема, функция врачебной должности; в стационарах — число больных на 1 врачебную должность);
- определение потребности в койках исходя из уровня госпитализации;
- норматив обеспеченности средствами малой механизации для всех учреждений здравоохранения и социальной защиты;
- норматив оснащенности оборудованием, инструментами, медицинскими изделиями, предметами ухода за больными по видам учреждений;
- норматив обеспеченности санитарным транспортом по видам учреждений;
- нормы потребности в медикаментах и перевязочных средствах etc.;
- нормативы — расчетные показатели:
- - нормативы организации лечебно-профилактического обслуживания по участкам (численность населения на участке взрослых, детей);
- - нормативы среднегодовой занятости койки в стационаре;
- - штатные нормативы медицинского персонала в различных медицинских учреждениях etc.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыКазакстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, и в целях совершенствования планирования:

- базовая потребность в стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи (далее - СМП/СЗМП) - нормативное число пациентов, нуждающихся в лечении в стационаре/дневном стационаре поликлиники;
- дневной стационар (стационарозамещающая помощь) - форма предоставления доврачебной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня;
- клинико-затратные группы (далее - КЗГ) - клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;
- коечный фонд - это количество сметных коек в медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь (или суммарно во всех медицинских организациях города, района, области и т.д.);
- койко-день на 1000 населения - показатель обеспеченности населения стационарной (стационарозамещающей) помощью, отражающий число дней, проведенных пациентом на койке медицинской организации, в пересчете на 1000 населения данной территории;

При планировании объемов СМП/СЗМП используется метод целевого комплексного планирования, главной задачей которого является достижение более рационального и справедливого распределения ресурсов в Единой национальной системе здравоохранения Республики Казахстан с учетом принципов свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирования конкурентной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

Варианты планирования объемов СМП/СЗМП

- Планирование объемов СМП/СЗМП осуществляется по двум вариантам.
- Вариант № 1 предусматривает планирование объемов, исходя из сложившего уровня СМП/СЗМП, осуществляется при отсутствии нормативов на СМП/СЗМП;
- Вариант № 2 предусматривает разработку, утверждение нормативов потребности СМП/СЗМП, планирование по ним объемов СМП/СЗМП.
- Ответственные исполнители осуществляют планирование объемов СМП/СЗМП по следующим алгоритмам.
-

- **Алгоритм и методика планирования объемов СМП/СЗМП по варианту № 1**
- Алгоритм планирования объемов СМП/СЗМП по варианту № 1 состоит из 4 шагов, содержащих последовательные этапы.

Составление планов-заявок по СМП/СЗМП в разрезе КЗГ:

Этапы	Мероприятие	Ответственные исполнители
1.	Анализ данных о потоках госпитализации населения по каждой медицинской организации за последний год по КЗГ	УЗО АПО Стационары
2.	Анализ сложившихся объемов и их исполнения, выявление зон неэффективности: - анализ коечного фонда по профилям, его динамика, перепрофилизация и т.д.; - анализ сложившихся объемов и их исполнения; - выявление зон неэффективности; - оценка неудовлетворенной потребности путем анализа очередей на госпитализацию; - выявление необоснованно госпитализируемых случаев; - анализ возможностей поликлиник по перемещению части случаев стационарного лечения на амбулаторный уровень;	УЗО АПО Стационары

3.	**Определение перечня КЗГ, который поликлиника планирует переместить из стационарного на амбулаторный уровень:** **- введение новых методик оказания амбулаторной помощи, как лечебных, так и организационных (дневной стационар, стационар на дому, активный патронаж и т.п.);** **- расширение амбулаторной помощи в части продолжения лечения пациентов после интенсивного этапа лечения в круглосуточном стационаре и др.**	**УЗО** **АПО**
4.	Анализ возможностей использования стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий и определение перечня КЗГ, которые планируется переместить из круглосуточного стационара в стационар дневного пребывания.	УЗО Стационары

нормативов потребности СМП/СЗМП

- В качестве базовой (нормативной) потребности в СМП/СЗМП устанавливается нормативное число случаев госпитализации на 1000 населения через расчет нормативного числа коек, койко-дней госпитализации по КЗГ, исходя из числа нормативной средней длительности пребывания больного по данной КЗГ (
- 1) Определяется потребность населения в стационарных койках в целом и по отдельным КЗГ (или профилям) по формуле:
-
- К = (О х Р х СП)/(З х 100)
-
- К - необходимое число среднегодовых коек на 1000 жителей;
- О - уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения;
- Р - процент госпитализации или процент отбора на госпитализацию из числа обратившихся;
- СП - средняя длительность пребывания больного на койке;
- З - среднегодовая занятость койки.
-
- *Пример расчета потребности населения в ревматологических койках*
- *О = 113,0 (уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения);*
- *Р = 25% (процент госпитализации или процент отбора на госпитализацию из числа обратившихся);*
- *СП = 12 дней (средняя длительность пребывания больного на койке);*
- *З = 325 (среднегодовая занятость койки).*
-
- *К = (113,01 х 25 х 12)/(325 х 100) = 1 койка на 1000 населения*
- *Соответственно, на 10 000 населения - 10 коек*

- 2) Базовый объем (норматив) СМП/СЗМП в койко-днях на 1000 населения рассчитывается по КЗГ с ориентиром на нормативы коек по следующей формуле:
-
- $N^{i}_{к/д} = \sum (Y^{i}_{г} \times T^{i}_{дп})$
-
- $N^{i}_{к/д}$ - норматив СМП/СЗМП в койко-днях по КЗГ;
- $Y^{i}_{г}$ - уровень госпитализации по «i» КЗГ на 1000 населения;
- $T^{i}_{дп}$ - средняя длительность пребывания больного по «i» КЗГ.
- ∑ - знак суммирования по «i» КЗГ.
-
- *Пример расчета норматива койко-дней по КЗГ «Ревматические болезни сердца»*
-
- $N^{ревм.}_{к/д} = 9{,}7 \times 11{,}97 = 116{,}1$ койко-дней на 1000 населения
-
- В случае если фактическое число коек выше или ниже нормативного, полученного по формуле в **п.1**), проводится перерасчет койко-дней на 1000 населения на нормативное число коек по формуле:
-
- $N^{n}_{к/д} = N\,iк/д \times К \div Кф$
-
- $N^{n}_{к/д}$ - скорректированный на нормативное число коек норматив СМП/СЗМП в койко-днях по КЗГ
- $N^{i}_{к/д}$ - норматив СМП/СЗМП в койко-днях по КЗГ;
- К - необходимое число среднегодовых коек на 1000 жителей;
- $К_{ф}$ - фактическое число коек в регионе на 1000 населения
-

Пример:

Таблица 2 - Базовые объемы (норматив) стационарной медицинской помощи

№	КЗГ	Уровень госпитализации (число случаев госпитализации на 1000 населения) $У^{i}$	Средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре $Т^{i}$	Число койко-дней на 1000 населения $N^{i}_{к/д}$
1	2	3	4	5
40	Ревматические болезни сердца	9,7	11,97	116,1

Литература

- http://www.cis2000.ru/cisBudgetingTwo/HandbookD.shtml
- http://med-stud.narod.ru/med/pho/planning.html
- http://www.aup.ru/books/m235/1_3.htm

Благодарю за внимание