
Планирование здравоохранения.

*Методы расчета врачебных должностей и
коечной сети медицинских организаций в
сельской местности и в условиях города*



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Светлана Викторовна Барановская

Доцент кафедры

организации здравоохранения и общественного здоровья

ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ УПРАВЛЕНИЯ

Управленческий цикл



Основные понятия

ПЛАНИРОВАНИЕ – совокупность методов и средств, позволяющих выбрать оптимальный вариант развития, обеспечивающий эффективное использование ресурсов



ПЛАН – документ, определяющий сущность, последовательность, направленность и тактику деятельности конкретных исполнителей, в конкретные сроки и на конкретных участках деятельности



ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД – период времени, на который осуществляется планирование



ВИДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ

Процесс планирования по формату плановых решений

Цель

Стратегическое
планирование

Рассчитано на десятилетия, определяет долгосрочную линию развития отрасли

Тактическое
планирование

Рассчитано для определения деятельности на ближайший период до пяти лет

Оперативное
планирование

Необходимо для деятельности в нынешнем периоде

ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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



Задачи планирования в здравоохранении

1. Обеспечение социальных гарантий населения в получении необходимой медицинской помощи, и в первую очередь реализации Программы государственных гарантий
2. Оптимизация бюджетных расходов и эффективное использование ресурсов
3. Укрепление здоровья населения
4. Оптимизация сети и структуры медицинских организаций, расширение внегоспитального сектора оказания медицинских услуг и дальнейшее совершенствование первичной медико-санитарной помощи
5. Укрепление материально-технической базы здравоохранения, улучшение подготовки и повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников
6. Повышение качества медицинского обслуживания
7. Внедрение в практику здравоохранения достижений современной науки, передового опыта, новых методов профилактики, диагностики и лечения, улучшение обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

Принципы планирования в здравоохранении

**Сквозной принцип планирования для всех уровней:
федерального, субъекта РФ, муниципального, учрежденческого**

Вышестоящий уровень предлагает нижестоящему основные параметры для планирования и согласовывает их с ним с учетом местных климатогеографических, социально-экономических, санитарно-гигиенических, политических и иных условий.

После этого указанные параметры становятся основой для планирования на обоих уровнях

Принципы планирования в здравоохранении

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения

Разработка 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

Принципы планирования в здравоохранении

Системный подход к планированию в здравоохранении

Каждый объект с позиции теории управления должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы.

Системный подход в управлении здравоохранением – это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации)

Принципы планирования в здравоохранении

Выделение приоритетных направлений

Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как 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.

Принципы планирования в здравоохранении

Непрерывность процесса планирования на основе сочетания стратегического и текущего планирования

В процессе текущего планирования осуществляется мониторинг хода реализации стратегических планов и при необходимости их корректировка. На этапе текущего планирования субъекты РФ, муниципальные образования осуществляют оценку хода реализации стратегического плана, прежде всего с точки зрения обеспечения государственных гарантий в оказании гражданам бесплатной медицинской помощи.

Выявляются расхождения со стратегическим планом. Их причины анализируются, по результатам анализа даются предложения по устранению причин расхождений или по уточнению и корректировке стратегического плана.

Затем осуществляется детальное поквартальное планирование реализации задач стратегического плана на текущий год

Принципы планирования в здравоохранении

Директивность планов

План, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным 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

Принципы планирования в здравоохранении

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

Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении.

С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны, в первую очередь, предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

С другой стороны, в рамках законодательства о развитии конкуренции создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения.

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

Методы планирования в здравоохранении

- 1. аналитический** (анализ комплекса факторов, влияющих на развитие здравоохранения: показателей здоровья населения, результатов работы медицинских организаций)
- 2. сравнительный** (составная часть аналитического метода)
- 3. балансовый** (пропорциональность в развитии здравоохранения)
- 4. нормативный** (соответствие нормам и нормативам)
- 5. экспериментальный** (апробация результатов научных исследований перед внедрением их в практику)
- 6. экономико-математические методы** (используются при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана)

АНАЛИТИЧЕСКИЙ

Аналитический метод используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его исполнения (анализируются показатели здоровья населения, материально-техническая база, кадровый состав, ресурсы здравоохранения).

Пример: планирование сети медицинских организаций на основе анализа показателей здоровья населения и результатов их деятельности.

С помощью аналитического метода рассчитываются необходимые объемы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, обеспеченность населения медицинскими кадрами, нагрузка медицинского персонала и другие показатели с учетом реальной потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи

БАЛАНСОВЫЙ

Балансовый метод позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением.

С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов:

- натуральные (материальные)
- стоимостные (денежные)
- трудовые (кадровые)
- межотраслевые (например, баланс между потребностью в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования)

НОРМАТИВНЫЙ

НОРМАТИВ - количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Нормативы разрабатываются и утверждаются Минздравом России или другими уполномоченными органами исполнительной власти

Классификация нормативов:

- **материальные**, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (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 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.)
- **временные**, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады СМП, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.)



На стратегическом уровне осуществляется формирование стратегии, включающей в себя: анализ; прогноз; планирование; принятие решения о том, что нужно делать для достижения цели

К стратегическому уровню управления в здравоохранении относятся:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- органы управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных образований (Департамент здравоохранения Томской области и т.д.)
- руководители самостоятельных медицинских организаций



Тактический уровень управления осуществляет руководство реализацией стратегии, включающее в себя: планирование и принятие решения о том, как делать

К тактическому уровню управления в здравоохранении относятся:

- руководители основных структурных подразделений федеральных органов управления здравоохранением, органа управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных уровней управления
- заместители руководителей самостоятельных медицинских организаций

ДЕЙСТВИЯ



На оперативном уровне управления осуществляется руководство исполнением конкретных мероприятий стратегии, включающее в себя: организацию, регулирование работ; учет, контроль исполнения, анализ полноты выполнения мероприятий

К оперативному уровню в здравоохранении относятся:

- руководители низовых структурных подразделений органов управления здравоохранением: отделы департамента (управлений)
- руководители структурных подразделений (отделений) медицинских организаций

ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Стратегическое планирование

Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»



ЦЕЛЬ:
повышение ожидаемой продолжительности жизни к 2024 году до **78 лет**
к 2030 году до **80 лет**

Тактическое планирование

Нацпроект «Здравоохранение»

Федеральные проекты:

- Борьба с онкологическими заболеваниями
- Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- Развитие детского здравоохранения
- Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами
- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи

Региональные проекты:

- Борьба с онкологическими заболеваниями
 - организация центров амбулаторной онкологии
 - строительство новых корпусов онкодиспансеров
- Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями
 - переоснащение и дооснащение медицинских организаций
- Развитие детского здравоохранения
 - строительство областных детских больниц
- Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами
 - целевое обучение медработников
 - меры соцподдержки медработников
- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи
 - строительство новых ФАПов
 - развитие инфраструктуры медицинской профилактики

Оперативное планирование

Реализация отдельных мероприятий региональных проектов в субъектах РФ

- Организация закупок медицинского оборудования и мобильных медицинских комплексов
- Поиск подрядчика и контроль за строительством ФАПов
- Организация обучения врачей и среднего персонала
- Организация взаимодействия с муниципалитетами для разработки мер социальной поддержки медицинских работников на селе



НАПРАВЛЕНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Сеть
медицинских организаций**



**Капитальное
строительство**



**Объемы
медицинской помощи**



**Материально-техническое
обеспечение учреждений**



**Кадры
учреждений здравоохранения**



**Бюджет
здравоохранения**



ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ

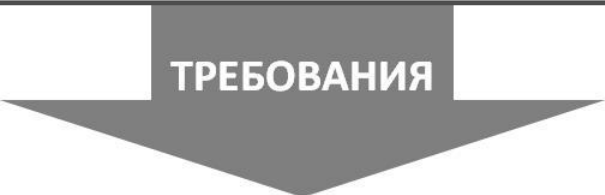
Программа государственных гарантий

Правительство РФ



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Базовая программа обязательного медицинского страхования
Единая, действует на всей территории РФ



Орган государственной власти субъекта РФ



ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Территориальная программа обязательного медицинского страхования
Может отличаться по объему услуг в разных регионах, действует на территории региона

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА РАЗРАБОТКИ ПГГ

Федеральный закон от
21.11.2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от
29.11.2010 г. № 326-ФЗ

«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Постановление Правительства
РФ от 10.12.2018 №1506

«О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год»

Письмо Минздрава России от
21.12.2018 №11-7/10/1-511

«О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год» (ЭОТПГГ)

Постановление Администрации
Томской области от 29.12.2018
№508а

Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2019 год

Нормативы, используемые для разработки ПГГ

- норматив объема скорой медицинской помощи (количество вызовов на 1 застрахованное лицо)
- норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (количество посещений на 1 застрахованное лицо; количество посещений на 1 жителя)
- норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями (количество обращений на 1 застрахованное лицо; количество обращений на 1 жителя)
- норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме (количество посещений на 1 застрахованное лицо)
- норматив объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров (количество случаев лечения на 1 застрахованное лицо; количество случаев лечения на 1 жителя)
- норматив объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо, количество случаев госпитализации на 1 жителя)
- норматив объема паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (количество койко-дней на 1 жителя)
- норматив объема высокотехнологичной медицинской помощи (количество случаев госпитализации на 1 жителя)

Субъекты РФ вправе устанавливать дифференцированные нормативы объемов медицинской помощи с учетом этапов ее оказания, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

При планировании стационарной помощи сначала формируют сеть больничных учреждений, их коечный фонд, а затем рассчитывают кадры.

Определение потребности населения в стационарной помощи основывается на рекомендуемых **нормативах уровня госпитализации на 1000 жителей**, которые приведены в ЭОТПГ.

Приложение 4

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи*

Профиль медицинской помощи**	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Кардиология	10,60	10,8	114,5	109,7	4,8
Ревматология	1,00	13,1	13,1	12,6	0,5
Гастроэнтерология	2,90	10,8	31,3	24,6	6,7
Пульмонология	3,20	11,3	36,2	29,8	6,4
Эндокринология	2,00	11,6	23,2	14,7	8,5
Нефрология	1,20	11,5	13,8	8,7	5,1
Гематология	0,80	13,0	10,4	8,0	2,4
Аллергология и иммунология	0,50	10,1	5,1	4,4	0,6
Педиатрия	9,20	8,6	79,1		79,1

Методика расчета

- 1 Умножив нормативный уровень госпитализации на 1000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре (нормативные или фактические), получим **нормативное число койко-дней на 1000 жителей - $N_{к/д}$ (норматив)**:

$$N_{к/д} \text{ (норматив)} = \text{Уровень госпитализации} \times \text{Средние сроки лечения}$$

- 2 Умножив $N_{к/д}$ (норматив) на численность населения, получим **абсолютное число койко-дней - $N_{к/д}$** :

$$N_{к/д} = \frac{N_{к/д} \text{ (норматив)} \times \text{Численность населения}}{1\ 000}$$

- 3 Наконец, чтобы получить **нормативное число коек - K** , нужно разделить число койко-дней $N_{к/д}$ на норматив работы койки (РК):

$$K = \frac{N_{к/д}}{\text{работа койки (норматив)}}$$

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Пример расчета нормативного числа кардиологических коек в Томской области

Приложение 4

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи*

Профиль медицинской помощи**	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год)	Используемая при расчете средняя длительность пребывания 1-ого пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Кардиология	10,60	10,8	114,5	109,7	4,8

Численность населения: 1 051 882 чел.

Норматив работы кардиологической койки: 336 дней

1 $N_{к/д}$ (норматив) = $10,60 \times 10,8 = 114,5$ койко-дней на 1000 жителей

2 $N_{к/д} = \frac{114,5 \times 1\,051\,882}{1\,000} = 120\,419$ койко-дней

3 $K = \frac{120\,419}{336} = 358$ коек

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

- Данная методика используется при планировании региональных систем здравоохранения
- С помощью данной методики можно определить:
 - абсолютное число коек, необходимое для реализации ТПГГ в целом
 - абсолютное число коек по отдельным профилям медицинской помощи
- Число коек определяется не только объемом госпитализации, но и работой койки, т.е. зависит от средней длительности пребывания больного на койке и средней длительности работы койки в году

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Определение необходимого числа врачей и среднего медицинского персонала в больничных учреждениях рекомендуется проводить на основе **показателей нагрузки на одну должность врача (среднего медицинского работника)**, установленных в ЭОТПГГ, учитывая также нормативные значения средних сроков лечения 1-го больного в стационаре и установленные нормативы объема койко-дней в разрезе профильных отделений больничных учреждений, дифференцированные по уровням оказания медицинской помощи

Таблица 7.1

Рекомендуемое значение показателей нагрузки
на одну должность врача (среднего медицинского работника)
в многопрофильной больнице

Профиль медицинской помощи <*>	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	15	15
Детская кардиология	15	15

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Неврология	...	15	20
Терапия		15	15
Педиатрия		15	15
Инфекционные болезни		20	10
Инфекционные болезни для детей		15	15
Неонатология		10	5
Акушерство и гинекология		15	10
Акушерское дело (койки патологии беременности)		12	15
Дерматовенерология		15	15
Фтизиатрия		20	20

* По профилям, не указанным в таблице, рекомендуемый норматив составляет 20 коек на 1 врачебную должность

Например, нормативное число должностей врачей-кардиологов в Томской области

$$N = \frac{358 \text{ коек}}{15 \text{ коек на 1 врачебную должность}} = 23,75 \text{ должностей}$$

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

При планировании амбулаторно-поликлинической помощи сначала рассчитывают необходимые врачебные кадры, а затем формируют сеть медицинских учреждений.

Определение потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи основывается на рекомендуемых нормативах **числа посещений на 1 жителя**, которые устанавливает ФПГГ (ТПГГ).

Нормативы объемов медицинской помощи (ФПГГ на 2016 год)

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов - 0,6 посещения на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов - 0,2 обращения на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо;

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год

Приложение 5			
Рекомендуемое число посещений с профилактическими и иными целями по специальностям			
Специальности	Число посещений на 1 000 жителей		
	Всего	в том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	19,2	16,3	2,9
Педиатрия	340,5		340,5
Терапия	238,1	238,1	
Эндокринология	25,5	24,9	0,6
Аллергология и иммунология	0,8	0,6	0,2
Неврология	28,7	25,2	3,5
Инфекционные болезни	3,5	1,7	1,8
Хирургия	65,4	33,8	31,6
Детская урология-андрология	10,2		10,2
Стоматология	185,0	86,4	98,6
Акушерство и гинекология	260,8	260,3	0,5
Оториноларингология	64,5	47,0	17,5
Офтальмология	75,3	60,8	14,5
Дерматология	72,5	63,9	8,6
Посещения центров здоровья	100,0	59,9	40,1

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Планирование числа врачей для оказания амбулаторной помощи можно осуществлять с использованием следующей методики:

$$B = \frac{\text{Норматив посещений на 1 жителя} \times \text{Численность населения}}{\text{Функция врачебной должности}},$$

где B – число врачебных должностей,

Φ – функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год)

Функция врачебной должности (Φ) обусловлена тремя элементами:

- нормой нагрузки врача на 1 час приема в поликлинике и 1 час работы на дому
- числом часов работы по графику на приеме и по обслуживанию на дому
- числом рабочих дней в году

Расчет плановой функции врачебной должности проводится отдельно по специальностям

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению») устанавливает правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению на территории РФ

Согласно данному документу,

штатная численность поликлиники устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации (ее структурного подразделения), в структуру которой она входит, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, **с учетом рекомендуемых штатных нормативов**, установленных приложением №2 к Положению, уровня и структуры заболеваемости и смертности, поло-возрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Рекомендуемые штатные нормативы поликлиники*

N п/п	Наименование должностей	Количество должностей
1	2	3
1.	Главный врач	1 должность
2.	Заведующий терапевтическим отделением	при числе должностей врачей-терапевтов всех наименований (включая врачей-терапевтов подростковых при отсутствии соответствующего отделения) 6,5 - 9 - вместо 0,5 должности врача; при числе указанных должностей более 9 - сверх этих должностей
3.	Заведующий хирургическим отделением	1 должность: при числе должностей врачей-хирургов и врачей травматологов-ортопедов (при отсутствии в учреждении должности заведующего травматолого-ортопедическим отделением) 5 - 8 - вместо 0,5 должности врача; при числе указанных должностей более 8 - сверх этих должностей
4.	Заведующий травматолого-ортопедическим отделением	1 должность на 8 и более врачебных должностей
5.	Заведующий отделением медицинской профилактики	1 должность в штате поликлиники, обслуживающей не менее 25 тыс. взрослого населения, вместо 0,5 должности врача кабинета медицинской профилактики
6.	Заведующий отделением оториноларингологическим, офтальмологическим, неврологическим	1 должность по каждому из отделений указанного профиля при числе должностей врачей соответствующих наименований не менее 3,5 - вместо 0,5 должности врача

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

11.	Врач-терапевт участковый	1 должность на 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
12.	Врач-хирург	0,65 должности на 10 000 человек взрослого населения прикрепленного к поликлинике
13.	Врач-травматолог-ортопед	1 должность для ведения приема взрослых больных с травмами и заболеваниями костно-мышечной системы на 20 500 взрослого населения; 1 должность на 20 коек в смену травматолого-ортопедического отделения; 1 круглосуточный пост на 100 000 прикрепленного населения для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи
14.	Врач-уролог	1 должность на 20 000 человек прикрепленного населения
15.	Врач-оториноларинголог	1 должность на 20 000 человек прикрепленного населения
16.	Врач-офтальмолог	0,6 должности 10 000 человек прикрепленного населения
17.	Врач-невролог	1 должность на 20 000 человек прикрепленного населения
18.	Врач-кардиолог	1 должность на 20 000 человек прикрепленного населения
19.	Врач-эндокринолог (врач-диабетолог)	1 должность на 20 000 человек прикрепленного населения
20.	Врач-инфекционист	1 должность на 50 000 человек прикрепленного населения

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

37.	Медицинская сестра участковая	1,5 должности на каждую должность участкового врача-терапевта
38.	Медицинская сестра	2 должности на каждую должность врача-хирурга, травматолога-ортопеда, врача-эндокринолога (врача-диабетолога); 1 должность на каждую должность врача, ведущего амбулаторный прием; 1 должность в смену на круглосуточный травмпункт при наличии объема работы по наложению гипсовых повязок; 1 должность на каждую должность врача функциональной диагностики
39.	Медицинская сестра отделения (кабинета) медицинской профилактики (для обеспечения доврачебного приема, сбора анамнеза и обеспечения организации динамического наблюдения за лицами с высоким риском хронического неинфекционного заболевания)	0,5 должности на 5 тыс. взрослого населения
40.	Медицинская сестра по физиотерапии	1 должность на 15 тыс. условных физиотерапевтических единиц в год
41.	Инструктор по лечебной физкультуре	1 должность на 25 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, и дополнительно 0,5 должности при наличии в составе поликлиники травматолого-ортопедического отделения

ПЛАНИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению

Структура и штатная численность дневного стационара устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого он создан, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения и **с учетом рекомендуемых штатных нормативов** в соответствии с приложением №10 к Положению.

Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1	2	3
1.	Заведующий дневным стационаром - врач терапевт	вместо 0,5 должности врача при наличии менее 20 пациенто-мест
2.	Врач терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач)	1 должность на 20 пациенто-мест или на 20 больных стационара на дому
3.	Старшая медицинская сестра	вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии менее 20 пациенто-мест, 1 должность на 20 пациенто-мест
4.	Медицинская сестра процедурная	1 должность на 15 пациенто-мест
5.	Медицинская сестра	1 должность на 6 больных
6.	Санитар	1 должность на 15 пациенто-мест

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ПЕРСОНАЛЕ

Рекомендуемые штатные нормативы, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что

«порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя...

4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений»

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ПЕРСОНАЛЕ

Рекомендуемые штатные нормативы, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

Например,

Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»

(Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 901н)

Приложение № 2

Рекомендуемые штатные нормативы кабинета травматологии и ортопедии

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Врач-травматолог-ортопед	1 на 15 тыс. взрослого населения; 1 на 12,5 тыс. детского населения
2.	Медицинская сестра	1 на 1 врача-травматолога-ортопеда
3.	Санитар	1 на 3 кабинета

Примечания:

1. Рекомендуемые штатные нормативы кабинета травматологии и ортопедии не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

2. Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций количество должностей кабинета травматологии и ортопедии устанавливается исходя из меньшей численности населения.

3. Для организаций и территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, согласно распоряжению Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 35, ст. 3774; № 49, ст. 5267; № 52, ст. 5614; 2008, № 11, ст. 1060; 2009, № 14, ст. 1727; 2010, № 3, ст. 336; № 18, ст. 2271; 2011, № 16, ст. 2303; № 21, ст. 3004; № 47, ст. 6699; № 51, ст. 7526; 2012, № 19, ст. 2410) количество должностей врача-травматолога-ортопеда устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного населения.

Структура и штатная численность Кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения **с учетом рекомендуемых штатных нормативов**, предусмотренных приложением № 2.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ПЕРСОНАЛЕ

Рекомендуемые штатные нормативы, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи

Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара по профилю «травматология и ортопедия» *

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий отделением — врач-травматолог-ортопед	1 на 40 коек и более
2.	Врач-травматолог-ортопед	1 на 20 коек
3.	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
4.	Медицинская сестра палатная (постовая)	1 на 20 коек
5.	Медицинская сестра процедурной	1 на 40 коек
6.	Медицинская сестра перевязочной	1 на 40 коек; 0,5 на 40 коек (для работы в гипсовой)
7.	Санитар	1 на 20 коек

* В медицинских организациях, имеющих в своем составе дневной стационар по профилю «травматология и ортопедия», рекомендуется предусматривать должности врача по лечебной физкультуре (0,5 на 40 коек), врача-физиотерапевта (0,5 на 40 коек), инструктора по лечебной физкультуре (1 на 40 коек), медицинскую сестру по массажу (1 на 20 коек), медицинскую сестру по физиотерапии (1 на 20 коек).

Приложение № 15

Рекомендуемые штатные нормативы поликлинического отделения по профилю «травматология и ортопедия» *

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий поликлиническим отделением — врач-травматолог-ортопед	1 на 8 и более врачей-травматологов-ортопедов
2.	Врач-травматолог-ортопед	1 на 15 тыс. взрослого населения; 1 на 12,5 тыс. детского населения
3.	Медицинская сестра	1 на 1 врача-травматолога-ортопеда
4.	Санитар	1 на 3 кабинета

* Рекомендуемые штатные нормативы поликлинического отделения травматологии и ортопедии не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Планирование здравоохранения.

*Методы расчета врачебных должностей и
коечной сети медицинских организаций в
сельской местности и в условиях города*



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Светлана Викторовна Барановская

Доцент кафедры

организации здравоохранения и общественного здоровья