

*Н. Н. Пилипцевич, А. Н. Пилипцевич*

## ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Планирование здравоохранения – составная часть государственного плана экономического и социального развития.*

*Принципы планирования разработаны на заре строительства нового государства, развиваются в течение всей последующей его истории.*

*Задачи планирования сравнимы с важнейшими отраслями хозяйственной деятельности.*

*Их реализация во всем многообразии стоит в ряду жизнеобеспечения. Важна политическая приемлемость критериев организации системы здравоохранения. Общественная медицина – классовая. Общественный врач не может быть аполитичным. Без широкого привлечения общественности нельзя сделать работу здравоохранения живой, захватывающей интересы населения.*

**Ключевые слова:** *здравоохранение, планирование здравоохранения, великий перелом, контрольные цифры плана.*

*N. N. Pilipcevič, A. N. Pilipcevič*

## PLANNING AS THE BASIS OF HEALTH MANAGEMENT

*Health planning is an integral part of the state plan for economic and social development. The principles of planning were developed at the dawn of the construction of a new state and have been developing throughout its subsequent history.*

*Planning tasks are comparable to the most important branches of economic activity.*

*Their implementation in all its diversity is in the line of life support. The political acceptability of the criteria for organizing the health care system is important. Public medicine is class medicine. A public doctor cannot be apolitical. Without broad involvement of the public, it is impossible to make the work of health care alive, capturing the interests of the population.*

**Key words:** *health care, health planning, great turning point, plan targets.*

Летом 1932 г. крупные авторитеты в области изучения и анализа медицинского дела американец Артур Ньюсхолм и англичанин Джон Адамс Кингсбери совершили путешествие по СССР, осмотрели медицинские учреждения в Москве, Ленинграде, Украине, Грузии, ряде приволжских городов. Свои впечатления они обобщили в вышедшей в 1933 г. на английском языке книге «Красная медицина в СССР»: «Советский Союз представляет единственное в мире государство, которое сумело основать и развить совершенную систему предупредительной и лечебной медицины по обслуживанию каждого отдельного человека, мужчины, женщины, ребенка, при помощи цельной системы специальных учреждений; ...достойно удивления то чудо, которое рабочие и крестьяне России, находящиеся на более низком уровне культуры по сравнению с Западом, сумели осуществить» (цит. по М. Ф. Владимирский [1]).

Несомненно, содержание данной оценки, это доброжелательный аванс и, в то же время, напутствие. Возможно традиционная русская открытость сказалась оптимистичным восприятием бурных процессов, грядущих в сложных условиях той сравнительно далекой действительности. Есть основание полагать, что уважаемые профессионалы искренне поверили в будущее советской медицины, – об этом они прекрасно сказали. Действительно, они увидели перспективы коренных преобразований в системе сбережения народного здоровья. Было на что обратить внимание, сравнить, рассказать миру. Планирование здравоохранения в то время также являлось делом новым, но с самого начала и весь последующий период находилось в передовом эшелоне реализации всех организационных процессов.

*Понятия план, принципы планирования. План – это определенный порядок, последовательность осу-*

ществления намеченной на конкретный период программы (работы) с указанием ее цели, содержания, объема, методов, средств, последовательности, сроков выполнения. План намечает, что нужно осуществить. В тесной с ним связи находится понятие *прогноз*, который, в свою очередь, определяет, что может произойти в конкретных условиях. Оба понятия взаимосвязаны. *Планирование здравоохранения* – это научно обоснованная система государственных мероприятий, сочетающая потребность населения в медицинском обслуживании с экономическими возможностями для его реализации. Оно должно способствовать приведению темпов и уровней развития здравоохранения в соответствие с целями укрепления здоровья населения [2, 3].

Соответственно, *задачей планирования здравоохранения* является нахождение оптимальных соотношений между потребностью населения в лечебно-профилактической помощи и реальными возможностями ее удовлетворения. В дифференцированной расшифровке это означает:

- переход от общих установок к постановке конкретных задач;

- организацию работы в виде определенных заданий, определение для них сроков, указание исполнителей, – каждый работник должен сознательно творить свое дело, нести ответственность за выполнение возложенных задач.

План здравоохранения является составной частью государственного плана экономического и социального развития. Во всех звеньях планирования главное внимание сосредотачивается на рациональном и эффективном использовании трудовых, материальных и финансовых ресурсов. По данным ВОЗ большинство государств мира занимается планированием здравоохранения.

*Принципы планирования здравоохранения* разработаны на заре строительства нового государства и творчески развиваются на протяжении всей последующей его истории. К основным из них относятся:

- совершенствование государственного механизма реализации прав человека на здоровье;

- консолидация действий органов власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и выполнению программ охраны здоровья;

- создание медицинской культуры, условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, последовательная реализация этапных пятилетних заданий Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность»;

- научность, реальность, директивность, выполнимость планирования;

- адекватность финансовых ресурсов здравоохранения государственным гарантиям обеспечения населения медицинским обслуживанием;

- политическая приемлемость принципов организации системы здравоохранения;

- выбор приоритетных направлений развития.

Народнохозяйственные планы подразделяются на региональные, территориальные и отраслевые.

Планы здравоохранения преимущественно отраслевые. По срокам исполнения они делятся на текущие и перспективные. Текущие планы рассчитываются в основном на 1 год, являются составной частью перспективных планов.

*Первые шаги планирования здравоохранения.* С самого начала формирования нового государственного строя, перед здравоохранением в области планирования встали задачи, сравнимые по своей весомерности с важнейшими отраслями хозяйственной деятельности. Их реализация, во всем многообразии конечных результатов, стоит в ряду жизнеобеспечения. Это высокое место лечебной медицины закреплено многовековой практикой. Но, на рассматриваемый период она оставалась маломощной, слабо организованной, малодоступной.

Узкими местами в работе здравоохранения были лечебная часть, амбулаторная сеть, профилактическая работа. Слишком медленно шло «продвижение» больного к столу хирурга, приемному столу амбулатории. Как известно, без правильно поставленной лечебной помощи немислимо обеспечение полноценного обслуживания населения.

Разработанный в 1926–1927 гг. первый пятилетний план, был сверстан с множеством упущений. Среди них заниженные расчеты темпов развития, эволюционный принцип количественного роста, отсутствие ориентира на предстоящие качественные изменения и пр. Это сказалось низкими темпами возведения сети медицинских учреждений как города, так и деревни, роста численности медицинских кадров.

Оздоровление деревни несет с собой культура. Особого внимания требовала организация родильной помощи в деревне. Там же на первом месте стоял вопрос о постановке амбулаторной помощи.

Решение вопросов о стационарном лечении вынуждено отодвигалось, преимущественно по экономическим причинам. Но и здесь за годы первой пятилетки (1928–1932) в области больничного дела имелись определенные результаты. Они не сравнимы с темпами и качеством строительства промышленных предприятий. Больничное строительство оценивалось как специальная отрасль, требующее людей с соответствующей технической подготовкой. Уже тогда существовала рациональная установка, чтобы главный врач будущей больницы был ее строителем, отвечавшим за ход и результаты строительства.

Одним из просчетов первого пятилетнего плана являлось стремление оценивать достигнутые успехи, главным образом, путем сравнения с прошлым, без учета возрастающего роста потребностей. В процессе его доработки (1929–1930 гг.) в определенной части они были устранены. В 1929 г. вышло постановление ЦК партии «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». В нем обращено внимание на отставание здравоохранения от роста народного хозяйства страны и потребностей населения в медицинском обслуживании [2].

Таким образом, итоги первой пятилетки лишь частично могли служить отправным опытом в построении

второго пятилетнего плана. Опереться на них в полной мере не представлялось возможным. При его разработке, в 1931–1932 гг., были предусмотрены существенные коррективы в планировании здравоохранения. Изменились содержание и характер годовых планов. Вместо ориентировочных контрольных цифр, которые не с чем было сравнить в период работы по первому пятилетнему плану, новые значения годовых планов закладывались со значительным приростом ожидаемых результатов.

С учетом скорректированной исходной базы предстояла разработка годовых и пятилетних планов, которые должны представлять совокупность практических, оперативных заданий отдельным органам здравоохранения. Важно отметить, что это происходило в трудное и очень ответственное время великого перелома, – подъема промышленности, коллективизации сельского хозяйства. Несмотря на определенные успехи, к разработке второго пятилетнего плана также пришлось приступать в условиях отсутствия полной ясности относительно того, что он должен собой представлять, какими должны быть параметры его контрольных цифр.

Кстати, контрольные цифры имеют особую значимость. После определения параметров они становятся: а) конкретной основой для оперативных действий в течение года, б) развернутой системой качественных и количественных показателей, в) связанной системой экономических и организационных мероприятий в пределах организующих рамок пятилетнего плана.

Контрольные цифры на очередной период отличались тем, что оперативный характер их резко усиливался. Они должны были стать программой «боевых» заданий и действий в деле оздоровления населения [2, 3].

1931 год – один из самых интересных в истории строительства здравоохранения. На предстоящий период была поставлена задача организовать работу так, чтобы работники здравоохранения включились во всю хозяйственную работу как необходимейшее звено.

В мае 1932 г. состоялось совместное совещание Госплана и Наркомздрава РСФСР по вопросам планирования здравоохранения. По постановлению правительства, оно созывалось одним из первых, для предварительной проработки вопросов второй пятилетки. По профессиональному составу приглашенные участники совещания были представлены плановыми работниками Госплана и оперативными работниками органов здравоохранения. Целесообразность такого их подбора заключалась в ориентации на перспективу, – чтобы строить работу здравоохранения под углом зрения оперативности. На совещании были обнародованы рамки требований к перспективному плану. Таковым он может быть, если совмещает в себе плановость и оперативность. Точно также, работа органов и учреждений здравоохранения будет плановой только тогда, когда станет оперативной.

Народный комиссар здравоохранения РСФСР М. Ф. Владимирский (1930–1934), в выступлении на совещании отметил особую значимость планирования здравоохранения. Указал, что работники отрасли отстают в части плановости в работе, переходе от бюрократических к оперативным ее формам, устранении формализма, борьбе за выполнение плана. Его критическая оценка первого опыта пятилетнего планирования включала такие негативные слагаемые, как отвлеченность, абстрактность, пригодность лишь для построения бюджета. С утверждением бюджета планы теряли свое значение. В них не усматривалось ничего оперативного: отсутствовали направленность на развитие, контрольные задания, которые определяли бы работу на грядущий период [1].

В сравнении, такое планирование существенно отличалось от планирования в других отраслях народного хозяйства, где уже в то время оно приобретало форму конкретных, оперативных, реально доводимых до низовых звеньев заданий. Очевидной становилась необходимость планировать работу так, чтобы уметь проверять результат заранее разумно поставленного задания.

На период руководства М. Ф. Владимирским народным комиссариатом здравоохранения РСФСР пришли важные события в развитии здравоохранения. Новые задачи стали стартовым ориентиром в последующем строительстве здравоохранения. В то время в больничном деле применялись два метода планирования. Первый, более простой, метод динамики показателей: оценивались численность коек, оборудование и т. п. Как оказалось, за такой односторонностью «исчезала» сама больница, отсутствовали показатели ее лечебно-профилактической работы, планировался не медицинский объект в целом, а избирательно показатели сети.

Другой метод – конкретного планирования. В его основе знание работниками планирования всего комплекса, который имеет отношение к объекту «больница». В частности, больница как здание, как хозяйство (бельевое, кухонное, транспортное), организация в ней лечебно-профилактической работы, лечения больных, уход, соблюдение санитарного, лечебно-охранительного режимов и пр. Планирование в таком случае становится оперативным, динамичным, позволяет следить за ростом медицинских организаций, охватывает целый ряд того, что в повседневной жизни считается корректируемыми «мелочами», повышает качество и результаты работы, является полным, жизненным, позволяет охватить явление в целом.

Упомянется еще один вариант планирования, по типу встречного плана, в его основе привлечение коллективов ЛПО к участию в данном процессе. Он мыслим в том случае, если его реализация обеспечит растущее новое в жизни людей. Возьмем пример из опыта, приходящегося на период построения первого пятилетнего плана развития здравоохранения. Разработанный план «Как перестроить работу больницы», размноженный в количестве 2000 экземпляров, был разослан в крупные больницы с предло-

жением тщательно обсудить его в своих коллективах, внести свои правки. В последующем, после окончательной готовности плана, участники – коллективы больниц, руководствовались им в своей последующей работе. В таком виде просматривается элемент его разработки в виде встречного плана [1].

В основу плана здравоохранения второй пятилетки было положено проведение широких оздоровительных и санитарных мероприятий. Планом предусматривалось, каким образом они будут представлены, какие формы примет развертывание самой работы. Установка на широкие оздоровительные мероприятия потребовала расширения подходов их осуществления, вызвала к реализации в жизнь ряд новых санитарных мероприятий. Рост промышленности, сельского хозяйства, городского коммунального хозяйства ориентировали подниматься на более высокую ступень в работе по планированию здравоохранения. Например, одним из важнейших разделов пятилетнего плана являлось разрешение вопросов промышленной гигиены, возведение и благоустройство городов.

Пятилетка по своей направленности получила название «пятилетка санитарии». Это означало, что вопросы санитарии, как никогда должны стать важнейшим элементом хозяйственной работы. Активизация работы санитарных врачей виделась в том, чтобы перейти от созерцательного санитарного надзора к действенному участию во всей грандиозной работе.

Определяющим ориентиром в деятельности здравоохранения стало осуществление лозунга – «Лицом к производству, поворот к ведущим хозяйственным задачам». Для этого надо было сделать так, чтобы статистика заболеваемости служила для врача основой оперативной работы, чтобы он мог выделить в ней главное, сосредоточить свое внимание на тех пунктах, где в первую очередь требуется его участие.

Повышение материально-культурного благосостояния населения, улучшение культурно-бытовых условий в новых промышленных центрах являлись предпосылками для предъявления надлежащих требований к подразделениям службы здравоохранения по предоставлению медицинской помощи, а также в части санитарно-гигиенического обеспечения.

Здравпункты на предприятиях виделись на перспективу планируемого пятилетия центром всей санитарно-гигиенической работы. В деятельности отрасли в целом обращалось внимание на вопросы санитарно-гигиенической работы, как основу здравоохранения. Едва ли был такой момент в развитии всего народнохозяйственного строительства, когда санитарно-гигиенические мероприятия занимали такое большое место, как в годы второй пятилетки.

Сельский врачебный участок (СВУ) в то время отставал в своем развитии, основывал свою деятельность по-прежнему на методах ожидания обращений больных. В новых условиях назрела необходимость отказаться, уйти от исторически унаследованной пассивности медицины. Повсеместно врачу предстояло переориентироваться с позиций созерца-

ния, выжидательности на путь активной профилактики. В таком случае здравоохранение по-настоящему могло стать частью хозяйственного дела, с возрастанием его возможностей, укреплением ресурсов. Такая грядущая перспектива становилась реальной, при условии подчинить здравоохранение выполнению основных хозяйственных задач.

Каждый медицинский работник должен сознавать, что он выполняет программу важных заданий. Подобная направленность укрепляет общую ответственность, которой должна быть проникнута работа всего медицинского сообщества. К этому обязывают новые характер и содержание перспективных планов.

Представленные выше терминологические определения планирования здравоохранения; краткий анализ его начального опыта в течение двух первых пятилеток позволяют судить о его значимости, стремлении к динамике прогрессивного развития. Дальнейшее развитие отрасли по планам следующих пятилеток было остановлено началом войны.

Долгом, считаем, отметить, что в период Великой Отечественной войны планирование здравоохранения не снижало своей активности. Оно было ориентировано на оперативное решение задач фронта и тыла, укрепление экономической и военной мощи государства, медицинское обеспечение боевых действий.

Со второй половины XX века развитие здравоохранения основывалось на целенаправленно накапливаемом опыте и реализации стоящих задач. Отрасль прирастала полезным вкладом в дело государственного строительства, являлась его важной составной частью.

Перейдем непосредственно к самому планированию здравоохранения.

*Виды планов в здравоохранении.* В основу их формирования взята сохранившая свою значимость целостная система территориально-отраслевого планирования здравоохранения в СССР [4–6]. В Республике Беларусь сохранена государственная/бюджетная система здравоохранения, с большой пользой используется предыдущий опыт. Министерство здравоохранения, нижестоящие звенья управления здравоохранением на местах непосредственно участвуют в составлении и последующем исполнении планов своих уровней. Этот процесс постоянно в движении, планы соответственно обстановке дополняются, конкретизируются. Существуют планы следующих видов.

- Минздрав принимает участие в разработке и согласовании отраслевого раздела республиканского бюджета в ежегодно принимаемом законе «О республиканском бюджете»;
- раздел плана здравоохранения, входящий в состав государственного плана социального и экономического развития;
- планы здравоохранения, составляемые в целях детализации государственного плана по установкам Министерства здравоохранения (развитие территориального здравоохранения, сети медицинских организаций, строительство организаций специализиро-

ванной, высокотехнологичной медицинской помощи и др.);

- планы отдельных организаций здравоохранения, представляющие собой смету расходов на год;
- инициативные планы организаций здравоохранения, отражающие местную специфику проблем деятельности, состояния здоровья населения и пр.

Планы здравоохранения постоянно в движении/развитии, всегда являются комплексными, объединяют организационные и функционально связанные разделы.

Комплексный план здравоохранения включает в себя определенные показатели, сгруппированные по разделам [3]:

- развитие сети организаций здравоохранения;
- медицинские кадры (потребность, подготовка);
- план по труду;
- капиталовложения (строительство, ремонт, оборудование);
- план материально-технического снабжения;
- бюджет (финансовый план).

Все показатели плана развития здравоохранения делятся на утверждаемые и расчетные. Число утверждаемых показателей при планировании на государственном уровне невелико, оно возрастает на каждом нижестоящем административном уровне. От детализации показателей плана развития здравоохранения, – в любой степени и на любом уровне планирования, – их существо не меняется. Формирование базируется на общих методологических принципах, это создает стройную систему показателей плана, может быть сведено в единый государственный план (5).

К примерам расчетных показателей относятся обеспеченность населения медицинской помощью, использование средств здравоохранения и др. Для использования при планировании они должны быть:

- комплексными, сопоставимыми, отражать количественные и качественные характеристики планируемых мероприятий по охране здоровья населения;
- изменяться в зависимости от характера решаемых задач.

При составлении плана работы больничной ЛПО необходимо располагать следующими сведениями:

1. Санитарное состояние района, обслуживаемого больницей.
2. Количество населения на территории закрепленной за больницей.
3. Указания вышестоящего по подчиненности управленческого уровня здравоохранения.
4. Данные анализа деятельности больницы за предыдущий год.

Методики расчетов показателей заболеваемости, обеспеченности, результатов деятельности широко представлены в многочисленных соответствующих научных и учебных изданиях. Их анализ – отдельный разговор.

В текущем веке значительным вкладом в развитие современных методов планирования здравоохранения является использование в деятельности орга-

низаций здравоохранения автоматизированных систем плановых расчетов.

*В дополнение к сказанному.* Первый Нарком здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко (7) настоятельно утверждал, что общественная медицина – классовая. Врач-работник культурной революции, действующий на громадном культурном фронте. Прежде всего, он общественный работник. Общественная обстановка влияет на каждый шаг его деятельности. Призывал покончить с «басней об аполитичности медицинской деятельности». Общественный врач не может быть аполитичным. Без широкого привлечения общественности нельзя сделать работу здравоохранения живой, захватывающей интересы населения. Только в сочетании с такими условиями даются широкие возможности врачебной работы.

Устойчиво справедливое утверждение, что полноценно работающее здравоохранение является одним из важнейших факторов социальной стабильности в обществе. Отечественное здравоохранение плановое, прирастает в своем оснащении, профессиональных возможностях. Это так, но количество нареканий в его адрес высокое. Медицина, к сожалению, еще не всесильная. Хронические болезни, как известно, не излечиваются, а лишь купируются.

Количество обращений в ЛПО по причинам, связанным со здоровьем составляет в западных странах 5–7 раз, среди нашего населения 10–12 раз за год. Доступность для получения помощи высокая. Сравнительно «плотно» по объему и качеству работает наше санитарное просвещение, но, к сожалению, его основной аудиторией являются преимущественно лица уже потерявшие свое здоровье и пожилые люди.

Казалось бы, убедительным является расклад факторов в так называемой «формуле здоровья, ВОЗ», согласно которой здоровье человека на 50 % зависит от его образа жизни. По сути, это своеобразное обращение – весомый призыв к каждому – типа «твое здоровье в твоих собственных руках». Но результат мал.

Великий русский хирург Н. И. Пирогов (1810–1881) в своих воспоминаниях рассказывал, что в платном пансионе Кряжева, где проходило его «школьное» обучение, одним из важных предметов была риторика. Пусть этот пример не будет укором нашему времени, но факт реальный, – в царской России видели полезность обучения искусству риторики в школьные годы. В деятельности врача нет мелочей. К сожалению, не у всех выпускников медицинских университетов получается надлежащим образом разговаривать на «доступном языке» с больным человеком, облегчить его душу. Из глубины истории развития медицины известно, что настоящий врач должен уметь пользоваться всеми доступными видами врачебного «оружия»: травы (–лекарства), нож (–скальпель), слово (–чуть ли не главное в его арсенале).

Планирование работы здравоохранения не может застыть на чем-то постоянно одном, оно всегда в движении, связано с социально-экономическим развитием общества, определяется политической направленностью государства.

**Литература**

1. Владимирский, М. Ф. Вопросы советского здравоохранения (статьи и речи). – М.: Медгиз, 1960. – 316 с.
2. Ашурков, Е. Д. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / М. И. Барсуков, Н. Н. Морозов, Т. П. Новикова, И. А. Слонимская // под ред. проф. М. И. Барсукова. – М.: Медгиз, 1957. – 394 с.
3. Лисицин, Ю. П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: в 2 т. / Ю. П. Лисицин, Е. Н. Шиган, И. С. Случанко [и др.] // под ред. Ю. П. Лисицина. – М.: Медицина, 1987. – Т. 1. – 432 с.
4. Розенфельд, И. И. Основы и методика планирования здравоохранения. – М.: Медгиз, 1954. – 239 с.
5. Попов, Г. А. Вопросы теории и методики планирования здравоохранения. – М.: Медицина, 1967. – 368 с.
6. Баркман, Э. М., Родов Я. И. Управление больницей. – М.: Медицина, 1972. – 247 с.
7. Семашко, Н. А. Избранные произведения // ред. коллегия: Е. Д. Ашурков, М. И. Барсуков, Н. А. Виноградов [и др.]; АМН СССР. – М.: Гос. изд. Медицинской литературы, 1954. – 339 с.

**References**

1. Vladimirskij, M. F. Voprosy sovetskogo zdavoohraneniya (stat'i i rechi). – M.: Medgiz, 1960. – 316 s.
2. Ashurkov, E. D. Ocherki istorii zdavoohraneniya SSSR (1917–1956 gg.) / M. I. Barsukov, N. N. Morozov, T. P. Novikova, I. A. Slonimskaya // pod red. prof. M. I. Barsukova. – M.: Medgiz, 1957. – 394 s.
3. Lisicin, Yu. P. Rukovodstvo po social'noj gigijene i organizacii zdavoohraneniya: v 2 t. / Yu. P. Lisicin, E. N. Shigan, I. S. Sluchanko [et al.] // pod red. Yu. P. Lisicina. – M.: Medicina, 1987. – T. 1. – 432 s.
4. Rozenfel'd, I. I. Osnovy i metodika planirovaniya zdavoohraneniya. – M.: Medgiz, 1954. – 239 s.
5. Popov, G. A. Voprosy teorii i metodiki planirovaniya zdavoohraneniya. – M.: Medicina, 1967. – 368 s.
6. Barkman, E. M., Rodov Ya. I. Upravlenie bol'nicej. – M.: Medicina, 1972. – 247 s.
7. Semashko, N. A. Izbrannye proizvedeniya // red. kollegiya: E. D. Ashurkov, M. I. Barsukov, N. A. Vinogradov [et al.]; AMN SSSR. – M.: Gos. izd. Medicinskoj literatury, 1954. – 339 s.

Поступила 03.01.2023 г.