

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно – Уральский государственный университет
(Национальный исследовательский университет)»
Институт открытого и дистанционного образования
Кафедра «Управление и право»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой

/Н.Г. Деменкова/

28 мая 2018 г.

Оценка деятельности бюджетного учреждения и разработка

мероприятий по расширению оказываемых услуг

(на примере БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЮУрГУ – 38.03.04.2018.319.ВКР

Консультанты, (должность)

Руководитель работы
к.э.н., доцент

/Т.В.Прокопьева/

23 мая 2018 г.

Консультанты, (должность)

Автор работы
обучающийся группы ДО-555

/Н.А.Файзуллина/

22 мая 2018 г.

Консультанты, (должность)

Нормоконтролер

/Н.В.Назарова/

23 мая 2018 г.

АННОТАЦИЯ

Файзуллина Н.А. Оценка деятельности бюджетного учреждения и разработка мероприятий по расширению оказываемых услуг (на примере БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»). –Челябинск: ЮУрГУ, ДО-555, 109 с., 30 ил., 35 таб., библиогр. список – 47 наим., 1 прил., 20 л. слайдов

Дипломный проект выполнен с целью проведения оценки деятельности бюджетного учреждения и разработке мероприятий по расширению оказываемых услуг на примере БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

В дипломном проекте проанализирована организационная структура учреждения в части реализации функции финансового планирования, выявлены особенности кадровой политики БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница». Изучены отраслевые особенности функционирования организации.

Так же произведен анализ финансово – хозяйственной деятельности предприятия, в частности проведен анализ финансирования деятельности бюджетного учреждения, анализ исполнения смет доходов и расходов, а также смет по бюджетному и внебюджетному финансированию.

Разработан проект по созданию игровой комнаты в детской больнице, а также разработан проект по внедрению нового оборудования для сдачи анализа крови. Произведен расчет эффективности для каждого из указанных проектов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮДЖЕТНОГО УЧЕРЕЖДЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (Разработала Файзуллина Н.А.).....	10
1.1 Понятие бюджетного учреждения в сфере здравоохранения и особенности их функционирования в данной отрасли	10
1.2 Правовые основы и источники финансирования деятельности бюджетного учреждения в сфере здравоохранения.....	15
1.3 Социально- экономическое содержание медицинского страхования и его формы	24
2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮДЖЕТНОГО УЧЕРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА») (Разработала Чепиль Д.Х.)	32
2.1 Краткая характеристика БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».....	32
2.2 Анализ организационной структуры управления в части реализации функции финансового планирования	42
2.3 Анализ финансирования деятельности бюджетного учреждения.....	45
2.4 Анализ исполнения смет доходов и расходов по приносящей доход деятельности БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»	49
2.5 Анализ исполнения смет по бюджетному и внебюджетному финансированию БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».....	556
3 РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ ИГРОВОЙ КОМНАТЫ В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (Разработала Чепиль Д.Х.)	64
3.1 Описание проекта	64

3.2	Методические основы оценки эффективности инвестиционного проекта	68
3.3	Оценка эффективности проекта	72
3.4	Анализ чувствительности проекта	80
4	РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ СДАЧИ АНАЛИЗА КРОВИ (Разработала Файзуллина Н.А.)	82
4.1	Описание проекта	82
4.2	Методические основы оценки эффективности инвестиционного проекта	87
4.3	Оценка эффективности проекта	91
4.4	Анализ чувствительности проекта	99
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	101
	БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	103
	ПРИЛОЖЕНИЯ	109
	ПРИЛОЖЕНИЕ А. Организационная структура БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы»	109

ВВЕДЕНИЕ

Доступность гарантированного объема медико-социальной помощи населению обеспечивается за счет такой системы социально-экономических отношений, как здравоохранение. Для данной отрасли характерно то, что она является стратегической, как и большинство социальных отраслей. Деграция населения и социальные беспорядки – это то, к чему может привести низкий уровень ее развития. Исходя из этого со стороны государства должно быть обеспечено приоритетное внимание для данной отрасли.

Так, здравоохранение играет большую роль сегодня в современном обществе. Условия жизнедеятельности человеческого общества определяются именно развитием важнейшей социальной сферы – здравоохранения. Можно отметить тот факт, что данная сфера способствует обеспечению качества жизни населения.

Высокий показатель здоровья населения – это главная цель здравоохранения. Несмотря на то, что здоровье не является товаром или услугой, данная категория относится и к социальной, и к экономической. При этом обратим внимание на то, что затраты экономических ресурсов – это необходимость при поддержании, сохранении и восстановлении здоровья. Следовательно, так как в рамках оказания высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи обеспечивается сохранность и улучшение здоровья нации, здравоохранение сегодня является важнейшей отраслью многих стран мира.

Все вышесказанное обеспечивает интерес к данной отрасли сегодня. В средствах массовой информации часто освещаются отдельные проблемы данной отрасли. Однако необходимо констатировать тот факт, что комплексного подхода в изучении данной отрасли на сегодняшний день. Следовательно, данное исследование актуально и необходимо.

Актуальность темы исследования подтверждается текущими проблемами в сфере здравоохранения, такими как недофинансирование отрасли и дефицита медицинских кадров.

Цель данной работы состоит в проведении оценки деятельности бюджетного учреждения и разработке мероприятий по расширению оказываемых услуг на примере БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

- рассмотреть теоретические основы деятельности бюджетного учреждения в сфере здравоохранения;
- провести анализ деятельности БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»;
- разработать рекомендации по расширению услуг.

Объектом данной работы выступает БУ БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница». Предметом – деятельность БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

Теоретико-методологической основой исследования послужили Кодексы, Федеральные Законы, научные труды отечественных ученых по теме деятельности бюджетных учреждений в сфере здравоохранения.

Информационно-эмпирическую базу исследования составили монографическая литература по теме диплома, Интернет-ресурсы, результаты наблюдений, данные о финансово-хозяйственной деятельности БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница», а также данные расчета автора.

В качестве методологической основы реализации цели используются системный подход, методы анализа и синтеза информации, сравнительного анализа, метод финансового анализа.

Теоретическая значимость данной работы выражается в возможности использования полученных результатов в различных научных исследованиях по данной или смежной тематике.

Практическая значимость результатов данного исследования заключается в возможности применения их в деятельности БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮДЖЕТНОГО УЧЕРЕЖДЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Понятие бюджетного учреждения в сфере здравоохранения и особенности их функционирования в данной отрасли

Одной из основных социальных функций государства является развитие национальной системы здравоохранения, деятельность которого направлена на укрепление здоровья всех категорий граждан. Именно поэтому в повышении эффективности управления сферой здравоохранения объективно заинтересованы и государство, и отдельные граждане.

Здравоохранение – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

На сегодняшний день ключевое значение для социального развития России имеет деятельность бюджетных организаций.

Бюджетная организация – некоммерческое предприятие, созданное для выполнения работ или оказания услуг в сферах науки, военно-промышленного комплекса, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственных внебюджетных фондов на основе плана финансово - хозяйственной деятельности доходов и расходов.

Некоммерческие организации могут оказывать платные услуги и осуществлять предпринимательскую деятельность, если эти виды деятельности способствуют достижению целей их создания и не противоречат интересам учредителей.

Чтобы определить является ли, то или иное предприятие бюджетным, необходимо ориентироваться на ряд основных признаков (Рис. 1.1).

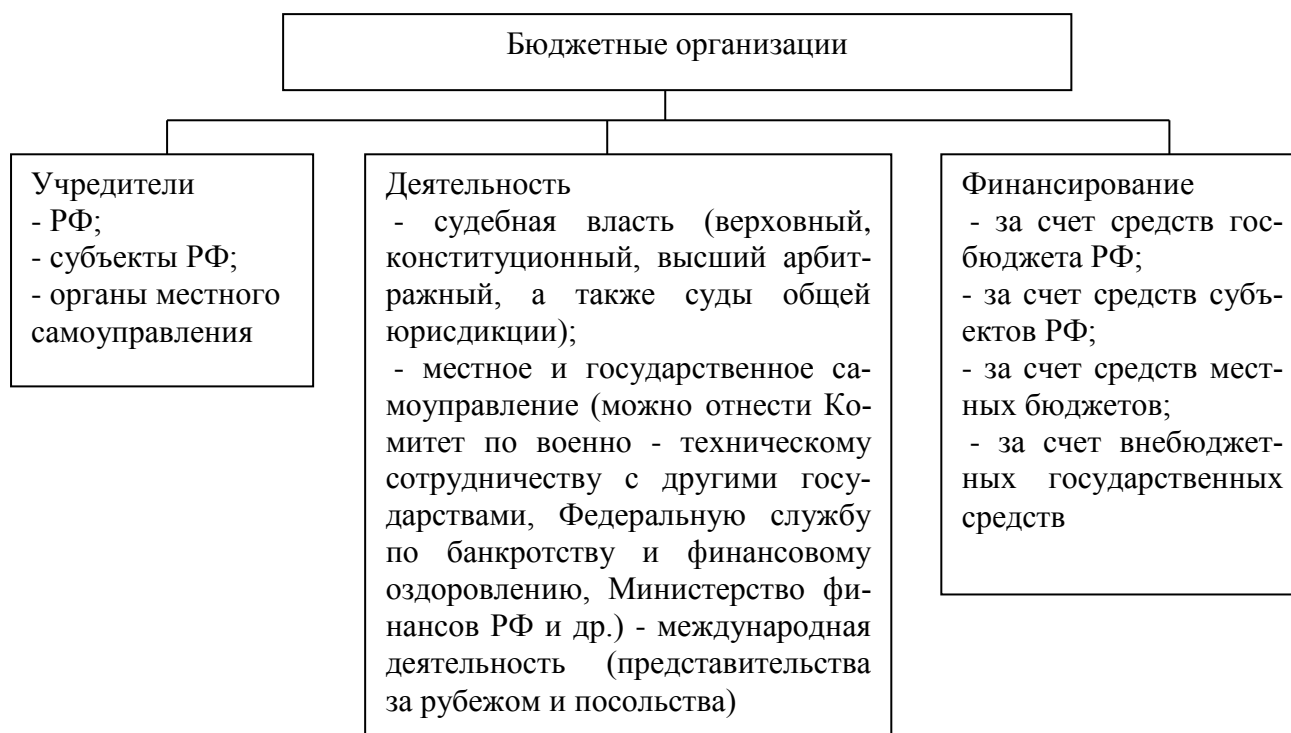


Рисунок 1.1 – Признаки бюджетных организаций

Бюджет, по общему определению – это количественное воплощение плана, характеризующее доходы и расходы за определенный период. Финансовое планирование может быть эффективным только при правильной оценке всех категорий расходов и доходов, вносимых в бюджет. Финансовая деятельность бюджетных организаций состоит в получении, организации движения и использования финансовых ресурсов.

Наличие у организации плана финансово - хозяйственной деятельности, в большинстве случаев, обеспечивает успешное бюджетное планирование и целевое использование выделенных денежных средств, тем не менее бюджетная организация не может в полной мере распоряжаться, предоставленными ей финансовыми ресурсами так, как ей бы хотелось, по той простой причине, что не является собственником имущества, переданного ей в оперативное управление. Ресурсы, выделяемые из бюджета любого уровня на основную деятельность бюджетной

организации, расходуются в соответствии с лимитами по утвержденным обязательствам.

Если бюджетная организация, помимо основной, ведет предпринимательскую деятельность и имеет дополнительные доходы (что не запрещено), возникает также необходимость в составлении дополнительной сметы, но в этом случае, уже не предполагается жесткое лимитирование ее расходной части со стороны контролирующего органа.

При этом бюджетно - расходная смета становится единственным документом, который определяет направления и объемы расходования дополнительно полученных финансовых средств. В смете должны быть отражены все доходы, получаемые как из госбюджета и государственных внебюджетных фондов, так и от осуществления учреждением предпринимательской деятельности, в том числе доходы от оказания платных услуг, другие доходы, получаемые от использования государственной или муниципальной собственности, закрепленной за бюджетным учреждением на праве оперативного управления. Следует отметить, что предпринимательская деятельность разрешена не всем бюджетным организациям, в некоторых случаях на такую деятельность существует полный запрет.

Учреждения здравоохранения решают социальную функцию оказания медицинской помощи целевой группе в рамках сметного финансирования, а с разрешения органа управления здравоохранения занимаются медицинским бизнесом (оказанием платных медицинских услуг) в рамках товарообмена медицинских услуг на денежные средства с зачислением их на лицевые счета органов Федерального казначейства.

Очевидными недостатками бюджетных учреждений в сфере здравоохранения являются:

- отсутствие стимулов к оптимизации затрат, повышению эффективности деятельности и улучшению качества услуг;
- низкие зарплаты сотрудников;
- нет мотивации для профессионального роста сотрудников;

- казнокрадство главных врачей и иных должностных лиц;
- неповоротливая бюрократическая система управления;
- превалирование оценки сотрудников по критериям личной преданности или кумовства, а не по деловым качествам.

На сегодняшний день в Российской Федерации важнейшими проблемами в сфере здравоохранения являются:

1. Кадровые проблемы: нехватка квалифицированных специалистов, наличие проблем в кадровой политике (уровень заработной платы, условия работы) и некачественную подготовку современных кадров;
2. Дефицитное финансирование системы здравоохранения;
3. Рост платных услуг.

Растущий дефицит медицинских кадров и снижение укомплектованности медицинским персоналом оказывают негативное влияние на деятельность муниципального здравоохранения. Причинами этого является: несоответствие заработной платы затрачиваемому труду, социальной незащищенностью медицинских работников, отменой системы распределения, снижением престижа профессии, повышением требований к качеству медицинской помощи на фоне увеличения объема работы и нагрузки, переходом кадров из бюджетной системы здравоохранения в коммерческие структуры и т.д..

Немаловажной проблемой в данный момент является и дефицит финансирования сферы здравоохранения.

Отметим, что недофинансирование сферы здравоохранения приводит к развитию различных острых проблем, которые приводят к тому, что данная сфера не всегда может выполнить свои основные функции:

- финансировать медицинские учреждения с учетом потребности населения (включая профилактику и диспансеризацию), современных требований к медицинскому процессу и реальных затрат;
- обеспечение качества медицинской помощи, которая оказывается населению и основана на профессиональных стандартах;

– обеспечение оплаты труда работникам сферы медицины, которая будет адекватной исходя из сложности и качества выполняемой работы.

Остаточный принцип – это тот принцип, согласно которому формируются объемы государственного финансирования здравоохранения. Исходя из этого привязки к таким показателям, как МРОТ, доля ВВП у подушевого финансового норматива программы государственных гарантий нет. Основанием для данной программы является минимальный подушевой норматив, не учитывающий низкий уровень заработной платы, недофинансирование по питанию, медикаментам, низкую материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений. Планируемый объем и выделяемое финансирование – это основание для формирования структуры тарифов в системе ОМС.

Отметим, что для частичного покрытия дефицита регионов, имеющих недостаток дотаций, иногда практикуется порочный сбор 0,8% средств из региональных фондов ОМС всех регионов в федеральный фонд.

Эффективно управлять финансовыми потоками в условиях недостаточного финансирования не позволяют такие проблемы, как отсутствие консолидации бюджетов всех уровней, финансирование медицинских учреждений из различных источников, отсутствие единых критериев финансирования медицинских учреждений.

Наличие слабой материально-технической базы обеспечивается за счет отсутствия соответствующего финансирования у подавляющего большинства медицинских учреждений. Также обратим внимание на такую проблему, как отсутствие финансирования на капитальный ремонт, повышение квалификации специалистов и отсутствие развития информационных технологий.

Также можно отметить тот факт, что на сегодняшний день имеет место неудовлетворение потребностей здравоохранения в отношении приоритетных направлений, направленных на снижение смертности, в частности недостаток финансирования федеральных целевых программ (сердечно-сосудистые заболева-

ния, травмы и отравления, онкологические заболевания, репродуктивное здоровье и т.д.).

Сейчас это снижает доступность и качество бесплатной медицинской помощи, а также невозможности выполнения стандартов и оказания медицинской помощи на должном уровне.

Отсутствует мотивация к работе, маленькая заработная плата, недостаточное техническое оснащение рабочих мест, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения приводит к снижению притока молодых специалистов в отрасль здравоохранения и «старению» врачебных кадров.

Ограниченность ресурсов в здравоохранении является важнейшим фактором развития платных услуг. Бюджетное финансирование и возможности фондов обязательного медицинского страхования не позволяют удовлетворять потребности населения в возрастающих объемах медицинской помощи.

Таким образом, было определено, что бюджетное учреждение в сфере здравоохранения представляет собою некоммерческое предприятие, которое создано для оказания услуг в сфере здравоохранения населению, при этом деятельность такого учреждения финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственных внебюджетных фондов на основе плана финансово - хозяйственной деятельности доходов и расходов.

Было отмечено, что на сегодняшний день бюджетные учреждения данной сферы сталкиваются с большим количеством проблем, которые вызваны, в первую очередь, проблемами всей сферы здравоохранения РФ.

1.2 Правовые основы и источники финансирования деятельности бюджетного учреждения в сфере здравоохранения

Президент и Правительство РФ осуществляет общее руководство здравоохранением. Проведение государственной политики в области здравоохранения возложено на плечи Правительства РФ. Финансирование федеральных программ

по развитию здравоохранения и координация деятельности, как органов государственного управления, так и учреждений здравоохранения входит в его обязанности.

Министерство здравоохранения РФ является органом исполнительной власти, которое создано специально для непосредственного руководства здравоохранением в стране.

Деятельность данного Министерства регулируется Положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, которое было утверждено правительством РФ от 19 июня 2012 г. Согласно данному Положению, на Министерство здравоохранения возложено следующее:

1. Проведение государственной политики;
2. Осуществление управления;
3. Координация в установленных случаях деятельности других федеральных органов исполнительной власти в области охраны здоровья.

Среди основных задач Министерства здравоохранения РФ можно выделить такие как:

1. Разработка основ государственной политики в области здравоохранения, в том числе санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
2. Разработка и реализация федеральных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, обеспечению населения лекарственными средствами, медицинской техникой и изделиями медицинского назначения;
3. Организация оказания медицинской помощи населению;
4. Осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиенического нормирование, координация и регулирование вопросов охраны здоровья населения в связи с воздействием на человека неблагоприятных факторов среды его обитания и условий жизнедеятельности;
5. Обеспечение функционирования ведомственной системы профессионального образования в области здравоохранения;

6. Координация, обеспечение методического руководства и взаимодействия, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

7. Организация проведения научных исследований, внедрение достижений науки и техники в медицинскую практику;

8. Разработка нормативов и стандартов в области здравоохранения, включая медицинскую помощь, фармацевтическую деятельность, контроль за их соблюдением;

9. Охрана здоровья матери, отца и ребенка;

10. Профилактика инвалидности и медицинская профилактика инвалидов;

11. Обеспечение функционирования и развития Всероссийской службы медицины катастроф совместно с другими федеральными органами исполнительной власти.

Отметим, что в обязанности Министерства здравоохранения России входит также разработка совместно с другими органами целевых программ в области здравоохранения, а также проведение экспертизы проектов федеральных и иных программ, которые затрагивают вопросы, связанные с охраной здоровья. Для Министерства характерно выполнение функций государственного заказчика по федеральным целевым программам здравоохранения.

Кроме этого обратим внимание на функцию лицензирования деятельности, которая связана с производством, хранением и реализацией лекарственных средств.

Кроме этого в задачи Министерства входит выдача разрешений на то, чтобы применять новые методы профилактики, диагностики и лечения. Стандартизация качества лекарственных средств и прочих медицинских товаров также входит в работу Министерства.

Отметим также, что особое значение в деятельности Министерства приобретает разработка мероприятий по совершенствованию профилактической, лечебно-диагностической и лечебно-оздоровительной работы. Расширение сети санаторно-курортных заведений происходит непосредственно при участии Министер-

ства здравоохранения. Реабилитация и диспансеризация различных слоев населения организовывается также при участии Министерства.

Особое внимание Министерство уделяет решению вопросов помощи семье, детей и их родителей. В частности разрабатываются рекомендации по питанию детей, беременных женщин и кормящих детей.

Обязательное и добровольное медицинское страхование также входят в обязанности Минздрава России.

Также отметим, что для Минздрава России характерно руководство деятельностью существующего при нем Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем. Следует обратить внимание на то, что для всех учреждений, предприятий и прочих организаций приказы, указания, постановления и инструкции Минздрава России по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний и фармацевтической деятельности, а также по другим вопросам являются обязательными. Немаловажную роль занимает федеральный фонд обязательного медицинского страхования, созданный для финансирования медицинского обслуживания граждан России.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (сокращенное наименование – ФОМС) реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан, как составной части государственного социального страхования.

Деятельность фонда регулируется Бюджетным кодексом Российской Федерации и федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а также иными законодательными и нормативными актами. Положение о Фонде утверждено 24 февраля 1993 года, а 29 июля 1998 года вместо него принят устав Фонда.

Основными функциями фонда являются:

– выравнивание условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению финансирования программ обязательного медицинского страхования;

- финансирование целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования;
- контроль над целевым использованием финансовых средств системы обязательного медицинского страхования.

К основным задачам федерального фонда обязательного медицинского страхования относятся:

- Финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования;
- Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
- Аккумулирование финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

В формах органов управления здравоохранения в субъектах Российской Федерации нет единообразия. Отметим, что среди таких учреждений выделяют министерства, департаменты, главные управления, отделы здравоохранения и др.

Обратим внимание на тот факт, что для органов управления здравоохранением характерно схожие задачи и функции с Минздравом РФ. Общность целей и управления здравоохранения обеспечивают схожесть задач и функций. Конечно, исходя из своих компетенций, для каждого учреждения характерны и свои особенности.

Контроль выполнения федерального законодательства, реализация федеральных программ – все это входит в функционал органов здравоохранения. Для них характерна разработка и реализация программ по профилактике заболеваний,

развитию здравоохранения и пр. Кроме этого в их задачи входит развитие сети учреждений здравоохранения на определенной территории.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия также возложено на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Они координируют деятельность субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства.

Для того, чтобы получить разрешения на применение новых методов профилактики, диагностики и лечения необходимо обращаться в вышеупомянутые органы.

Также отметим, что другие органы, которые имеют в своем ведении учреждения здравоохранения, могут также выполнять государственные функции.

Соответственно, правовой основой деятельности учреждений здравоохранения являются:

- Гражданский кодекс РФ;
- Бюджетный кодекс РФ;
- Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»;
- Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- Федеральный закон от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях»;
- Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

А также принятые на их основе подзаконные акты (в первую очередь постановления Правительства РФ).

Отметим, что для ведения деятельности бюджетному учреждению в сфере здравоохранения необходимо финансирование.

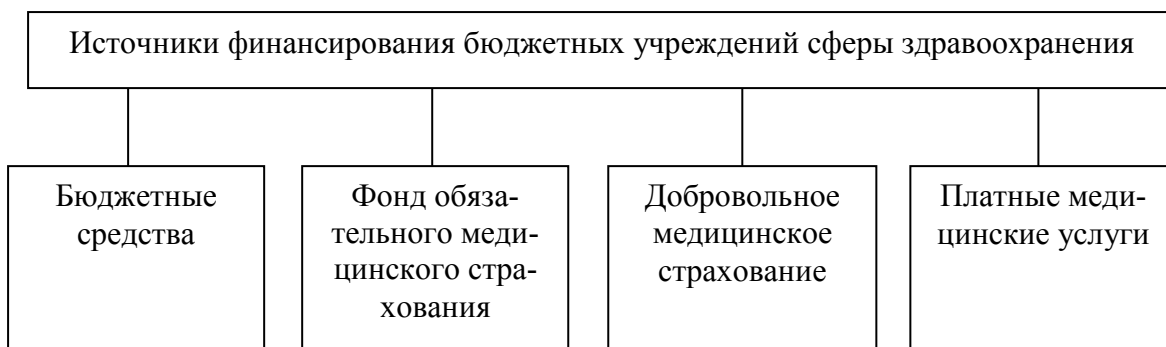


Рисунок 1.2 – Источники финансирования бюджетного учреждения здравоохранения

Для бюджетных организаций здравоохранения характерно то, что они финансируются непосредственно из бюджета РФ, субъекта РФ или непосредственно муниципального образования, а также за счет внебюджетных государственных фондов, среди которых Федеральный и территориальный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ, Пенсионный фонд РФ).

При этом, можно отметить, что несмотря на финансирование из разных источников, его все равно не достаточно. Именно поэтому на сегодняшний день для бюджетных средств не свойственно быть основным источником финансирования.

Средства обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования на сегодняшний день – наиболее важные источники финансирования.

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет Фонд социального страхования РФ – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Роль Фонда социального страхования в финансировании мероприятий по охране здоровья населения за годы реформ неоднократно менялась с учетом экономической ситуации в стране.

Отметим, что санаторно-курортное лечение для тех, кто был участником ликвидации аварии на ЧАЭС, жертв производственных травм и прочее, оплачивается непосредственно за счет средств социального страхования.

Отметим, что в структуре расходов государственного бюджета достаточно большой удельный вес приходится непосредственно на расходы здравоохранения. Однако, отметим тот факт, что финансирования указанных расходов имеет определенные проблемы, которые требуют того, чтобы их решали.

Так, среди основных таких проблем можно выделить следующие:

- отсутствие адекватного разделения между источниками финансирования;
- недостаточная доступность медицинских услуг для жителей;
- тип финансирования не дает возможность дать оценку продуктивности и эффективности использования средств, направляемых на нужды здравоохранения;
- отсутствие точного механизма уплаты взносов за неработающее население.

Одной из основных причин существования этих проблем является многоканальность финансирования. Несмотря на то, что многоканальная система существует в ряде стран, тип финансирования, который сложился в России.

Формально финансирование здравоохранения растет, но реальные объемы оказанной медицинской помощи снижаются. Это происходит из-за неверных управленческих решений. К ним относится оптимизация здравоохранения и непрозрачная тарифная политика при расчете стоимости лечения пациентов.

В таких условиях, медицинская общественность в Российской Федерации указывает на современные процессы: разрушение сети медицинских учреждений, значительное и необоснованное сокращение медицинского персонала (при его дефиците), резкое снижение доступности медицинской помощи, в том числе лекарственных средств, при увеличении затрат на здравоохранение со стороны государства и оплаты медицинской помощи со стороны пациентов.

Происходящие процессы негативно отражаются на здоровье населения, на положении дел в здравоохранении, на экономическом и общественном положении врачей и медицинских сестёр, часть из которых оказались не готовыми к воз-

никшим трудностям, занимают пассивную позицию и уходят из профессии. Что касается перспектив финансирования здравоохранения, то, в первую очередь, действия государства и руководства медицинских учреждений должны быть направлены на решение существующих проблем и предупреждение их в будущем, а так же проведение политики развития и инноваций, необходимых в данной сфере жизни общества. Наиболее острая проблема в области финансирования здравоохранения – нехватка финансовых ресурсов.

Так же особенное значение имеет необходимость создания специального источника финансирования, отличного от бюджетных ассигнований, средств внебюджетных фондов и частных инвесторов – приоритетная цель деятельности в области финансирования страхования. Одним из таких источников является развитие добровольного страхования в области здравоохранения.

Преимущества личного, и, в частности, медицинского страхования уже давно известны гражданам всех развитых стран, о чем свидетельствует огромная доля случаев заключения договоров добровольного медицинского страхования. Но, несмотря на преимущества данного вида финансирования, особого развития данная тенденция в российской экономике пока не получила.

Таким образом, необходимо отметить, что деятельность бюджетного учреждения в сфере здравоохранения регулируется, в первую очередь, Министерством Здравоохранения РФ. Кроме этого деятельность учреждений в сфере здравоохранения регулируют и другие государственные структуры. Было отмечено, что правовой основой деятельности данных учреждений являются различные Кодексы РФ, Федеральные Законы и нормативные акты.

Кроме этого необходимо отметить, что деятельность бюджетных учреждений возможно только в случае финансирования. При этом основными источниками финансирования являются: бюджетные средства, Фонд обязательного медицинского страхования, добровольное медицинское страхование, а также платные услуги.

1.3 Социально- экономическое содержание медицинского страхования и его формы

Известно, что в социальной сфере здравоохранение играет основную роль в большей части развитых стран мира. Медицинское страхование рядом с пенсионным является важной составляющей социальной инфраструктуры.

Отметим, что согласно Закону РФ от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» под данным видом страхования понимают такую форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья, которая имеет своей целью гарантии гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятия.

В том случае, когда медицина является платной, такой вид страхования выступает инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь. Дополнительным источником финансирования медицинских затрат это страхование выступает при бесплатной медицине.

Как уже было отмечено ранее, выделяют два вида страхования, а именно обязательное и добровольное.

Составная часть государственного социального страхования и обеспечение гражданам страны равных возможностей в получении медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования называется обязательным страхованием.

В том случае, когда основой страхования являются государственные программы, которые обеспечивают гражданам дополнительное получение медицинских услуг и услуг сверх обязательного медицинского страхования, то речь идет об добровольном медицинском страховании.

Как известно, право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ (статья 39). Это право имеют все граждане нашей страны (работающие и неработающие).

Специфика рыночных отношений в здравоохранении привела к переходу к страховой медицине. Благодаря такому виду страхования возможно сопоставить затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья.

В нашей стране такой вид страхования является достаточно новым явлением, соответственно требует дополнительного углубленного изучения.

Для социально-экономических взаимосвязей, которые складываются между обществом и медициной, характерно наличие новизны. Можно отметить, что достаточно явной тенденцией на сегодняшний день стала тенденция замены бесплатной медицины на платную.

Сегодня в рамках развития рыночной экономики финансирование здравоохранения за счет государства будет сокращаться, что соответственно будет приводить к тому, что не только развитие, но и выживание здравоохранения не будут обеспечены.

Следовательно, значение медицинского страхования сегодня заключается в отделении финансирования здравоохранения от бюджетного процесса, что особенно актуально в условиях дефицита бюджетных средств.

Цель медицинского страхования – обеспечение гарантии гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование мероприятий по профилактике заболеваний.

Рассмотрим более подробно формы медицинского страхования.

Целью ОМС является аккумулирование взносов и финансирование за счет собранных средств предоставления медицинской помощи всем категориям граждан в законодательно установленных размерах. Необходимо заметить, что в сферу ОМС входит только медицинское обслуживание населения. Возмещения заработной платы во время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы и не является предметом ОМС.

Принцип обязательного медицинского страхования действует во Франции, Российской Федерации, Канаде, Германии, Нидерландах и других развитых странах. Страховые платежи являются обязательными.

ОМС находится под жестким контролем государства и характеризуется отсутствием прибыльности. В Болгарии, Венгрии, Польше, России обязательное медицинское страхование действует уже в течении 20 лет.

Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» формирует принципы организации медицинского страхования. Государство гарантирует всеобщность и гарантированность получения профилактической, лекарственной и медицинской помощи. Все граждане РФ уплачивают страховой взнос, который насчитывается по регрессионной шкале в зависимости от вида организационно – правовой деятельности. За граждан, которые относятся к неработающему населению – дети, инвалиды, пенсионеры, безработные, отчисления в фонд ОМС берут на себя органы исполнительной власти.

Для аккумулирования средств, направленных на обязательное медицинское страхование, в России существуют Фонды ОМС. Система ОМС включает 3 уровня: федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС); территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО).

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования представляет первый уровень страхования в системе ОМС. В соответствии с Указом Президента Правительство Российской Федерации утверждает устав ФФОМС и формирует руководящие органы Фонда. ФФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово - кредитным учреждением (п.3 Устава ФФОМС).

Согласно ст. 146 БК РФ в бюджет ФФОМС подлежат зачислению следующие доходы: неналоговые доходы (страховые взносы на ОМС, недоимки, пени и штрафы по взносам в фонды ОМС, доходы от размещения временно свободных средств ФФОМС, штрафы, санкции, суммы, поступающие в результате возмещения ущерба); безвозмездные поступления (межбюджетные трансферты из федерального бюджета); прочие поступления.

Ставка в ФФОМС не была стабильной на протяжении 26 лет. Ее изменения заметны, начиная с 1991 - 2001 гг., когда процент был равен 3,6. Начиная с 2003г.

и по 2011 г. ставка держалась в размере 3,1 % , а с 2012 г. ставка в ФОМС выросла и в настоящее время составляет 5,1 % . До 2009 г. фонды ОМС формировались в основном за счет таких основных источников, как единый социальный налог и субсидии государства. С 1 января 2010 г. был отменен единый социальный налог, введены страховые взносы, отменена регрессивная шкала и введена пропорциональная.

Следует отметить, что страховые взносы на ОМС обособлены от иных поступлений денежных средств особыми признаками.

Во - первых, они имеют обязательный характер (т.е. в любом случае перечисляются страхователями при наличии законных оснований), во - вторых, являются обезличенными (т.е. перечисляются на страховое обеспечение неопределенного круга застрахованных лиц в определенном количестве и в объемах, а не на обеспечение конкретного физического лица или лиц), а в - третьих, нацелены исключительно на обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Второй уровень организации системы ОМС представлен территориальными фондами ОМС и их филиалами. На территории Российской Федерации действуют 86 Территориальных фондов ОМС, из которых 2 созданы в Крымском федеральном округе. Рассматриваемый уровень – основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляется сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС.

В соответствии с Типовым Положением, утвержденным приказом Минздрава России от 21.01.2011 № 15н, ТФОМС является некоммерческой организацией, созданной субъектом Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации .

ТФОМС отнесены Законом № 326 - ФЗ к участникам обязательного медицинского страхования, а не к страховщикам. Это связано с тем, что согласно ст. 938 Гражданского кодекса РФ в качестве страховщиков договоры страхования

могут заключать юридические лица, имеющие разрешения (лицензии) на осуществление страхования соответствующего вида.

Законодатель установил, что территориальным фондам делегируются отдельные полномочия страховщика, т.е. ФФОМС. Одно из основных таких полномочий распространяется на реализацию территориальных программ в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. ТФОМС формируют и используют резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, который устанавливает ФФОМС (п. 2 ч. 7 ст. 34 Закона № 326 - ФЗ).

Дополнительные объемы страхового обеспечения устанавливаются базовой программой Территориальных фондов. Кроме этого они также определяют дополнительные основания, перечни страховых случаев, виды и условия оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Из Приказа Минздравсоцразвития России № 15н следует, что территориальный фонд обеспечивает, как права граждан в системе обязательного медицинского страхования, предусмотренные законодательством РФ, так и гарантии бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ обязательного медицинского страхования.

Далее обратимся к такой форме медицинского страхования, как добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в России, что сегодня принято называть страхованием сотрудников, началось с 1827 году в Санкт-Петербурге. Именно с этих время рабочие отдельных предприятий инициировали создание Общества взаимопомощи. Участники данной организации стали вносить регулярные взносы в бюджет, в то время как владельцы фабрик и заводов в этом не участвовали. В результате любой вкладчик данной организации при возникновении несчастного случая на производстве, становясь нетрудоспособным, мог по-

лучать из собранных средств материальную помощь. В случае гибели выплаты шли в пользу семьи участника общества. Этот принцип лег в основу первых больничных касс, которые появились во второй половине XIX века.

Целью добровольного медицинского страхования является предоставление гарантии для застрахованных лиц в случае заболеваний, различных травм и другого вреда здоровью, предоставление медицинских услуг и помощи, которые не включаются в программу обязательного медицинского страхования. Полис ДМС даёт гарантию на полную или же частичную компенсацию расходов, вынужденно потраченных страховщиком при обращении в медицинское учреждение. В условиях современной рыночной экономики и конкуренции разрабатываются ДМС с наибольшим перечнем различных медицинских услуг.

С позиции социальной защиты роль ДМС состоит в том, что этот вид страхования дополняет гарантии, которые предоставляются в условиях социального обеспечения и страхования до максимально возможного в нынешних условиях. В основном это касается прохождения дорогостоящих видов лечения и диагностики; использования более дорогих, но и более современных медицинских технологий; предоставления самых комфортных условий лечения; прохождения видов лечения, включённых в сферу «медицинской помощи по жизненным показаниям» (экстренные случаи).

Плюсы ДМС для работодателя:

– в конкурентной среде рынка, в борьбе за высококвалифицированного специалиста работодателю приходится выстраивать оптимальные условия для привлечения и удержания работников. Одним из конкурентных преимуществ компании выступает Добровольное медицинское страхование;

– ДМС сотрудников может решить большое количество корпоративных задач: заметное снижение уровня расходов на оплату больничных листов, снижение уровня заболеваемости сотрудников и числа дней нетрудоспособности, оптимизация затрат на социальное обеспечение работника (например, льготы при оформлении коллективного ДМС);

– ДМС как способ поднятия престижа и имиджа компании. Успех в трудовой деятельности зависит от уровня удовлетворенности персонала, а он в свою очередь зависит от различных критериев, в том числе от хорошего социального пакета;

– высокие результаты труда, увеличение уровня корпоративной культуры, снижение текучести кадров;

– повышение заинтересованности персонала в благополучном развитии предприятия.

Преимущества работника:

– возможность пользоваться дополнительными социальными благами;

– предоставление действительно качественного и не слишком затратного по времени лечения с использованием современного оборудования;

– уверенность в завтрашнем дне и в организации;

– возможность (индивидуальная) использовать полис ДМС как самому работнику, так и членам его семьи.

На сегодняшний день страховщикам приходится переживать не легкие времена, так как с 2017 года в законодательстве в сфере здравоохранения и страхования были внесены существенные поправки и дополнения, согласно которым страховые компании должны удвоить свой капитал для обеспечения ДМС и в программах по разработке и обеспечению должны участвовать только застрахованные сотрудники. Также должны быть установлены правила тарификации на оплату ДМС для обеспечения прозрачности и открыты программы, совмещающие платные и бесплатные полиса.

Согласно новым требованиям идет усиление государственных монополий и торможение развития рынка страхования, что повлечет за собой сокращения числа компаний, предоставляющие услуги в данной сфере.

Все данные меры направлены на рост качества медицинского обслуживания и заставит руководителей клиник более тщательно вести политику в области удержания и привлечения пациентов. Теперь ни один страховщик не сможет без

обоснования поднять цену на полис, так как вся природа образования и установления цен должна быть регламентирована и четко прописана в договоре о предоставлении медицинских услуг согласно программам ДМС компании.

Подводя итог, в данной главе были рассмотрены теоретические основы деятельности бюджетного учреждения в сфере здравоохранения. В первую очередь, отметим, что бюджетное учреждение в сфере здравоохранения представляет собою некоммерческое предприятие, которое создано для оказания услуг в сфере здравоохранения населению, при этом деятельность такого учреждения финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственных внебюджетных фондов на основе плана финансово - хозяйственной деятельности доходов и расходов.

Особое внимание было уделено регулированию деятельности бюджетных учреждений. Отметим, что деятельность любого учреждения в сфере здравоохранения регулируется, в первую очередь, Министерством Здравоохранения РФ. Кроме этого деятельность учреждений в сфере здравоохранения регулируют и другие государственные структуры. При этом, правовой основой деятельности данных учреждений являются различные Кодексы РФ, Федеральные Законы и нормативные акты.

Также следует указать на то, что бюджетные учреждения имеют различные источники финансирования, среди которых: бюджетные средства, Фонд обязательного медицинского страхования, добровольное медицинское страхование, а также платные услуги.

2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮДЖЕТНОГО УЧЕРЕЖДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУ «НИЖНЕВАРТОВСКАЯ ОКРУЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

2.1 Краткая характеристика БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница» является центром оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям Югры, способным принять на лечение одновременно до 450 пациентов.

Ежегодно здесь проходят лечение более 13000 детей, выполняется свыше 4000 операций.

Полное наименование: Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского Автономного Округа-Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница».

Главный врач: Юлдашев Олег Русланджанович.

«Нижневартовская окружная клиническая детская больница» зарегистрирована 31.12.2003 в регионе Ханты-мансийский Автономный Округ - Югра автономный округ по юридическому адресу: 628609, Ханты-мансийский Автономный Округ - Югра автономный округ, город Нижневартовск, Северная улица, дом 30.

Регистратор «Инспекция Федеральной налоговой службы по Сургутскому району Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, №8617» присвоил компании ИНН 8603112809 ОГРН 1038601764497. Регистрационный номер в ПФР: 027007017311. Регистрационный номер в ФСС: 861200892586011. Количество выданных компании лицензий: 5.

Учредители:

Департамент по управлению государственным имуществом Ханты-Мансийского Автономного округа – Югры.

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского Автономного округа Югры.

Основной вид деятельности:

86.10 Деятельность больничных организаций

Дополнительные виды деятельности:

55.10 Деятельность гостиниц и прочих мест временного проживания.

55.90 Деятельность по предоставлению прочих мест для временного проживания.

56.29 Деятельность предприятий общественного питания по прочим видам организации питания.

81.29.1 Дезинфекция, дезинсекция, дератизация зданий, промышленного оборудования.

82.99 Деятельность по предоставлению прочих вспомогательных услуг для бизнеса, не включенная в другие группировки.

86.21. Общая врачебная практика.

86.90.9 Деятельность в области медицины прочая, не включенная в другие группировки.

В следующей таблице представим основные лицензии.

Таблица 2.1 – Лицензии БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы»

Номер	Дата	Виды деятельности	Место действия
ЛО-86-01-002791	20.07.2017	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	628609, Ханты-Мансийский Автономный Округ-Югра, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30, автомобиль скорой медицинской специализированной помощи класс-неонатальный «Сикар-38952»; 628609, Ханты-Мансийский Автономный Округ-Югра, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30, строение 4. 628600, ХМАО-Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, д. 18, строение 10.

Продолжение таблицы 2.1

Номер	Дата	Виды деятельности	Место действия
ВХ-58 015610	04.03.2015	Эксплуатация взрывопожарных и химически опасных производственных объектов I, II и III классов опасности, транспортирование воспламеняющихся, окисляющих, горючих, взрывчатых, токсичных, высокотоксичных веществ и веществ, представляющих опасность для окружающей среды, на объектах I, II или III классов опасности.	Тюменская область, ХМАО-ЮГРА, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30, строение 4. Тюменская область, ХМАО-ЮГРА, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30.
ФС-99-01- 005363	06.02.2013	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	628609, Ханты-Мансийский Автономный Округ-Югра, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30, строение 4.
ФС-86-01- 001033	06.02.2013	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	628609, Ханты-Мансийский Автономный Округ-Югра, г. Нижневартовск, ул. Северная, дом 30, строение 4.
ФС-86-01- 001083	06.02.2013	Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)	628600, Ханты-Мансийский Автономный Округ-Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, дом 18, строение 10

В рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно предоставляется:

1. первичная медико-санитарная помощь;
2. специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
3. паллиативная медицинская помощь.

Основой системы оказания медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь, которая включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в плановой и неотложной формах.

Фельдшеры, акушеры и другие медицинские работники, которые имеют среднее медицинское образование вправе оказывать первичную доврачебную медико-санитарную помощь.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Отметим, что в условиях стационара врачи-специалисты могут оказывать специализированную медицинскую помощь. Профилактика, диагностика и лечение заболеваний, которые требуют сложных медицинских технологий относятся непосредственно к такому виду помощи.

В том случае, когда помощь оказывается работниками, которые прошли обучение, а ее суть заключается в избавлении от боли и облегчение тяжелых проявлений заболеваний, данный вид помощи называют паллиативной.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

– экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

– неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

– плановая – медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Отметим, что детям сиротам и детям, которые остались без родителей оказывается первичная медико-санитарная помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в соответствии с правилами ее оказания по отдельным профилям, утвержденными приказами Министерства ХМАО-Югра по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно методической и консультативной помощи.

БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» – постоянно развивающееся и совершенствующееся лечебно-профилактическое учреждение. В работе организации применяются самые современные информационные технологии. Необходимо отметить, что в структуре БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» выделяют различные подразделения.

Более подробно организационная структура представлена в приложении А «Организационная структура БУ «Нижевартовской клинической детской больницы». Как видно из данной схемы, организационная структура имеет линейно-функциональный тип.

Персонал БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» представляет собой особенно сложную структуру, так как его численность – 927 человек. Структура персонала состоит из - организационной, функциональной, ролевой, социальной и штатной структур.

Представим в следующей таблице анализ персонала по годам.

Таблица 2.2 – Структура и динамика персонала БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы за 2015-2017 гг.

Категория персонала	2015 год		2016 год		2017 год		Абсолютное отклонение, в чел.		Относительное отклонение, в %	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	2016-2015	2017-2016	2016/2015	2017/2016
Врачи	296	29,2	279	29,1	270	29,1	- 17	- 9	94,3	96,8
Медсестры	375	37,1	369	38,5	368	39,7	- 6	- 1	98,4	99,7
Младший персонал	245	24,3	228	23,8	201	21,6	- 17	- 27	93,1	88,1
Административно-управленческий персонал	45	4,5	36	3,7	39	4,2	- 9	+3	80	108,3
Работники пищеблока	14	1,4	12	1,3	12	1,2	- 2	-	85,7	100,0
Прочий хозяйственный персонал	35	3,5	34	3,6	37	4,2	- 1	+3	97,1	108,8
Итого	1010	100	958	100	927	100	- 52	-31	94,8	96,8

Согласно данным таблицы 2.2 на 01.01.2018 г. в «Нижевартовской окружной клинической детской больнице» работает 927 человек, из них врачей 270 человек, медсестер – 368 человек, младшего персонала – 201 человек, прочего персонала – 88 человек.

Наглядно динамику изменения персонала представим на рис.2.1

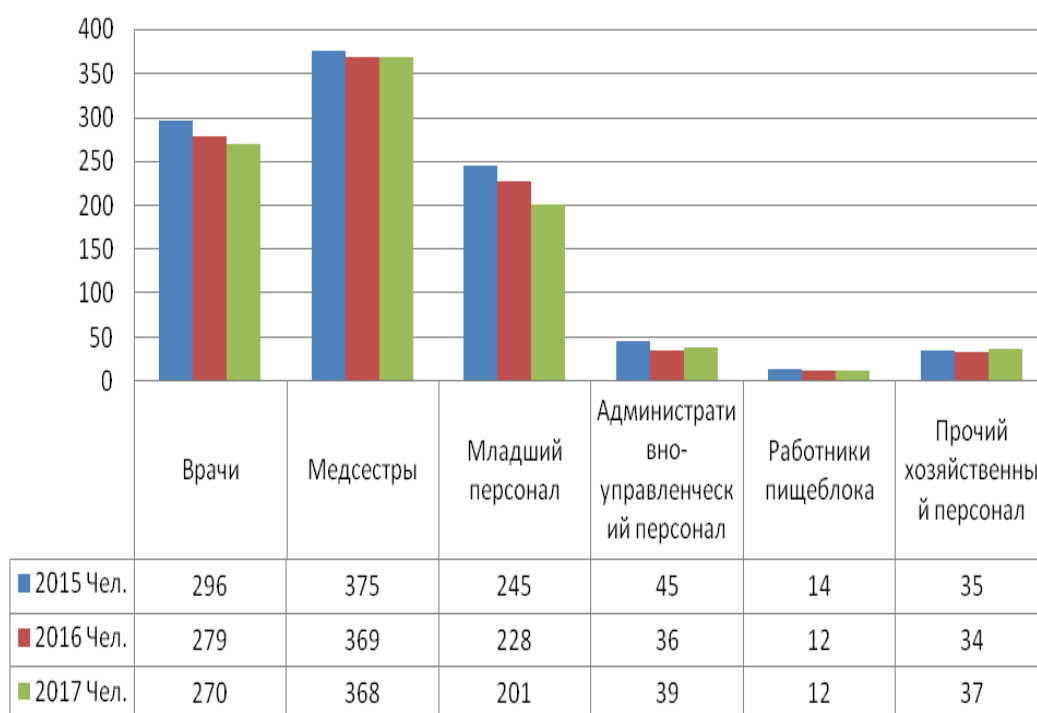


Рисунок 2.1 – Динамика изменения персонала БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017 гг.

Следовательно, в 2016 г. общее к-во персонала снизилось на 52 человека. Из них: к-во врачей снизилось на 17 человек, медсестер на 6 человек, младшего персонала – на 17 человек, административно-управленческого персонала – на 9 человек, работников пищеблока – на 2 человека, прочего хозяйственного персонала – на 1 человека.

В 2017 г. к-во персонала еще снизилось на 31 человека. Из них: к-во врачей – на 9 человек, медсестер – на 1 человека, младшего персонала – на 27 человек. При этом увеличилось на 3 человека к-во, как административно-управленческого персонала, так и прочего хозяйственного персонала.

В следующей таблице представим обеспеченность кадрами.

Таблица 2.3 – Обеспеченность кадрами БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017 гг.

Должность	2015		%	2016		%	2017		%
	факт	план		факт	план		факт	план	
Врачи	296	298	99,3	279	290	96,2	270	278	97,1
Медсестры	375	385	97,4	369	378	97,6	368	375	98,1
Младший персонал	245	255	96,1	228	245	93,1	201	225	89,3

Продолжение таблицы 2.3

Должность	2015		%	2016		%	2017		%
	факт	план		факт	план		факт	план	
Административно-управленческий персонал	45	45	100,0	36	38	94,7	39	39	100,0
Работники пищеблока	14	11	127,3	12	12	100,0	12	12	100,0
Прочий хозяйственный персонал	35	35	100,0	34	35	97,1	37	36	102,8
Итого	1010	1028	98,2	958	998	95,9	927	965	96,1

Данные таблицы 2.3 говорят о том, что плановое количество персонала каждый год больше фактически работающего.

Соответственно, в 2015 г. было общее невыполнение плана по персоналу на 1,8% . Из них: невыполнение плана по количеству врачей на 0,7%, медсестер на 2,6%, младшего персонала – на 3,9%. К-во немедицинского персонала, в частности административно-управленческого и прочего хозяйственного соответствовало плану, в то время, как работников пищеблока было больше планового показателя на 27,3%.

В 2016 г. общее невыполнение плана составило 4,1%. При этом в этом году плановым показателям соответствовало только количество работников пищеблока, по остальным категориям была нехватка персонала, при этом наибольшая по младшему персоналу.

В 2017 г. невыполнение плана было на уровне 3,9%. Количество административно-управленческого персонала и работников пищеблока соответствовало установленным плановым показателям. По категории прочего хозяйственного персонала было перевыполнение плана на 2,8%. В то время, как врачей, медсестер и младшего персонала недостаточно к-во, в частности нехватка младшего персонала наибольшая, что может быть связано с тем, что заработная плата младшего персонала является одной из самых низких.

Проанализируем дальше непосредственно уровень заработной платы.

Таблица 2.4 – Уровень заработной платы персонала БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы»

Категория персонала	2015 год	2016 год	2017 год	Абсолютное отклонение, в чел.		Относительное отклонение, в %	
				2016-2015	2017-2016	2016/2015	2017/2016
Врачи	54815	61300	61458	6485	158	111,8	100,2
Медсестры	32300	32560	33140	260	580	100,8	101,7
Младший персонал	19050	21040	22010	1990	970	110,5	104,6
Административно-управленческий персонал	26450	27830	28110	1380	280	105,2	101,1
Работники пищеблока	18340	19150	19800	810	650	104,4	103,4
Прочий хозяйственный персонал	18950	19315	19950	365	635	101,9	103,3

Исходя из этой таблицы заработная плата персонала каждый год повышается, однако уровень заработной платы врачей и прочего персонала значительно отличается, в том числе и младшего персонала. Исходя из того, что в г. Нижевартовск одни из самых высоких средних заработных плат по РФ, такой уровень для младшего медицинского персонала достаточно низкий.

Также в рамках анализа структуры БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы» представим структуру коечного фонда.

Таблица 2.5 – Структура коечного фонда БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг.

Профиль коек	2015 Кол-во коек	2016 К-во коек	2017 К-во коек	К-во людей по стандарту
инфекционные 1	34	35	35	35
инфекционные 2	36	37	37	37
хирургические	33	33	33	33
травматолого-ортопедические	48	50	51	51
ортопедические	33	33	33	33
нейрохирургические	5	5	5	5
уроandroлогические	28	29	30	33
урологические	23	23	23	23

Продолжение таблицы 2.5

Профиль коек	2015 Кол-во коек	2016 К-во коек	2017 К-во коек	К-во людей по стан- дарту
нефрологические	7	7	7	7
отоларингологические	27	27	28	28
офтальмологические	25	25	25	25
пульмонологические	27	29	30	30
пульмонологические	20	20	20	20
аллергологические	10	10	10	10
кардиологические	50	55	55	55
кардиологические	24	24	24	24
ревматологические	17	17	17	17
койки патологии ново- рожденных и недоно- шенных детей	10	10	12	12
педиатрические	2	2	2	2
неврологические	55	55	55	55
онкологические	27	27	27	27
гематологические	3	3	3	3
онкологические	24	24	24	24
гастроэнтерологические	24	24	24	24
гастроэнтерологические	15	15	15	15
эндокринологические	9	9	9	9
ИТОГО	630	640	645	645
В том числе анестезиоло- го-реанимационные	18	18	18	18

Соответственно, было определено, что структура учреждения состоит из большого количества различных отделений, которые возглавляют заведующие и заместители главного врача. Данная структура имеет линейно-функциональный тип строения, так как в ней выделяются, как линейные, так и функциональные связи. Кроме этого было представлено структуру коечного фонда больницы, которая составляет всего 645 коек.

Таким образом, в данной работе проводится анализ БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы», которая является центром оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

детям Югры, способным принять на лечение одновременно до 665 пациентов. Данное учреждение имеет 5 лицензий на оказание врачебной помощи.

2.2 Анализ организационной структуры управления в части реализации функции финансового планирования

Необходимо отметить, что в структуре БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» выделяют различные подразделения, в частности:

1. Бактериологическая лаборатория.
2. Гастроэнтерологическое отделение.
3. Детское онкологическое отделение.
4. Детское уроandroлогическое отделение.
5. Инфекционное отделение №2.
6. Инфекционное отделение №1.
7. Кардиоревматологическое отделение.
8. Клинико-диагностическая лаборатория.
9. Консультативно-диагностическая поликлиника.
10. Неврологическое отделение.
11. Операционный блок.
12. Отделение реанимации и интенсивной терапии.
13. Отделение функциональной диагностики.
14. Отоларингологическое отделение.
15. Офтальмологическое отделение.
16. Приемное отделение.
17. Пульмонологическое отделение.
18. Рентгеновское отделение.
19. Травматолого-ортопедическое отделение.
20. Физиотерапевтическое отделение.

21. Хирургическое отделение.
22. Центр амбулаторного гемодиализа.
23. Центральное стерилизационное отделение.

Более подробно организационная структура представлена в приложении А «Организационная структура «Нижевартовской окружной клинической больницы»».

Отметим, что финансовое планирование в БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» возложено на бухгалтерию и финансовый отдел, которые входят в общую структуру учреждения. Отметим, что единоначалие, линейное построение структурных подразделений и распределение функций между ними – это основные характеристики линейно-функциональной структуры. С ее помощью возможно коллегиально подготавливать и обсуждать решения, а высшему руководству непосредственно принимать решения и ответственность, что все вместе реализует принцип демократического централизма. Необходимо выделить такие недостатки линейно-функциональной структуры как:

- в сравнении с чисто линейной организацией число и сложность деловых связей здесь заметно возрастает;
- оперативность в управлении снижается за счет того, что каналы коммуникаций могут оказаться переполненными информацией, что необходима для координации линейных и штабных элементов, что снижает;
- со стороны специалистов возможен подрыв авторитета линейного персонала;
- может произойти нарушение баланса по причине роста управленческих расходов.

Отметим, что данная структура является наиболее распространенной, а в особенности среди средних звеньев управления. Линейные связи подчиненности характерны для нижних уровней управления, в то время, как функциональные – для верхних. Лучшие свойства линейной структуры, к которым можно отнести четкие связи подчиненности, централизацию управления, и функциональной

структуры, среди которых разделение труда и квалифицированная подготовка решений объединены именно в линейно-функциональной структуре.

Важнейшей задачей при построении структуры управления БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» является правильное сочетание линейного и функционального руководства в системе управления.

Отметим, что в финансовом отделе работают экономисты, в полномочия которых входит:

- выполнение работы по осуществлению экономической деятельности медицинской организации;
- подготовка исходных данных для составления проектов хозяйственно-финансовой деятельности медицинской организации;
- подготовка периодической отчетности в установленные сроки;
- выполнение расчетов себестоимости медицинских услуг;
- выполнение расчетов по необходимым материальным, трудовым и финансовым затратам;
- ведение учета экономических показателей результатов деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений;
- выполнение работы по формированию, ведению и хранению базы данных экономической информации в медицинской организации, а также внесение изменений в справочную и нормативную информацию, используемую при обработке данных;
- проведение комплексного экономического анализа всех видов деятельности медицинской организации;
- разработка мероприятий по эффективному использованию капитальных вложений, материальных, трудовых и финансовых ресурсов;
- определение экономической эффективности организации труда и производства, внедрения новых технологий и изобретений.

Таким образом, функции планирования в БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» возложены непосредственно на бухгалтерию и

финансовый отдел, в котором работают экономисты. При этом данное структурное подразделение входит в общую структуру учреждения.

2.3 Анализ финансирования деятельности бюджетного учреждения

Финансирование расходов учреждения осуществляется за счет средств краевого бюджета, ТФОМС и средств от приносящей доход деятельности.

В следующей таблице представим непосредственно структуру источников финансирования БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы». По данным таблицы 2.6, в 2016 и 2017 гг. наблюдает рост поступления (на 114 % и 105% соответственно). Вместе с тем, в 2016 г. по сравнению с 2015 отмечается значительное снижение поступлений из бюджета (в 4 раза) и субсидий на выполнение гос. Задания (в 2,7 раза), что было компенсировано ростом субсидий из ТФОМС и ФСС. В 2017 г. по сравнению с 2016 г. наблюдается незначительный рост практически всех видов поступлений (кроме внебюджетных источников).

Как видим, в 2015 г. на средства из ТФОМС приходится 84,72%, из бюджета – 9,39%, внебюджетных средств – 5,8% и средств ФСС только 0,09%.

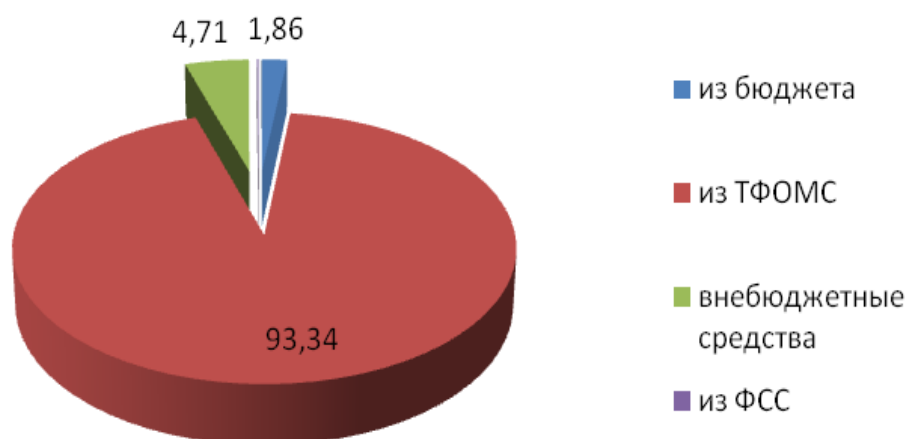


Рисунок 2.3 – Структура источников финансирования БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы» в 2016 г.,%

Таблица 2.6 – Структура и динамика источников финансирования БУ «Нижневартовской окружной детской клинической больницы»

Наименование	2015		2016		2017		Абсолютное отклонение, в тыс.руб.		Относительное отклонение, в %	
	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	2016-2015	2017-2016	2016/2015	2017/2016
Поступило средств – всего	576495,2	100	659133,7	100	690900,6	100	82638,5	31766,9	114	105
- из бюджета	54117,4	9,39	12282,2	1,86	12848,9	1,86	-41835	566,7	23	105
в т.ч. ВМП	19315	3,35	5330	0,81	6322,5	0,92	-13985	992,5	28	119
Субсидии на иные цели	29760	5,16	5111,8	0,78	3348,5	0,48	-24648	-1763,3	17	66
- из ТФОМС	488384,6	84,72	615237	93,3	649646,7	94	126852	34409,7	126	106
-внебюджетные средства	33459,2	5,80	31014,2	4,71	27853	4,03	-2445	-3161,2	93	9
- из ФСС	534	0,09	600,3	0,09	552	0,08	66,3	-48,3	112,4	92

Можно отметить, что в 2016 г. значительно возросли средства ТФОМС – 93,34%, при этом средства из бюджета и внебюджетные средства снизились.

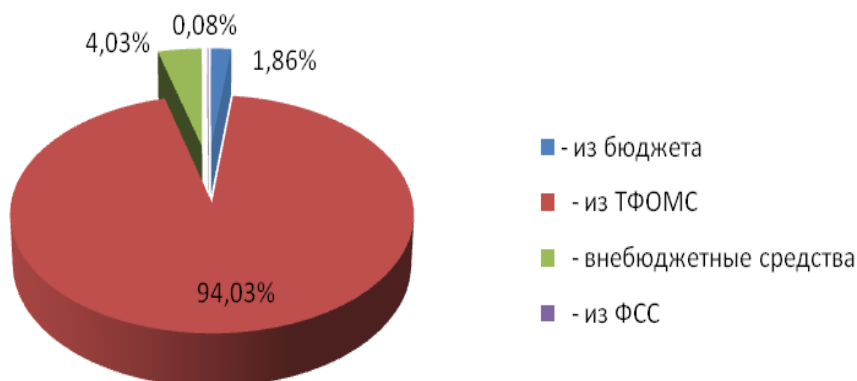


Рисунок 2.4 – Структура источников финансирования БУ «Нижневартовской окружной клинической больницы» в 2017 г.,%

Так, средства ТФОМС в общей сумме поступлений составляют 94%. Средства бюджета, поступления от внебюджетных средств составили 1,8% и 4% соответственно. На рис. 2.5 представим динамику изменения структуры источников финансирования учреждения. Исходя из данного рисунка, можно отметить тот факт, что наблюдается рост поступлений из ТФОМС, который и объясняет рост всех доходов, несмотря на факт снижения большинства из них. При этом стоит обратить особое внимание на снижение доходов внебюджетных средств.

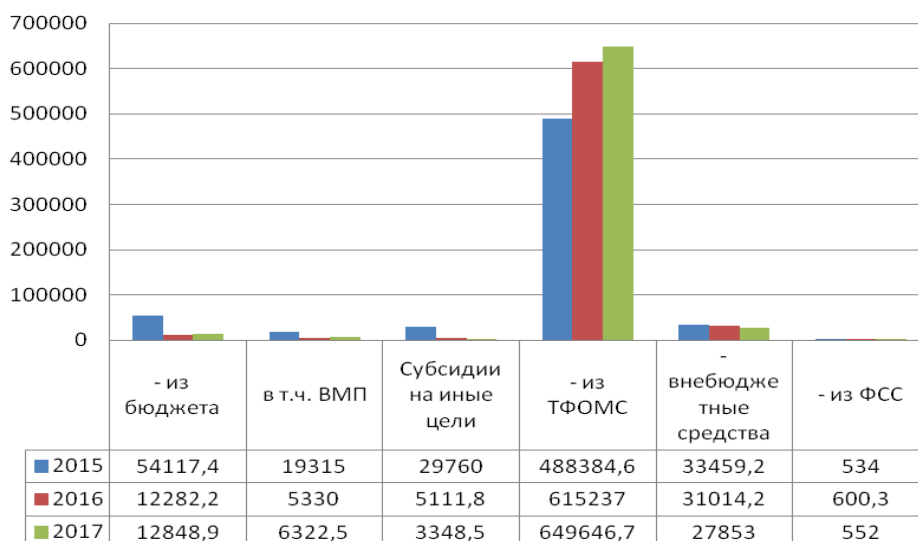


Рисунок 2.5 – Динамика изменения структуры источников финансирования БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг.

Таким образом, анализ источников финансирования деятельности БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» показывает, что наибольший удельный вес приходится на средства ТФОМС, которые в общей сумме поступлений составляют 92%.

2.4 Анализ исполнения смет доходов и расходов по приносящей доход деятельности БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

В рамках указанного анализа представим далее структуру расходов БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы».

По данным таблицы 2.7, в 2016 и 2017 гг. наблюдается рост расходов (на 6% и 15% соответственно). Вместе с тем, в 2016 г. по сравнению с 2015 и в 2017 г. по сравнению с 2016 г. отмечается значительное снижение расходов из средств бюджета (в 2,2 раза и 1,8 раза).

Также необходимо отметить, что расходы на заработную плату повысились на 4% в 2016 г. по сравнению с 2015 г. и на 6% в 2017 г. по сравнению с 2016 г. Если говорить о расходах на ТФОМС, то они увеличились как в 2016 г., так и в 2017 г. на 8%. Стоит отметить также расходы на питание, которые в 2016 г. по сравнению с 2015 г. повысились на 12%, а в 2017 г. по сравнению с 2016 г. снизились на 10%.

На рис. 2.6-2.8 представим структуру расходов БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы».

Согласно диаграмме 39,26% приходится на заработную плату, 34,91% - на ТФОМС, 19,04% - медикаменты, питание и прочие услуги занимают соответственно 2,35% и 2,44%.

Отметим, что в 2016 г. удельный вес ТФОМС возрос до 35,45%, а расходов на заработную плату снизился до 38,34%.

Таблица 2.7 – Структура и динамика расходов БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг.

Наименование	2015		2016		2017		Абсолютное отклонение, в тыс.руб.		Относительное отклонение, в %	
	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	2016-2015	2017-2016	2016/2015	2017/2016
Расходы – всего (тыс.руб.)	660006	100	701708	100	803781	100	41702	102074	106,3	115
в т.ч.										
- заработная плата	259110	39,3	269057	38,3	285327	0,35	9947,7	16269,2	104	106
в т.ч. за счёт средств бюджета	13213,4	2	5988,5	0,85	3240,4	0,4	-7224,9	-2748,1	45	54
- ТФОМС	230379	34,9	248756	35,45	268577	33,4	18376,8	19821,4	108	108
- прочие	15517,3	2,35	14313,2	2,04	13509	1,68	-1204,1	-804,2	92	94
- медикаменты	125662	19,04	145516	20,74	216849	26,9	19853,8	71333,6	116	149
- питание	16124,5	2,44	18077,1	2,58	16278,7	2,02	1952,6	-1798,4	112	9

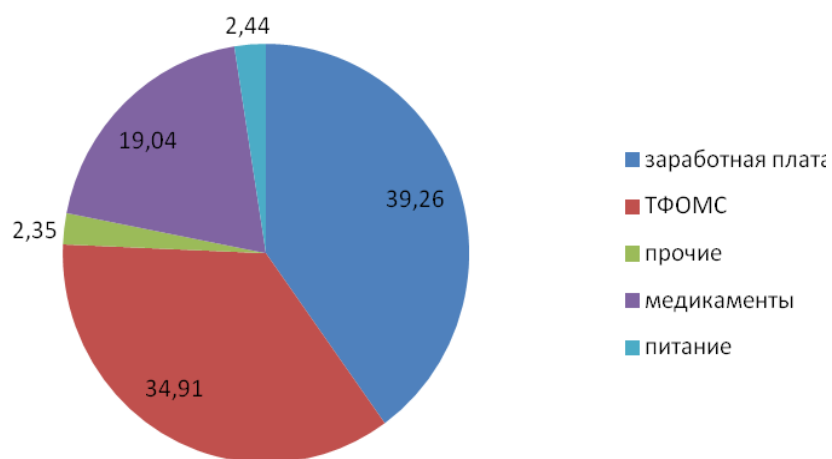


Рисунок 2.6 – Структура расходов БУ «Низhevартовской окружной клинической детской больницы» в 2015 г., %

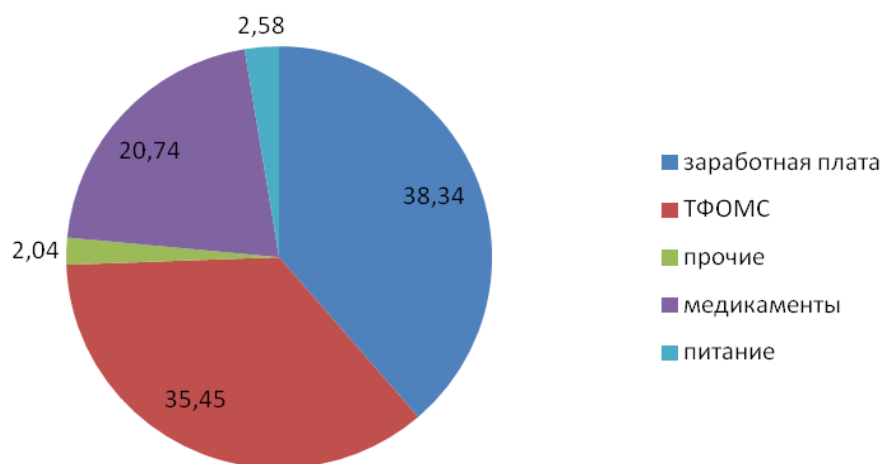


Рисунок 2.7 – Структура расходов БУ «Низhevартовской окружной клинической детской больницы» в 2016 г., %

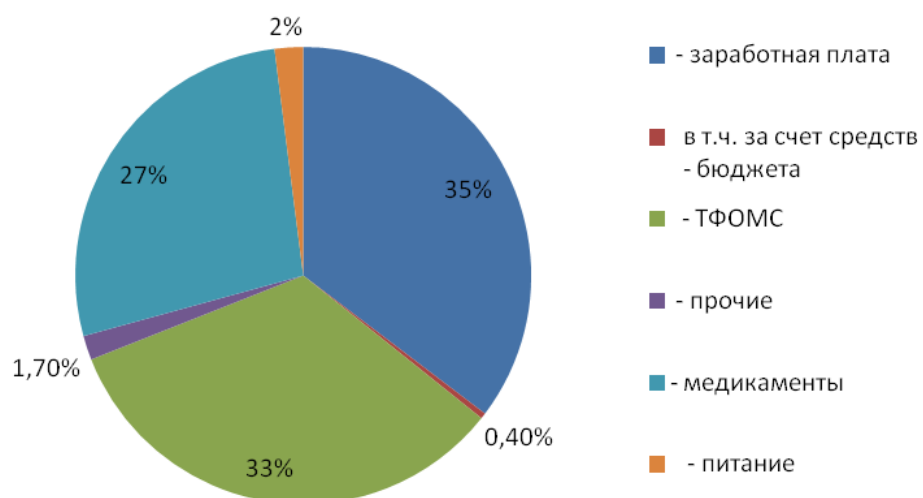


Рисунок 2.8 – Структура расходов БУ «Низhevартовской окружной клинической больницы» в 2017г., %

Следовательно, основная доля расходов приходится на оплату труда - 285 326,6 тыс. руб. (35% в общей структуре расходов). Вторая по величине статья расходов - это расходы ТФОМС (33% в общей структуре). Третьей по величине статьей расходов являются расходы на медикаменты (27% в общей структуре). При этом данный вид расходов, из-за роста курсов валют и увеличения объемов закупок, увеличился на 49% в 2017 г. по сравнению с 2016 г. и сыграл основную роль в увеличении общего объема расходов учреждения.

Также стоит отметить, что к накладным расходам БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» относят расходы на:

- услуги связи;
- транспортные услуги;
- коммунальные услуги;
- арендную плату за пользование имуществом;
- услуги по содержанию имущества;
- увеличение стоимости основных средств;
- увеличение стоимости материальных запасов.

Следовательно, на рис. 2.9 наглядно видно рост расходов на медикаменты, ТФОМС и заработную плату. При этом расходы на питание, прочие расходы и расходы из бюджета снижаются в 2017 г.

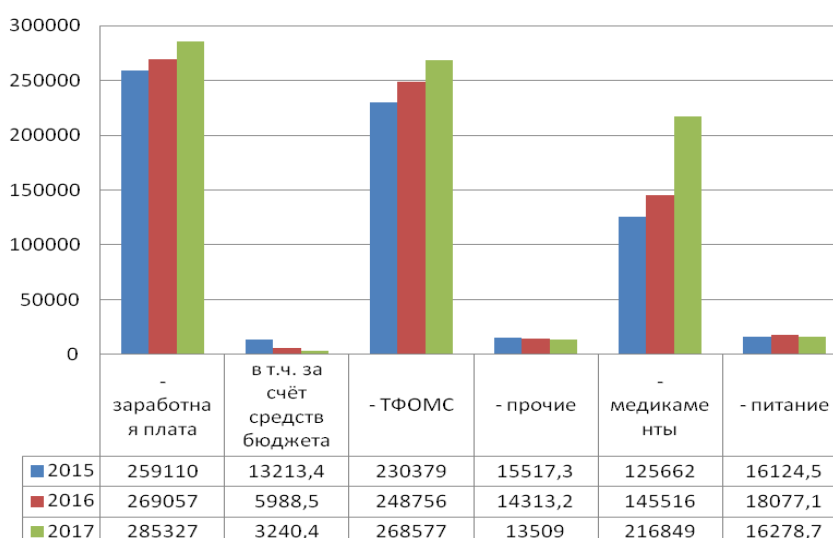


Рисунок 2.9 – Динамика изменения расходов БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы», тыс. руб.

Далее, в рамках анализа сметы расходов и доходов и прочих показателей деятельности БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы» представим таблицу 2.8.

Таблица 2.8 – Результаты деятельности БУ «Нижевартовской окружной детской клинической больницы» за 2015-2017 гг.

Наименование	2015 год	2016 год	2017 год	Абсолютное отклонение		Относительное отклонение	
				2016/ 2015	2017/ 2016	2016/ 2015	2017/ 2016
1. Поступило средств - всего	576495	659134	690901	82638,5	31766,9	114	105
в т. ч.							
- из бюджета	54117,4	12282,2	12848,9	-41835	566,7	23	105
в т.ч. ВМП	19315	5330	6322,5	-13985	992,5	28	119
Субсидия на вып.гос.зад.	5042,4	1840,4	3177,9	-3202	1337,5	36	-
Субсидии на иные цели	29760	5111,8	3348,5	-24648	-1763,3	17	-
- из ТФОМС	488385	615237	649647	126852	34409,7	126	106
- внебюджетные средства	33459,2	31014,2	27853	-2445	-3161,2	93	9
- из ФСС	534	600,3	552	66,3	-48,3	112	92
2. Расходы - всего (тыс.руб.)	660006	701708	803781	41701,9	102074	106	115
в т. ч.							
- заработная плата	259110	269057	285327	9947,7	16269,2	104	106
в т.ч. за счет средств бюджета	13213,4	5988,5	3240,4	-7224,9	-2748,1	45	54
- ТФОМС	230379	248756	268577	18376,8	19821,4	108	108
- прочие	15517,3	14313,2	13509	-1204,1	-804,2	92	94
- медикаменты	125662	145516	216849	19853,8	71333,6	116	149
- питание	16124,5	18077,1	16278,7	1952,6	-1798,4	112	9
3.Средняя зар.плата - всего (руб.)	19914,6	20914,1	22182	999,5	1267,9	105	106
в т. ч.							
- врачи	33112,1	34982,1	37624,4	1870	2642,3	106	108
- средний мед. персонал	19267,3	21942,3	22883,4	2675	941,1	114	104

Окончание таблицы 2.8

Наименование	2015 год	2016 год	2017 год	Абсолютное отклонение		Относительное отклонение	
				2016/2015	2017/2016	2016/2015	2017/2016
- младший мед. персонал	13739,1	11492,4	12399,4	-2246,7	97	84	108
- прочий	16012,3	16503,8	17224,8	491,5	72	103	104
- на физическое лицо	19914,6	20914,1	22182	999,5	1267,9	105	106
4. Стоимость 1 койки в стационаре, всего (руб)	2082,1	2146,1	2477,6	64	331,5	103	115
- заработная плата	865	851,4	882,2	-13,6	30,8	98	104
- медикаменты	538,5	619,5	907,5	81	288	115	146
- питание	74,2	84,2	74,5	10	-9,7	113	88
5. Ст-сть 1-го пролеч.б-го в стационаре, всего	26167,4	26930,3	29848,4	762,9	2918,1	103	111
- заработная плата	10870,6	10683,6	10628,6	-187	-55	98	99
- медикаменты	6767,7	7773,6	10933	1005,9	3159,4	115	141

Согласно данным таблицы 2.8, за три года повысились, как доходы, так и расходы учреждения. Доходы в 2017 г. повысились по сравнению с 2016 г. на 5 %, в то время, как расходы в этом же 2017 г. увеличились на 15 % по сравнению с 2016 г. Также стоит отметить повышение стоимости средней заработной платы, койко-дня, пролеченных больных, посещений. Так, отметим, что средняя заработная плата возросла в 2016 г. по сравнению с 2015 г. на 6%, а в 2017 г. по сравнению с 2016 г. на 5%. При этом, больше всего возросли заработные платы врачей и младшего медицинского персонала. Стоимость койко-дня в 2016 г. возросла на 3%, а уже в 2017 г. рост составил 15%. Стоимость одного посещения в 2016 г. возросла по сравнению с 2015 г. на 22%, а в 2017 г. по сравнению с 2016 г. рост составил 17%. Необходимо обратить внимание также на то, что в 2016г. и в 2017 г. количество посещений снизилось на 4% и 2% соответственно.

Анализируя натуральные показатели работы учреждения можно отметить следующее. За 2017 год количество койко-дней составило 218494 что на 2%

меньше чем в 2016 году. Число пациент -дней в дневном стационаре увеличились на 4%, пролеченных больных при этом на 1%, а число посещений в поликлинике сократилось на 2%.

Средняя заработная плата увеличилась на 6% и составила 22182,0 рублей в целом по больнице, в том числе у врачей –37624,4 руб, у среднего медицинского персонала –22883,4 руб., у младшего медицинского персонала – 12399,4 руб., у прочего персонала –17224,8 руб. Этому способствовало премирование работников по результатам оценки качества работы и перевод части работников на эффективный контракт.

В таблице 2.9 укажем доходы и расходы по годам, а также прибыль (убыток).

Таблица 2.9 – Финансовый результат деятельности БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы»

Статья	2015 год	2016 год	2017 год	Абсолютное отклонение, в чел.		Относительное отклонение, в %	
				2016-2015	2017-2016	2016/2015	2017/2016
Доходы	576495	659134	690901	82638,5	31766,9	114,33	104,82
Расходы	660006	701708	803781	41701,9	102073,5	106,32	114,55
Дефицит/профицит	-83511	-42574	-112881	40936,6	-70306,6	50,98	265,14

Исходя из таблицы 2.9, БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» имеет каждый год убыток. При этом в 2016 г. убыток снизился, а в 2017 г. вновь возрос. При этом стоит отметить тот факт, что учреждение функционирует несмотря на убытки благодаря средствам добровольных пожертвований от негласно утвержденного мецената, а также пересмотра дотаций ТФОМС.

Следовательно, согласно данному рисунку в 2016 г. убыток учреждения снизился на 40936,6 тыс. руб. а в 2017 г. убыток возрос на 70306,6 тыс. руб.

На рис. 2.10 представим гистограмму изменения результатов деятельности за 2015-2017 гг.

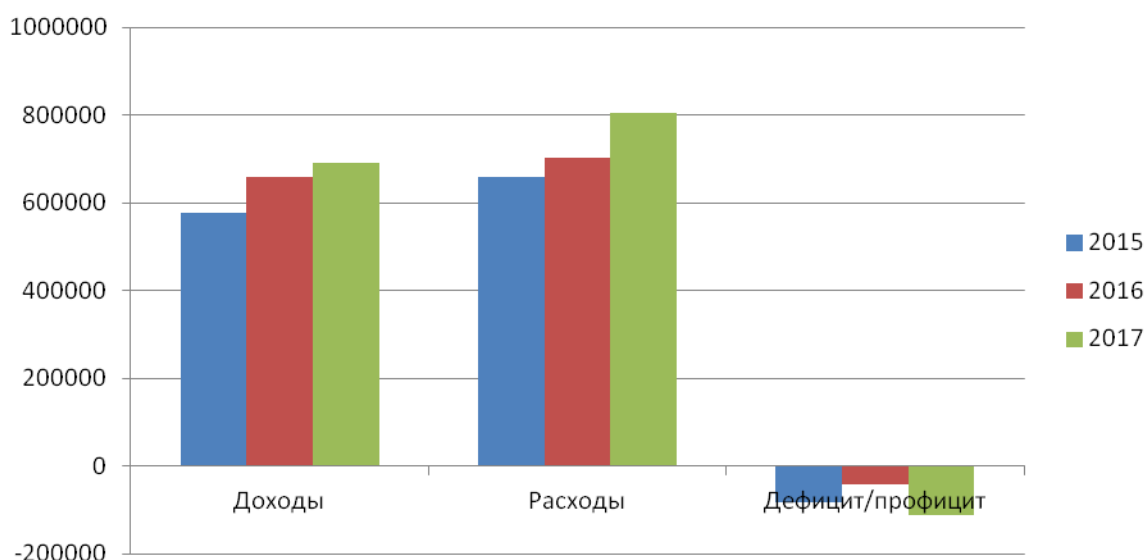


Рисунок 2.10 – Динамика изменения результатов деятельности БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг., тыс. руб.

Таким образом, анализ доходов и расходов говорит о том, что в исследуемом учреждении они возрастают с каждым годом. При этом сумма расходов всегда превышает сумму доходов, что и приводит к наличию убытка каждый год. Анализ расходов говорит о том, что в 2017 г. значительно увеличиваются расходы на медикаменты, заработную плату и ТФОМС.

2.5 Анализ исполнения смет по бюджетному и внебюджетному финансированию БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница»

Для анализа исполнения сметы по бюджетному финансированию необходимо проанализировать кассовые и фактические расходы и доходы учреждения. Для этого в следующей таблице 2.10 представим сводный анализ.

Анализ таблицы 2.10 позволяет сделать вывод о том, что БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» имеет дело с перевыполнением плана по расходам, т.е. фактическая сумма расходов превышает плановую, что является негативной тенденцией.

Так, отметим, что в 2015 г. учреждение перевыполнило план по расходам на 4%. В 2016 г. – на 1,6%, а в 2017 г. – на 2,9%. При этом наибольший процент перевыполнения кассовых расходов приходится в 2015 г. - на прочие расходы и медикаменты, а в 2016 г. и в 2017 г. – на заработную плату и медикаменты.

На рис. 2.11. наглядно представим динамику изменения анализа исполнения сметных назначений.

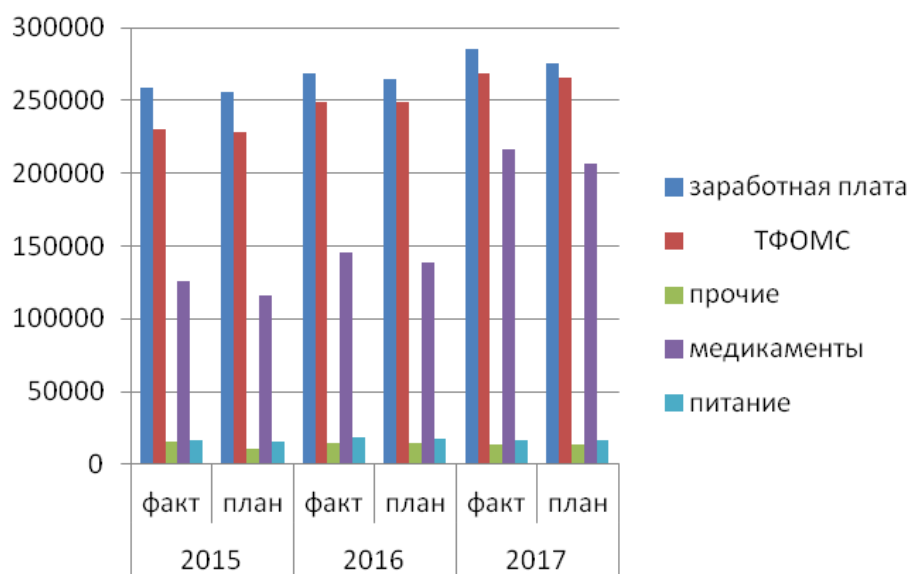


Рисунок 2.11 – Динамика изменения сметных назначений БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг.

Таблица 2.10 – Сводный анализ исполнения сметных назначений БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» за 2015-2017гг.

Статья расходов	2015			2016			2017		
	факт	план	%	факт	план	%	факт	план	%
Расходы - всего	660005,8	635400	104	701707,7	690700	101,6	803781,2	780700	102,9
заработная плата	259109,7	255500	101,4	269057,4	265050	101,5	285326,6	275300	103,6
в т.ч. за счет средств бюджета	13213,4	13200	100,1	5988,5	5700	105	3240,4	3200	101,3
ТФОМС	230379	228450	100,8	248755,8	248900	99,9	268577,2	265460	101,2
прочие	15517,3	10670	145,4	14313,2	14500	98,7	13509	13500	100,1
медикаменты	125661,9	115800	108,5	145515,7	138550	105	216849,3	206740	104,9
питание	16124,5	16000	100,8	18077,1	18000	100,4	16278,7	16500	98,6

Кроме этого в рамках анализа исполнения бюджетного финансирования проведем также анализ кассовых и фактических поступлений.

Таблица 2.11 – Сводный анализ поступлений за 2015-2017 гг.

Статья поступлений	2015			2016			2017		
	факт	план	%	факт	план	%	факт	план	%
Поступило средств - всего	576495,2	630000	91,5	659133,7	690500	95,5	690900,6	750800	92
в т. ч.									
из бюджета	54117,4	54500	99,2	12282,2	13000	94,4	12848,9	13500	95,2
из ТФОМС	488384,6	518250	94,2	615237,0	625600	98,3	649646,7	680400	95,4
внебюджетные средства	33459,2	56700	59	31014,2	51300	60,5	27853,0	56345	49,4
из ФСС	534,0	550	97	600,3	600	100,05	552,0	555	99,4

Следовательно, анализ таблицы 2.11 позволяет сделать вывод о том, что фактические поступления БУ «Нижевартовской окружной клинической больницы» меньше кассовых поступлений. Так, в 2015 г. фактически поступило на 8,5% меньше средств, нежели было запланировано. В 2016 г. средств было меньше на 4,5% от плана, а в 2017 г. на 8 % меньше плана. При этом стоит обратить внимание, что наибольшее невыполнении плана приходится на поступления от внебюджетных средств, в частности платных услуг учреждения.

На рис. 2.12 наглядно представим динамику изменения.

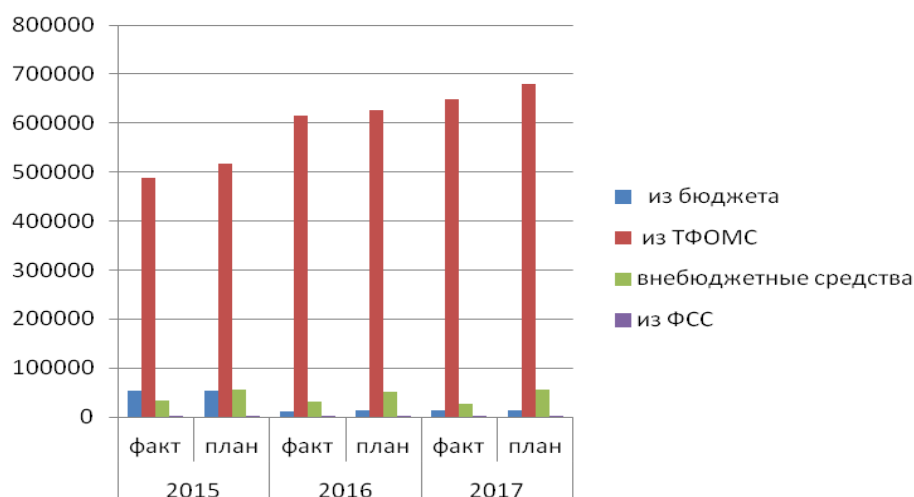


Рисунок 2.12 – Динамика изменения кассовых поступлений БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг.

Далее проведем отдельно анализ внебюджетных средств. На рис. 2.13 представим изменение внебюджетных средств по годам.

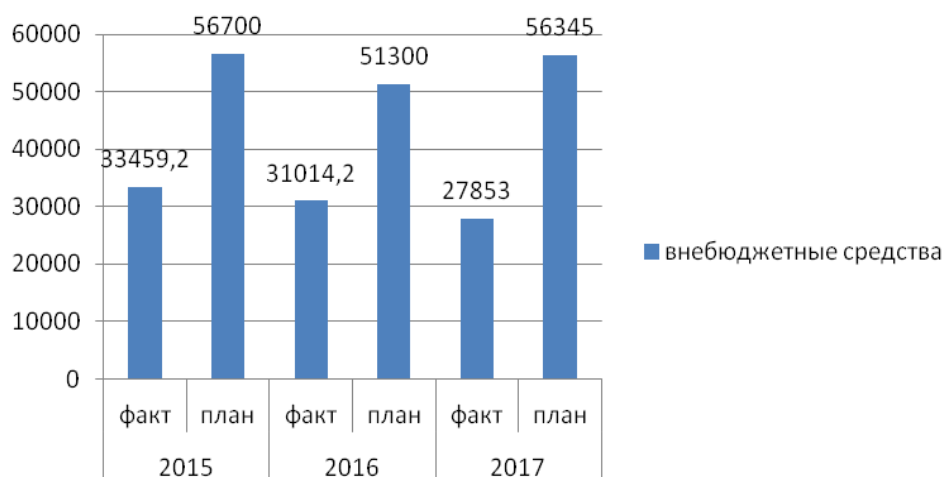


Рисунок 2.13 – Динамика изменения внебюджетных средств БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» за 2015-2017гг., тыс. руб.

Как видим, фактические поступления внебюджетных средств каждый год значительно ниже от плановых значений. При этом прослеживается также динамика снижения фактических поступлений внебюджетных средств.

Далее проанализируем более подробно внебюджетные средства.

Таблица 2.12 – Сводный анализ внебюджетных средств БУ «Нижневартовской окружной клинической детской больницы» в 2015-2017 гг.

Статья поступлений	2015			2016			2017		
	факт	план	%	факт	план	%	факт	план	%
Внебюджетные средства - всего	33459,2	56700	59	31014,2	51300	60,5	27853	56345	49,4
в т. ч. Средства добровольного страхования	8440	16300	51,8	7355	10600	69,4	9158	12800	71,5
Платные услуги	23519,2	34900	67,4	23059,2	37700	61,2	17265	43545	39,6
Целевая спонсорская помощь	1500	5500	27,3	600	3000	20	1430	3850	37,1

Следовательно, в 2015 г. невыполнение плана по внебюджетным средствам составило 41%. При этом наибольшее невыполнение было характерно для спонсорской помощи (72,7%). В 2016 г. невыполнение плана составило 39,5%, при этом также спонсорская помощь невыполнена на 80%. Если говорить о платных услугах, то их фактическое выполнение составило 61,2%. В 2017 г. план по внебюджетным средствам был выполнен только на 49,4%. При этом платные услуги были выполнены только на 39,6% от плана.

Далее проанализируем структуру внебюджетных средств по годам.

Согласно данному рисунку, в 2015 г. наибольший удельный вес в общей структуре внебюджетных средств приходился на платные услуги (70,29%), на добровольное страхование приходилось 25,22% и на спонсорство только 4,49%.

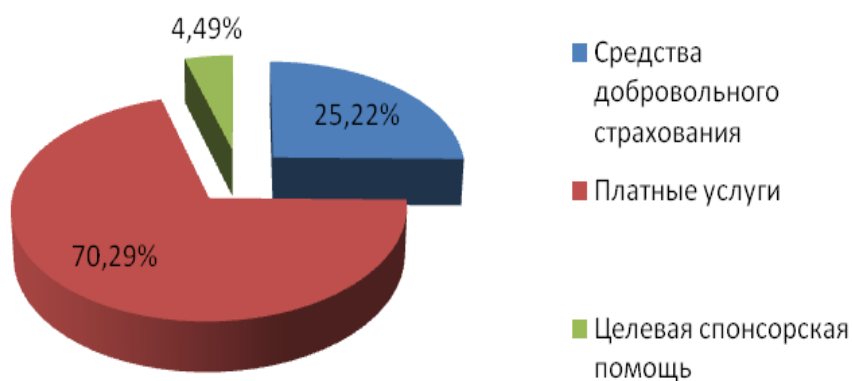


Рисунок 2.14 – Структура внебюджетных средств БУ «Нижевартовской окружной клинической больницы» в 2015 г., тыс. руб.

Далее представим структуру внебюджетных средств в 2016 г.

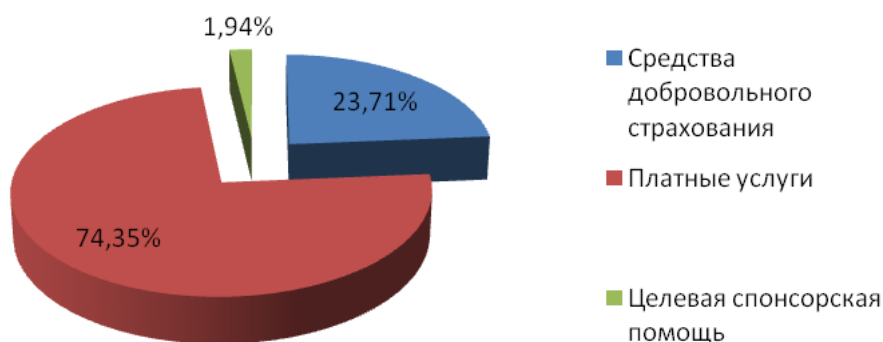


Рисунок 2.15 – Структура внебюджетных средств БУ «Нижевартовской окружной клинической больницы» в 2016 г., тыс. руб.

Следовательно, можем отметить, что в 2016 г. удельный вес платных услуг возрос до 74,35%, но при этом доля добровольного страхования снизилась до 23,71%, а доля спонсорской помощи до 1,94%.

Далее представим структуру в 2017 г.

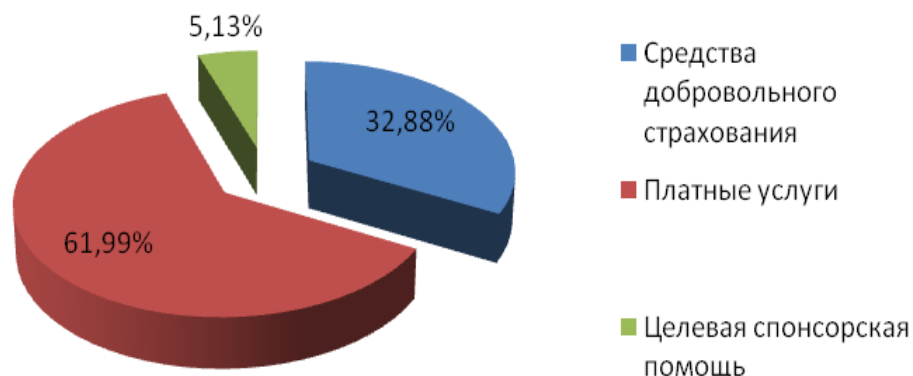


Рисунок 2.16 – Структура внебюджетных средств БУ «Нижевартовской окружной клинической больницы» в 2017 г., тыс. руб.

В 2017 г. структура внебюджетных средств изменилась. Так, доля платных услуг снизилась до 32,88%, доля страховых средств наоборот возросла до 32,88%. Спонсорская помощь также возросла до 5,13%.

Исходя из всего вышесказанного, можем отметить, что в рамках выполнения плановых показателей, наиболее проблематичным является выполнение плана по поступлениям от внебюджетных средств.

Подводя итог, в данной работе проводится анализ деятельности БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы». Анализ организационной структуры выявил, что она построена по линейно-функциональному типу и во главе стоит главный врач, которому подчиняются его заместители, главный бухгалтер и пр. Отметим, что фактическая численность персонала каждый год меньше плановой, что говорит о том, что БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» имеет проблемы с недостатком трудовых ресурсов.

Дальнейший анализ установил, что источниками финансирования деятельности учреждения являются бюджетные средства, ТФОМС, ФСС и внебюджетные средства. Кроме этого анализ установил, что расходы учреждения каждый

год превышают его доходы. Исследование исполнения кассовых расходов и доходов выявило, что в отношении расходов – они превышают кассовые расходы, а доходы, наоборот – ниже кассовых показателей. Наибольшее отклонение характерно для внебюджетных средств. Следовательно, можно отметить, что деятельность БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» имеет определенные проблемы, которые требуют своего решения, в частности – это недостаток трудовых ресурсов, наличие убытка каждый год и невыполнение планов по внебюджетным средствам.

3 РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ ИГРОВОЙ КОМНАТЫ В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

3.1 Описание проекта

Сегодня далеко не все детские стационарные лечебные учреждения, выполняя свою основную функцию, имеют возможность предоставить организованное досугово-развивающее пространство, способствующее созданию положительного эмоционального фона, столь необходимого не только для развития ребенка, но и для его выздоровления. Данная проблема наиболее актуальна при длительном пребывании детей в стационаре.

Обычная картина, наблюдаемая во многих детских больницах: дети, проходящие там лечение и чувствующие себя более или менее сносно, бегают по коридорам, шумят, мешают персоналу и другим пациентам. Для решения этой проблемы в некоторых лечебных учреждениях создаются комнаты для игр и досуга детей. Соответственно, при таком долгосрочном периоде лечения больница становится для ребенка и его родителей и вторым домом, и учебным заведением, и игровой площадкой.

Цель – создать максимально комфортные условия для нахождения ребенка в больнице, чтобы ограничения, в которые он попадает во время лечения, не повлияли на его общее развитие, а также получить дополнительный доход.

Одним из отвлекающих от стресса и болезни факторов становится игра. Игра, по признанию врачей, это еще и способ лечения.

Соответственно задачи, которые ставит руководство при реализации данной бизнес-идеи следующие:

- организация современной оборудованной детской комнаты;
- психологическая помощь детям при лечении;
- получение дополнительной прибыли.

Безусловно, немаловажную роль в процессе выздоровления детей играет окружающая их обстановка. Игры снижают эмоциональный стресс у детей и по-

могут им справиться с негативными психологическими последствиями, связанными с болезненными медицинскими процедурами. В игровой комнате ребята не только могут занять себя, но и отвлечься, как говорят психологи – переключить внимание с болезни на привычный мир.

Они должны быть укомплектованы игрушками и оборудованием для умеренно подвижных игр (все-таки на территории больницы спортивные мероприятия вряд ли возможны), а также учебными и познавательными видео- и аудио материалами. При необходимости можно предоставлять услуги педагога-воспитателя, который будет организовывать работу с детьми.

Отметим, что БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» рассчитывает открыть комнату на средства спонсоров.

Далее представим несколько примеров спонсорских проектов в данном направлении.

Благотворительный фонд Группы компаний «Детский мир» – крупнейшего оператора торговли детскими товарами в России – открывает каждый год новые игровые комнаты в рамках благотворительного проекта «Операция «Игрушки».

С момента старта проекта в 2013 году Благотворительный фонд «Детский мир» открыл 294 игровые комнаты в десятках городах страны. Игровые комнаты распахнули свои двери в Москве, Санкт-Петербурге, Барнауле, Брянске, Владикавказе, Волгограде, Горно-Алтайске, Грозном и многих других городах.

Уже готовится к открытию детская игровая комната в отделении реабилитации и физиотерапии Челябинской областной детской клинической больницы.

Также детские комнаты открывает благотворительный фонд «Дети России». Под патронажем фонда «Дети России» создано десятки детских игровых комнат, в Свердловской области, Республике Башкортостан и Республике Северная Осетия-Алания.

При этом необходимо обратить внимание на тот факт, что именно данный фонд занимается открытием специализированных игровых комнат. Так специальная игровая комната была открыта в г. Краснотурьинск. Особое внимание уделено

оборудованию для лечебной физкультуры: помимо комплекса тренажеров и спортивного инвентаря БФ «Дети России» приобрел для больницы специализированное оборудование: массажную дорожку для ног, лечебный нагрузочный костюм для коррекции позы и движения.

Весной 2014 года фонд начал разработку проекта детской игровой зоны для подопечных Центра детской онкологии и гематологии ОДКБ №1. Этот проект игровой площадки был особенный как по подбору оборудования, так и по его расстановке: любая инфекция, безопасная для обычных детей, для тех, кто лечится в Центре, может стать очень серьезной проблемой – ведь они длительное время находятся на интенсивной химиотерапии.

Каждая деталь в комнате должна была подлежать специальной многократной обработке, должна быть безопасной и в то же время занимательной, развивающей, чтобы каждый элемент приносил радость и помогал пациентам получать положительные эмоции, играть и как можно скорее выздоравливать. Игровую зону наполнили яркие тренажеры и мягкие модули, надувной алфавит, разноцветный – совсем не кукольный, а почти настоящий детский домик, где можно играть.

Соответственно, в случае БУ «Нижевартовской окружной клинической больницы» самым важным, при создании данного проекта, является выбор соответствующего помещения игровой комнаты для детей в больнице.

Зона для игр привлечет внимание детей, поможет им временно забыть о болезни и занять их на некоторое время.

Следовательно, наиболее подходящим местом будет создание игровой комнаты на месте предыдущей зоны отдыха, в холле отделения, размером 50 кв.м.

Интерьер детской игровой комнаты оформляется в соответствии с предпочтениями маленьких клиентов, а также исходя из требований СанПин.

Размер помещения определяют размер группы, которую вы можете набрать. Если вы обеспечиваете досуг детям:

- до 3 лет, на каждого ребенка должно приходиться минимум 2,5 м² площади;

- 3-7 лет – минимум – 2 м² площади.

Один ребенок не может находиться в игровой комнате более 5 часов подряд.

Желательно предусмотреть кулер с питьевой водой, она должна соответствовать стандартам питьевой воды. Рекомендуется в помещении, где пребывают дети, обеззараживать бактерицидной лампой.

СанПин рекомендует стены помещения отделывать материалами, которые легко переносят контакт с моющими средствами и дезинфектантами. Окрашивать стены СанПин рекомендует в теплые тона с севера и прохладные – с солнечной стороны. Краски рекомендуется использовать пастельных тонов. Вы можете использовать и яркие элементы декора, но не более 25% от площади помещения.

Для детских помещений рекомендуется выбирать жалюзи и занавески, которые можно легко мыть и проводить их дезинфекцию.

Окна в помещении должны позволять осуществлять проветривание детской игровой комнаты. Игрушки и мебель должны соответствовать возрастным показателям детей, которые будут проводить досуг в вашей ДИК.

Все оборудование, мебель, игрушки и т.п. должно быть:

- выполнено из разрешенных материалов, не несущих вреда для здоровья малышей;
- иметь сертификаты;
- легко мыться и выдерживать дезинфекцию.

Мягкие игрушки в игровых комнатах не нужны. Их для дошкольников разрешается использовать лишь, как дидактический материал. Все оборудование для игры должно быть безопасным. Это означает отсутствие острых углов. При их наличии, такие углы экранируют специальными прокладками. Должен быть минимизирован риск того, что ребенок зацепится за угол одеждой, рукой или ногой. Все элементы игровых конструкций должны быть надежно скреплены.

Игровая комната убирается влажным способом не менее 2 раз в течение дня. Особое внимание уделяется местам, где возможно скопление пыли.

Кроме того, вы должны иметь дезинфицирующие средства для обработки помещений, маркированный инвентарь и журнал учета таких средств.

Окна в игровой должны иметь регулируемые жалюзи (солнцезащитные устройства). Неравномерность освещения не должна быть более 3:1. Все искусственные осветители должны быть исправными.

Не разрешается использовать в помещении переносное отопительное оборудование, в том числе ИК. Отопительные приборы (батареи) должны быть ограждены безопасным для здоровья и не травматичным материалом. Детская комната должна регулярно проветриваться. При проветривании температура в помещении не должна снижаться более чем на 4 градуса. Процесс должен проходить в отсутствие детей. Каждые 1,5 часа рекомендуется устраивать так называемые сквозные проветривания.

Температура в помещении должна контролироваться термометрами и быть комфортной 23-25°C. Содержания вредных веществ в воздухе, в том числе диоксида углерода, не должно превышать ПДК.

Таким образом, в рамках проекта по расширению услуг больницы было предложено такой инвестиционный проект, как создание детской игровой комнаты. Необходимо отметить, что на сегодняшний день в БУ «Нижневартонской окружной клинической больнице» имеются только зоны отдыха, где находится телевизор, диваны и стол с настольными играми. Создание игровой комнаты позволит не только создать более благоприятные условия для пребывания детей в больнице, но и позволит повысить статью дополнительных доходов больницы.

3.2 Методические основы оценки эффективности инвестиционного проекта

Эффективность инвестиционного проекта характеризуется системой показателей, которые отражают соотношение затрат и результатов от инвестиционного проекта.

Выделяют следующие показатели эффективности инвестиционного проекта относительно интересов его участников:

- показатели коммерческой (финансовой) эффективности, учитывающие финансовые последствия реализации проекта для его непосредственных участников;
- показатели бюджетной эффективности, отражающие финансовые последствия проекта для федерального, регионального или местного бюджетов;
- показатели экономической эффективности, учитывающие затраты и результаты, связанные с реализацией проекта, выходящие за пределы прямых финансовых интересов участников инвестиционного проекта и допускающие стоимостное измерение.

При определении эффективности инвестиционного проекта оценка предстоящих затрат и результатов осуществляется в пределах периода планирования, который измеряется количеством шагов расчёта. Шагом расчёта в пределах планирования могут быть: месяц, квартал, полугодие или год.

Для соизмерения показателей по различным шагам периода планирования при оценке эффективности инвестиционного проекта используется приведение их к ценности в начальном шаге (дисконтирование).

Технически приведение к начальному шагу затрат, результатов и эффектов, которые имеют место на t - ом шаге расчёта реализации проекта, производится путём их умножения на коэффициент дисконтирования α_t , который определяется по формуле:

$$\alpha_t = \frac{1}{(1 + E)^t} \quad (1)$$

где t - номер шага расчёта ($t = 0, 1, \dots, T$);

T - период планирования;

E - норма дисконтирования, равная приемлемой для инвестора норме доходности на капитал.

Для сравнения вариантов инвестиционного проекта, а также для сравнения различных инвестиционных проектов используется ряд общепринятых показателей. К ним относятся: чистый дисконтированный доход (ЧДД), индекс доходности (ИД), внутренняя норма доходности (ВНД), срок окупаемости.

Чистый дисконтированный доход - это сумма текущих эффектов (разницы результатов и затрат) за весь период планирования, приведённая к начальному шагу. ЧДД рассчитывается по формуле:

$$\text{ЧДД} = \sum_{t=0}^T (R_t - Z_t^+) * \alpha_t - K \quad (2)$$

где R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;

Z_t - затраты, осуществляемые на t - ом шаге расчёта, при условии, что в них входят капиталовложения;

α_t - коэффициент дисконтирования;

K - сумма дисконтированных капиталовложений.

Сумма дисконтированных капиталовложений вычисляется по формуле:

$$K = \sum_{t=0}^T K_t * \alpha_t \quad (3)$$

где K_t - капиталовложения на t -ом шаге;

α_t - коэффициент дисконтирования;

В случае если ЧДД положителен, проект эффективен, если отрицателен - неэффективен. Чем больше ЧДД, тем эффективнее проект.

Индекс доходности - это отношение приведённого эффекта к приведённым капиталовложениям.

Индекс доходности рассчитывается по формуле:

$$\text{ИД} = 1 / K * \sum (R_t - Z_t^+) * 1 / (1+E)^t \quad (4)$$

где K - сумма дисконтированных капиталовложений;
 R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;
 Z_t - затраты, осуществляемые на t -ом шаге расчёта;
 a_t - коэффициент дисконтирования.

Если ИД больше единицы, проект эффективен, если ИД меньше единицы - неэффективен.

Внутренняя норма доходности - это норма дисконта ($E_{\text{ВНД}}$), при которой величина приведённых эффектов равна приведённым капиталовложениям, то есть $E_{\text{ВНД}}$ находится из уравнения:

$$\sum_{t=0}^T \frac{R_t - Z_t}{(1 + E_{\text{ВНД}})^t} - \sum_{t=0}^T \frac{K_t}{(1 + E_{\text{ВНД}})^t} = 0 \quad (5)$$

где: R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;

Z_t - затраты, осуществляемые на t -ом шаге расчёта, при условии, что в них входят капиталовложения;

K_t - капиталовложения на t -ом шаге;

$E_{\text{ВНД}}$ - норма дисконта.

Найденное значение $E_{\text{ВН}}$ (ВИД) сравнивается с требуемой инвестором нормой дохода на вкладываемый капитал. В случае, когда ВНД равна или больше требуемой инвестором нормы дохода на капитал, капиталовложения в данный инвестиционный проект оправданы, и может рассматриваться вопрос о его принятии. В противном случае капиталовложения в данный проект нецелесообразны.

Срок окупаемости - это минимальный временной интервал (от начала осуществления проекта), за пределами которого ЧДД становится и в дальнейшем остается неотрицательным.

При осуществлении проекта выделяется три вида деятельности: инвестиционная, операционная и финансовая.

В рамках каждого вида деятельности происходит приток и отток денежных средств.

Сальдо денежных потоков - это разность между притоком и оттоком денежных средств от всех трёх видов деятельности.

Положительное сальдо денежных потоков на t -ом шаге определяет излишние денежные средства на t -ом шаге. Отрицательное - определяет недостающие денежные средства на t -ом шаге.

Необходимым критерием осуществимости инвестиционного проекта является положительность сальдо накопленных денежных потоков в любом временном интервале, в котором осуществляют затраты и получают доходы.

Отрицательная величина сальдо накопленных денежных потоков свидетельствует о необходимости привлечения дополнительных собственных или заёмных средств и отражения этих средств в расчётах эффективности.

3.3 Оценка эффективности проекта

Значение экономического эффекта от внедрения программного проекта БУ «Нижневартовская клиническая детская окружная больница» в сумме 320 тыс. рублей в год.

Себестоимость разрабатываемой ИС складывается из текущих и капитальных затрат. Текущие затраты включают в себя: зарплату, материалы, затраты на ремонт, доставку материалов и установку.

Затраты на отчисления по налогам:

Пенсионный фонд РФ (22%):

$136000 * 0,22 = 29920$ руб.

Фонд социального страхования (2,9%):

$136000 * 0,029 = 3944$ руб.

Фонд обязательного медицинского страхования (5,1%):

$136000 * 0,051 = 6936$ руб.

Общая сумма затрат на отчисления по налогам составит:

$$29920+3944+6936=40800 \text{ руб.}$$

Таблица 3.1 – Затраты на материалы

Наименование материала	Единицы	Количество, Измерения	Цена, руб.	Общая стоимость,руб.
Стулья	шт.	18	400	7200
Стол	шт.	9	700	6300
Игрушки	шт.	20	100	2000
Шкафчики	шт.	3	1500	4500
Итого	-	-	-	20000

Суммарные затраты представлены в табл. 3.2.

Таблица 3.2 - Текущие затраты (без материалов)

Статья затрат	Сумма, руб.
ФОТ	136 000
Отчисления по налогам	40 800
Итого	176 800

Таким образом суммарные текущие затраты на обслуживание программного комплекса составят 196,80 тыс. рублей в год.

Совокупные капитальные вложения по проекту составят 227,75 тыс. рублей (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Смета капитальных вложений

Показатель	Стоимость (тыс.руб.)
Ремонт комнаты	177,75
Доставка материалов	15,0
Установка	35,0
Итого	227,75

Финансирование инвестиционного проекта предполагается осуществить за счет средств спонсоров.

В основу расчетов по оценке коммерческой эффективности проекта положены следующие предположения:

- в качестве шага планирования принят один год;
- норма дисконта принята на уровне 11,75 % в год;
- цены, тарифы и нормы изменяются на протяжении всего периода планирования.

При расчете затрат на инвестиционный проект, необходимо учитывать рост цен в связи с инфляцией. Любой инвестор желает вложить деньги так, чтобы его состояние ежегодно увеличивалось, но это невозможно, если не брать во внимание темп роста инфляции.

Продолжительность периода определена исходя из среднего срока службы технологических машин и оборудования

Норма дисконтирования установлена из условий:

- ставка рефинансирования ЦБ РФ – 7,25%;
- недополучения прибыли 4,5%.

Сделанные предположения характеризуют оценку эффективности проекта как предварительную, требующую уточнения в дальнейшем.

Результаты расчетов по оценке коммерческой эффективности проекта представлены в таблицах и рисунках.

Таблица 3.4 – Базовые параметры проекта (реальные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	227,75	100	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2019	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2020	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2021	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2022	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2023	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2024	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2025	0,00	0,00	320,00	12,5	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
Итого	227,75	100	2560	100	1574,40	227,75	757,85	151,57	606,28

Таблица 3.5 – Базовые параметры проекта (дисконтированные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	227,75	100	320,00	12,50	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2019	0,00	0,00	286,35	11,19	176,11	25,48	84,77	16,95	67,82
2020	0,00	0,00	256,24	10,01	157,59	22,80	75,86	15,17	60,69
2021	0,00	0,00	229,30	8,96	141,02	20,40	67,88	13,58	54,31
2022	0,00	0,00	205,19	8,02	126,19	18,25	60,74	12,15	48,60
2023	0,00	0,00	183,62	7,17	112,92	16,34	54,36	10,87	43,49
2024	0,00	0,00	164,31	6,42	101,05	14,62	48,64	9,73	38,91
2025	0,00	0,00	147,03	5,74	90,43	13,08	43,53	8,71	34,82
Итого	227,75	100	1792,1	70,00	1102,11	159,43	530,51	106,10	424,41

Таблица 3.6 – Базовые параметры проекта (кумулятивные реальные показатели)

Год	Капитальные вложения, тыс. руб.	Эффект, тыс. руб.	Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
2018,00	227,75	320,00	196,80	28,47	94,73	18,95	75,79
2019,00	227,75	640,00	393,60	56,94	189,46	37,89	151,57
2020,00	227,75	960,00	590,40	85,41	284,19	56,84	227,36
2021,00	227,75	1280,00	787,20	113,88	378,93	75,79	303,14
2022,00	227,75	1600,00	984,00	142,34	473,66	94,73	378,93
2023,00	227,75	1920,00	1180,80	170,81	568,39	113,68	454,71
2024,00	227,75	2240,00	1377,60	199,28	663,12	132,62	530,50
2025,00	227,75	2560,00	1574,40	227,75	757,85	151,57	606,28

Таблица 3.7 – Базовые параметры проекта (кумулятивные дисконтированные показатели)

Год	Капитальные вложения, тыс. руб.	Эффект, тыс. руб.	Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
2018	227,75	320	196,8	28,47	94,73	18,95	75,79
2019	227,75	606,35	372,91	53,94	179,5	35,9	143,6
2020	227,75	862,6	530,5	76,74	255,36	51,07	204,29
2021	227,75	1091,9	671,52	97,14	323,24	64,65	258,59
2022	227,75	1297,09	797,71	115,4	383,98	76,8	307,19
2023	227,75	1480,71	910,64	131,73	438,34	87,67	350,67
2024	227,75	1645,02	1011,69	146,35	486,98	97,4	389,59
2025	227,75	1792,05	1102,11	159,43	530,51	106,1	424,41

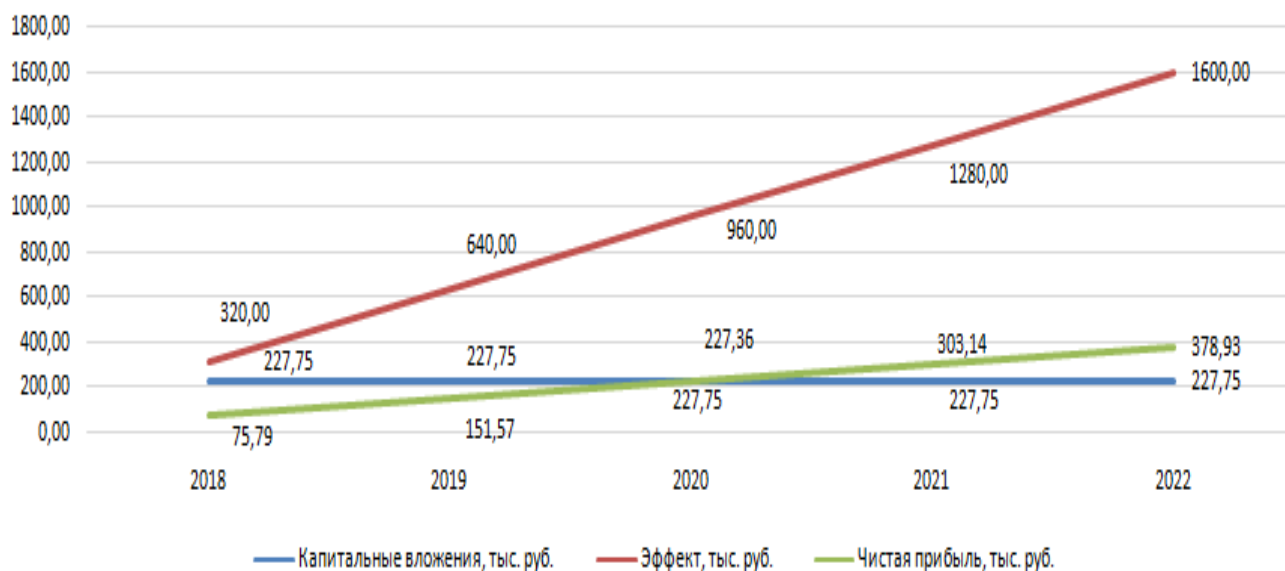


Рисунок 3.1 – Кумулятивные реальные показатели инвестиционного проекта

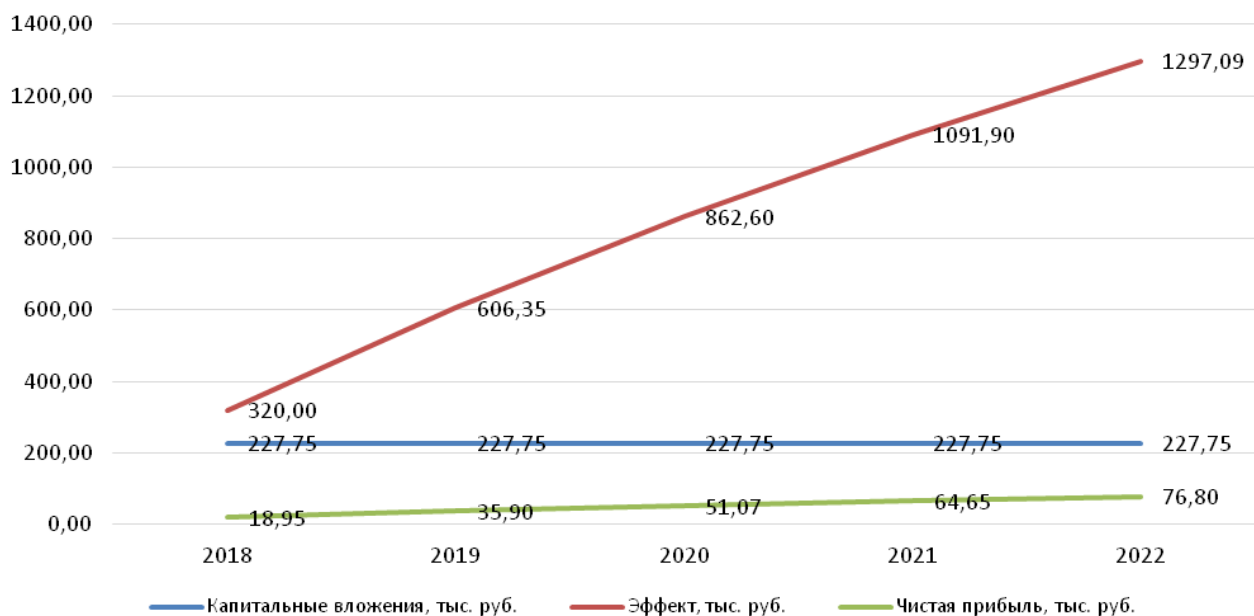


Рисунок 3.2 – Кумулятивные дисконтированные показатели инвестиционного проекта

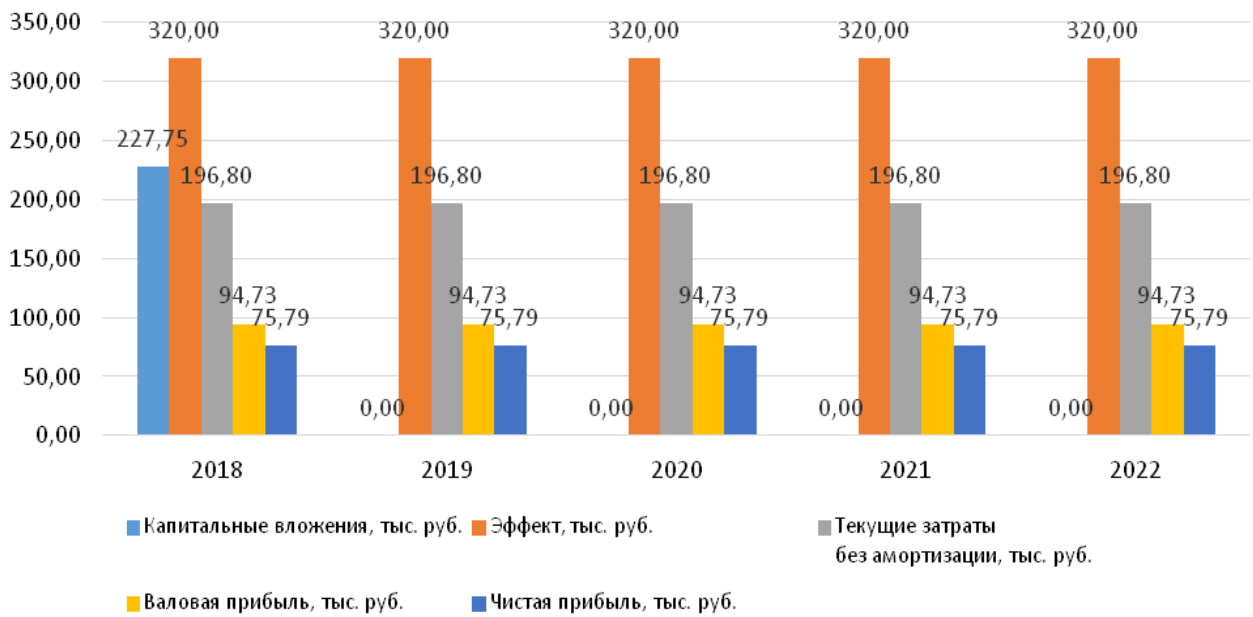


Рисунок 3.3 – Реальные показатели инвестиционного проекта

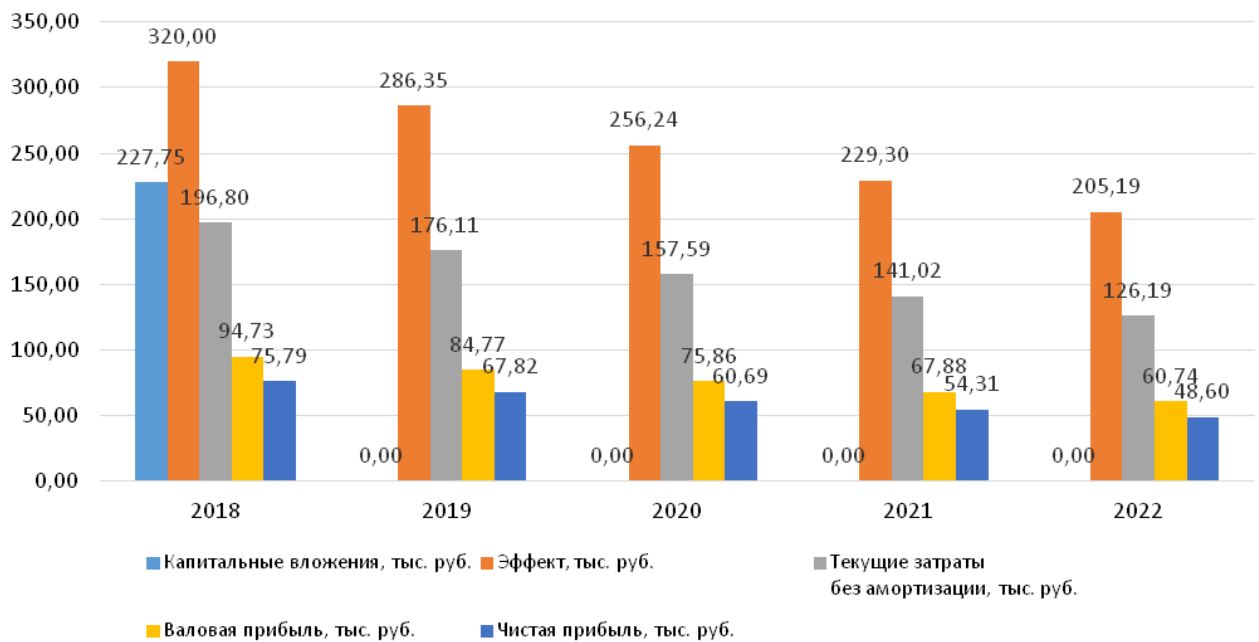


Рисунок 3.4 – Дисконтированные показатели инвестиционного проекта

Таблица 3.8 – Чистый дисконтированный и реальный доход

Год	Реальный (ЧРД)	Дисконтированный (ЧДД)	Кумулятивный реальный	Кумулятивный дисконтированный
2018	-123,50	-123,50	-123,50	-123,50
2019	104,25	93,29	-19,24	-30,20
2020	104,25	83,48	85,01	53,28
2021	104,25	74,70	189,27	127,98
2022	104,25	66,85	293,52	194,83
2023	104,25	59,82	397,77	254,65
2024	104,25	53,53	502,03	308,19
2025	104,25	47,90	606,28	356,09
Итого	606,28	356,09	-	-

Таким образом, чистый дисконтированный доход составляет 356 тыс.руб.

Определим срок окупаемости капитальных вложений. Применяя формулы расчета срока окупаемости вложений по реальным и дисконтированным потокам, выполним соответствующие расчеты.

Таблица 3.9 – Определение срока окупаемости капитальных вложений

По реальным финансовым потокам	2,48
По дисконтированным финансовым потокам	2,74

Определим внутреннюю норму доходности, т.е. такую ставку дисконтирования, при которой чистый дисконтированный доход становится равным нулю. Результаты расчетов сведем в таблицу 3.10 и рисунок 3.6. Из таблицы и рисунка видно, что ВНД проекта составляет 83,1996%, что является приемлемой величиной.

Таблица 3.10 – Определение внутренней нормы доходности (ВНД)

Показатель	Сумма
Ставка дисконтирования, %	11,7500
Чистый дисконтированный доход, тыс. руб.	356,0881
Внутренняя норма доходности, %	83,1996

Продолжение таблицы 3.10

Ставка дисконтирования, %	ЧДД, тыс. руб.
10	384,05
20	252,3
30	168,63
40	112,41
50	72,81
60	43,79
70	21,81
80	4,69
90	-8,95
100	-20,06

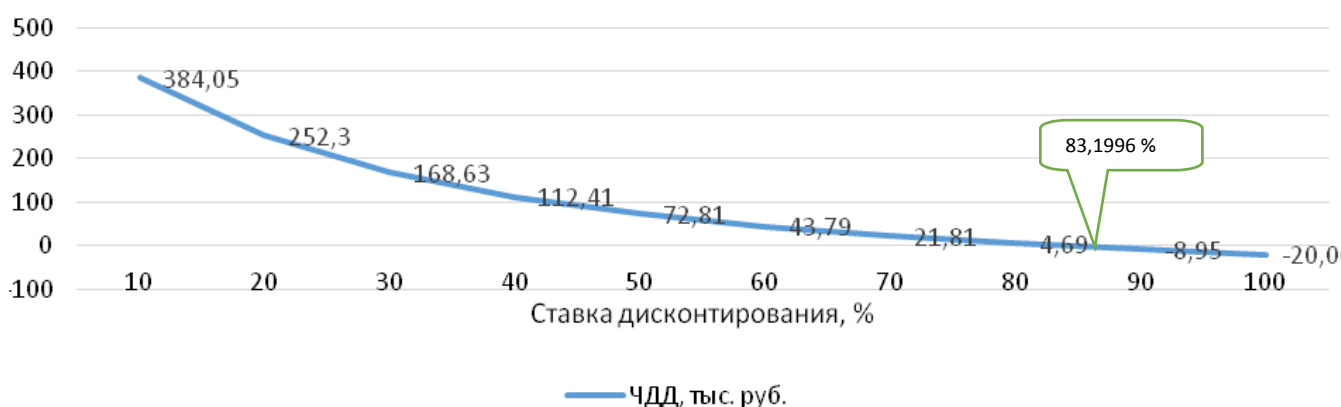


Рисунок 3.5 – Определение внутренней нормы доходности, %

Положительный чистый дисконтированный доход и индекс доходности, превосходящий единицу, позволяют охарактеризовать предлагаемый проект как эффективный.

Внутренняя норма доходности и срок окупаемости устраивает инвестора. Положительное сальдо денежных потоков свидетельствует об осуществимости проекта при избранной схеме финансирования.

3.4 Анализ чувствительности проекта

Анализ и оценка рисков занимают важное место в системе анализа долгосрочных инвестиций. Модели оценки капитальных активов предполагают, что инвесторы не склонны рисковать, поэтому из двух активов, приносящих равный доход, выберут тот, риск которого меньше.

При этом под риском понимается вероятность получения меньших доходов (или прироста стоимости актива), чем ожидается инвестором. Считается, что анализ инвестиций проводится в условиях риска, а не неопределенности, так как экономические субъекты активно собирают необходимую им информацию и могут с достаточной степенью точности судить о вероятности событий.

Для определения степени чувствительности проекта к риску строится соответствующая диаграмма, которую называют также диаграммой «Поверхность».

Для построения диаграммы «Поверхность» вычисляем вариации значений NPV при изменении данных параметров.

Таблица 3.11 – Оценка чувствительности ЧДД к риску

Параметр чувствительности		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб. (среднегодовые)	Вариация отклонений значений параметра, %						
			-30	-20	-10	0	10	20	30
Выручка (эффект), тыс. руб. (среднегодовая)		Значение	220,42	251,90	283,39	314,88	346,37	377,86	409,34
Вариация отклонений значений параметра, %	-30	358,40	190,50	102,33	14,16	-75,43	-185,64	-295,85	-406,06
	-20	409,60	333,87	245,70	157,53	69,36	-18,81	-116,64	-226,85
	-10	460,80	477,23	389,06	300,89	212,72	124,55	36,39	-51,78
	0	512,00	620,60	532,43	444,26	356,09	267,92	179,75	91,58
	10	563,20	763,96	675,79	587,62	499,45	411,28	323,11	234,95
	20	614,40	907,32	819,15	730,99	642,82	554,65	466,48	378,31
	30	665,60	1050,69	962,52	874,35	786,18	698,01	609,84	521,67

На рисунке 3.7 представлена диаграмма «Поверхность» для предлагаемого мероприятия.

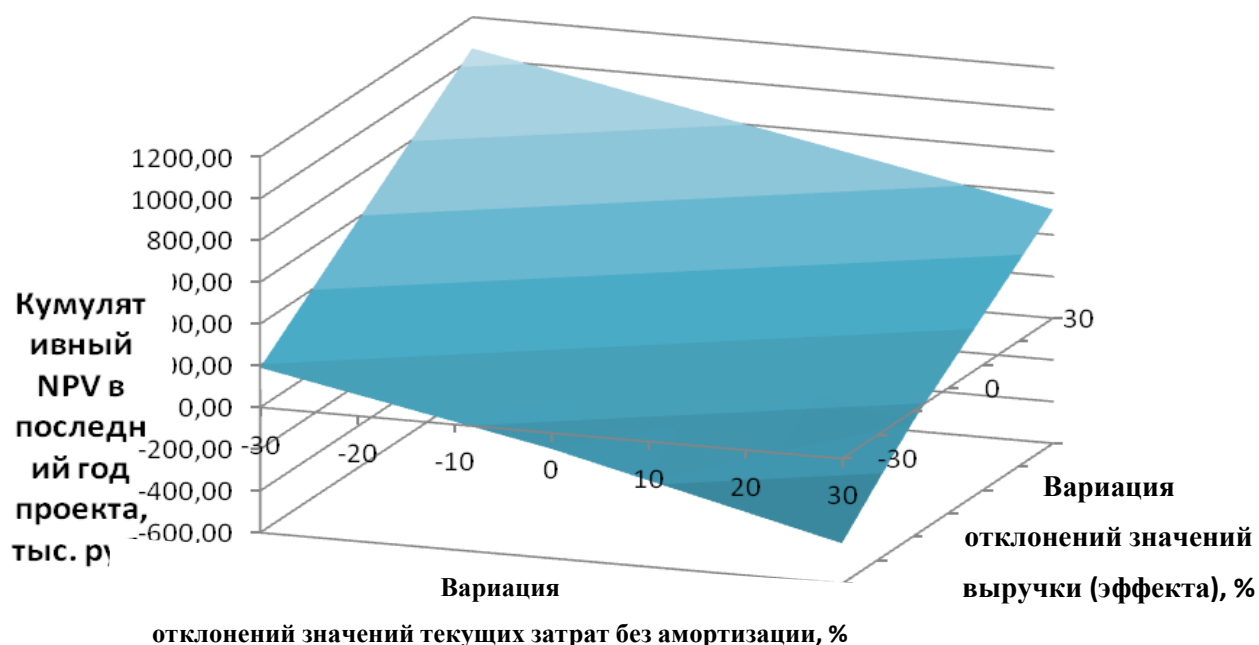


Рисунок 3.6 – Диаграмма типа «Поверхность» для оценки степени чувствительности проекта к риску

Из представленной диаграммы, видно, что изменения ЧДД при заданной вариации параметров не всегда находятся в положительной области. Проект имеет незначительный уровень риска. ЧДД становится отрицательным только если экономический эффект снизится на 20-30% при одновременном росте текущих затрат без амортизации на 10-30%. Но учитывая, что при определении экономического эффекта мы приняли за основу минимальный вариант эффекта, а текущие затраты при реализации ряда мероприятий могут быть сокращены, то можно сделать вывод, что уровень риска проекта минимален.

Согласно всем приведенным расчетам, можно говорить об экономической целесообразности проведения мероприятия.

4 РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ СДАЧИ АНАЛИЗА КРОВИ

4.1 Описание проекта

Сегодня бюджетные учреждения здравоохранения могут повысить свою доходность только за счет оказания платных услуг.

Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством должны предоставляться как дополнение к бесплатным медицинским услугам.

На платной основе не должны предоставляться медицинские услуги, которые финансируются за счет средств бюджетов всех уровней и за счет средств государственных внебюджетных фондов.

Учреждения здравоохранения вправе предоставлять за плату немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги, включая:

- пребывание в палатах повышенной комфортности;
- дополнительный уход, не обусловленный медицинскими показаниями;
- дополнительное питание;
- оснащение палат и кабинетов дополнительными видами немедицинского оборудования: телефон, телевизор, оргтехника, холодильник и т.д.;
- транспортные и другие услуги.

В соответствии с действующим законодательством в случае, если платные услуги предусмотрены уставом учреждения здравоохранения.

Условиями для оказания учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг являются:

- отсутствие соответствующих медицинских услуг в программе государственных гарантий оказания населению;
- предоставление соответствующих медицинских услуг лицам, не имеющим права на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с

Территориальной программой государственных гарантий (оказание платных медицинских услуг гражданам иностранных государств, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации при отсутствии соответствующих межгосударственных соглашений; медицинские услуги, оказываемые лицам, не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования и т.д.);

- предоставление медицинских услуг по разрешенным технологиям, не входящим в стандарт оказания медицинской помощи при конкретном заболевании (т.е. оказание платных медицинских услуг по желанию граждан сверх стандарта оказания медицинской помощи);

- предоставление медицинских услуг, не являющихся для конкретного учреждения предметом обязательств в отношении выполнения территориальной программы государственных гарантий.

На сегодняшний день БУ ««Нижневартовская окружная клиническая детская больница» оказывает достаточно большой спектр различных платных услуг, среди которых и услуги бактериологической лаборатории, услуги клинко-диагностической лаборатории, зондирование, рентгенография и пр.

Далее обратим внимание на то, что в октябре 2017 года MAR CONSULT опросила 1,5 тысячи жителей городов России в возрасте от 18 до 65 лет, в исследовании в равной степени приняли участие мужчины и женщины.

Среди наиболее востребованных платных медицинских услуг – услуги стоматолога, их оплачивает почти половина опрошенных – 49%. Анализы и диагностику платно проходят 43% опрошенных, при этом 63% из них сдают анализы и по полису ОМС.

В тройку востребованных платных услуг вошли также консультации узких специалистов – за услуги кардиологов, онкологов и других врачей платят 30% пациентов.

На рис. 4.1 наглядно представлены результаты данного опроса.

Пользование услугами платной медицины и готовность платить



Рисунок 4.1 – Результаты опроса населения

В случае БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница» анализы и диагностика также являются самыми востребованными услугами.

Одними из самых популярных методов исследования являются исследования крови.

Технологии исследования крови постоянно совершенствуются. Поэтому у хорошо известных методов анализа крови появляются новые возможности в диагностике заболеваний.

Новейшей технологией в этой области, все более активно используемой в последние годы, является мультиплексный иммуноферментный анализ. Метод позволяет одновременно определять несколько параметров в одном образце крови небольшого объема. Это дает возможность исследовать не только концентрацию отдельных белков (ферментов, гормонов, сигнальных белков и др.), но и их взаимодействие, следить за образованием аутоантител, определять специфичность антител, идентифицировать модификации белков и изучать их взаимодействие с ма-

лыми молекулами. Таким образом, врачу, помимо конечного результата, становится доступной оценка самих процессов, протекающих в организме человека.

На сегодняшний день в исследуемой больнице такого анализа нет по причине отсутствия необходимого оборудования. В связи с чем предлагается купить аппарат, позволяющий проводить данное исследование.

FlexMap 3D – новое поколение мультиплексного анализа Luminex.

Благодаря использованию трех красителей система Luminex FlexMap 3D позволяет анализировать до 500 уникальных мишеней в каждой отдельной лунке микропланшета (96 или 384 лунки).

Средняя продолжительность анализа 96-луночного планшета менее 25 минут.

Преимущества:

- два проточных канала в анализаторе;
- увеличенная скорость забора образцов из лунки;
- оптимизация скорости потока образцов;
- быстрое переключение многоканального клапана;
- усовершенствованные алгоритмы анализа данных в реальном времени.

Таким образом, в рамках повышения эффективности деятельности БУ «Нижневартговской окружной клинической детской больницы» было предложено расширить список наиболее востребованных услуг еще одним более точным анализом, а именно мультиплексным иммуноферментным анализом крови. Для этого необходимо закупить новое оборудование.

Для оценки экономической эффективности предложенного инвестиционного проекта необходимо, в первую очередь, провести анализ затрат, которые потребуются на реализацию данной идеи.

Следует описать основные статьи затрат на реализацию данной идеи.

Следовательно, в таблице 4.1 представим основные затраты на данный проект.

Таблица 4.1 – Затраты на реализацию проекта по внедрению нового оборудования для платного анализа

Наименование	Сумма, в тыс. руб.
Единовременные затраты	
Закупка оборудования	2 470
Установка	35
Итого	2 505
Текущие затраты	
Затраты на закуп материала	200
Заработная плата	196
Общие затраты	2 901

Следовательно, на реализацию данного проекта необходимо будет 2 901 тыс. руб. Отметим, что БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница» не может позволить себе такие расходы, следовательно, как и в первом варианте инвестиционной идеи, медицинское учреждение будет привлекать спонсором и меценатов.

Для того, чтобы оценить экономическую эффективность от предложенных мероприятий, отметим, что стоимость одного данного анализа будет установлена на уровне 750 руб.

Исходя из спроса на анализ крови (35 анализов в день), который до этого предлагался в больнице по цене 550 руб. , руководство рассчитывает, что более 50% захочет проводить более модифицированный анализ, соответственно спрос составит 17 анализов в день.

Рассчитаем прибыль:

$$17 * 750 * 247 \text{ (к-во рабочих дней в году)} = 3\,149\,000 \text{ руб.}$$

Рассчитаем далее Индекс доходности. Этот показатель безразмерный, и правило принятия инвестиционных решений по нему имеет вид: ИД > 1, то проект принимается; если ИД < 1, то проект отвергается; если ИД = 1, то для принятия решения следует учесть обстоятельства, не входящие в исходную информацию.

$$\text{ИД} = 10271 / 2505 = 4,1$$

Полученное значение свидетельствует о том, что проект является прибыльным, что говорит о том, что его можно принять.

Срок окупаемости проекта составляет 1 год 2 месяца. Внутренняя норма доходности – 77%.

Все вышеуказанное подтверждает эффективность проекта.

Подводя итог, в данной главе было предложено реализовать еще одну инвестиционную идею, а именно внедрение нового оборудования для анализа крови для предоставления новой платной услуги. Отмечено, что на сегодняшний день наиболее востребованными платными услугами являются анализы и диагностика. По этой причине и было выбрано именно данное направление новейших услуг.

4.2 Методические основы оценки эффективности инвестиционного проекта

Эффективность инвестиционного проекта характеризуется системой показателей, которые отражают соотношение затрат и результатов от инвестиционного проекта.

Выделяют следующие показатели эффективности инвестиционного проекта относительно интересов его участников:

- показатели коммерческой (финансовой) эффективности, учитывающие финансовые последствия реализации проекта для его непосредственных участников;
- показатели бюджетной эффективности, отражающие финансовые последствия проекта для федерального, регионального или местного бюджетов;
- показатели экономической эффективности, учитывающие затраты и результаты, связанные с реализацией проекта, выходящие за пределы прямых финансовых интересов участников инвестиционного проекта и допускающие стоимостное измерение.

При определении эффективности инвестиционного проекта оценка предстоящих затрат и результатов осуществляется в пределах периода планирования, который измеряется количеством шагов расчёта. Шагом расчёта в пределах планирования могут быть: месяц, квартал, полугодие или год.

Для соизмерения показателей по различным шагам периода планирования при оценке эффективности инвестиционного проекта используется приведение их к ценности в начальном шаге (дисконтирование).

Технически приведение к начальному шагу затрат, результатов и эффектов, которые имеют место на t -ом шаге расчёта реализации проекта, производится путём их умножения на коэффициент дисконтирования α_t , который определяется по формуле:

$$\alpha_t = \frac{1}{(1 + E)^t} \quad (6)$$

где: t - номер шага расчёта ($t = 0, 1, \dots, T$);

T - период планирования;

E - норма дисконтирования, равная приемлемой для инвестора норме доходности на капитал.

Для сравнения вариантов инвестиционного проекта, а также для сравнения различных инвестиционных проектов используется ряд общепринятых показателей. К ним относятся: чистый дисконтированный доход (ЧДД), индекс доходности (ИД), внутренняя норма доходности (ВНД), срок окупаемости.

Чистый дисконтированный доход - это сумма текущих эффектов (разницы результатов и затрат) за весь период планирования, приведённая к начальному шагу. ЧДД рассчитывается по формуле:

$$\text{ЧДД} = \sum_{t=0}^T (R_t - Z_t^+) * \alpha_t - K \quad (7)$$

где: R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;

Z_t - затраты, осуществляемые на t - ом шаге расчёта, при условии, что в них входят капиталовложения;

α_t - коэффициент дисконтирования;

K - сумма дисконтированных капиталовложений.

Сумма дисконтированных капиталовложений вычисляется по формуле:

$$K = \sum K_t \times \alpha_t \quad (8)$$

где K_t - капиталовложения на t -ом шаге;

α_t - коэффициент дисконтирования;

В случае если ЧДЦ положителен, проект эффективен, если отрицателен - неэффективен. Чем больше ЧДЦ, тем эффективнее проект.

Индекс доходности - это отношение приведённого эффекта к приведённым капиталовложениям.

Индекс доходности рассчитывается по формуле:

$$\text{ИД} = 1/K \times \sum (R_t - Z_t) \times \alpha_t \quad (9)$$

Где: K - сумма дисконтированных капиталовложений;

R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;

Z_t - затраты, осуществляемые на t - ом шаге расчёта;

α_t - коэффициент дисконтирования.

Если ИД больше единицы, проект эффективен, если ИД меньше единицы - неэффективен.

Внутренняя норма доходности - это норма дисконта ($E_{вн}$), при которой величина приведённых эффектов равна приведённым капиталовложениям, то есть $E_{вн}$ находится из уравнения:

$$\sum (R_t - Z_t) / (1 + E_{вн})^t = \sum K_t / (1 + E_{вн})^t \quad (10)$$

где: R_t - результаты, достигаемые на t -ом шаге расчёта;

Z_t - затраты, осуществляемые на t - ом шаге расчёта, при условии, что в них входят капиталовложения;

K_t - капиталовложения на t -ом шаге;

$E_{вн}$ - норма дисконта.

Найденное значение $E_{вн}$ (ВИД) сравнивается с требуемой инвестором нормой дохода на вкладываемый капитал. В случае, когда ВНД равна или больше требуемой инвестором нормы дохода на капитал, капиталовложения в данный инвестиционный проект оправданы, и может рассматриваться вопрос о его принятии. В противном случае капиталовложения в данный проект нецелесообразны.

Срок окупаемости - это минимальный временной интервал (от начала осуществления проекта), за пределами которого ЧДД становится и в дальнейшем остается неотрицательным.

При осуществлении проекта выделяется три вида деятельности: инвестиционная, операционная и финансовая.

В рамках каждого вида деятельности происходит приток и отток денежных средств.

Сальдо денежных потоков - это разность между притоком и оттоком денежных средств от всех трёх видов деятельности.

Положительное сальдо денежных потоков на t -ом шаге определяет излишние денежные средства на t -ом шаге. Отрицательное - определяет недостающие денежные средства на t -ом шаге.

Необходимым критерием осуществимости инвестиционного проекта является положительность сальдо накопленных денежных потоков в любом временном интервале, в котором осуществляют затраты и получают доходы.

Отрицательная величина сальдо накопленных денежных потоков свидетельствует о необходимости привлечения дополнительных собственных или заёмных средств и отражения этих средств в расчётах эффективности.

4.3 Оценка эффективности проекта

Значение экономического эффекта от внедрения программного проекта БУ «Нижевартовская клиническая детская окружная больница» в сумме 1800 тыс. рублей в год.

Себестоимость разрабатываемой ИС складывается из текущих и капитальных затрат. Текущие затраты включают в себя: зарплату, материалы, затраты на ремонт, доставку материалов и установку.

Затраты на отчисления по налогам:

Пенсионный фонд РФ (22%):

$196000 * 0,22 = 43120$ руб.

Фонд социального страхования (2,9%):

$136000 * 0,029 = 5684$ руб.

Фонд обязательного медицинского страхования (5,1%):

$136000 * 0,051 = 9996$ руб.

Общая сумма затрат на отчисления по налогам составит:

$43120 + 5684 + 9996 = 58800$ руб.

Таблица 4.2 – Затраты на материалы

Наименование материала	Единицы измерения	Количество	Цена, руб.	Общая стоимость, руб.
Холодильник	шт.	2	35000	70000
Телефон	шт.	2	1500	3000
Многофункциональное устройство	шт.	1	17000	17000
Телевизор	шт.	1	40000	40000
Диван	шт.	1	25000	25000
Стол	шт.	2	7000	14000
Кулер	шт.	1	3600	3600
Стул	шт.	4	1000	4000
Кресло	шт.	3	2000	6000
Шкаф	шт.	3	5800	17400
Итого				200000

Суммарные затраты представлены в табл. 4.3.

Таблица 4.3 - Текущие затраты (без материалов)

Статья затрат	Сумма, руб.
ФОТ	196 000
Отчисления по налогам	58 800
ИТОГО	254 800

Таким образом суммарные текущие затраты на обслуживание программного комплекса составят 254,80 тыс. рублей в год.

Совокупные капитальные вложения по проекту составят 2505,00 тыс. рублей (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 - Смета капитальных вложений

Показатель	Стоимость (тыс.руб.)
Оборудование по сбору крови	2470,00
Установка	35,00
Итого	2505,00

Финансирование инвестиционного проекта предполагается осуществить за счет средств спонсоров.

В основу расчетов по оценке коммерческой эффективности проекта положены следующие предположения:

- в качестве шага планирования принят один год;
- норма дисконта принята на уровне 11,75 % в год;
- цены, тарифы и нормы изменяются на протяжении всего периода планирования.

При расчете затрат на инвестиционный проект, необходимо учитывать рост цен в связи с инфляцией. Любой инвестор желает вложить деньги так, чтобы его состояние ежегодно увеличивалось, но это невозможно, если не брать во внимание темп роста инфляции.

Продолжительность периода определена исходя из среднего срока службы технологических машин и оборудования.

Норма дисконтирования установлена из условий:

- ставка рефинансирования ЦБ РФ – 7,25%;

– риск недополучения прибыли 4,5%.

Сделанные предположения характеризуют оценку эффективности проекта как предварительную, требующую уточнения в дальнейшем.

Таблица 4.5 – Базовые параметры проекта (реальные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	2505	100	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2019	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2020	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2021	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2022	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2023	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2024	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2025	0,00	0,00	1800	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
ИТОГО	2505	100	14400	100	3638,40	2505,00	8256,60	1651,32	6605,28

Таблица 4.6 – Базовые параметры проекта (дисконтированные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	2505	100	1800,00	12,50	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2019	0,00	0,00	1610,74	11,19	406,98	280,20	923,56	184,71	738,85
2020	0,00	0,00	1441,38	10,01	364,19	250,74	826,45	165,29	661,16
2021	0,00	0,00	1289,82	8,96	325,90	224,38	739,55	147,91	591,64
2022	0,00	0,00	1154,20	8,02	291,63	200,78	661,79	132,36	529,43
2023	0,00	0,00	1032,84	7,17	260,97	179,67	592,21	118,44	473,77
2024	0,00	0,00	924,25	6,42	233,53	160,78	529,94	105,99	423,95
2025	0,00	0,00	827,07	5,74	208,97	143,87	474,22	94,84	379,37
Итого	2505	100	10080,30	70,00	2546,95	1753,55	5779,79	1155,96	4623,83

Таблица 4.7 – Базовые параметры проекта (кумулятивные реальные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	2505,00	100,00	1800,00	100,00	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2019	2505,00	0,00	3600,00	0,00	909,60	626,25	2064,15	412,83	1651,32
2020	2505,00	0,00	5400,00	0,00	1364,40	939,38	3096,23	619,25	2476,98
2021	2505,00	0,00	7200,00	0,00	1819,20	1252,50	4128,30	825,66	3302,64
2022	2505,00	0,00	9000,00	0,00	2274,00	1565,63	5160,38	1032,08	4128,30
2023	2505,00	0,00	10800,00	0,00	2728,80	1878,75	6192,45	1238,49	4953,96
2024	2505,00	0,00	12600,00	0,00	3183,60	2191,88	7224,53	1444,91	5779,62
2025	2505,00	0,00	14400,00	0,00	3638,40	2505,00	8256,60	1651,32	6605,28

Таблица 4.8 – Базовые параметры проекта (кумулятивные дисконтированные показатели)

Год	Капитальные вложения		Эффект		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб.	Амортизация, тыс. руб.	Валовая прибыль, тыс. руб.	Налог на прибыль, тыс. руб.	Чистая прибыль, тыс. руб.
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%					
2018	2505	100	1800,00	100	454,80	313,13	1032,08	206,42	825,66
2019	2505	0,00	3410,74	0,00	861,78	593,33	1955,63	391,13	1564,51
2020	2505	0,00	4852,11	0,00	1225,97	844,07	2782,08	556,42	2225,67
2021	2505	0,00	6141,94	0,00	1551,86	1068,44	3521,63	704,33	2817,31
2022	2505	0,00	7296,14	0,00	1843,49	1269,22	4183,42	836,68	3346,74
2023	2505	0,00	8328,98	0,00	2104,46	1448,90	4775,63	955,13	3820,51
2024	2505	0,00	9253,23	0,00	2337,98	1609,68	5305,57	1061,11	4244,46
2025	2505	0,00	10080,30	0,00	2546,95	1753,55	5779,79	1155,96	4623,83

Таблица 4.9 – Чистый дисконтированный и реальный доход в тыс. руб.

Год	Реальный (ЧРД)	Дисконтированный (ЧДД)	Кумулятивный реальный	Кумулятивный дисконтированный
2018	-1366,22	-1366,22	-1366,22	-1366,22
2019	1138,79	1019,05	-227,43	-347,17
2020	1138,79	911,90	911,36	564,73
2021	1138,79	816,02	2050,14	1380,75
2022	1138,79	730,22	3188,93	2110,96
2023	1138,79	653,44	4327,71	2764,40
2024	1138,79	584,73	5466,50	3349,13
2025	1138,79	523,25	6605,28	3872,38
Итого	6605,28	3872,38	-	-

Таким образом, чистый дисконтированный доход составляет 3872,38 тыс. руб.

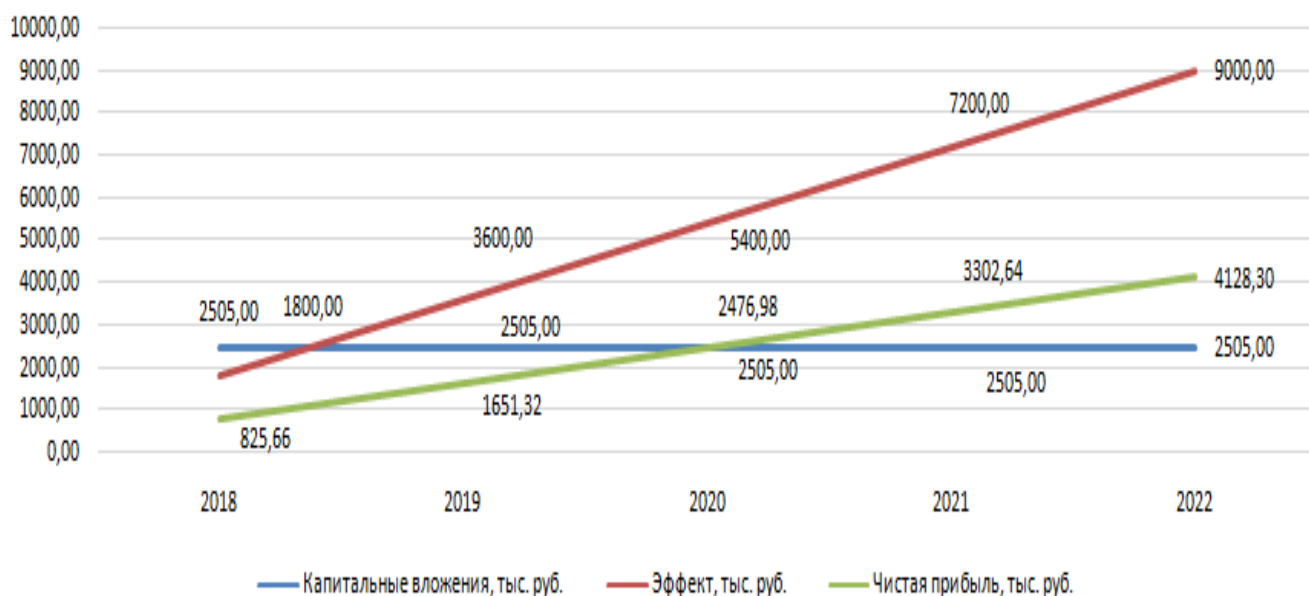


Рисунок 4.2 – Кумулятивные реальные показатели инвестиционного проекта

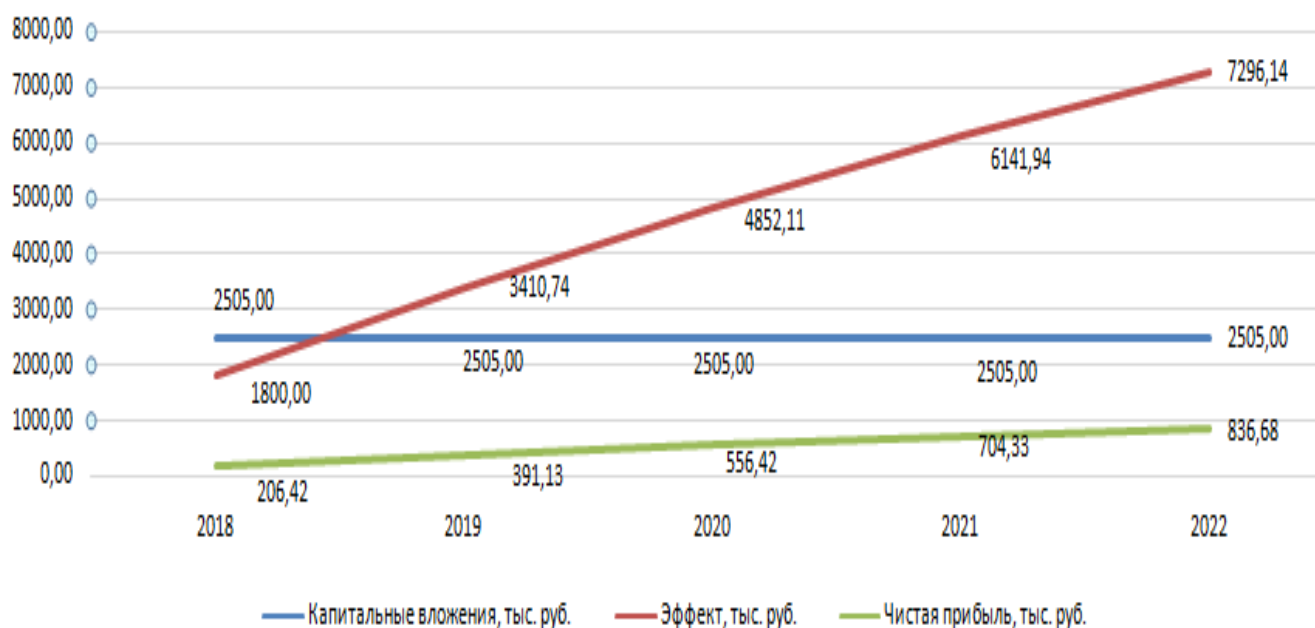


Рисунок 4.3 – Кумулятивные дисконтированные показатели инвестиционного проекта

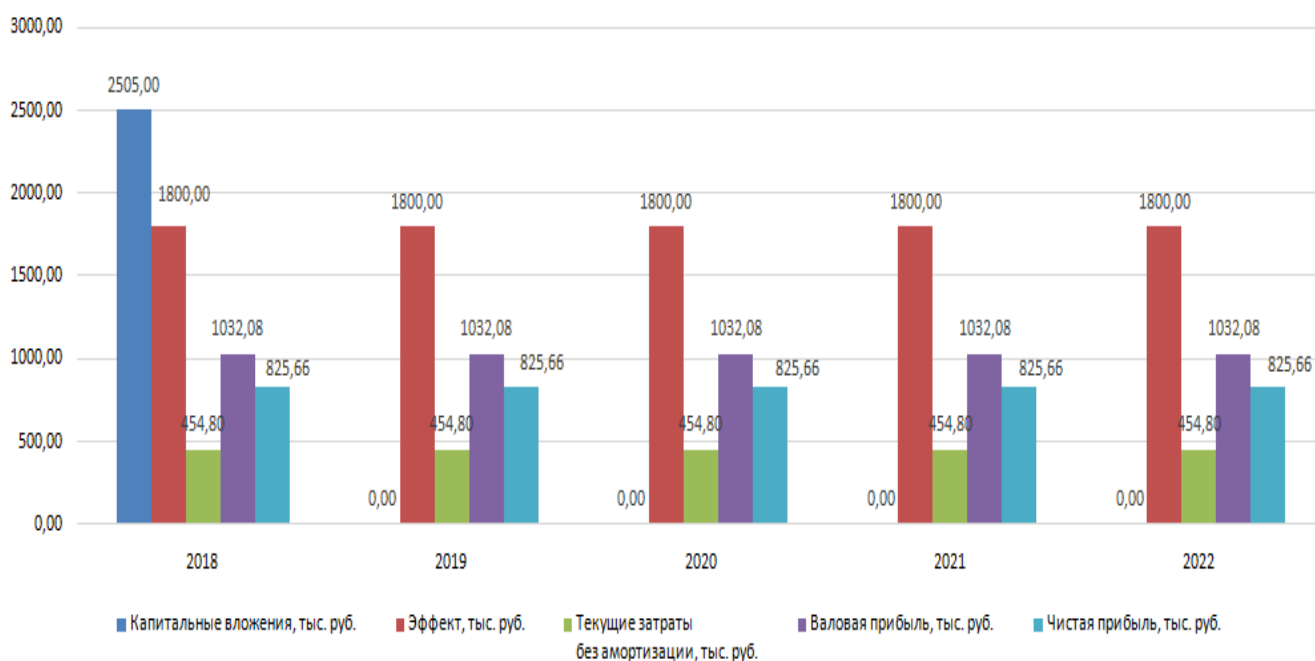


Рисунок 4.4 – Реальные показатели инвестиционного проекта

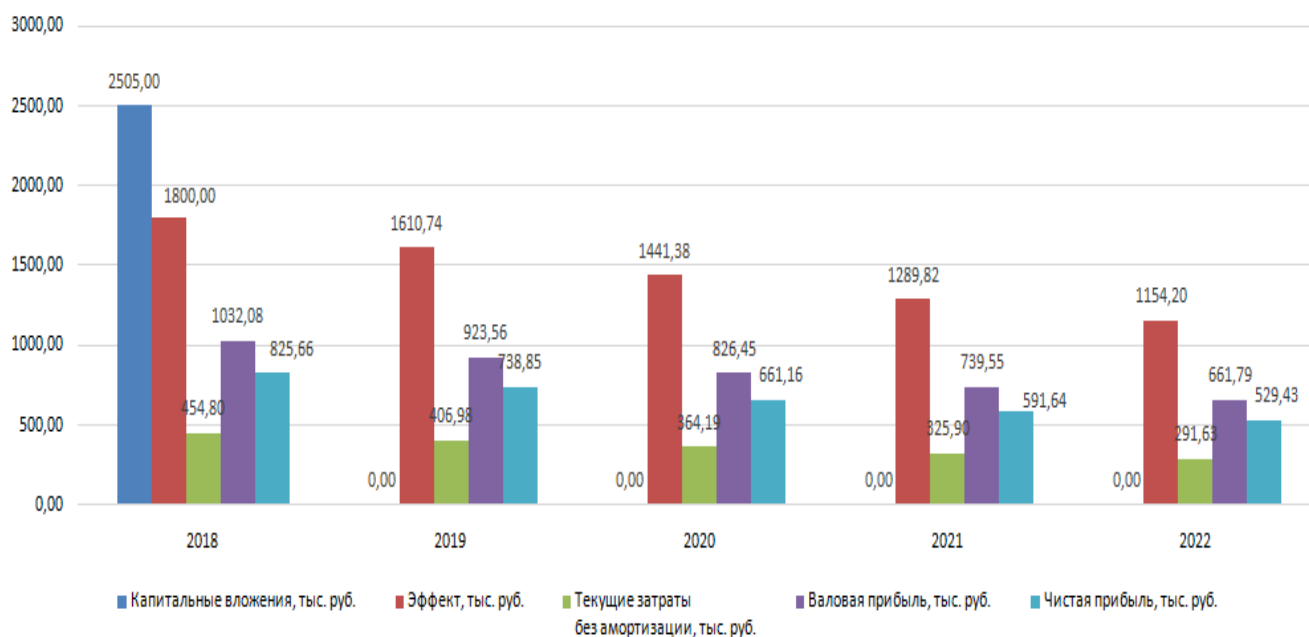


Рисунок 4.5 – Дисконтированные показатели инвестиционного проекта

Определим срок окупаемости капитальных вложений. Применяя формулы расчета срока окупаемости вложений по реальным и дисконтированным потокам, выполним соответствующие расчеты.

Таблица 4.10 – Определение срока окупаемости капитальных вложений

По реальным финансовым потокам	2,20
По дисконтированным финансовым потокам	2,38

Определим внутреннюю норму доходности, т.е. такую ставку дисконтирования, при которой чистый дисконтированный доход становится равным нулю. Результаты расчетов сведем в таблицу 4.10 и рисунок 4.6. Из таблицы и рисунка видно, что ВНД проекта составляет 82,1%, что является приемлемой величиной.

Таблица 4.11 – Определение внутренней нормы доходности (ВНД)

Показатель	Сумма
Ставка дисконтирования, %	11,7500
Чистый дисконтированный доход, тыс. руб.	3872,3830
Внутренняя норма доходности, %	82,1000

Ставка дисконтирования, %	ЧДД, тыс. руб.
10	4178
20	2738
30	1825
40	1211
50	778
60	461
70	221
80	34
90	-115
100	-236

Положительный чистый дисконтированный доход и индекс доходности, превосходящий единицу, позволяют охарактеризовать предлагаемый проект как эффективный.

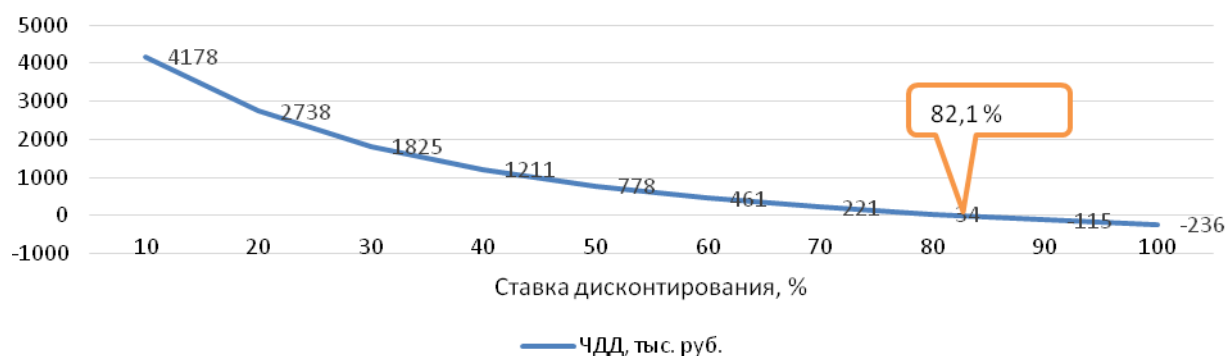


Рисунок 4.6 – Определение внутренней нормы доходности, %

Внутренняя норма доходности и срок окупаемости устраивает инвестора. Положительное сальдо денежных потоков свидетельствует об осуществимости проекта при избранной схеме финансирования.

4.4 Анализ чувствительности проекта

Анализ и оценка рисков занимают важное место в системе анализа долгосрочных инвестиций. Модели оценки капитальных активов предполагают, что инвесторы не склонны рисковать, поэтому из двух активов, приносящих равный доход, выберут тот, риск которого меньше.

При этом под риском понимается вероятность получения меньших доходов (или прироста стоимости актива), чем ожидается инвестором. Считается, что анализ инвестиций проводится в условиях риска, а не неопределенности, так как экономические субъекты активно собирают необходимую им информацию и могут с достаточной степенью точности судить о вероятности событий.

Для определения степени чувствительности проекта к риску строится соответствующая диаграмма, которую называют также диаграммой «Поверхность».

Для построения диаграммы «Поверхность» вычисляем вариации значений NPV при изменении данных параметров.

Таблица 4.12 – Оценка чувствительности ЧДД к риску

Параметр чувствительности		Текущие затраты без амортизации, тыс. руб. (среднегодовые)	Вариация отклонений значений параметра, %						
			-30	-20	-10	0	10	20	30
Выручка (эффект), тыс. руб. (среднегодовая)		Значение	2016,00	2304,00	2592,00	2880,00	3168,00	3456,00	3744,00
Вариация отклонений значений параметра, %	-30	0,00	2064,38	1860,62	1656,87	1453,11	1249,36	1045,60	841,84
	-20	0,00	2870,80	2667,05	2463,29	2259,54	2055,78	1852,02	1648,27
	-10	0,00	3677,23	3473,47	3269,72	3065,96	2862,20	2658,45	2454,69
	0	0,00	4483,65	4279,90	4076,14	0,00	3668,63	3464,87	3261,11
	10	0,00	5290,08	5086,32	4882,56	4678,81	4475,05	4271,29	4067,54
	20	0,00	6096,50	5892,74	5688,99	5485,23	5281,47	5077,72	4873,96
	30	0,00	6902,92	6699,17	6495,41	6291,65	6087,90	5884,14	5680,38

На рисунке 4.7 представлена диаграмма «Поверхность» для предлагаемого мероприятия.

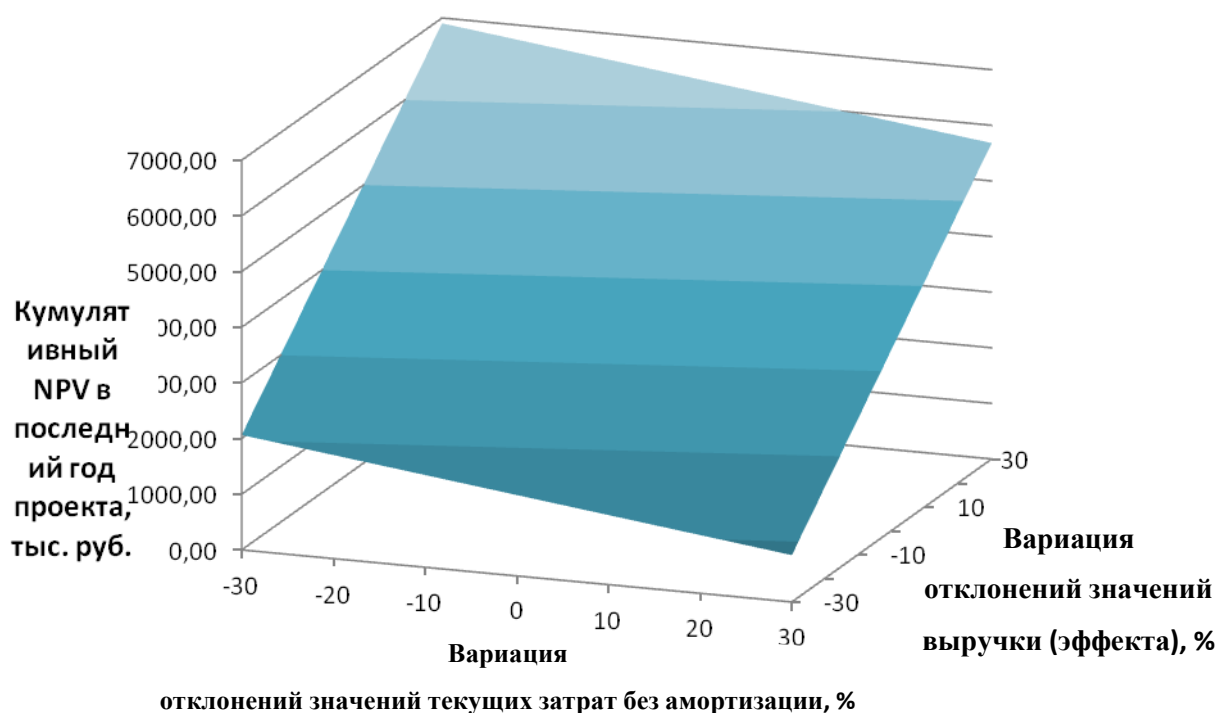


Рисунок 4.7 – Диаграмма типа «Поверхность» для оценки степени чувствительности проекта к риску

Из представленной диаграммы, видно, что изменения ЧДД при заданной вариации параметров не всегда находятся в положительной области. Проект имеет незначительный уровень риска. ЧДД становится отрицательным только если экономический эффект снизится на 20-30% при одновременном росте текущих затрат без амортизации на 10-30%. Но учитывая, что при определении экономического эффекта мы приняли за основу минимальный вариант эффекта, а текущие затраты при реализации ряда мероприятий могут быть сокращены, то можно сделать вывод, что уровень риска проекта минимален.

Согласно всем приведенным расчетам, можно говорить об экономической целесообразности проведения мероприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в рамках данной работы проводилась оценка деятельности такого бюджетного учреждения, как БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница».

Для достижения поставленной цели необходимо было решить ряд задач. Первая из них, состояла в теоретическом изучении основ деятельности бюджетного учреждения здравоохранения.

В первую очередь, отметим, что бюджетное учреждение в сфере здравоохранения представляет собою некоммерческое предприятие, которое создано для оказания услуг в сфере здравоохранения населению, при этом деятельность такого учреждения финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственных внебюджетных фондов на основе плана финансово - хозяйственной деятельности доходов и расходов.

Особое внимание было уделено регулированию деятельности бюджетных учреждений. Отметим, что деятельность любого учреждения в сфере здравоохранения регулируется, в первую очередь, Министерством Здравоохранения РФ. Кроме этого деятельность учреждений в сфере здравоохранения регулируют и другие государственные структуры. При этом, правовой основой деятельности данных учреждений являются различные Кодексы РФ, Федеральные Законы и нормативные акты.

Также следует указать на то, что бюджетные учреждения имеют различные источники финансирования, среди которых: бюджетные средства, Фонд обязательного медицинского страхования, добровольное медицинское страхование, а также платные услуги.

Деятельность бюджетного учреждения здравоохранения связана с медицинским страхованием, которое является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. При этом, как было отмечено, выделяют две формы страхования: добровольное и обязательное.

В рамках второй задачи, следовало провести оценку деятельности БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы». Соответственно, анализ организационной структуры выявил, что она построена по линейно-функциональному типу и во главе стоит главный врач, которому подчиняются его заместители, главный бухгалтер и пр. Отметим, что фактическая численность персонала каждый год меньше плановой, что говорит о том, что БУ «Нижевартовская окружная клиническая детская больница» имеет проблемы с недостатком трудовых ресурсов.

Дальнейший анализ установил, что источниками финансирования деятельности учреждения являются бюджетные средства, ТФОМС, ФСС и внебюджетные средства. Кроме этого анализ установил, что расходы учреждения каждый год превышают его доходы. Наибольшее отклонение характерно для внебюджетных средств. Следовательно, можно отметить, что деятельность БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» имеет определенные проблемы, которые требуют своего решения, в частности – это недостаток трудовых ресурсов, наличие убытка каждый год и невыполнение планов по внебюджетным средствам.

Завершающим этапом работы было предложение инвестиционных проектов по увеличению объемов предоставляемых услуг.

Соответственно, первой бизнес-идеей было создание детской игровой комнаты. Для этого, в первую очередь, были опрошены родители. Это помогло установить не только тот факт, что они поддерживают данную идею, но и готовы платить за пребывание детей в такой комнате. Следовательно, с помощью опроса было установлено, что размер оплаты составит 75 руб. в сутки за одного ребенка.

Также предложено еще одну инвестиционную идею, а именно внедрение нового оборудования для анализа крови для предоставления новой платной услуги. Анализ эффективности установил, что затраты на покупку нового оборудования составят 2 505 000 руб. При этом проведенная оценка эффективности подтвердила эффективность и прибыльность обоих проектов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект : моногр. / В.Г. Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград : Волгогр. науч. изд- во, 2014. – 276 с. : ил., табл. – Библиогр.: с. 186–194.

2 Арзуманова, Т.И. Экономика организации: Учебник / Т.И. Арзуманова, М.Ш. Мачабели. - М.: Дашков и К, 2016. – 240 с.

3 Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 №145-ФЗ (ред. от 28.12.2017) // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 21.02.2018).

4 Белик, Е.А. К вопросу о применении централизованных структур управления в организациях системы здравоохранения / Е.А. Белик // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2013. - № 4. – С. 124-132.

5 Бояркина, Е.В. Проблема финансирования бюджетных учреждений / Е.В. Бояркина // В сборнике: Проблемы и перспективные направления развития учетно-экономических наук и технологий сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции. Под редакцией Красновой Н.А.. – 2017. – С. 218-223.

6 Веретенникова, И.И. Экономика организации (предприятия): Учебное пособие для бакалавров / И.В. Сергеев, И.И. Веретенникова; Под ред. И.В. Сергеев. - М.: Юрайт, 2013. – 671 с.

7 «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30.11.1994 N 51 – ФЗ (ред. от 29.12.2017) ГК РФ Статья 50. Коммерческие и некоммерческие организации // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 21.02.2018).

8 Глушанко, В.С. Интегрирующая функция преподавания дисциплины «общественное здоровье и здравоохранение» в контексте современных проблем

модернизации здравоохранения / В.С. Глушанко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2012. - Т. 11. № 4. – С. 99-106.

9 Глушонкова, А.В. Здравоохранение будущего, электронное здравоохранение / А.В. Глушонкова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. - Т. 9. № 3. – С. 27.

10 Глущенко, А.Н. К дискуссии о понятии «система здравоохранения РФ»: административно-правовой аспект / Глущенко А.Н. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Право. – 2013. - № 43 (302). – С. 80-84.

11 Дубовицких, М.А. Коммуникации в сфере здравоохранения, обратная связь: население – учреждения здравоохранения посредством сети Интернет / М.А. Дубовицких // Интеллект. Инновации. Инвестиции. – 2012. - № 5-1 (22). – С. 103-106.

12 Дворецкий, Н.Н. Добровольное медицинское страхование России / Н.Н. Дворецкий // В сборнике: Становление и развитие предпринимательства в России: история, современность и перспективы Сборник материалов ежегодной Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 35-40.

13 Демцура, С.С. Понятие и классификация финансовых ресурсов бюджетной организации / С.С. Демцура // Наука XXI века: актуальные направления развития. – 2017. - № 1-2. – С. 38-40.

14 Ерохина, Т.В. Роль здравоохранения в системе национальной безопасности / Т.В. Ерохина // Наука и общество. – 2013. - № 4-5 (13-14). – С. 82-87.

15 Ибрагимова, А.Х. Понятие бюджетных организаций и их финансовых результатов / А.Х. Ибрагимова, И.И. Шахбанов // В сборнике: управление социально-экономическим развитием регионов. Ответственный редактор Горохов А.А.. – 2013. – С. 215-217.

16 «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (ред. от 21.07.2014) // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 16.01.2018).

17 Камшилов, А.Н. О системе нормативно-правовых актов, действующих в сфере здравоохранения /А.Н. Камшилов //Марийский юридический вестник. – 2016. - Т. 1. № 1 (16). – С. 93-96.

18 Коростелев, С.С. Система здравоохранения и источники ее финансирования / С.С. Коростелев // Сборник статей Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 206-208.

19 Коршунова, А.А. Проблемы медицинского страхования в России / А.А. Коршунова // В сборнике: Современные тенденции рынка страховых услуг сборник научных трудов. Иркутск, 2016. – С. 57-62.

20 Кушнерова, О.Н. Теоретические аспекты формирования и использования финансовых ресурсов бюджетных организаций / О.Н. Кушнерова // Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 2 частях. – 2017. – С. 226-230.

21 Махнова, Н.А. Совершенствование финансового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации в современных условиях / Н.А. Махнова //Сервис в России и за рубежом. – 2015. - Т. 9. № 2 (58). – С. 133-140.

22 Москаленко А.В. Анализ понятия «эффективность системы здравоохранения» в современной России / А.В. Москаленко //В сборнике: Здоровье нации - залог государственной безопасности Труды научно-практической конференции. – 2015. – С. 11-15.

23 Официальный сайт «Нижевартовской окружной клинической детской больницы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.odbhmao.ru/> свободный. – Загл. с экрана. – (Дата обращения 2.03.2018).

24 Официальный сайт Министерство здравоохранения Российской Федерации (Электронный ресурс)// Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry> свободный. - Загл. с экрана. – (Дата обращения 21.02.2018).

25 Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования (Электронный ресурс) / Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/> свободный. - Загл. с экрана. – (Дата обращения 21.02.2018).

26 Петрова, Ю.А. Система органов управления здравоохранением в современных условиях / Ю.А. Петрова // Ученые заметки ТОГУ. – 2013. - Т. 4. № 2. – С. 069-076.

27 Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 (ред. от 14.12.2017) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 21.02.2018).

28 Понкин, И.В. Государственная политика в области здравоохранения: понятие и природа / И.В. Понкин // Наркология. – 2013. - Т. 12. № 10 (142). – С. 12-15.

29 Прокопьев А.В., Прокопьева Т.В. Основные результаты и тенденции развития реального сектора экономики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 22. – С. 69-72.

30 Прокопьев А.В., Прокопьева Т.В. Приоритетные направления инновационного процесса в высшем образовании в условиях формирования инновационной инфраструктуры (статья) // Современные тенденции развития инновационной экономики: сборник статей участников Международной заочной научно-практической конференции (24-25 октября 2013 г.). – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. – 292 с.

31 Пустобаева, О.Н. Правовые формы деятельности бюджетных организаций / О.Н. Пустобаева // Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 57-62.

32 Ровкина, М.А. Общественный контроль в системе управления здравоохранением / М.А. Ровкина // Академический вестник. – 2014. - № 2 (28). – С. 130-134.

33 Рязанцева, Ю.С. Управление системой здравоохранения: сущность основных понятий / Ю.С. Рязанцева // Социальная политика и социология. – 2012. - № 4 (82). – С. 129-140.

34 Савченко, О.С. Интеграция систем обязательного и добровольного медицинского страхования в РФ / О.С. Савченко // В сборнике: Страховые интересы современного общества и их обеспечение материалы XIV Международной научно-практической конференции . – 2013. – С. 335-340.

35 Смирнова, Е.Е. Финансы некоммерческих организаций: учебник и практикум/Под ред. И.В.Ишиной – М.: «Юрайт», 2016. – 111 с.

36 Сотникова, Е. В. Региональные программы развития здравоохранения и его модернизации / Е.В. Сотникова // Молодой ученый. – 2017. - №5. Т.1. – С. 226-229.

37 Тютюкова, Н.А. «Качество» и «контроль качества в системе Российского здравоохранения» / Н.А. Тютюкова // Системная интеграция в здравоохранении. – 2013. - № 1 (19). – С. 55-65.

38 Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 16.01.2018).

39 Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326 – ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 16.01.2018).

40 Федеральный закон «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» от 12.01. 1996 « 10 – ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». – (Дата обращения 21.02.2018).

41 Хураськина, Н.В. Медицинское страхование как форма реализации конституционного права граждан на охрану здоровья / Н.В. Хураськина //В сборнике: Конституция Российской Федерации - правовая основа устойчивого развития законодательства и российской государственности Сборник материалов

Международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию принятия Конституции Российской Федерации и Дню юриста. – 2014. – С. 340-343.

42 Целоева, Е.С. Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением / Е.С. Целоева // В сборнике: Актуальные проблемы управления: теория и практика Материалы III Международной научно-практической заочной конференции. М-во образования и науки РФ, ФГБОУ ВО «Твер. гос. ун-т» ; редкол.: Н. Н. Беденко, д.э.н., проф., [и др.]. – 2016. – С. 161-165.

43 Чередникова А.С. Актуальные вопросы управления обеспеченностью услугами здравоохранения / А.С. Чередникова // Интернет-журнал Науковедение. – 2015. - Т. 7. № 3 (28). – С. 75.

44 Шеина, Е.А. Основные направления развития здравоохранения в России / Е.А. Шеина // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. № 12. – С. 218-227.

45 Шубцова Л.В. Совершенствование оценки деятельности органов государственного управления в сфере контроля и надзора в здравоохранении / Л.В. Шубцова // Сервис в России и за рубежом. – 2016. - Т. 10. - № 6 (67). – С. 76-89.

46 Шульгина, С.В. Отзывчивость системы здравоохранения: определение, структура, понятие, методические подходы к проведению исследования / С.В. Шульгина // Экология человека. – 2015. - № 2. – С. 27-32.

47 Юрова, К.И. Понятие, сущность и функции бюджетного финансирования в деятельности организаций / К.И. Юрова, К.Е. Аурова // Сборник статей VIII Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 280-282.

ПРИЛОЖЕНИЯ
ПРИЛОЖЕНИЕ А.

Организационная структура БУ «Нижевартовской окружной клинической детской больницы»

