

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)»
Высшая школа экономики и управления
Кафедра «Экономическая теория, региональная экономика, государственное и муниципальное управление»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, д.э.н., профессор

_____/ В.С. Антонюк /

« ____ » _____ 2019 г.

Совершенствование управления государственным учреждением здравоохранения

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЮУрГУ – 38.03.04.2019.1290.ВКР

Руководитель, к.э.н., доцент кафедры ЭТГМУ

_____/ О.А. Богданова /

« ____ » _____ 2019 г.

Автор

студент группы ЗЭУ – 520

_____/ Т.С. Лучицкая /

« ____ » _____ 2019г.

Нормоконтролер, ассистент кафедры ЭТГМУ

_____/ Д.В. Кремер /

« ____ » _____ 2019 г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Лучицкая Т. С. Совершенствование управления государственным учреждением здравоохранения. – Челябинск: ЮУрГУ, ЗЭУ – 520, 91 с., 40 ил., 42 табл., библиогр. список – 30 наим., 16 л. плакатов ф. А4.

Объектом дипломной работы является бюджетное учреждение «Радужнинская городская больница».

Цель дипломной работы – разработать рекомендации по совершенствованию управления государственным учреждением здравоохранения (на примере БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»).

В дипломном проекте выявлена сущность и функции учреждения, выявлены процессы управления государственным учреждением, проанализирована обеспеченности населения услугами учреждения и практики управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения, разработаны рекомендации по совершенствованию управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения, разработана рекомендация по привлечению специалистов узкой направленности на постоянной основе, а также использования выездной бригады медицинских работников.

Результаты дипломного проекта имеют практическую значимость и могут применяться бюджетным учреждением ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» при совершенствовании управления деятельностью государственного учреждения.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
1 ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СУБЪЕКТ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ	10
1.1 Сущность и функции государственного учреждения здравоохранения.....	10
1.2 Содержание процесса управления государственным учреждением здравоохранения.....	17
2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУ «РАДУЖНИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»)	32
2.1 Анализ обеспеченности населения услугами учреждения здравоохранения.....	32
2.2 Анализ практики управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения	54
3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУ «РАДУЖНИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»).....	74
3.1 Основные направления совершенствования управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения	74
3.2 Оценка разработанного мероприятия для государственного учреждения здравоохранения	77
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	86
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	88

ВВЕДЕНИЕ

Управление здравоохранением – это сложная многоуровневая и многокомпонентная система мероприятий, обеспечивающих рациональное функционирование отрасли и ее ресурсов (кадры, организации здравоохранения, материально-техническая база, финансирование), которые посредством нормативно-правового регулирования, медицинских технологий, знаний и умений медицинских работников обеспечивают предупреждение и ликвидацию заболеваний, снижение смертности и инвалидности, улучшение физического развития, повышение трудоспособности и увеличение продолжительности жизни людей [14].

Здравоохранение относится к числу приоритетных направлений социальной политики государства, так как здоровье нации представляет и самостоятельную ценность и в то же время выступает важной составляющей общего социально-экономического потенциала страны.

Актуальность данной темы заключается в том, что в современном мире увеличивается значение здравоохранения, как важнейшего фактора развития современного общества и одним из основных направлений развития здравоохранения, является совершенствование управления государственным учреждением здравоохранения.

Объектом данной работы является бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Радужнинская городская больница».

Предмет данной работы – анализ управления государственным учреждением здравоохранения.

Цель данной работы – разработать рекомендации по совершенствованию управления государственным учреждением здравоохранения БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница».

Для решения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) раскрыть сущность и функции государственного учреждения здравоохранения;

2) рассмотреть содержание процесса управления государственным учреждением;

3) проанализировать обеспеченность населения услугами учреждения здравоохранения;

4) дать анализ практики управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения;

5) разработать рекомендации по совершенствованию управления государственным учреждением здравоохранения;

6) оценить разработанное мероприятия для государственного учреждения здравоохранения.

Теоретической основой анализа явились работы российских и зарубежных авторов по управлению сферой учреждений здравоохранения, а также устав, хозяйственные книги, отчеты бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница».

1 ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СУБЪЕКТ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ

1.1 Сущность и функции государственного учреждения здравоохранения

Здравоохранение – совокупность мер политического, экономического, социального, научного, правового, культурного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, которые направлены на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Под здравоохранением понимается весь комплекс государственных и личных мероприятий, которые предназначены для защиты здоровья и жизни каждого гражданина РФ.

Также под здравоохранением понимается совокупность служб и учреждения, которые занимаются изучением здоровья и его нарушений, медика – санитарным делом, распознаванием и лечением болезней. [25]

Существуют 4 признака здравоохранения, как отрасли государственного управления: [22]

- 1) здравоохранение является частью социальной сферы управления;
- 2) цель здравоохранения состоит в сохранении и укреплении здоровья населения посредством как проведения эффективной государственной политики, так и профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений;
- 3) основными задачами здравоохранения являются: более полное удовлетворение потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи; создание условий для здоровой, активной жизни людей, конкуренции лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности, свободного выбора гражданами медицинского учреждения;

4) к сфере административно-правового регулирования здравоохранением относятся медицинские учреждения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и органы управления здравоохранением.

Государственное учреждение — это некоммерческая организация, созданная собственником (в данном случае — государством) для управления в социально-культурной сфере или выполнения иных функций некоммерческого характера, финансируемая собственником полностью или частично. Работники государственных учреждений, как правило, не являются государственными служащими. Например: пенсионный фонд, государственный научно-исследовательский институт, государственная библиотека, государственное высшее учебное заведение, служба занятости. [15]

Государственная организация — обобщающее понятие. Сюда входят не только государственные органы и государственные учреждения, но и государственные предприятия, которые занимаются производственной деятельностью, а не управлением. На государственных предприятиях существует администрация (ее органы), но ее функции сводятся к решению вопросов внутреннего управления, и она не выступает вовне как управленческий орган. Словосочетание «государственная организация» употребляется и в узком смысле этих слов. Например: полиция, армия.

Медицинское учреждение - это некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом РФ или муниципальным образованием, осуществляющая в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством. [16]

Медицинские учреждения — специализированные лечебно-профилактические заведения, в которых людям с теми или иными заболеваниями оказывается полный спектр медицинских услуг: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

Как правило, медицинское обслуживание населения в России состоит из нескольких систем:

- Терапевтические медицинские учреждения,
- Хирургические и травматологические учреждения.
- Педиатрические медицинские учреждения,
- Профилактические медицинские учреждения — санатории и профилактории,
- Специальные медицинские учреждения — отделения экспертизы, станции и отделения скорой медицинской помощи, медицинские службы спасения, отделения и станции переливания крови,
- Родильные дома.

Вне зависимости от направления деятельности, медицинские учреждения (в том числе и те, которые относятся к здравоохранению) подразделяют на бюджетные, казенные и автономные учреждения. [18]

Таблица 1 – Сравнительная характеристика бюджетных, казенных и автономных учреждений.

	Бюджетные учреждения	Казенные учреждения	Автономные учреждения
Статус	Некоммерческая организация	Некоммерческая организация	Некоммерческая организация
Деятельность	Выполнение работ, оказание услуг в целях обеспечения реализации полномочий органов государственной власти или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах	Выполнение работ, оказание услуг в целях обеспечения реализации полномочий органов государственной власти или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, средств массовой информации, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных	Оказание публичных услуг, выполнение работ и (или) осуществление управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера

Продолжение таблицы 1

		сферах в случаях, установленных федеральными законами (в том числе при проведении мероприятий по работе с детьми и молодежью в указанных сферах).	
Установление государственного (муниципального) задания	Орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя (на муниципальном уровне – уполномоченный орган местного самоуправления)	Орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя (на муниципальном уровне – уполномоченный орган местного самоуправления)	Государственный орган или орган местного самоуправления, осуществляющие бюджетные полномочия ГРБС, только в отношении отдельных учреждений (по решению указанных органов)
Учёт	1. Приказ Минфина РФ от 01.12.2010 N 157н 2. Приказ Минфина РФ от 16.12.2010 N 174н 3. Для остающихся ПБС в переходный период: Приказ Минфина РФ от 06.12.2010 N 162н	1. Приказ Минфина РФ от 01.12.2010 N 157н 2. Приказ Минфина РФ от 23.12.2010 N 183н	1. Приказ Минфина РФ от 01.12.2010 N 157н 2. Приказ Минфина РФ от 06.12.2010 N 162н
Финансовое обеспечение	Субсидии: - на выполнение задания и на содержание имущества; - на иные цели. Средства из бюджета: - на исполнение публичных (публично-нормативных) обязательств перед физическими лицами, подлежащими исполнению в денежной форме. Дополнительные средства, полученные из источников, предусмотренных законодательством	Субсидии: - на выполнение задания и на содержание имущества; - на иные цели. Средства из бюджета: - на исполнение публичных (публично-нормативных) обязательств перед физическими лицами, подлежащими исполнению в денежной форме (ФЗ от 18.07.2011 №239-ФЗ). Дополнительные средства, полученные из источников, предусмотренных законодательством	Средства бюджета на основании бюджетной сметы

Окончание таблицы 1

Приносящая доход деятельность	Доходы поступают в полное самостоятельное распоряжение	Доходы поступают в полное самостоятельное распоряжение	Полученные доходы зачисляются в бюджет
Сделки с ценными бумагами	Совершать не вправе	Законом не запрещено	Совершать не вправе

Существует критерии для классификации медицинских учреждений. И все учреждения можно подразделить: по виду деятельности, категории обслуживаемого населения, по территориальному признаку, по отраслевой принадлежности, по формам собственности и т.д.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2013 N 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций». [3]

Таблица 2 – Классификация медицинских учреждений (организаций)

Классификационный признак	Виды медицинских учреждений (характеристика)
По виду медицинской деятельности	<ul style="list-style-type: none"> лечебно-профилактические (больницы, родильный дом, поликлиники (в том числе детские), а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения и т.д.) медицинские организации особого назначения (центры, бюро, лаборатории, медицинский отряд) Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (центры гигиены и эпидемиологии, противочумный центр и т.д.)
По территориальному признаку	<ul style="list-style-type: none"> Федеральные. Краевые, республиканские, областные, окружные. Муниципальные. Межрайонные. Районные. Городские
По отраслевой принадлежности	<ul style="list-style-type: none"> ведомственные медицинские учреждения (Министерства транспорта и связи РФ, Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ); территориальные медицинские учреждения. (признаки: республиканские (федеральные и в составе Российской Федерации), областные (краевые), городские, районные, участковые)
По формам собственности	<ul style="list-style-type: none"> государственные (федеральные и субъектов) муниципальные учреждения

Окончание таблицы 2

	<ul style="list-style-type: none"> • унитарные предприятия • частные организации
По категориям обслуживаемого населения	<ul style="list-style-type: none"> • оказывающие медицинскую помощь взрослому и детскому населению; • жителям городов (городские больницы) • сельских районов (сельские больницы); • работникам всех профессиональных групп • неработающему населению • работникам одного или группы предприятий (медико-санитарные части) • гериатрические медицинские учреждения • учреждения для ветеранов войн, воинов-интернационалистов.
По структуре	<ul style="list-style-type: none"> • объединенные (стационар с поликлиникой) • необъединенные (имеющие только стационар)
Профилизация коечного фонда	<ul style="list-style-type: none"> • однопрофильные (специализированные) учреждения • двух профильные учреждения • многопрофильные учреждения.

Система здравоохранения в Российской Федерации выступает одним из элементов совокупности социальных институтов, является фундаментальным с точки зрения физического развития общества и как следствие — государства. При этом общество представляет собой сложную систему взаимосвязанных социальных институтов. [3]

Система здравоохранения, являясь социальным институтом, интегрирует и организует ту сферу жизнедеятельности людей, которая отвечает за физическое, духовное и морально-нравственное состояние общества. Удовлетворенность людей от получения медицинских услуг и социальные ожидания от проводимых реформ в системе здравоохранения обеспечивают стабильность социального института. Существует 3 вида системы здравоохранения: [21]

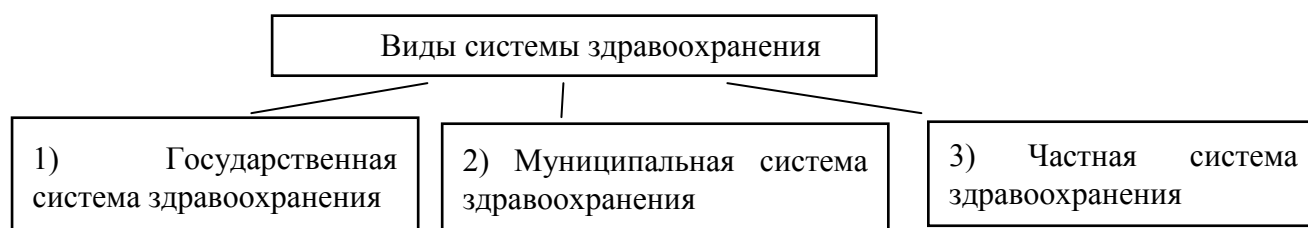


Рисунок 1 - Виды системы здравоохранения Российской Федерации

1) В государственную систему здравоохранения входят учреждения здравоохранения, создаваемые министерствами и ведомствами, государственными предприятиями, организациями и учреждениями помимо Министерства здравоохранения, ФМБА и РАМН.

Государственная система охватывает все категории населения. Это наиболее доступная форма оказания медицинской помощи. При такой системе основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление и планирование здравоохранения осуществляют центральные и местные органы.

2) К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные медицинские учреждения. [22]

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

3) К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. [22]

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения,

создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

1.2. Содержание процесса управления государственным учреждением здравоохранения

Управление сферой здравоохранения – совокупность мер политического, экономического, социального, научного, правового, культурного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, которые направлены на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. [18]

Специфика управления учреждениями здравоохранения обусловлена тем, что одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения становится повышение качества и доступности медицинской помощи за счет эффективного использования ограниченных финансовых, материальных, трудовых и иных ресурсов здравоохранения в условиях быстро растущей конкуренции на рынке медицинских услуг.

Выделяют следующие инструменты управления государственным учреждением здравоохранения. [26]

Таблица 3 – Краткая характеристика инструментов

Инструмент	Краткая характеристика
1. Лицензирование и аккредитация	Лицензионно-аккредитационные комиссии проводят лицензирование и аккредитацию объектов здравоохранения. На первом этапе осуществляется лицензирование. Комиссия, прежде всего, лицензирует деятельность ЛПУ. К лицензии прилагают списочный состав специалистов и перечень оказываемых услуг. На основе полученной лицензии ЛПУ работает по договорам с предприятиями и страховыми медицинскими компаниями. Второй этап - подготовка аккредитации: опрашивают специалистов по каждой медицинской специальности и должности; относят ЛПУ к соответствующей категории. Комиссия выдает сертификаты тем медицинским работникам, которые выражают готовность работать в системе медицинского страхования, и успешно

Продолжение таблицы 3

	сдали экзамены. Лицензирование распространяется и на лица, занимающиеся индивидуально-трудовой, коллективной деятельностью, на клиники, научно-исследовательские институты, высшие учебные заведения, а также и на ведомственные учреждения. [9]
2. Стандартизация медицинских услуг	Стандартизация медицинских услуг осуществляется на основе классификации медицинских услуг как мероприятий или комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Цели стандартизации в медицине: 1.обеспечение безопасности и эффективности медицинской помощи; 2.переход на единые нормы (стандарты) оказания медицинских услуг (диагностики, лечения, профилактики) для всех субъектов РФ и лечебных учреждений независимо от форм собственности; 3.обеспечение оказания медицинской помощи с учетом научно-технических знаний, рациональности использования имеющихся ресурсов; 4.создание системы оценки качества оказываемой медицинской помощи; 5.усиление объективности в правоприменительной практике; 6.создание единых статистических систем при оказании медицинской помощи. [20]
3. Государственные задания на оказание государственных (муниципальных) услуг в сфере здравоохранения.	Госзадание – это один из основных документов, который определяет сферу деятельности учреждения. На основе госзадания учредитель определяет объем его финансового обеспечения (субсидии). Государственное задание на оказание государственных услуг для медицинского учреждения формирует учредитель (ГРБС) для своих подведомственных учреждений в соответствии с их основными видами деятельности. Учреждение не может отказаться от выполнения госзадания. Задание формируют на срок до одного года – если бюджет утвержден только на очередной финансовый год. А если бюджет утвердят на очередной финансовый год и плановый период (с возможным уточнением при составлении проекта бюджета), то и государственное задание формируют на срок до трех лет. [28]
4. Источники финансирования учреждений здравоохранения.	Все источники финансовых средств разделяются и должны регулироваться соответствующими нормативными актами и положениями. Источники финансирования здравоохранения Внешние источники: 1) Различные уровни бюджета, 2) Средства ОМС, 3) Средства ДМС, 4) Средства благотворительных фондов, 5) Кредиты, ссуды, лизинг, факторинг (продажа или переуступка долгов) Внутренние источники (самофинансирование): 1) Доходы от платных медицинских услуг ЛПУ, 2) Экономия внутренних финансовых средств ЛПУ, 3) Доходы от аренды помещений ЛПУ [19]

Окончание таблицы 3

5. Государственная программа здравоохранения	Стратегической целью Государственной программы является: совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. [28]
--	--

1. Лицензирование и аккредитация.

Лицензирование – это выдача государственного решения муниципальному учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам ОМС и ДМС. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимости от форм собственности.

Аккредитация медицинских учреждений – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Порядок аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения регулируется правилами, установленными постановлением Правительства РФ от 3 сентября 2010 г. N 683 «Об утверждении Правил аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения» Свидетельство об аккредитации выдается на пять лет и может быть продлено еще на такой же срок по заявлению медицинской организации, представленному в орган по аккредитации не позднее 30 рабочих дней до истечения срока действия свидетельства об аккредитации. [5]

2. Стандартизация медицинских услуг.

Существуют общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, они установлены постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. N 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

Одним из важных направлений совершенствования охраны здоровья населения является обеспечение качества и безопасности медицинской помощи путем проведения работ по стандартизации, лицензированию, аккредитации и сертификации. [20]

Отсутствие в настоящее время системы стандартизации и сертификации в здравоохранении тормозит внедрение в практику медицинского страхования, ограничивает возможности стратегического планирования отрасли, регулирования и контроля затрат на лечебно-профилактическую деятельность.

Создание единой системы стандартизации в здравоохранении направлено на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Стандартизация - основа повышения качества медицинской помощи. [9]

Стандартизация, по определению Международной организации по стандартизации, есть деятельность, заключающаяся в нахождении решений для повторяющихся задач в сфере науки, техники, экономики и др. Стандартизация необходима:

- для реализации преемственности результатов диагностических и лечебных акций, которые выполнены в различных ЛПУ при оказании поэтапной медицинской помощи;
- для сравнения результатов аналогичных акций, выполненных в других аналогичных ЛПУ других категорий и в других территориях;
- для адекватности статистики, как инструмента регулирования стандартов по результатам его применения и т.д. [20]

Основные задачи в области стандартизации в здравоохранении Рисунок 2.

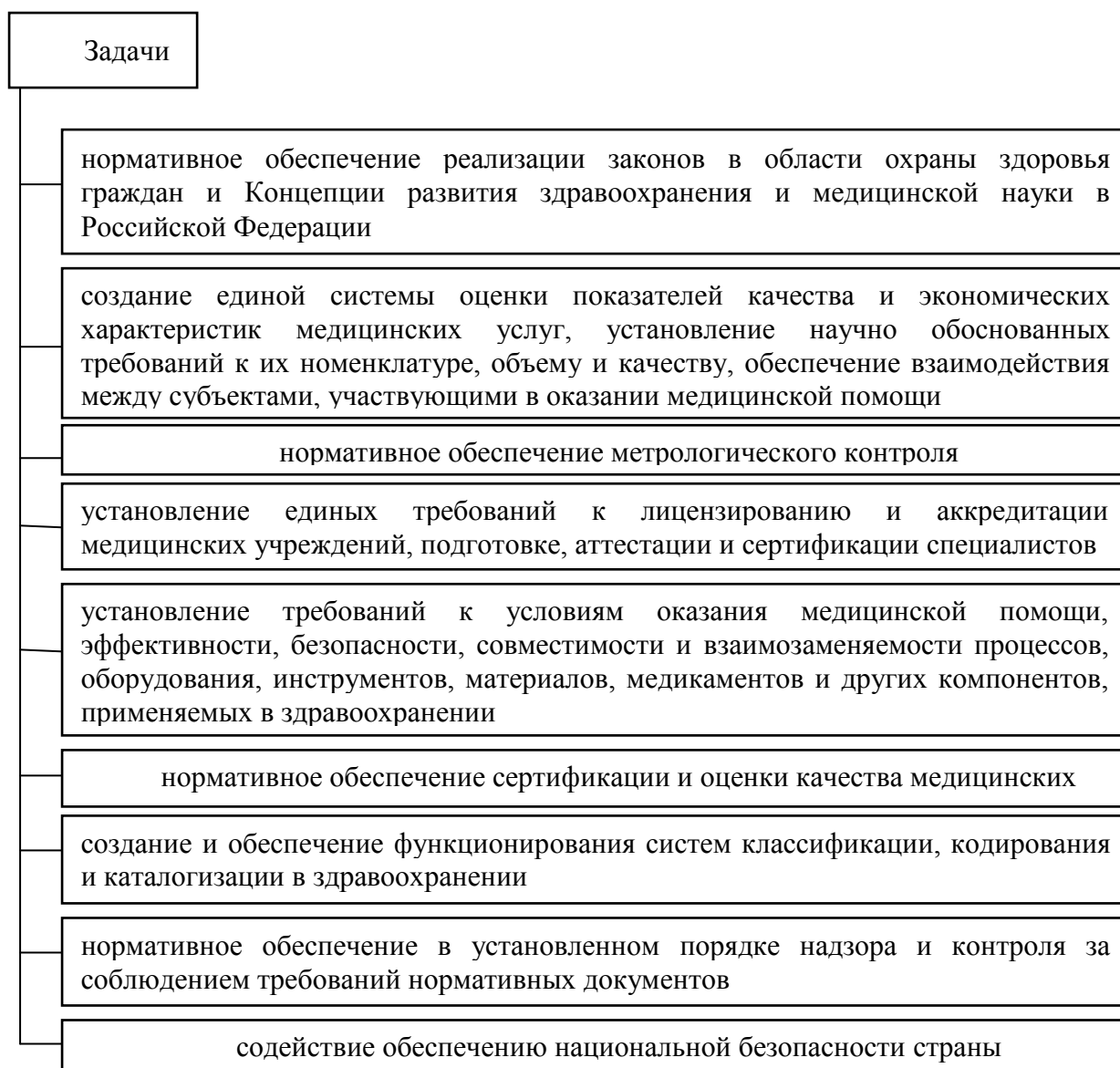


Рисунок 2 – Основные задачи в области стандартизации в здравоохранении

Целями стандартизации являются:

- повышение качества профилактических и лечебно-профилактических мероприятий;
- решение задач сохранения и улучшения здоровья населения.

Принципы стандартизации в здравоохранении рисунок 3

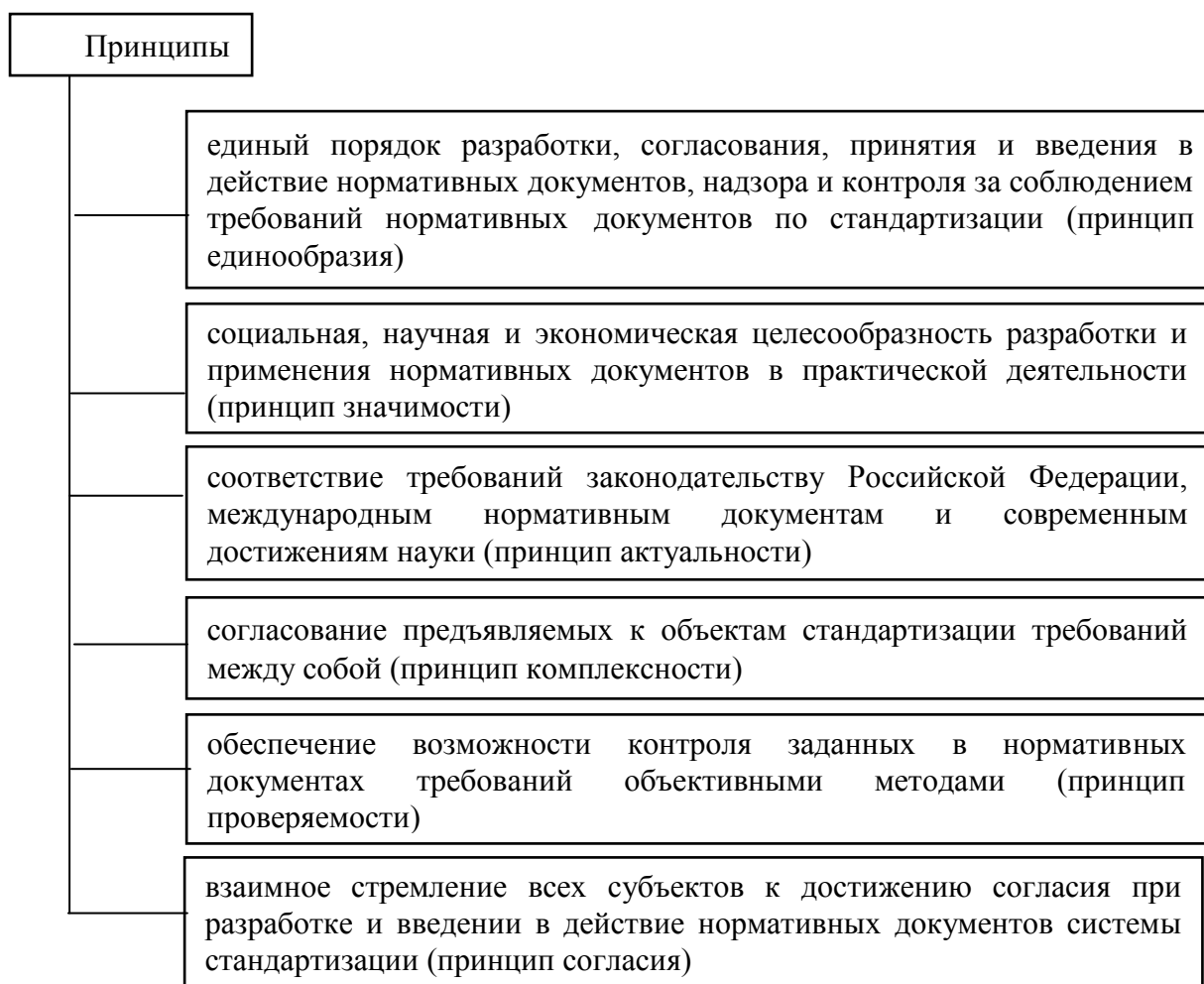


Рисунок 3 – Основные принципы стандартизации в здравоохранении

Под объектом стандартизации понимается продукция, работы и услуги, которые в равной степени относятся к материалам, компонентам, оборудованию, системе, их совместимости, правилам, процедурам, функциям, методам или деятельности. [9]

Каждая классификационная группа системы включает в себя набор нормативных документов, объединенных общими классификационными признаками и функциональным назначением:

- стандартов различных категорий (государственные, отраслевые, ассоциаций, объединений, обществ, медицинских учреждений);
- классификаторов;

- руководящих документов;
- правил и норм;
- рекомендаций.

Выбор объектов стандартизации осуществляется на основе единых принципов их классификации, систематизации и структурирования, с учетом обязательного установления функциональной взаимосвязи между ними и возможности расширения номенклатуры. [13]

Основными объектами стандартизации в здравоохранении рисунок 4.



Рисунок 4 – Объекты в стандартизации в здравоохранении

Наиболее важным и сложным объектом стандартизации являются медицинские услуги. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования и

является основой для планирования деятельности медицинских учреждений, органов здравоохранения, фондов обязательного медицинского страхования, а также для оценки результатов оказания медицинской помощи (качества, экономических показателей, расчета подушевых нормативов и т.д.). [13]

Специалисты Всемирной организации здравоохранения выделяют следующие основные компоненты качества медицинской помощи:

- адекватность;
- экономичность;
- научно-технический уровень.

Главная потребность заболевшего сводится к получению медицинской помощи, которая улучшила бы или существенно облегчила его состояние. Адекватность медицинской помощи может быть оценена конечными результатами, достигнутыми вследствие применения клинико-диагностических процедур. Экономическая эффективность медицинских услуг определяется рядом показателей, например, соотношением между затратами и достигнутыми результатами. Важным компонентом качества медицинской услуги выступает уровень применяемых методов диагностики, лечения и профилактики болезней. Для проведения контроля качества медицинских услуг используют стандарты качества. В региональных органах управления здравоохранением сформированы следующие стандарты качества (рисунок 5) [23]

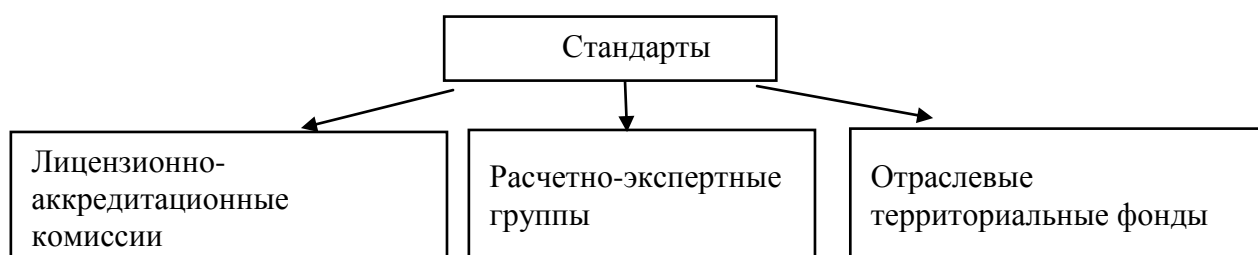


Рисунок 5 – Стандарты качества в региональных органах здравоохранения

3. Государственные задания на оказание государственных (муниципальных) услуг в сфере здравоохранения.

Государственное (муниципальное) задание определяет деятельность автономного учреждения по оказанию государственных (муниципальных) услуг (выполнению работ), а также является основанием для его финансового обеспечения. Задание формируется учредителем для каждого подведомственного АУ (в соответствии с видами деятельности, отнесенными уставом учреждения к основной деятельности), а оно, в свою очередь, не вправе отказаться от выполнения задания (ст.4 п. 2 п.п. 2.1 Федеральный закон от 03.11.2006 N 174-ФЗ (ред. от 27.11.2017) «Об автономных учреждениях»). [6]

Государственное задание формируется в соответствии с основными видами деятельности, предусмотренными учредительными документами федерального государственного учреждения, с учетом предложений федерального государственного учреждения, касающихся потребности в соответствующих услугах и работах, оцениваемых на основании прогнозируемой динамики количества потребителей услуг и работ, уровня удовлетворенности существующими объемом и качеством услуг и результатов работ и возможностей федерального государственного учреждения по оказанию услуг и выполнению работ, а также показателей выполнения федеральным государственным учреждением государственного задания в отчетном финансовом году. (Постановление Правительства РФ от 26.06.2015 N 640 (ред. от 29.11.2018) «О порядке формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания» (вместе с «Положением о формировании государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансовом обеспечении выполнения государственного задания»)) [1, 28]

4. Источники финансирования учреждений здравоохранения.

Начиная с 1 января 2011 года финансирование учредителем бюджетных учреждений из соответствующего бюджета бюджетной системы РФ может осуществляться в трех основных формах:

- субсидии на возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием ими в соответствии с государственным (муниципальным) заданием государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ);
- субсидии на иные цели;
- бюджетные инвестиции. (ст. 78.1 и 79 БК РФ).

В соответствии со статьей 82 Федерального «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3], вступившего в силу с 1 января 2012 г., источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются:

1. Средства федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, местного самоуправления;
2. Средства обязательного медицинского страхования (далее ОМС);
3. Средства добровольного медицинского страхования (далее ДМС);
4. Средства предприятий;
5. Средства населения за оказанные медицинские услуги;
6. Благотворительная помощь

Источники финансирования учреждений здравоохранения представлены на рисунок 6.

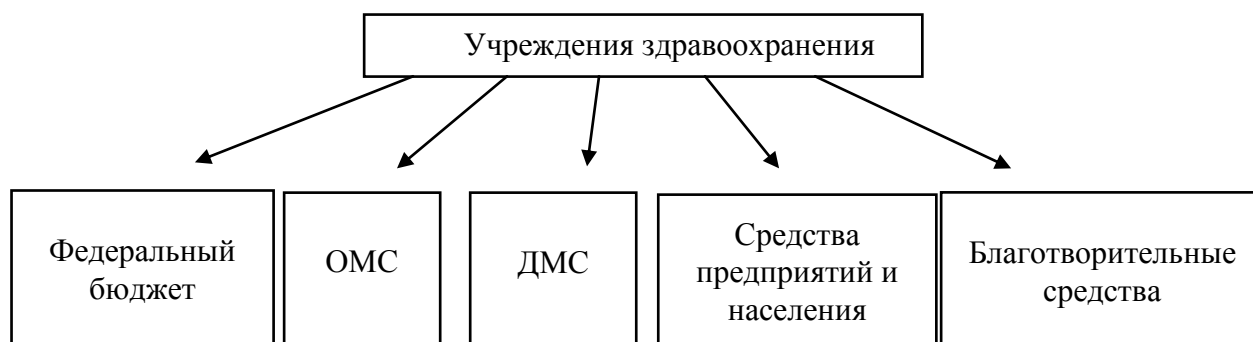


Рисунок 6 - Источники финансирования учреждений здравоохранения

Все источники финансовых средств разделяются и должны регулироваться соответствующими нормативными актами и положениями.

Правительство Российской Федерации, субъекты Федерации, местная администрация определяют порядок формирования и использования денежных средств. [19]

Модель финансовых потоков в здравоохранении представлена в рисунке 7.

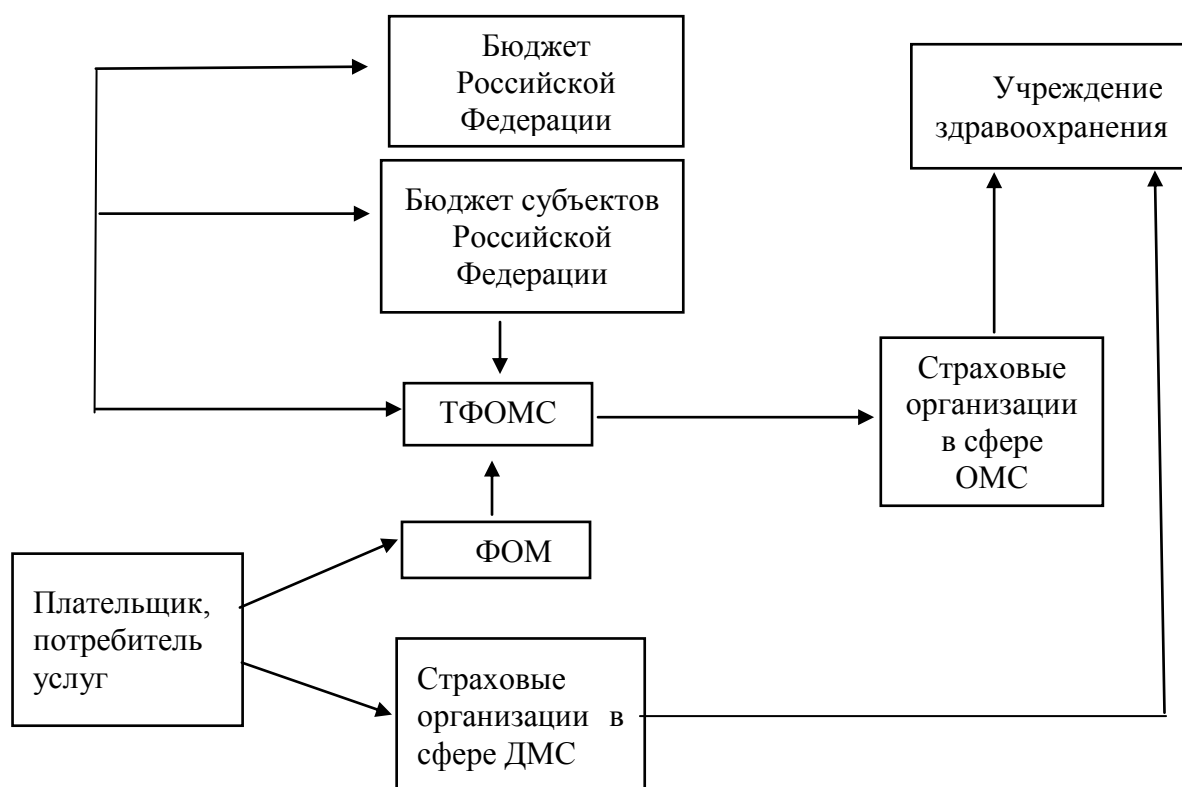


Рисунок 7 – Модель финансовых потоков учреждения здравоохранения

Государственные медицинские учреждения предоставляют медицинскую и лекарственную помощь за счет средств фондов ОМС в объеме и на условиях, которые соответствуют программам ОМС. В учреждениях здравоохранения существуют присущие только им особенности и специфика финансового обеспечения государственных заданий и государственных программ.

Общей проблемой формирования государственных заданий является то, что часть услуг учреждений здравоохранения осуществляется в рамках реализации

программы государственных гарантий и финансируется Фондом обязательного медицинского страхования за фактически оказанные объемы услуг. [7]

Показатели объемов оказания государственной услуги содержатся в статистической отчетности, предоставляемой учреждениями здравоохранения различным органам власти.

Учреждения здравоохранения обязаны информировать потенциальных потребителей государственной услуги о перечне оказываемых услуг и способах их получения, в частности посредством размещения в сети интернет, СМИ, а также путем консультирования при личном обращении граждан и по телефону.

5. Государственная программа здравоохранения

Госпрограммы направлены на улучшение здоровья населения и показателей деятельности организаций здравоохранения на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава, внедрения информационных технологий и современных стандартов управления.

Программа определяет цели, задачи, основные направления и основные мероприятия развития здравоохранения в Российской Федерации, финансовое обеспечение и механизмы реализации предусматриваемых мероприятий, показатели их результативности. У любой Государственной программы есть «Паспорт» (рисунок 8). [28]



Рисунок 8 – Паспорт Программы

Задачами любой Программы здравоохранения является:

- Повышение оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной помощи;
- Высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- Развитие медико-санитарной помощи;
- Снижение смертности от всех причин;
- Снижение смертности материнства;
- Снижение младенческой смертности;
- Снижение уровня заболеваемости;
- Увеличение продолжительности жизни.

Работниками фонда ОМС разработана методика определения оценки качества медицинской помощи. Оценка качества медицинской помощи проводится путем

сравнения выполненных объемов медицинской помощи со стандартами и определения уровня качества лечения. Интегральная оценка уровня качества лечения проводится с учетом составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности - состояние пациента по окончании лечения, реабилитации и диспансеризации. Оценка значимости выполнения диагностических, лечебно-оздоровительных, профилактических и других мероприятий проводится экспертным путем и с использованием оценочных шкал.[9]

Критерием качества выполнения государственного задания является соблюдение принципа комплексного подхода к деятельности медицинского учреждения. В нем учитываются четыре направления оценки выполнения учреждением здравоохранения государственного задания (рисунок 9).

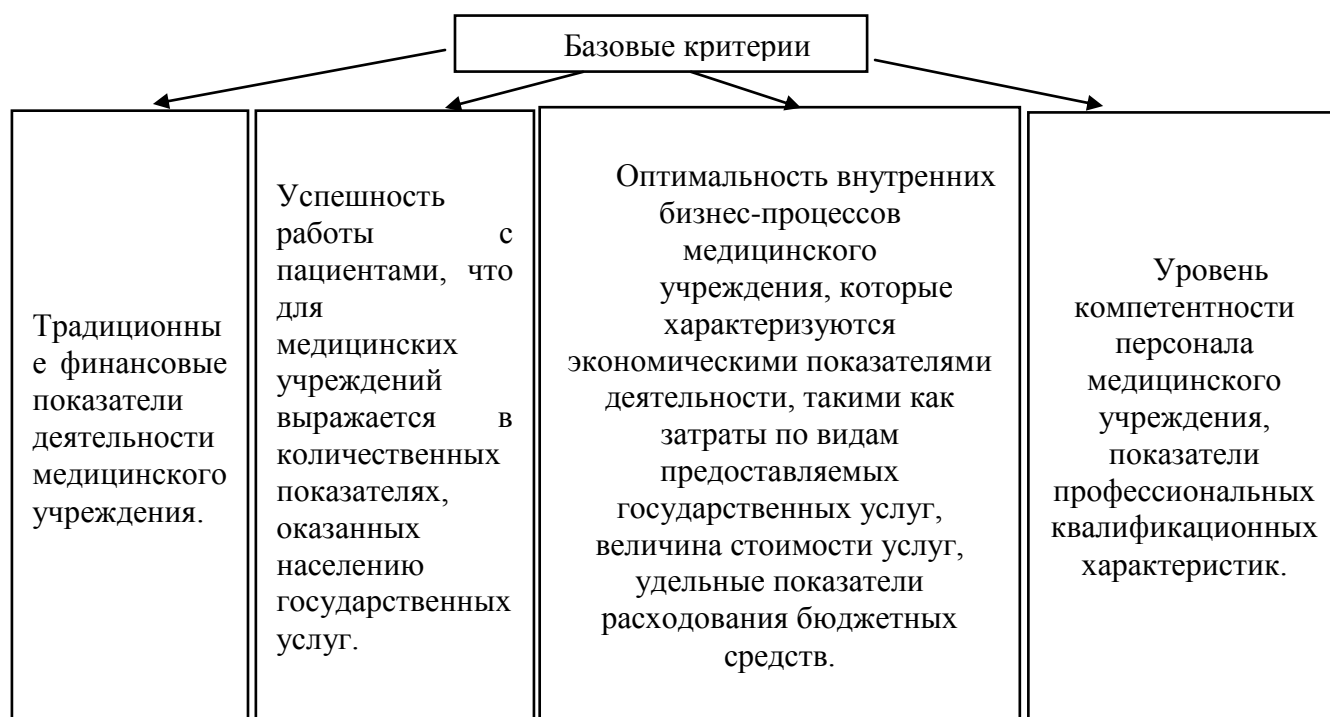


Рисунок 9 – Базовые критерии оценки выполнения учреждением здравоохранения государственного задания

Стратегической целью Государственной программы является: совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики

заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Вывод по главе 1

Итак, в данной главе была раскрыта сущность и функции государственного учреждения здравоохранения, рассмотрен процесс управления государственным учреждением здравоохранения, проанализированы методические подходы к исследованию проблемы государственного регулирования управления учреждениями здравоохранения.

Здравоохранение – совокупность мер политического, экономического, социального, научного, правового, культурного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, которые направлены на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Специфика управления учреждениями здравоохранения обусловлена тем, что одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения становится повышение качества и доступности медицинской помощи за счет эффективного использования ограниченных финансовых, материальных, трудовых и иных ресурсов здравоохранения в условиях быстро растущей конкуренции на рынке медицинских услуг.[10]

2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Анализ обеспеченности населения услугами учреждения здравоохранения

БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» является бюджетным учреждением.

На территории БУ «Радужнинская городская больница» находятся 4 основных поликлиники: взрослая поликлиника; детская поликлиника; женская консультация; стоматологическая поликлиника.

Так же 14 отделений :

1. акушерское отделение (роддом);
2. гинекологическое отделение;
3. детское отделение;
4. инфекционное отделение;
5. наркологическое отделение;
6. отделение реанимации и анестезиологии;
7. кардиологическое отделение;
8. терапевтическое отделение;
9. хирургическое отделение;
10. клиничко-диагностическая лаборатория (КДЛ);
11. консультативно-диагностическое отделение (КДО);
12. КДО по СПИД;
13. Лаборатория по СПИД;
14. рентгенологическое отделение;

Организационная структура больницы представлена на рисунке 10.

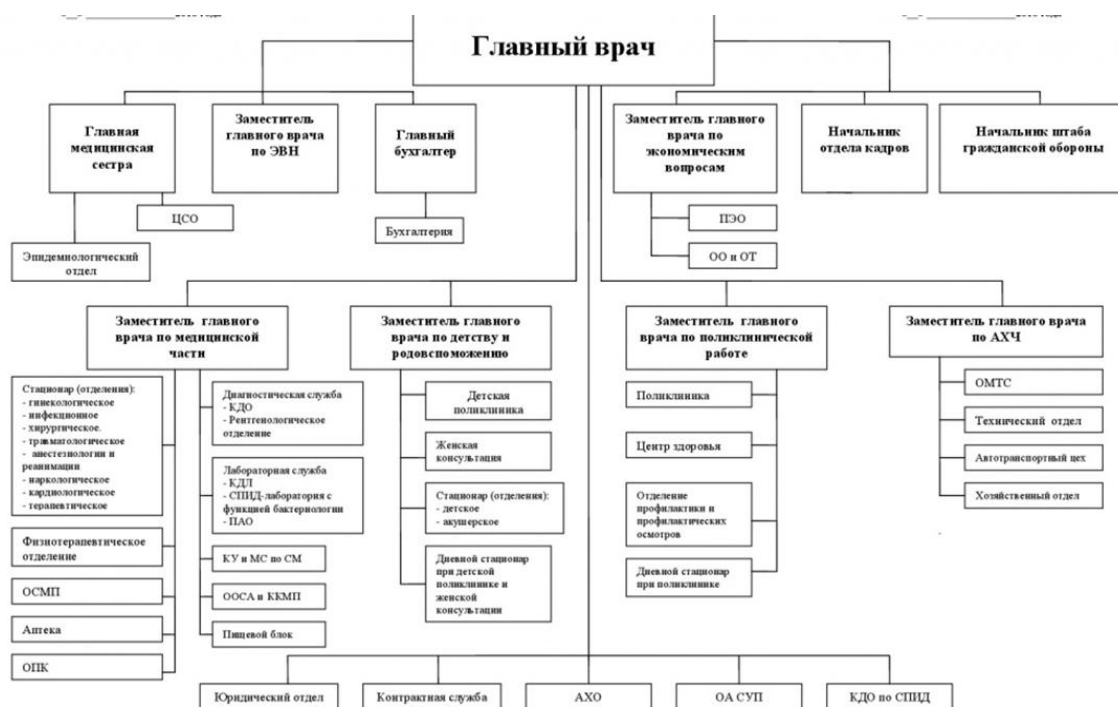


Рисунок 10 – Организационная структура БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Медико-демографические показатели населения, обслуживаемого в больнице, представлены в таблице 4 и 5 [30].

Анализ медико-демографических данных включает:

- Описание численности, состава и динамики населения.
- Основные медико-демографические показатели.
- Анализ показателей в сравнении с предыдущими годами (как минимум, за три последних года), со средне областными значениями и выявление тенденций.

Таблица 4 – Численность населения, на которых распространяется деятельность БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Год	Население всего, чел	Рождаемость, чел	Смертность, чел.
2016	32560	607	403
2017	33125	700	449
2018	34025	725	400

Для расчета коэффициента рождаемости и смертности в 1000 чел. воспользуемся формулой 1 и 2.

$$n = \frac{N}{P} * 1000, \quad (1)$$

где n – коэффициент рождаемости;

N – число рождаемости за год;

P – численность населения.

$$m = \frac{M}{P} * 1000, \quad (2)$$

где m – коэффициент смертности;

M – число смертности за год;

P – численность населения.

Для вычисления естественного прироста населения воспользуемся формулой 3.

$$E = n - m, \quad (3)$$

где E – коэффициент естественного прироста населения;

n – коэффициент рождаемости;

m – коэффициент смертности.

Таблица 5 – Коэффициенты рождаемости и смертности населения, на которых распространяется деятельность БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Год	Население всего, чел	Рождаемость	Смертность	Коэффициент рождаемости на 1000 чел.	Коэффициент смертности на 1000 чел.	Естественный прирост нас.
2016	32560	607	403	18,6	12,4	6,2
2017	33125	700	449	21	13,6	7,4
2018	34025	725	400	21,3	11,8	9,5

Приведенные данные показывают (рисунок 11), что численность населения, проживающих на территории обслуживания больницы, ежегодно увеличивается. В анализируемом периоде численности населения выросла на 4,5% и в 2018 году составила 34025 человек. Естественный прирост населения в 2018 году составил 9,5 человек, что выше уровня 2016 года на 3,3 человека.

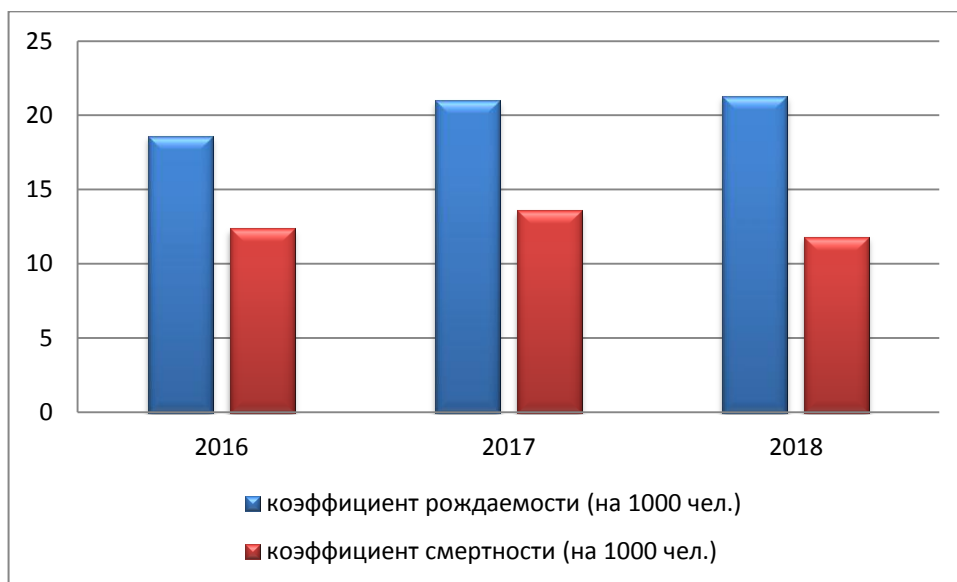


Рисунок 11 – Коэффициенты рождаемости и смертности населения, на которых распространяется деятельность БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Медико-социальная характеристика и структура населения по району обслуживания больницы представлена в таблице 6. [30]

Таблица 6 – Медико-социальная характеристика и структура населения по району обслуживания больницы

Возрастные группы	2016			2017			2018		
	муж	жен	всего	муж	жен	всего	муж	жен	всего
18 – 49	8420	11679	20099	8472	11650	20122	9298	12302	21600
50 - 80	5731	7229	12957	5774	7750	13224	4563	8003	12566
>80	792	1712	2504	667	1560	2227	215	1179	1334
Долевая структура населения									
18 – 49	24%	33%	57%	24%	33%	57%	26%	35%	61%
50 - 80	16%	20%	36%	16%	22%	37%	13%	23%	35%
>80	2%	5%	7%	2%	4%	6%	1%	3%	4%

Из таблицы 6 видно, что в 2018 году больше всего представлены в районе обслуживания больницы женщины, их доля превышает на 9%. В 2017 и 2016 году так же доля женщин превышает на 9% по сравнению с мужским населением. На территории больницы города Радужный преобладает возрастная группа от 18-49 лет.

Рассмотрим основные показатели деятельности больницы по каждому разделу. Проанализируем динамику общей заболеваемости населения территории обслуживания больницы в таблице 7 и рисунке 12.

Таблица 7 – Динамика общей заболеваемости населения территории обслуживания больницы

Наименование показателя	2016	2017	2018
Количество зарегистрированных заболеваний	148991	149334	92459
Население всего, чел	32560	33125	34025
Общая заболеваемость на 1000 нас.	4575	4508	2717

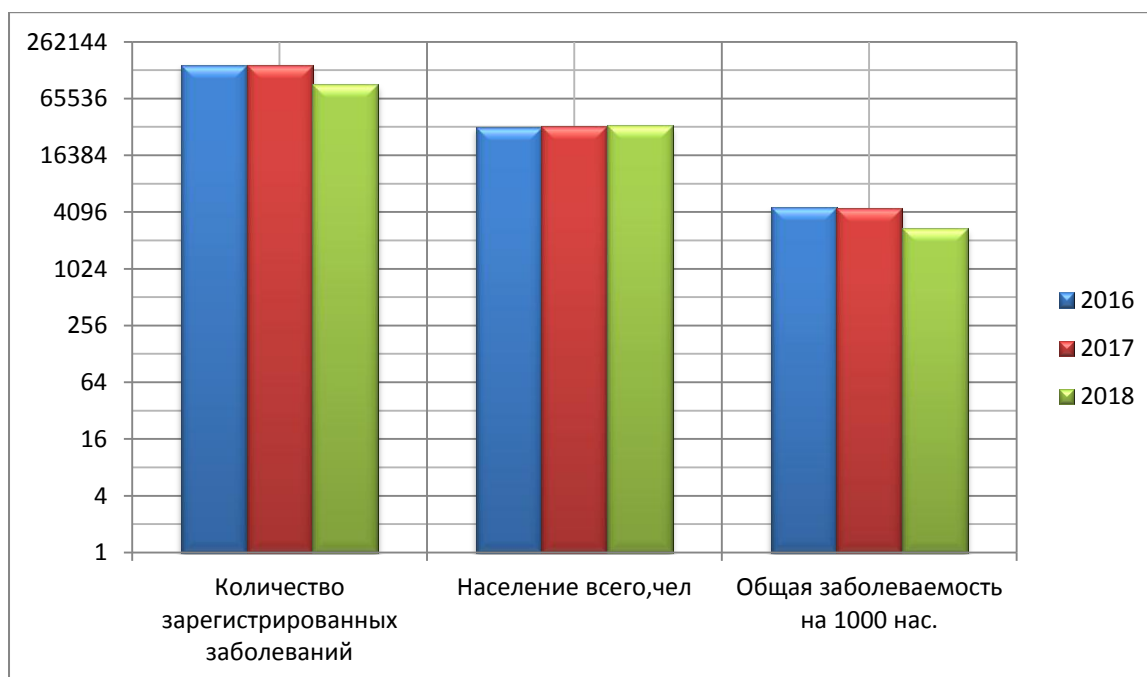


Рисунок 12 - Динамика общей заболеваемости населения территории обслуживания больницы

Для расчета общей заболеваемости на 1000 нас. воспользуемся формулой 4.

$$O_{\text{заб}} = \frac{A}{P} * 1000, \quad (4)$$

где $O_{\text{заб}}$ – Общая заболеваемость;

A – число заболеваний зарегистрированных в данном году;

P – населения всего, чел.

Показатель общей заболеваемости населения больницы на 2018 год снизилась и составила 2717 на тыс. населения. Хотя общая численность населения увеличивается, количество зарегистрированных заболеваний уменьшается, что может быть обусловлено как уменьшением больных, так и снижением обращения населения в больницу в связи с низким доверием к услугам данного государственного учреждения.

Большое количество обращений связано с условиями Крайнего Севера, так как существует совокупность факторов, определяющих климатогеографические и социально-бытовые особенности региона: преобладание холодного дискомфортного климата, отсутствие специфической для человека фотопериодичности (смена дня и ночи), тяжелый аэродинамический режим, повышенная активность космических излучений, магнитного поля Земли и большая частота их а периодичных возмущений, своеобразный микроэлементный состав почвы и воды, специфичность питания и ряд других. К этому необходимо добавить факторы окружающей среды (так называемые «факторы малой интенсивности»), которые в сумме способны привести к длительному напряжению различных систем организма, снижению сопротивляемости организма, изменению частоты, характера течения и сроков развития отдельных видов патологических процессов.

Так же БУ «Радужнинская городская больница» оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь населению - это оказания помощи проходящим больным, а также больным в домашних условиях. (таблица 8 и рисунок 13)

Таблица 8 – Показатели амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению

Показатель	Период			Абсолютный прирост		Темп роста, %	
	2016	2017	2018	2018/ 2017	2018/ 2016	2018/ 2017	2018/ 2016
Число посещений в смену*, пос. (в поликлинике)	284	276	208	-68	-76	75,4	73,2
Общее число посещений в год	310980	302220	227760	-74460	-83220	х	х
Число посещений в смену на дому	7	6	5	-1	-2	83,3	71,4
Общее число посещений на дому за год	7665	6570	5475	-1095	-2190	х	х
Среднее количество посещений на 1 жителя обслуживаемой территории, пос.	9,8	9,3	6,8	-2,5	-3,0	73,1	69,3

* - под сменой понимается 8 часовой рабочий день. В 24 часовом рабочем дне 3 смены.

Для расчета темпа роста в % воспользовались формулой 5.

$$Tr = \frac{Ппос.}{Ппр.} * 100\% , \quad (5)$$

где Tr- темп роста;

Ппос. - значение показателя последующего года;

Ппр. - значение показателя предыдущего года.

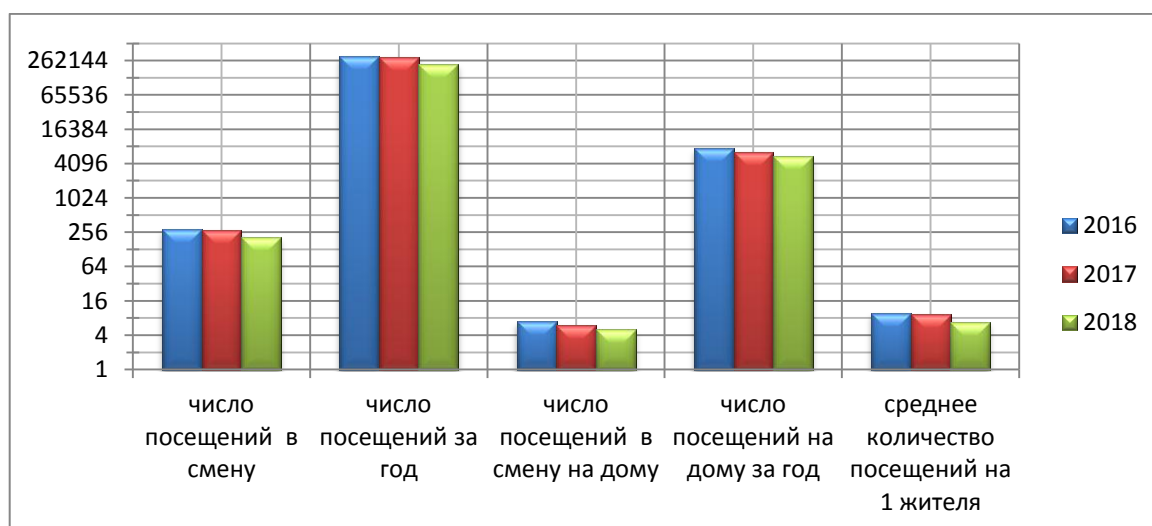


Рисунок 13 – Показатели амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению

Обращаемость населения за амбулаторной помощью в 2018 году уменьшилась и составила 208 посещений в смену (в 2017 г.- 276 посещений в смену). В среднем на одного жителя обслуживаемой территории приходится 6,8 посещений в год (2017г. - 9,3 пос.).

Обслужено на дому - 5475 человек.(2017г.- 6570) на 1095 меньше.

Выполнение объемов медицинской помощи по программе госгарантий по амбулаторно-поликлиническому звену уменьшилось на 10% и составило 93 %, что связано с дефицитом кадров. При ЛПУ организована работа 24 коек дневного пребывания, объемы помощи выполнены на 93%.

В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» проводится всеобщая диспансеризация определенных групп взрослого населения (таблица 9).

Таблица 9 – Результаты диспансеризации населения

Показатель	Период			Абсолютный прирост		Темп роста, %	
	2016	2017	2018	2018/2017	2018/2016	2018/2017	2018 /2016
План количества обследованных граждан	3589	3395	3245	X	X	X	X
Количество обследованных граждан	3554	3328	2987	-341	-567	89,75	84,05
Выполнение плана, %	99	98	92	-6	-7	X	X

В 2018 году диспансеризацией охвачено 2987 чел. - 92% от плана. Выполнение плана по диспансеризации граждан ежегодно снижается. Причиной данного явления формальное отношение к диспансеризации как граждан, так и медицинского персонала, кроме того к диспансеризации привлекаются только граждане, которые пришли на прием к терапевту.

Большое внимание уделяется льготному лекарственному обеспечению. На территории обслуживания ЛПУ находятся льготники (инвалиды) Федерального уровня. На сегодняшний день участники программы – это люди, которые не могут жить без лекарственной терапии (больные сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, гемофилией, рассеянным склерозом и другими). Перечень услуг

соцпакета:

1. По социальному пакету льготным категориям граждан бесплатно предоставляются лекарственные препараты. Речь идет о заболевании, при котором требуются дорогие препараты (например, при сахарном диабете требуется инсулин, который в рамках НСУ выдают бесплатно). Помимо бесплатных рецептов льготным категориям граждан выписывают платные рецепты. Количество и стоимость рецептов представлены в таблице 10 и рисунке 14; [4]

2. Путевки на санаторно-курортное лечение;

3. Бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугороднем транспорте к месту лечения и обратно.

Таблица 10 – Количество рецептов для льготников (инвалидов) Федерального уровня

Год	Количество льготников (инвалидов), которые сохранили соцпакет	Количество отпущенных рецептов	Общая сумма отпущенных рецептов, тыс.руб.	Средняя стоимость одного рецепта, руб.
2016	421	5098	3190	625,73
2017	416	5093	3164	621,20
2018	410	5093	2622	514,84

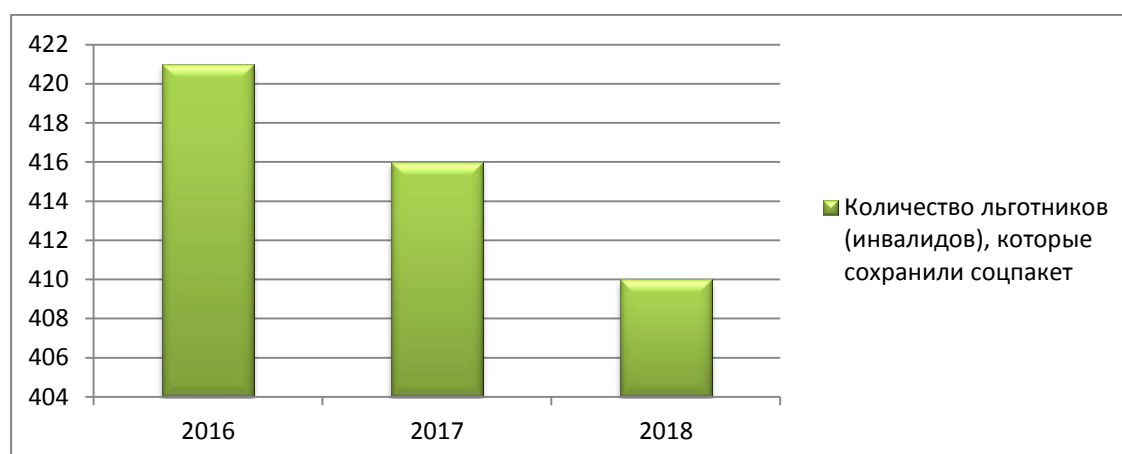


Рисунок 14 - Количество льготников (инвалидов) Федерального уровня, которые сохранили соцпакет

Так же на территории ЛПУ обслуживаются льготники регионального уровня. Количество и стоимость рецептов представлены в таблице 10 и рисунке 15.

Таблица 10 – Количество рецептов для льготников (инвалидов) регионального уровня.

Год	Количество льготников (инвалидов), которые сохранили соцпакет	Количество отпущенных рецептов	Общая сумма отпущенных рецептов, тыс.руб.	Средняя стоимость одного рецепта, руб.
2016	1040	1817	1023	563,01
2017	987	1382	740	535,45
2018	854	1196	652	545,15

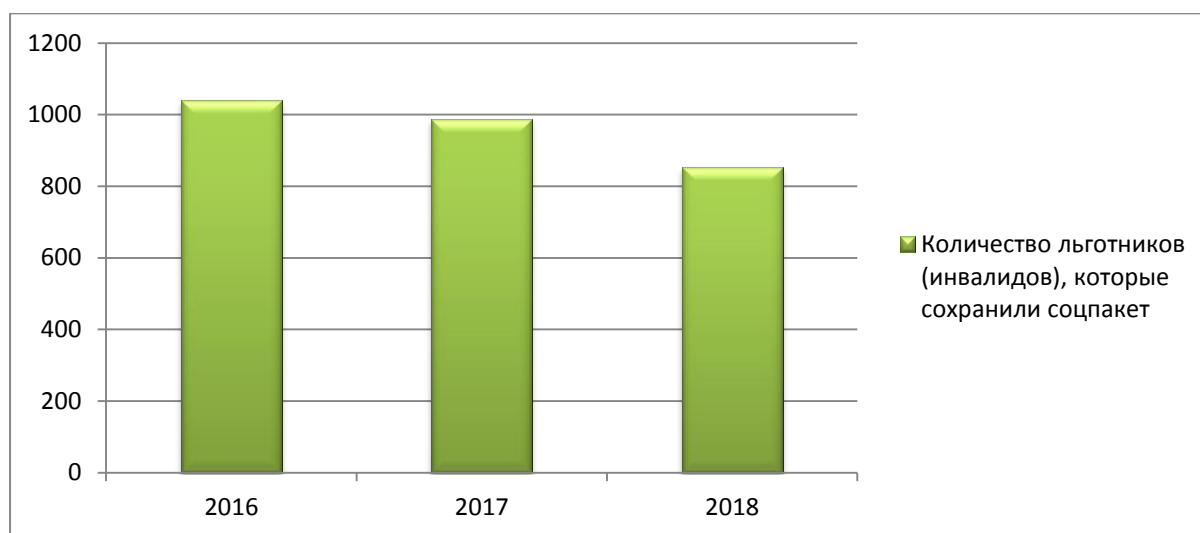


Рисунок 15 - Количество льготников (инвалидов) регионального уровня, которые сохранили соцпакет

Из рисунка 14 и 15 видно, что количество льготников с 2016 года стало меньше на 11 человек по сравнению с 2018 годом. Это обусловлено рядом причин:

1. Содержание соцпакета не востребовано для многих граждан, поскольку не удовлетворяет их потребностям;
2. Если речь идёт о заболевании, при котором не нужны дорогие препараты, можно не пользоваться льготой на бесплатные медикаменты.
3. Предоставление бесплатного проезда на пригородном железнодорожном

транспорте для города Радужный не актуально, по причине отсутствия железнодорожных путей в городе;

4. Предоставление бесплатного проезда в междугороднем транспорте к месту лечения и обратно, так же для многих граждан не востребовано. Большинство не выезжают за пределы населённого пункта.

В таблице 12 представлены показатели по профилактике социально-значимых заболеваний.

По разделу профилика ВИЧ-инфекции, гепатитов «В» и «С» обследовано:

- на ВИЧ - инфекцию при плане 4400, обследовано 5254 чел. – 119,4%, на учете в КИЗ кабинете состоит 4 чел.

– план обследования на гепатиты «В» и «С» на 2018 г. – 3200 чел., обследовано 100% от плана. На «Д» учете в КИЗ кабинете состоит 104 больных, с гепатитом «В» - 48 чел., с гепатитом «С» - 56 чел.

Таблица 12 – Профилактика социально-значимых заболеваний

Показатель	Период			Абсолютный прирост		Темп роста, %	
	2016	2017	2018	2018/ 2017	2018/ 2016	2018/ 2017	2018/ 2016
Количество обследованных граждан на ВИЧ, чел.	4549	4982	5254	272	705	105,46	115,50
Количество обследованных граждан на гепатиты В и С, чел.	2753	2889	3216	327	463	111,32	116,82
Флюорографические обследования, об.	23994	24209	24387	178	393	100,74	101,64
Заболеваемость туберкулезом, чел.	33	31	24	-7	-9	77,4	72,7
Заболеваемость туберкулезом на 10 тыс. населения	10	9	7	-2	-3	77,80	70,00
Заболеваемость злокачественными заболеваниями, чел.	645	717	763	46	118	106,4	118,3
Заболеваемость злокачественными заболеваниями на 10 тыс. человек	198	217	225	8	27	103,70	113,63
Заболеваемость гипертонией	4325	4641	5628	987	1303	121,26	130,13
Заболеваемость ЖКТ*	2263	2572	2771	199	508	107,74	122,45

* - Желудочно-кишечный тракт

Для расчета заболеваемости туберкулезом на 10 тыс. населения и заболеваемости злокачественными заболеваниями на 10 тыс. человек,

воспользуемся формулой 6. Для расчета темпа роста формулой 5.

$$O_{\text{заб}} = \frac{A}{P} * 10000, \quad (6)$$

где $O_{\text{заб}}$ - Общая заболеваемость;

A - число заболеваний зарегистрированных в данном году;

P - населения всего, чел.

План флюорографических обследований представлен в таблице 13 и рисунке 16.

Таблица 13 – План флюорографических обследований

Год	План	Факт	Выполнение, %
2016	28839	23994	83,2
2017	28684	24209	84,4
2018	27160	24387	89,1

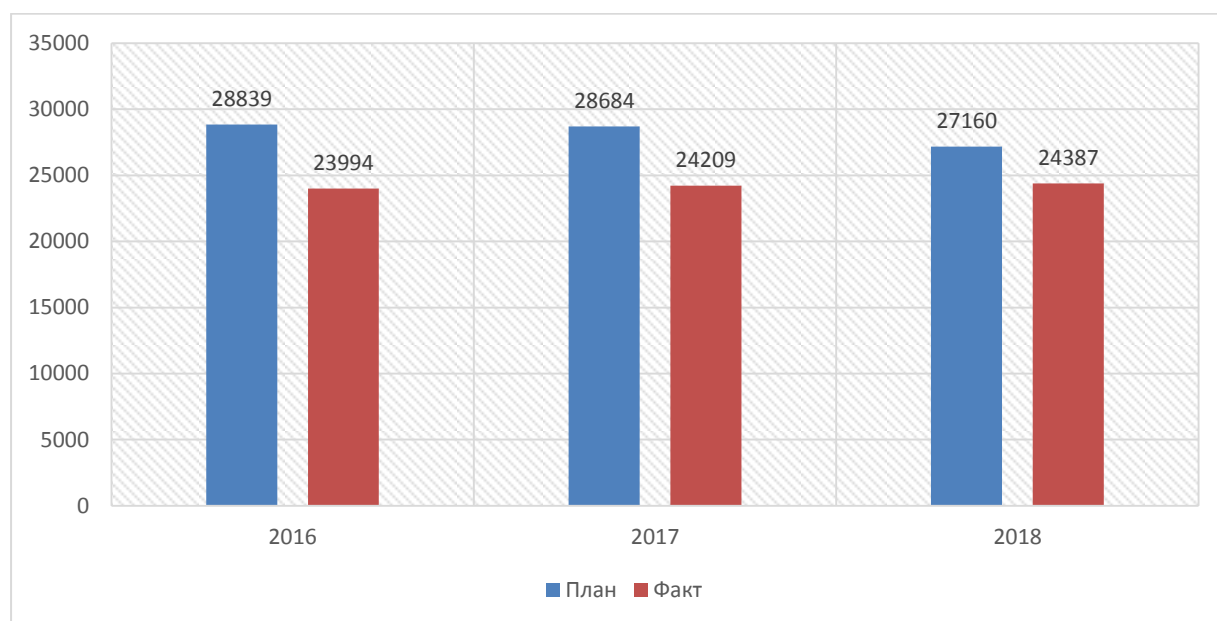


Рисунок 16 – План флюорографических обследований

Заболеваемость населения туберкулезом в последние 3 года имеют тенденцию к снижению, так в 2018 году количество заболевших уменьшилось на 0,02% по сравнению с 2017 годом и на 0,03% с 2016 годом (рисунок 17).

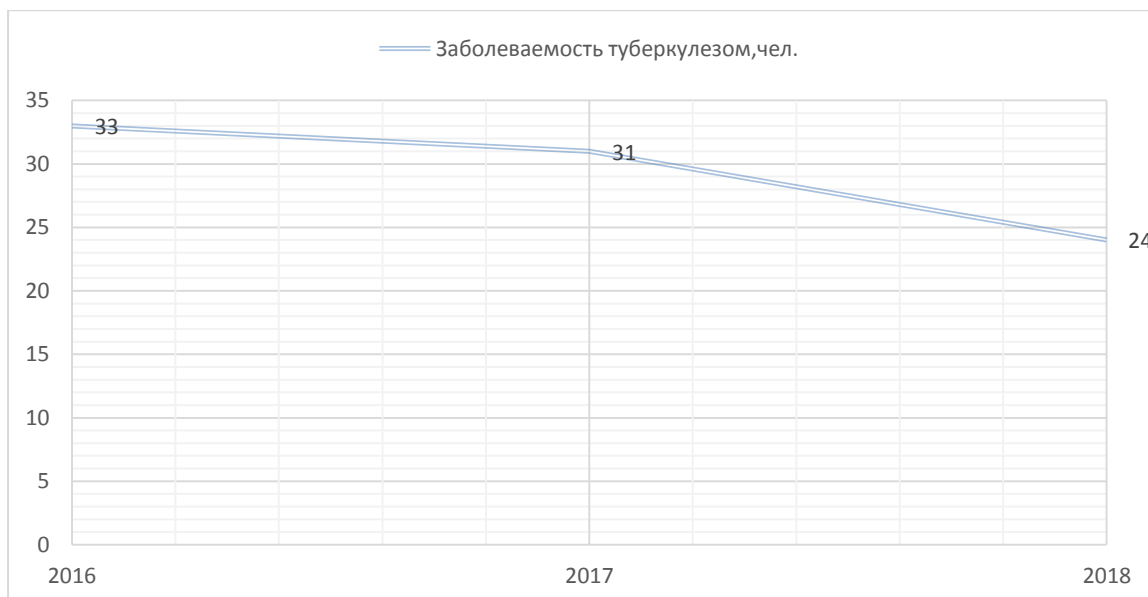


Рисунок 17 – Заболелаемость населения туберкулезом

Заболелаемость злокачественными заболеваниями в районе за последние годы повышается, так в 2018 году количество заболевших увеличилось на 0,08% по сравнению с 2017 годом и на 0,26% с 2016 годом (рисунок 18).



Рисунок 18 – Заболелаемость населения злокачественными заболеваниями

Показатель заболеваемости гипертонической болезнью увеличился по сравнению с 2017 г. на 2,53%, увеличение заболеваемости, связано с

невыполнением стандартов лечения, не укомплектованностью врачебными кадрами и недостаточной санитарно-просветительной работой (рисунок 19).



Рисунок 19 – Заболеваемость населения гипертонической болезнью

Заболеваемость ЖКТ в районе за последние годы так же повышается, в 2018 году количество заболевших увеличилось на 0,38% по сравнению с 2017 годом и на 1,19% с 2016 годом (рисунок 20).

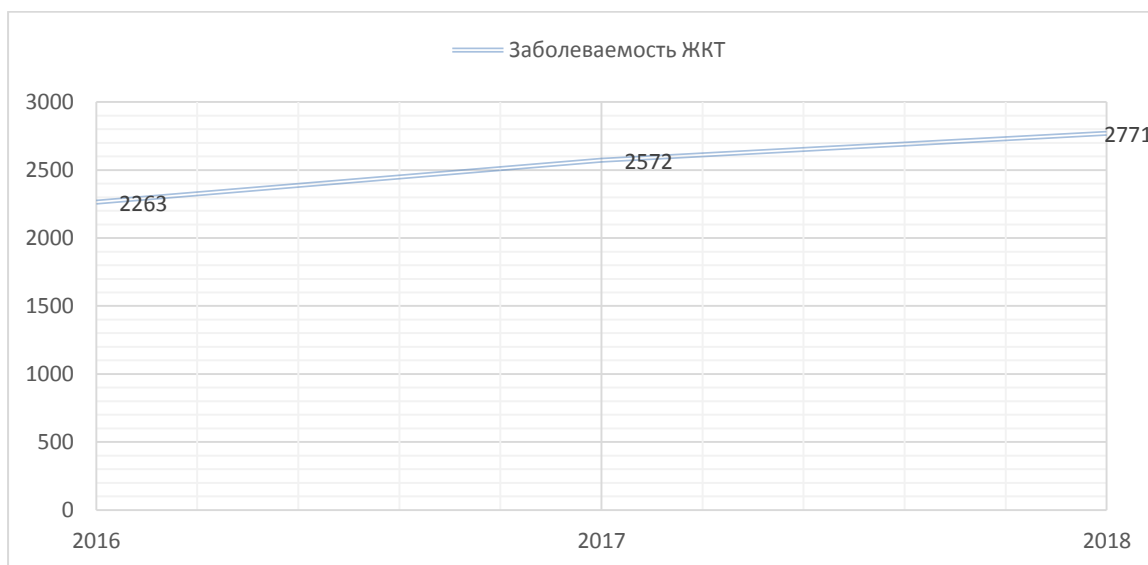


Рисунок 20 – Заболеваемость населения ЖКТ

В рамках охраны здоровья граждан в больнице проводятся различные мероприятия, направленные на укрепление здоровья и формированию здорового образа жизни. В таблице 14 представлена динамика мероприятий, направленных на укрепление здоровья граждан.

Таблица 14 – Анализ мероприятий, направленных на укрепление здоровья граждан

Мероприятия	2016	2017	2018	Абсолютный прирост		Темп роста, %	
				2018/2017	2018/2016	2018/2017	2018/2016
Лекции	29	31	38	7	9	122,58	131,03
Изготовление буклетов	2000	2000	1500	-500	-500	75	75
Опросы	3	2	3	1	0	150	0
Массовые акции	3	4	3	-1	0	75	0
Обучение методике профилактики заболеваний	21	20	27	7	6	135,00	128,57
Мероприятия в учреждениях образования	110	115	203	88	93	176,52	184,54

Как видно из таблицы 14, динамика мероприятий не постоянная. Так отмечается в 2018 году рост организации лекций на 7 единиц по сравнению с 2017 годом и на 6 единиц с 2016 годом. Полиграфическая деятельность снизилась на 25%. В сравнении с 2017 годом количество массовых акций снизилось на 1 единицу и в 2018 году составило 3 единицы. В 2018 году проведено 27 занятий по обучению педагогических и медицинских работников по профилактике заболеваемости. Количество мероприятий в учреждении выросло на 88 единиц и в 2018 году составило 203 единицы.

В целях улучшения информационного воздействия на граждан в ЛПУ проводят различные тематические беседы и конференции. В таблице 15 приведены основные показатели, характеризующие эффективность данных мероприятий.

Таблица 15 – Анализ эффективности мероприятий по формированию ЗОЖ

Тематика лекций, семинаров, тренингов	2017		2018		Абсолютный прирост		Темп роста, %	
	мероприятий шт	охваченных, чел.	мероприятий шт	охваченных, чел.	мероприятий шт	охваченных, чел.	мероприятий	охваченных,
Профилактика употребления наркотических веществ	0	0	9	886	9	886		
Профилактика табакокурения	17	5525	12	2518	-5	-3007	70,59	45,57
Профилактика употребления алкоголя	6	307	7	318	1	11	116,67	103,58
Мотивация ЗОЖ	8	1520	10	2272	2	752	125,00	149,47
Итого	31	7352	38	5994	7	-1358	122,58	81,53

Как видно из таблицы 15, проведенные лекции в основном касались пропаганде здорового образа жизни. Так в 2018 году были проведены лекции по профилактике употребления наркотических веществ, их количество составило 9 единиц, при этом было охвачено 886 человек. Количество лекций по профилактике табакокурения составило 12 единиц, это на 5 штук менее чем в 2017 году, при этом количество охваченных человек снизилось на 54,43%, что является негативной тенденцией. Количество лекций по профилактике употребления алкоголя выросло на 1 штуку и в 2018 году составило 7 единиц. Темп роста мероприятий, превышает темп роста охваченных, что характеризует снижение эффективности лекций по данной тематике. Лекции по мотивации ЗОЖ наоборот повысили свою эффективность. Так темп роста данных лекций составил 125%, а темп роста охваченных граждан – 149,47%. В целом эффективность лекций, несмотря на рост их количества снизилось, о чем говорит снижение количества охваченного населения.

Основной материальной базой учреждения является персонал больницы, но ни в один из годов численность штата не достигало норматива, так же по некоторым категориям должностей сокращается численность. Численность работников по

различным категориям представлена в таблице 16 и рисунке 21, укомплектованность штатов представлена в таблице 17.

Таблица 16 – Численность работников по различным категориям

Категория должностей	Штатный норматив	Число физических лиц		
		2016	2017	2018
Врачи	167	158	159	163
Средний медицинский персонал	370	363	361	365
Младший медицинский персонал	211	203	206	189
Прочие	118	115	105	98
Всего	866	839	831	815

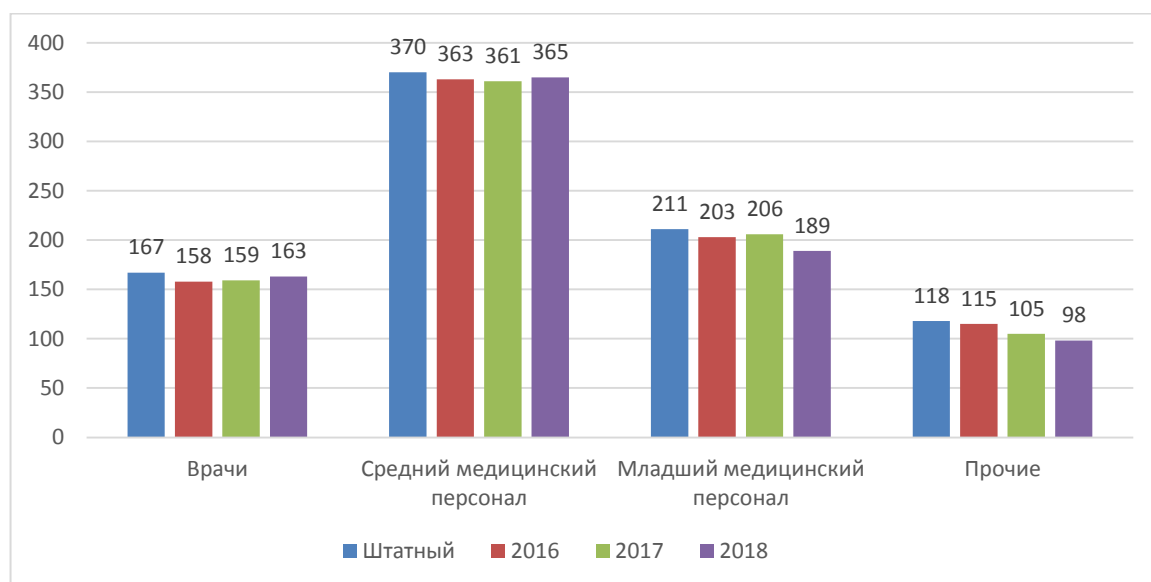


Рисунок 21 - Численность работников по различным категориям

Для расчета укомплектованности штата в медицинском учреждении обратимся к формуле 7.

$$D = \frac{F}{G} * 100\%, \quad (7)$$

где D – укомплектованность (%);

F – количество работников в штате на конкретный год;

G – количество работников по штатному нормативу.

2016 год:

Врачи - $D= 158/167*100\%=94,61$

Сред. мед. персонал - $D= 363/370*100\%= 98,11$

Мл. мед. персонал - $D= 203/211*100\%= 96,21$

Прочие - $D= 115/118*100\%=97,46$

Всего - $D=839/866*100\%=96,88\%$

Поэтому же принципу рассчитываем укомплектованность медицинского персонала за 2017 и 2018 года.

Численность работников по различным категориям и укомплектованность штатов представлена в таблице 17 и рисунке 22,23,24.

Таблица 17 – Численность работников по различным категориям и укомплектованность штатов

Категория должностей	Штатный норматив	Число физических лиц			Укомплектованность (%)		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
Врачи	167	158	159	163	94,61	95,21	97,60
Средний медицинский персонал	370	363	361	365	98,11	97,57	98,65
Младший медицинский персонал	211	203	206	189	96,21	97,63	89,57
Прочие	118	115	105	98	97,46	88,98	83,05
Всего	866	839	831	815	96,88	95,96	94,11



Рисунок 22 – Укомплектованность больницы штатной численностью 2016 год



Рисунок 23 – Укомплектованность больницы штатной численностью 2017 год

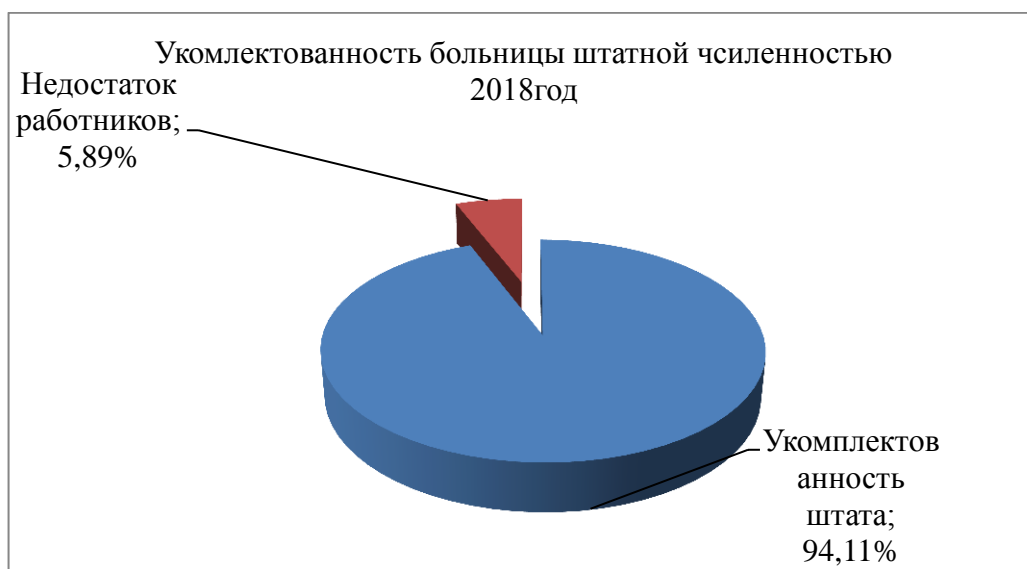


Рисунок 24 – Укомплектованность больницы штатной численностью 2018 год

Приведенные данные в таблице 17 показывают, что укомплектованность больницы штатной численностью в 2018 году составила 94,11%. При этом отмечается недостаток по всем категориям работников. Так имеется недостаток врачей в количестве 4 специалистов, укомплектованность штатов составила 97,6%. Средний медицинский персонал укомплектован на 98,65%. Младший медицинский персонал укомплектован на 89,57%. Прочий обслуживающий персонал укомплектован на 83,05%. Стоит отметить снижение

укомплектованности штатной численности больницы относительно уровня 2016 года и 2017 года.

Характеристика кадрового состава больницы представлена в таблице 18.

Таблица 18 – Характеристика кадров

Категория	2016 год		2017 год		2018 год	
	Чел	%	Чел	%	Чел	%
Врачи	158	100	159	100	163	100
высшая	49	31,01	52	32,70	61	37,42
первая	58	36,71	62	38,99	59	36,20
вторая	51	32,28	45	28,30	43	26,38
Средний медицинский персонал	363	100	361	100	365	100
высшая	151	41,60	168	46,54	175	47,95
первая	97	26,72	101	27,98	105	28,77
вторая	115	31,68	92	25,48	85	23,29

Приведенные данные в таблице 18 показывают, что в больнице качество медицинского персонала улучшается. Так в анализируемом периоде количество врачей первой категории выросло на 12 человек, их доля во врачебном составе увеличилась на 6,41%. Доля врачей первой категории снизилась на 0,51% и в 2018 году составила 36,25. Доля врачей второй категории снизилась с 32,28% до 26,38%.

Стоит также отметить повышение доля высшей категории среднего медицинского персонала на 6,35%. В количественном измерении количество среднего медицинского персонала высшей категории увеличилось на 24 человека. Доля среднего медицинского персонала первой категории выросла с 26,72% до 28,77%. Доля среднего медицинского персонала второй категории снизилась на 8,39% и в 2018 году составила 23,29%.

Таким образом, работа ЛПУ может быть оценена как стабильная и устойчивая. Так же отмечается увеличение заболеваемости это связано с невыполнением стандартов лечения и не укомплектованностью врачебными кадрами.

Проведем анализ расходов по источникам больницы за 2016-2018 гг. Анализ состава расходов больницы представлен в таблице 19 и рисунке 25.

Таблица 19 – Состав расходов больницы за 2016-2018 гг., тыс. руб.

Наименование источника расходов	2016 год	2017 год	2018 год	Темп прироста, %	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Зарботная плата с начислениями	304 476	391 420	382 789	28	-2
Медикаменты	39 478	42 530	44 708	7	5
Коммунальные услуги	13 765	17 688	19 350	28	9
Связь	680	703	630	3	-10
Содержание транспорта	967	1 278	2 342	32	83
Питание	7 658	7 902	8 376	3	6
Содержание имущества	24 850	23 202	12 960	-6	-44
Основные средства	5 431	4 150	4 260	-23	3
Прочие (учеба, охрана и др.)	15 861	24 753	25 764	56	4
Итого	413 166	513 626	501 179	24	-2

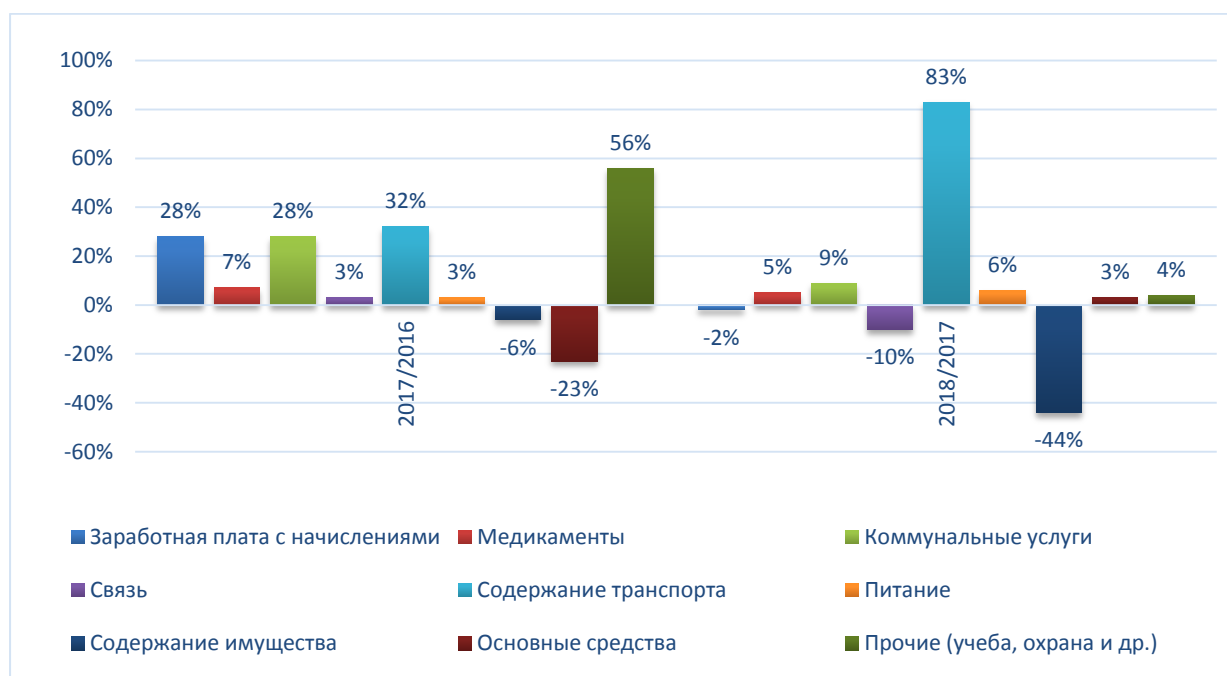


Рисунок 25 – Состав расходов больницы за 2016-2018 гг., тыс. руб.

Общая сумма расходов больницы в 2017 году увеличилась на 28,50% по сравнению с 2016 годом, а в 2018 году сократилась на 2,20% в сравнении с 2017 годом.

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. наибольший прирост произошел по таким статьям расходов как заработная плата + 28,50%, прочие + 56,06%, коммунальные услуги + 28,49%, медикаменты + 7,70%. Сокращение произошло по таким статьям

расходов, как содержание имущества -6,63%, и основные средства – 23,58%. Основные средства включают в себя производственный и хозяйственный инвентарь.

В 2018 г. по сравнению с 2017 г. наибольший рост произошел по таким статьям расходов как содержание транспорта + 83,25%, коммунальные услуги + 9,39%, прочие + 4,05%. Сокращение произошло в части затрат на содержание имущества – 44,14% и затрат на заработную плату – 2,47%. Снижение расходов на начисление заработной платы возможно связано с оттоком высококвалифицированных специалистов из бюджетного учреждения «Радужнинская городская больница» в коммерческие учреждения, а так же учреждения находящиеся в крупных населённых пунктах такие, как г. Нижневартовск, г. Сургут, г. Ханты-Мансийск и другие по причине более высокой оплаты труда. Анализ средней заработной платы медицинских работников по ХМАО за 2016-2018 гг. представлен в таблице 21.

Рассмотрим структуру расходов больницы за 2016-2018 гг. Данные из таблицы 19.

Таблица 20 – Анализ расходов больницы за 2016-2018 гг., %

Наименование источника расходов	2016 год	2017 год	2018 год	Абсолютный прирост, %	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Заработная плата	75,69	76,20	76,37	0,51	0,17
Медикаменты	9,55	8,28	8,92	-1,27	0,64
Коммунальные услуги	3,33	3,44	3,86	0,11	0,42
Услуги связи	0,16	0,13	0,12	0,03	-0,01
Транспортные услуги	0,23	0,24	0,46	0,01	0,22
Питание	1,85	1,55	1,67	-0,30	0,12
Услуги по содержанию имущества	6,01	4,51	2,58	- 1,50	-1,93
Основные средства	1,31	0,80	0,84	-0,51	0,04
Прочие (учеба, охрана и др.)	3,83	4,81	5,14	0,98	0,33
Итого	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00

Наименьший удельный вес в структуре расходов больницы в 2018 году занимает услуги связи 0,12%, транспортные услуги 0,46% и основные средства

0,84%. Так же по сравнению с 2017 годом увеличился удельный вес питания на 0,12%, коммунальных услуг на 0,42%, прочие (учеба, охрана и др.) на 0,33% и на медикаменты 0,64%. Наибольший удельный вес в структуре расходов больницы занимает заработная плата 76,37%.

Таблица 21 – Анализ средней заработной платы медицинских работников по ХМАО за 2016-2018 гг., тыс.руб.

Категория должностей	г. Радужный			г. Нижневартовск			г. Сургут			г. Ханты-Мансийск		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Высший медицинский персонал	62,38 7	81,1 46	80,9 17	-	86,7 58	86,2 32	-	92,4 87	93,7 12	-	93,1 42	93,81 6
Средний медицинский персонал	33,2 88	39,7 19	40,6 91	-	42,6 19	42,4 18	-	45,7 81	46,9 21	-	45,9 42	46,81 2
Младший медицинский персонал	21,9 25	25,4 17	23,2 87	-	26,4 30	25,9 86	-	32,6 46	32,9 46	-	32,7 86	33,12 8
Прочие	17,3 12	17,4 10	16,9 48	-	18,9 41	19,3 48	-	23,6 54	23,4 58	-	24,8 76	24,85 7

Источник: Федеральная служба государственной статистики

Из таблицы видно, что заработная плата увеличивается с каждым годом, но так же можно заметить, что в учреждениях находящиеся в крупных населенных пунктах оплата труда выше, чем в г. Радужный.

2.2. Анализ практики управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения

Задачи БУ «Радужнинская городская больница» направлены на повышение работы по профилактике заболеваний, увеличению доступности медицинской помощи и, главное, по повышению квалификации медицинских кадров, особенно организаторов здравоохранения. Начнем с тех инструментов, которые применяются в больнице. Инструменты управления деятельностью «БУ Радужнинская городская больница» представим в таблицы 22.

Таблица 22 – Инструменты управления деятельностью «БУ Радужнинская городская больница»

Инструмент	Характеристика
Лицензирование	<p>Лицензирование БУ «Радужнинская городская больница» осуществляет службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. Лицензия № ЛО-86-01-002938 от 15.02.2018г. на осуществление медицинской помощи</p> <p>«При оказании первичной в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи....»;</p> <p>«При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы....»;</p> <p>«При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняют следующие работы.....» и т.д.</p>
Гос программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Государственная программа «Развитие здравоохранения» ХМАО-Югра до 2020 года 2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Тюменской области, медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2016 годов 3. Программы модернизации здравоохранения Тюменской области областной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».
Гос задание	<p>В рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения» ХМАО-Югра до 2020 года:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Формирование приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развитие первичной медико-санитарной помощи. 2. Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации. 3. Повышение доступности и качества медицинской помощи детям и матерям. 4. Обеспечение всех категорий граждан медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением. 5. Преодоление кадрового дефицита, обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами. 6. Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, а также развитие информационных и телекоммуникационных технологий с целью повышения доступности квалифицированной медицинской помощи

Окончание таблицы 22

Стандартизация	СанПиН и СНИП*
Субсидии	Предоставления социально ориентированным некоммерческим организациям субсидии на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "Развитие здравоохранения на 2016 - 2020 годы"

СНИП - Строительные нормы и правила

Проведем анализ источников финансирования больницы за 2016-2018 гг.

Горизонтальный анализ источников финансирования больницы представлен в таблице 23.

Таблица 23 – Горизонтальный анализ источников финансирования больницы за 2016-2018 гг., тыс. руб.

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Темп прироста, %	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Городской бюджет (субсидии)	50 813	60 148	58 524	18,37	-2,70
ФОМС	224 948	291 763	289 984	29,70	-0,61
Субвенции для участковой службы	2 880	2 880	3 250	0	6,25
Межбюджетные трансферты	94 787	104 819	100 012	10,58	-4,58
Дополнительная диспансеризация	1 177	1 392	1 403	18,26	0,79
Серебросодержащие отходы	0	30	35	-	16,66
Безвозмездные поступления (Минздрав, УЗАГ)	0	3 920	3 472	-	-11,47
Доход от платных медицинских услуг	39 560	45 671	45 689	15,45	0,04
Итого	414 165	510 623	502 369	23,29	-1,65

Исходя из данных таблицы 23, можно сделать вывод, что в 2017 году по сравнению с 2016 годом сумма финансирования увеличилась на 23,29%, а в 2018 году уменьшилась на -1,65% по сравнению с 2017 годом (рисунок 26).

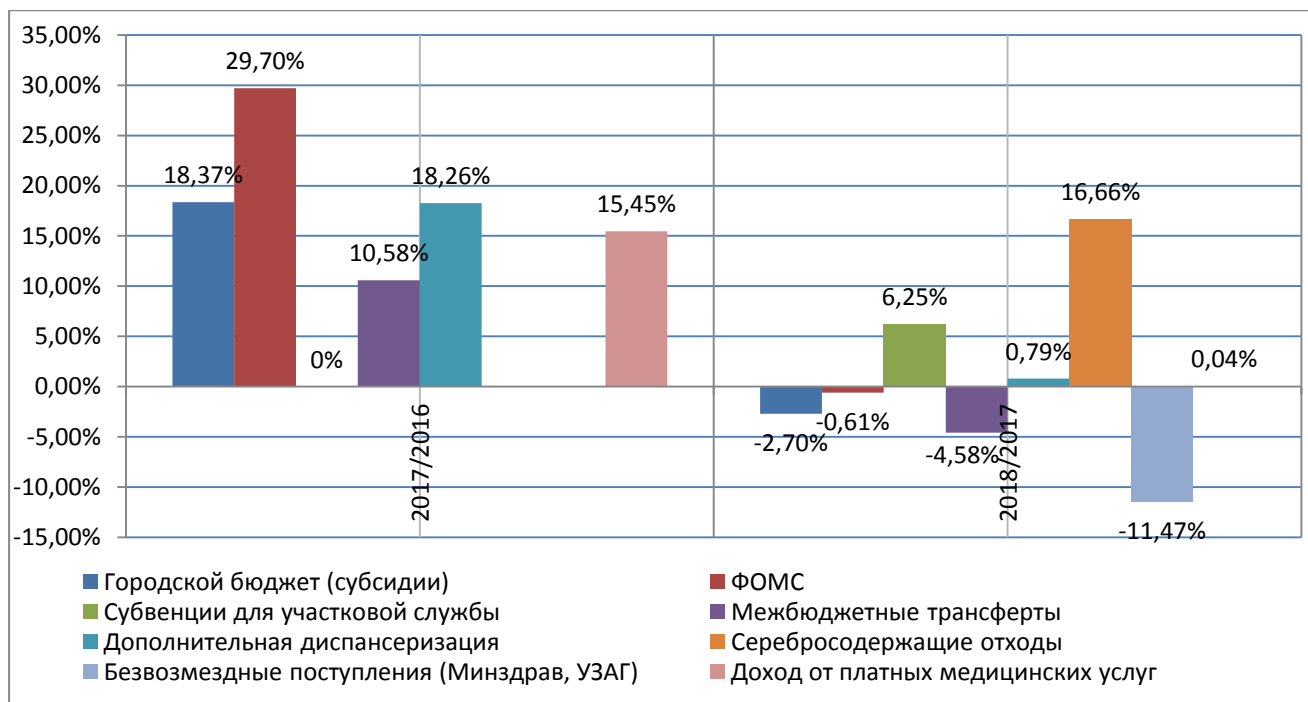


Рисунок 26 – Горизонтальный анализ источников финансирования больницы за 2016-2018 гг., тыс. руб.

Источники финансирования деятельности больницы за 2016-2018 гг. представлены средствами городского бюджета (субсидии), фонда обязательного медицинского страхования, платными услугами, субвенциями для участковой службы, средствами на дополнительную диспансеризацию, межбюджетные трансферты.

Субвенции для участковой службы - это надбавки к заработной плате врачам общей практики (семейным врачам), участковым врачам-терапевтам и участковым врачам-педиатрам, а также медсестрам врачей общей практики (семейных врачей), медсестрам участковых врачей-терапевтов и медсестрам участковых врачей-педиатров, которые установлены Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года N 851. [2]

Дополнительная диспансеризация называется дополнительной, так как она осуществляется на дополнительные средства Федерального бюджета и осуществляется в рамках национального проекта «Здоровье» с 2006года.

Межбюджетные трансферты – финансовая помощь бюджету в рамках

реализации государственных программ.

Также в 2017-2018 г. источниками поступлений были серебросодержащие отходы и безвозмездных поступлений от Минздрава.

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. увеличились поступления из городского бюджета +18,37%, ФОМС +29,70%, поступления на дополнительную диспансеризацию +18,26% . В 2018 г. по сравнению с 2017 г. поступления увеличились только на субвенции для участковых служб +6,25% и дополнительную диспансеризацию +0,79%.

Сокращения достигли средств из городского бюджета -2,70%, межбюджетных трансфертов -4,58%, безведомственных поступлений -11,47%, ФОМСа -0,61%.

Проведем вертикальный анализ источников финансирования больницы за 2016-2018 гг. применив формулу 8.

$$P = \frac{I}{Q} * 100\%, \quad (8)$$

где P - доля финансирования;

I - сумма поступившая из источника финансирования за конкретный год;

Q - Общая сумма финансирования за конкретный год.

Данные из таблицы 23. Результаты расчетов представим в таблице 24.

Таблица 24 – Вертикальный анализ источников финансирования больницы за 2016-2018 гг., %

Источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Абсолютный прирост, %	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Городской бюджет (субсидии)	12,26	11,77	11,65	-0,49	-2,70
ФОМС	54,31	57,13	57,74	2,82	0,61
Субвенции для участковой службы	0,69	0,56	0,60	-0,13	0,04
Межбюджетные трансферты	22,88	20,52	19,91	-2,36	-2,97
Дополнительная диспансеризация	0,28	0,27	0,27	-0,01	0,00
Серебросодержащие отходы	0	0,005	0,006	0,005	0,001
Безвозмездные поступления (Минздрав, УЗАГ)	0	0,76	0,69	0,76	-0,07
Доход от платных медицинских услуг	9,55	8,94	9,09	-0,61	0,15
Итого	100	100	100	0	0

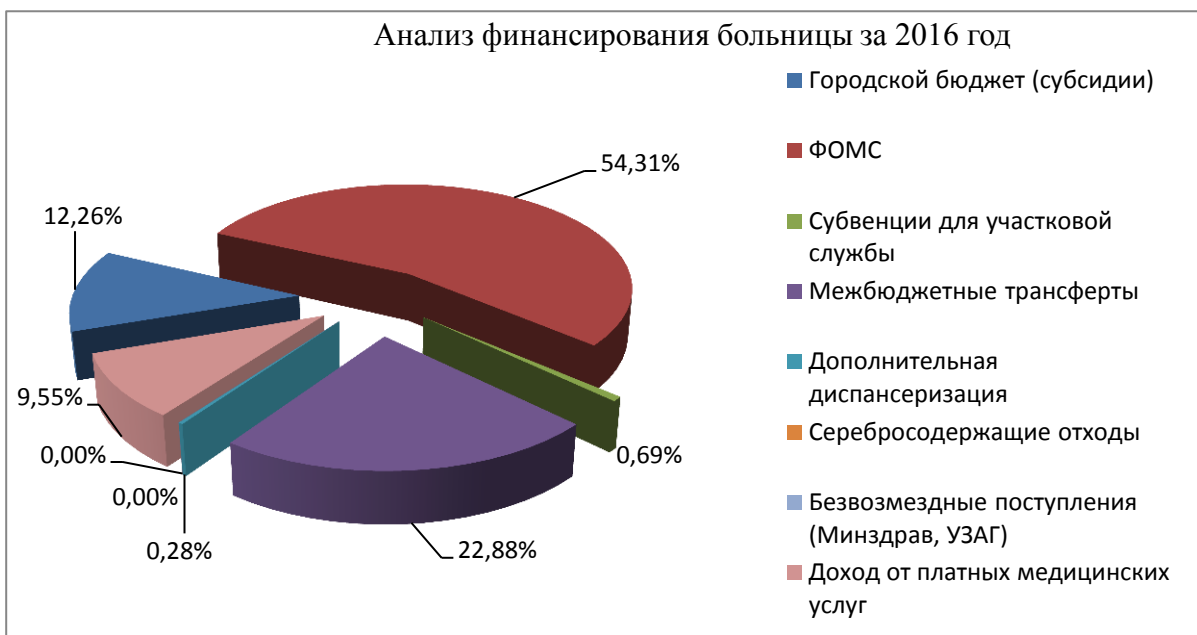


Рисунок 27 – Анализ финансирования больницы за 2016 год

В 2016 г. большую часть поступлений занимали средства, направленные из фонда обязательного медицинского страхования 54,31% и городского бюджета 12,26%. Доля платных услуг составила 9,55%. Наименьшую долю занимали субвенции участковой службе 0,69%, средства дополнительной диспансеризации 0,28%.



Рисунок 28 – Анализ финансирования больницы за 2017 год

В 2017 г. доля средств из ФОМС увеличилась до 57,13%, а доля средств из городского бюджета сократилась до 11,77%, платных услуг до 8,94%, субвенций для участковой службы до 0,56%, средств дополнительной диспансеризации до 0,27%.

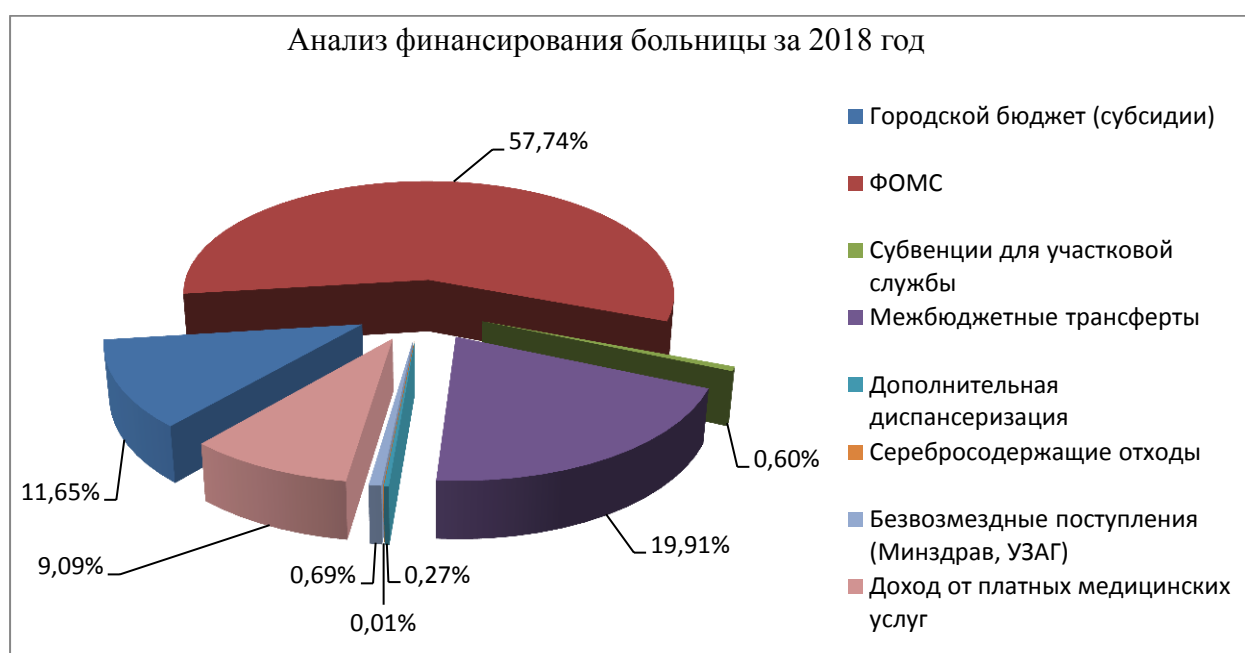


Рисунок 29 – Анализ финансирования больницы за 2018 год

В 2018 г. доля средств из городского бюджета уменьшилась на -2,70%, средств из ФОМСа сократилась на -0,61%, а доля платных услуг выросла на 0,04%. Доля средств дополнительной диспансеризации выросла на 0,79%. Доля серебросодержащих отходов составила 0,01%, доля безвозмездных поступлений – 0,69%.

В целом проведенный анализ источников финансирования больницы позволил сделать вывод о том, что основную часть финансирования учреждение получает из фонда обязательного медицинского страхования, межбюджетные трансфертов и доходов от платных услуг.

Анализ соотношения доходов и расходов больницы представлен в таблице 25.

Таблица 25 – Анализ соотношения доходов и расходов больницы тыс.руб.

	2016 год	2017 год	2018 год
Доходы, всего тыс. руб.	414 165	510 623	502 369
Расходы, всего тыс. руб.	413 166	513 626	501 179

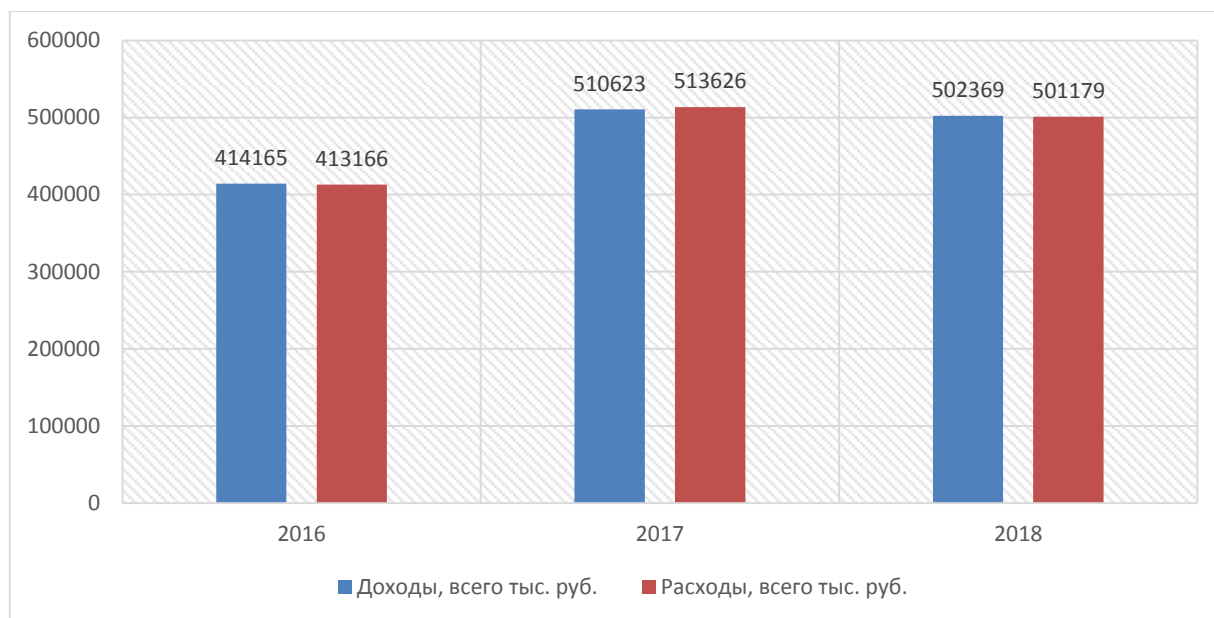


Рисунок 30 – Анализ соотношения доходов и расходов больницы тыс.руб.

В 2016 г. общая сумма расходов больницы превышает сумму доходов на 0,06%. В 2017 г. общая сумма доходов больницы не соответствует расходам, так как расходы превысили доходы на 7,38%. В 2018 г. общая сумма доходов больницы так же не соответствует расходам, произведенным из городского бюджета на 2,80%.

Оценка эффективности деятельности ЛПУ - неотъемлемая часть комплексной системы планирования медицинского учреждения. Оценки различных аспектов эффективности должны быть положены в основу реализации управленческих решений, направленных, в том числе, и на успешную организацию труда персонала.

Поскольку деятельность любого медицинского учреждения ориентирована на обеспечение качества медицинской помощи (КМП) и рассматривается как оптимальная помощь в соответствии с медицинскими потребностями и спросом

пациента, то эффективность работы медицинского учреждения (медицинскую эффективность) можно рассматривать как синоним качества медицинской помощи.

Оценка эффективности качества медицинской помощи, должна основываться на анализе показателей, характеризующих медицинскую эффективность, социальную удовлетворенность пациентов и произведенные при этом затраты. [11]

Анализ эффективности управления представлены в таблице 33. Анализ состоит из 7 этапов:

1. Коэффициент результативности;
2. Коэффициент социальной эффективности;
3. Коэффициент затрат;
4. Интегральный коэффициент качества оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент объема деятельности;
6. Коэффициент экономичности;
7. Коэффициент деятельности учреждения.

1. Приведем расчеты коэффициента результативности и представим в таблице 26.

$$K_{рез} = \frac{Y}{Q} \quad (9)$$

где $K_{рез}$ - коэффициент результативности;

Y - количество обращений где достигнут запланированный результат;

Q - количество обращений.

$$K_{рез} = 148991/184032 = 0,81\%$$

Таблица 26 – Коэффициент результативности деятельности БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Количество обращений	184032	179280	113400	-70632	-65880
Количество обращений где достигнут запланированный результат	148991	149334	92459	-56532	-56875
Коэффициент результативности	0,81	0,83	0,82	0,01	-0,01

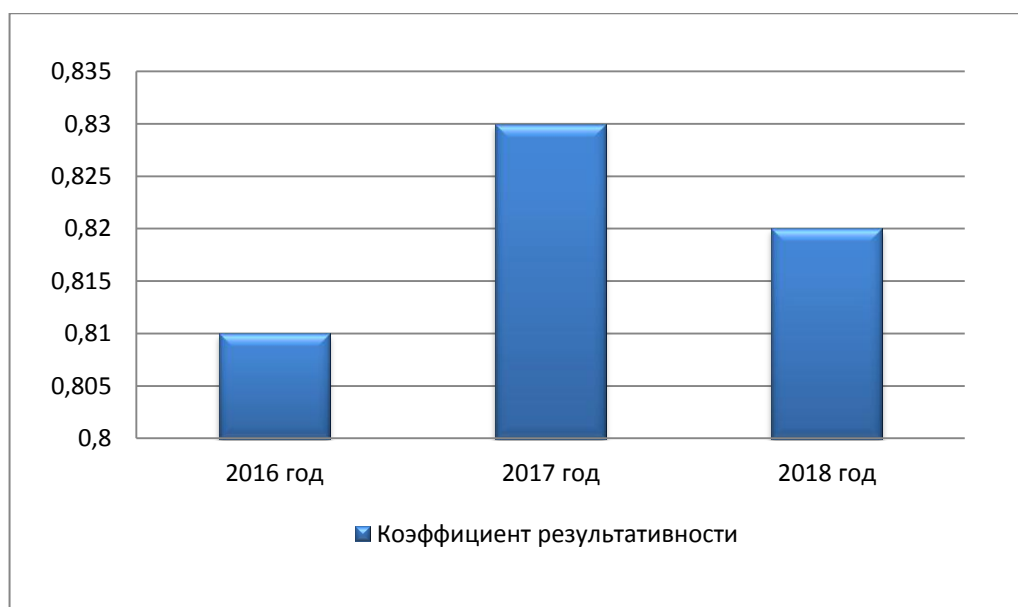


Рисунок 31 – Коэффициент результативности деятельности «БУ-Радужнинская городская больница»

Из таблицы 26 и рисунка 31 видно, что коэффициент результативности деятельности больницы не достигает своего запланированного результата, одной из причин может быть снижение зарегистрированной заболеваемости.

2. Коэффициент социальной эффективности представим в таблице 27 и рисунке 32.

$$K_{\text{соц}} = \frac{Y_1}{Q_1} \quad (10)$$

где $K_{\text{соц}}$ - коэффициент социальной эффективности;

Y_1 - количество полностью удовлетворенных качеством медицинской помощи пациентов;

Q_1 - количество опрошенных пациентов.

$$K_{\text{соц}} = 1237/1269 = 0,97\%$$

Таблица 27 – Коэффициент социальной эффективности БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Количество опрошенных пациентов	1269	1885	2016	747	131
Количество полностью удовлетворенных качеством медицинской помощи пациентов	1237	1745	1888	651	143
Коэффициент социальной эффективности	0,97	0,93	0,94	-0,04	0,01



Рисунок 32 – Коэффициент социальной эффективности БУ «Радужнинская городская больница»

Коэффициент социальной эффективности сократился с 0,97 % до 0,94 %, это значит, что уровень здоровья и качества медицинской помощи ухудшается и выражается конкретно в увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности.

3. Коэффициент затрат (таблица 28 и рисунок 33).

$$K_{\text{затр}} = \frac{Y_2}{Q_2} \quad (11)$$

где $K_{\text{затр}}$ - коэффициент затрат;

Y_2 - затраты на лечебную деятельность фактические;

Q_2 - затраты на лечебную деятельность плановые.

$$K_{\text{затр}} = 201225/199547 = 1,01\%$$

Таблица 28 – Коэффициент затрат БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Затраты на лечебную деятельность фактические	201225	245871	236997	35772	-8874
Затраты на лечебную деятельность плановые	199547	232140	229885	30338	-2255
Коэффициент затрат	1,01	1,06	1,03	0,02	-0,03

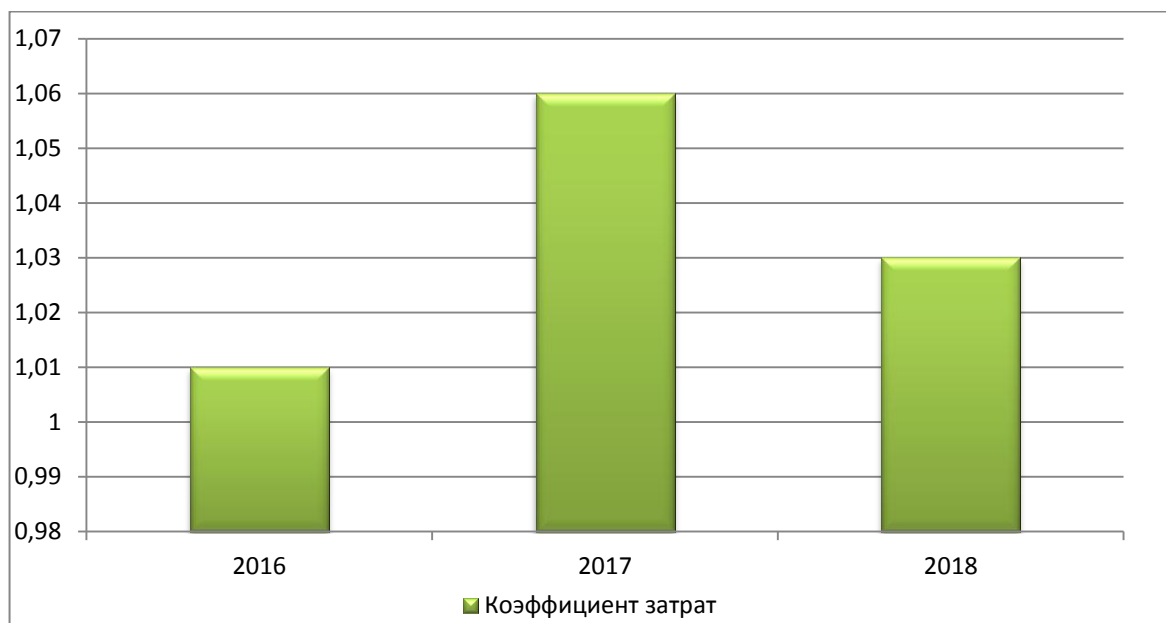


Рисунок 33 – Коэффициент затрат БУ «Радужнинская городская больница»

Коэффициент затрат в 2018 году вырос на 0,02% по сравнению с 2016 годом, а по сравнению с 2017 годом снизился на 0,03%. Одни из причин снижения затрат больницы являются уменьшение начисления денежных средств на заработные платы (увеличении недостатка работников), содержание имущества.

4. Интегральный коэффициент качества оказания медицинской помощи (таблица 29).

$$K_{\text{инт}} = K_{\text{рез}} * K_{\text{соц}} * K_{\text{затр}} \quad (12)$$

где $K_{\text{инт}}$ - интегральный коэффициент;

$K_{\text{рез}}$ - коэффициент результативности;

$K_{\text{соц}}$ - коэффициент социальной эффективности;

$K_{\text{затр}}$ - коэффициент затрат.

$$K_{\text{инт}} = 0,81 * 0,97 * 1,01 = 0,80\%$$

Таблица 29 – Интегральный коэффициент качества оказания медицинской помощи БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Коэффициент результативности	0,81	0,83	0,82	0,01	-0,01
Коэффициент социальной эффективности	0,97	0,93	0,94	-0,04	0,01
Коэффициент затрат	1,01	1,06	1,03	0,02	-0,03
Интегральный коэффициент качества оказания мед.помощи	0,80	0,82	0,79	-0,01	-0,03

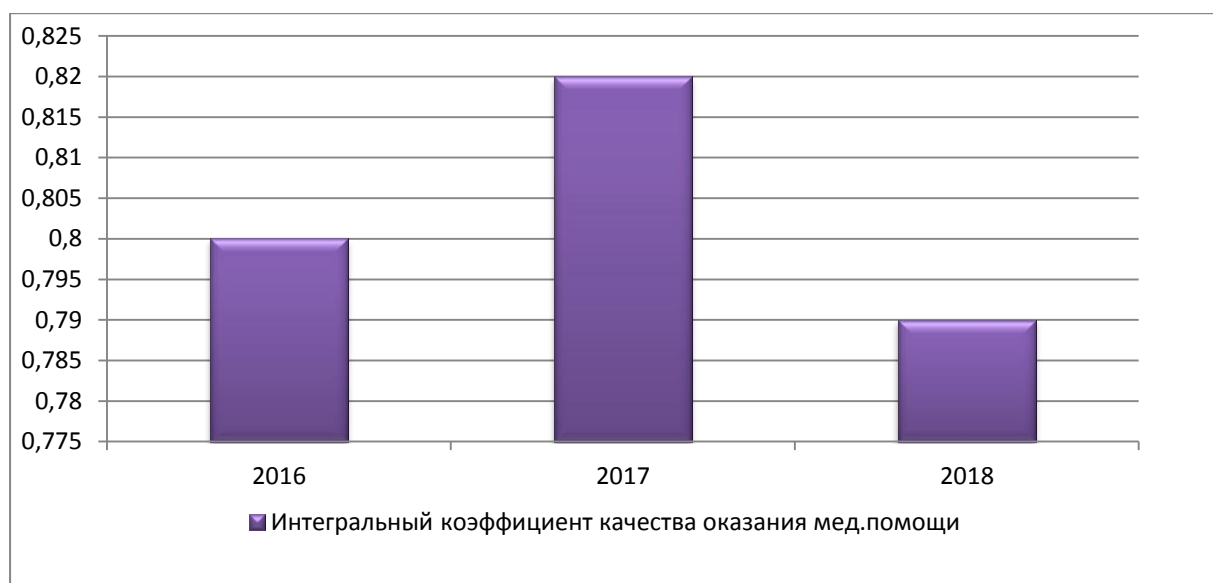


Рисунок 34 – Интегральный коэффициент качества оказания медицинской помощи БУ «Радужнинская городская больница»

Исходя из данных таблицы и рисунка, можно сделать вывод, что качество оказания медицинской помощи ухудшается, так в 2018 году качество снизилось на 0,03% по сравнению с 2017 годом. Полагаю, что одной из причин является отток высококвалифицированных специалистов из бюджетного учреждения «Радужнинская городская больница» в коммерческие учреждения, а так же учреждения находящиеся в крупных населённых пунктах такие, как г. Нижневартовск, г. Сургут, г. Ханты-Мансийск и другие по причине более высокой оплаты труда, данный факт влияет на недостаточно укомплектованный штата. Тем самым появляется большая загруженность работников, что приводит к ухудшению оказания медицинской помощи.

5. Коэффициент объема деятельности (таблица 30)

$$K_{об} = \frac{Кол_{факт}}{Кол_{план}} \quad (13)$$

где $K_{об}$ - коэффициент объема деятельности;

$Кол_{факт}$ - фактическое количество пациентов;

$Кол_{план}$ - плановое количество пациентов.

$$K_{об} = 184032/175669 = 1,05\%$$

Таблица 30 – Коэффициент объема деятельности БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Количество обращений	184032	179280	113400	-70632	-65880
Плановое количество пациентов	175669	174556	125980	-49689	-48576
Коэффициент объема деятельности	1,05	1,03	0,90	-0,15	-0,13

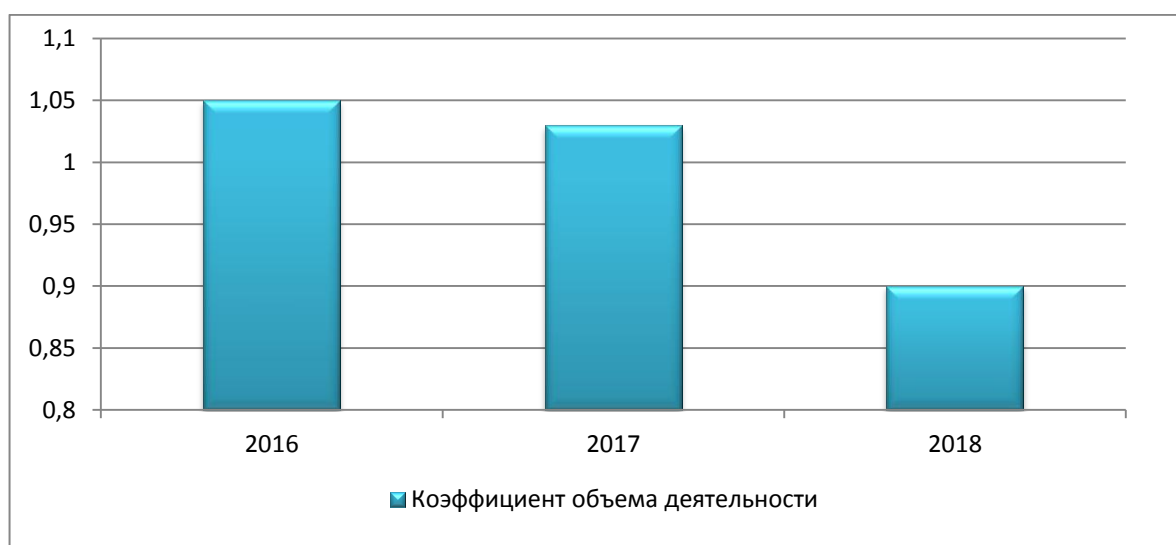


Рисунок 35 – Коэффициент объема деятельности БУ «Радужнинская городская больница»

Из таблицы видно, что коэффициент объема деятельности больницы в 2018 году снизился на 0,13% по сравнению с 2017 годом. Одной из причин данного фактора является то, что значительно уменьшилось количество обращений в

медицинское учреждение. Большинство населения не обращается в больницу и занимается самолечением. На данный факт влияет ухудшение оказания медицинской помощи, как уже было сказано выше.

6. Коэффициент экономичности (таблица 31)

$$K_{\text{ЭК}} = \frac{\text{Рас}_{\text{факт}}}{\text{Рас}_{\text{план}}} \quad (14)$$

где $K_{\text{ЭК}}$ - коэффициент экономичности;

$\text{Рас}_{\text{факт}}$ - количество фактических расходов;

$\text{Рас}_{\text{план}}$ - количество плановых расходов.

$$K_{\text{ЭК}} = 413166/414166 = 0,99\%$$

Таблица 31 – Коэффициент экономичности деятельности БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Фактические расходы, тыс.руб	413166	513626	501179	100460	-12447
Плановые расходы, тыс.руб	414166	510625	502369	96459	-8256
Коэффициент экономичности	0,99	1,01	0,99	0,02	-0,02

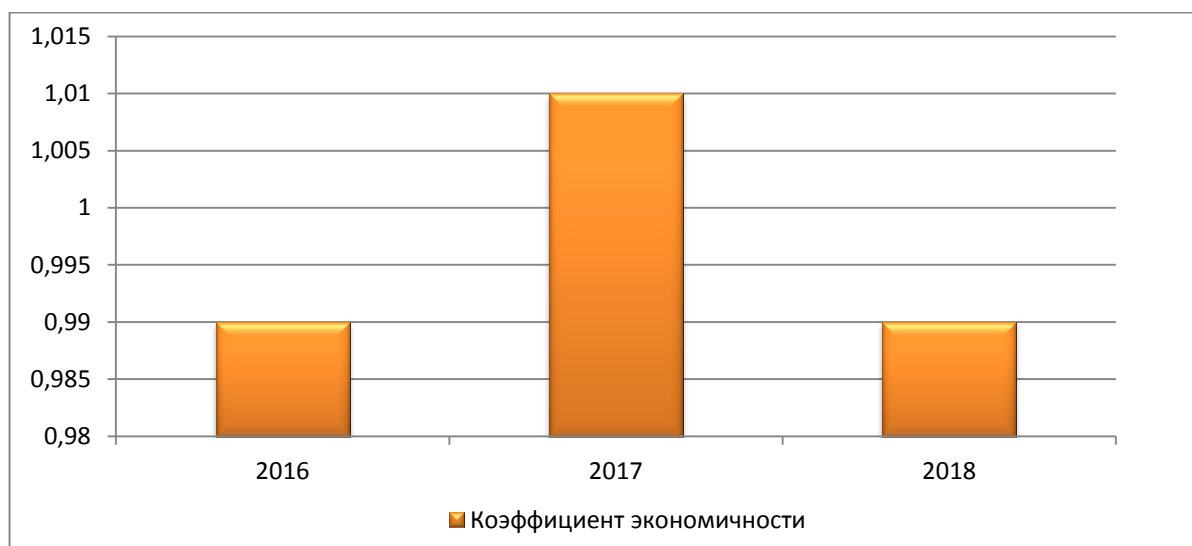


Рисунок 36 – Коэффициент экономичности деятельности БУ «Радужнинская городская больница»

Данные таблицы 31 позволяют сделать вывод о не достаточной эффективности использования бюджетных средств. В 2018 году коэффициент экономичности снизился на -0,02 по сравнению с 2017 годом.

7. Коэффициент деятельности учреждения (таблица 32)

$$K_{д.у} = K_{об} * K_{эк} \quad (15)$$

где $K_{д.у}$ - коэффициент деятельности учреждения;

$K_{об}$ - коэффициент объема деятельности;

$K_{эк}$ - коэффициент экономичности.

$$K_{д.у} = 1,05 * 0,99 = 1,03\%$$

Таблица 32 – Коэффициент деятельности медицинского учреждения БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Коэффициент объема деятельности	1,05	1,03	0,90	-0,15	-0,13
Коэффициент экономичности	0,99	1,01	0,99	0,02	-0,02
Коэффициент деятельности учреждения	1,03	1,04	0,89	0,01	-0,15

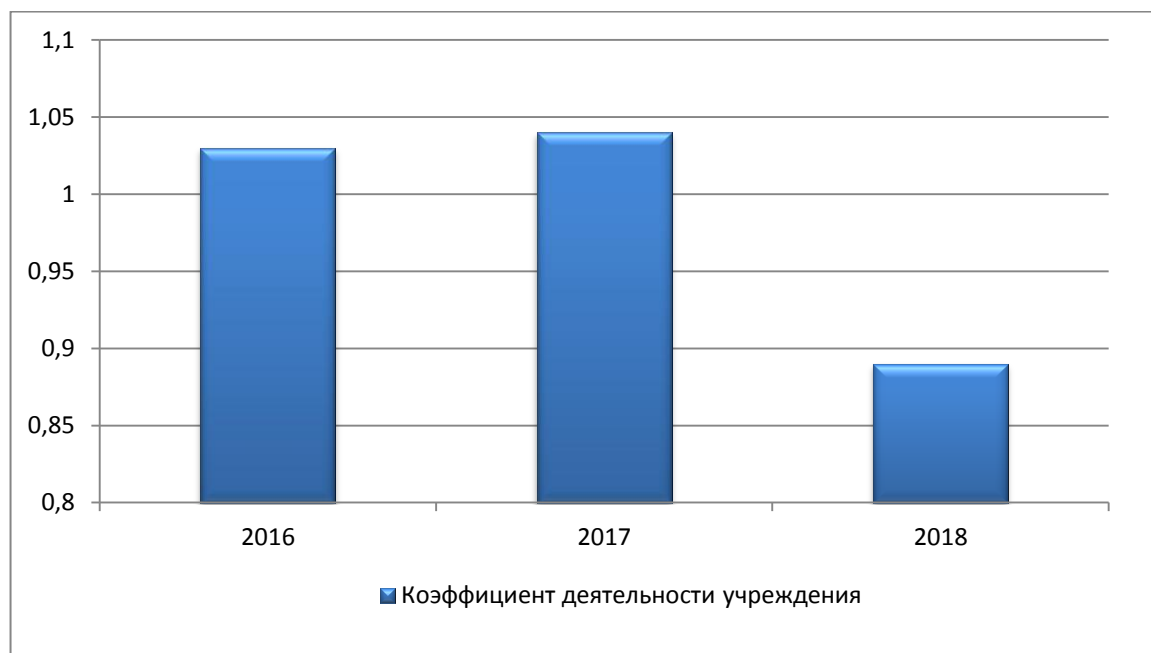


Рисунок 37 – Коэффициент деятельности медицинского учреждения БУ «Радужнинская городская больница»

Из таблицы 32 и рисунка 37 можно сделать вывод, что коэффициент деятельности значительно уменьшился, так в 2018 году составил 0,89%, а это ниже коэффициента 2017 года на -0,15%. Проведем общий анализ эффективности управления медицинского учреждения и представим в таблице 33.

Таблица 33 – Анализ эффективности управления медицинского учреждения БУ «Радужнинская городская больница»

Показатель	2016 год	2017 год	2018 год	2018 / 2016	2018 / 2017
Коэффициент результативности	0,81	0,83	0,82	0,01	-0,01
Коэффициент социальной эффективности	0,97	0,93	0,94	- 0,04	0,01
Коэффициент затрат	1,01	1,06	1,03	0,02	-0,03
Интегральный коэффициент качества оказания мед.помощи	0,80	0,82	0,79	-0,01	-0,03
Коэффициент объема деятельности	1,05	1,03	0,90	-0,15	-0,13
Коэффициент экономичности	0,99	1,01	0,99	0,02	-0,02
Коэффициент деятельности учреждения	1,03	1,04	0,89	0,01	-0,15

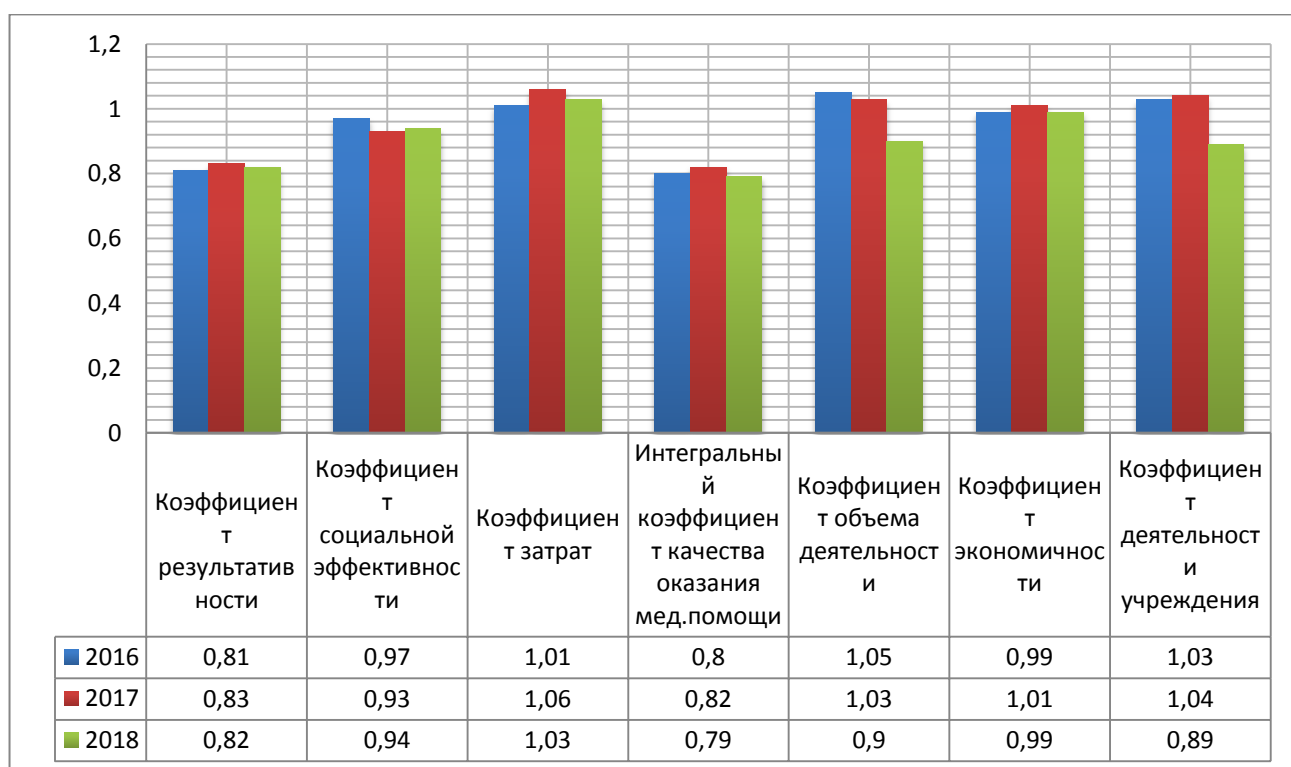


Рисунок 38 – Анализ эффективности управления медицинского учреждения

Из таблицы 33 и рисунка 38 видно, что коэффициент результативности деятельности больницы вырос на 0,02% к уровню 2016 года, и сократился на 0,01% к уровню 2017 года. Коэффициент социальной эффективности сократился с 0,97 % до 0,94 %. Коэффициент затрат вырос в 2017 году на 0,05%. Динамика коэффициентов способствовала сокращению интегрального показателя эффективности управления БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» с 0,80 % до 0,79 %. Общий коэффициент деятельности больницы сильно сократился с 1,03% до 0,89%. Таким образом, эффективность управления больницей падает, кроме то учреждение испытывает дефицит в ресурсах на осуществление текущей деятельности.

Теперь приведём SWOT-анализ БУ «Радужнинская городская больница» в таблице 34. Основными проблемами, выявленными при проведении SWOT-анализа, являются:

1. Недоукомплектованность кадрами, в т.ч. нехватка узких специалистов;
2. Несвоевременное обращение людей в больницу;
3. Конкуренция со стороны больниц г. Нижневартовск, Сургут, Ханты-Мансийск;
4. Проблемы с финансированием в случае невыполнения (выполнения не в полной мере) госзаказа.

По всем вышеперечисленным проблемам принимаются следующие меры:

1. Предоставление льгот специалистам, приезжающим работать в г. Радужный;
2. Посещение ярмарок вакансий при медицинских учебных заведениях
3. Просвещение населения на тему профилактики и своевременного лечения заболеваний;
4. Повышение квалификации специалистов;
5. Выполнение госзаказа в полной мере.

Результатом решения данных проблем будет улучшение качества оказываемой помощи населению.

Таблица 34 – SWOT-анализ управления деятельностью БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Сильные стороны	Слабые стороны
<ol style="list-style-type: none"> 1. Основная масса медработников имеет опыт работы более 10 лет, многие имеют категории; 2. Бесплатное предоставление основных видов медицинских услуг; 3. Наличие системы подготовки, повышения квалификации медицинских кадров; 4. Стремление медперсонала к профессиональному росту 4. Технологическое оснащение; 5. Открытие дневного стационара 6. Высокий уровень ответственности медперсонала 7. Наличие государственных программ по улучшению качества медицинской помощи населения; 8. Наличие сложившейся системы научно практического взаимодействия между ЛПУ и медицинскими ВУЗами; 9. Улучшение условий труда для медицинских работников; 10. Современный ремонт помещений. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие практических знаний у молодых специалистов; 2. Низкий уровень оплаты труда по сравнению с учреждениями находящимися в крупных населённых пунктах такие, как г. Нижневартовск, г. Сургут, г. Ханты-Мансийск 3. Близость областного центра с более квалифицированными специалистами; 4. Нет материального стимулирования медперсонала; 5. Медицинскому персоналу приходится работать сверх нормы; 6. Спад доверия граждан в системе государственного здравоохранения, рост социальной неудовлетворённости. 7. Нехватка высококвалифицированных специалистов узкой направленности;
Возможности	Угрозы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Совершенствование профессиональных знаний медицинских работников по каждому направлению; 2. Использование опыта других регионов; 3. Развитие материально-технической базы медицинских учреждений; 4. Материальное стимулирование медперсонала; 5. Возможности льготного лечения и дополнительного отдыха сотрудников медучреждений 6. Оказание качественных медицинских услуг; 7. Привлечение узких специалистов из областных центров. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низкий уровень вознаграждения за труд, приводящий к неудовлетворенности результатами профессиональной деятельности; 2. Увеличение нагрузки на медицинский персонал; 3. Снижение психофизического и психосоматического здоровья населения; 4. Непрофессиональное руководство медицинскими учреждениями; 5. Пессимистичный взгляд населения на развитие страны и отечественной медицины; 6. Ухудшение контроля качества медпомощи вследствие появления лечебных учреждений частной формы собственности; 7. Недостаточно эффективное обучение в медицинских вузах и профанация переподготовки медперсонала 8. Текучесть кадров; 9. Уменьшение посещаемости в амбулаторных условиях; 10. Оказание медицинских услуг не в полном объеме;

У БУ «Радужнинская городская больница» хороший потенциал к развитию, так как сильные стороны и возможности преобладают над слабыми сторонами.

Вывод по главе 2

В данной главе рассмотрена общая характеристика деятельности БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница». В результате анализа управления деятельности государственного учреждения здравоохранения выявлено, что медицинское учреждение страдает нехваткой узких специалистов, что влияет на качество оказываемой медицинской помощи. Также был проведен SWOT-анализ, где были выделены сильные и слабые стороны медицинского учреждения.

3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ УПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БУ «РАДУЖНИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

3.1 Основные направления совершенствования управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения

Совершенствование управления государственным учреждением является очень важной составляющей любого медицинского учреждения. Ведь совершенствование – это непрерывный процесс, который позволяет улучшить определенные характеристики и параметры чего-либо. [8]

В современных условиях одним из важнейших направлений здравоохранения служит формирование новой системы управления. Системы, которая обеспечивала, прежде всего, эффективное использование материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов, направляемых в отрасль.

Проанализировав деятельность бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» можно выделить основные проблемы управления деятельностью. (таблица 35)

Таблица 35 – Проблемы управления деятельностью бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница»

Проблемы учреждения	Способы решения
1. Отсутствие практических знаний у молодых специалистов;	Совершенствование профессиональных знаний медицинских работников. Научные знания в медицинской сфере непрерывно растут: появляются новые технологии диагностики, методы лечения. Поэтому медицинские работники, окончившие ВУЗ, нуждаются в практическом обучении и повышении профессиональных знаний путем использования опыта высококвалифицированных специалистов.

Окончание таблицы 35

2. Нет материального стимулирования медперсонала;	Материальное стимулирование медицинского персонала - это не обязательно денежные выплаты, это может быть возможность льготного лечения и дополнительного отдыха сотрудников медучреждений.
3. Спад доверия граждан в системе государственного здравоохранения, рост социальной неудовлетворённости	Чтобы поднять уровень доверия к отечественной медицине и российским врачам, важно решить проблему с кадровым дефицитом и повышения уровня практических знаний.
4. Нехватка высококвалифицированных специалистов узкой направленности	Привлечение специалистов в учреждение здравоохранения для обеспечения потребности во врачебных кадрах путем создания системы социально-экономической поддержки специалистов с целью создания благоприятных условий для жизни и профессиональной деятельности врачей и их семей;

В ходе анализа бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» были выявлены основные проблемы в управлении деятельности. В период с 2016-2018гг. объем деятельности медицинского учреждения снизился на 0,13% по сравнению с 2017 годом и на 0,15% с 2016 годом. Это обусловлено тем, что количество посещений ЛПУ уменьшилось на 36,74% по сравнению с 2017 годом и на 38,38% с 2016 годом. Полагаю, что одной из причин является дефицит узких специалистов. Персонал больницы является основной материальной базой учреждения, но недостаток высококвалифицированных специалистов сказывается на оказание медицинской помощи.

В БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» в таблице 35 были выделены основные проблемы и пути решения. Разберем более детально каждую проблему.

Первой и не мало важной проблемой, является отсутствие практических знаний у молодых специалистов. Каждый молодой специалист сталкивается с такой проблемой, когда испытывает определенные трудности делая свои первые шаги в профессии. Требуется приложить огромные усилия, чтобы достичь поставленной цели, а это происходит гораздо труднее, чем человека в любой другой профессии. Для успешного становления и развития недостаточно иметь

багаж теоретических знаний, огромную роль играют практические знания. Поэтому медицинские работники, окончившие ВУЗ, нуждаются в практическом обучении и повышении профессиональных знаний путем использования опыта высококвалифицированных специалистов. Так как научные знания в медицинской сфере непрерывно растут: появляются новые технологии диагностики, методы лечения.

Второй проблемой является, отсутствия материального стимулирования медицинского персонала. Важным фактором мотивации работника является вознаграждение за его труд, но это не обязательно должны быть деньги. Стимулом может являться возможность льготного лечения как для сотрудников, так и для его семьи, дополнительный отдых сотрудников медучреждений (путевки в санаторий, внеплановый однодневный оплачиваемый отпуск, присоединение дополнительных дней к отпуску). Отсутствие мотивации у сотрудников, приводит к ухудшению качества оказываемых медицинских услуг. В 2018 году качество снизилось на 0,03% по сравнению с 2017 годом. Это говорит о том, что качество медицинской помощи ухудшается и выражается конкретно в увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности. Поэтому мотивация работников должна быть неотъемлемой частью любого учреждения.

Третья проблема, это спад доверия граждан в системе государственного здравоохранения и рост социальной неудовлетворённости. Самой большой проблемой является кадровый дефицит. Одной из причин является отток специалистов из бюджетного учреждения «Радужнинская городская больница» в коммерческие учреждения, а также учреждения, находящиеся в крупных населенных пунктах. Для решения данной проблемы следует применить метод стимулирования медицинских работников.

Еще одно немало важной задачей в области профилактики и укрепления здоровья в БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» будет являться изменение позиции медицинских работников, а также населения в целом к здоровью каждого гражданина города. Далеко не просто изменить отношение

граждан и персонала. В большинстве случаев персонал не готов и не умеет быть приветливым, заботливым, услужливым. И в хорошо отремонтированном, прекрасно оснащённом учреждении пациент имеет большой шанс встретиться с «советским сервисом». Значит надо подбирать соответствующий персонал, который кроме профессионализма обладает определенными личностными качествами. Именно обученный и тщательно психологически подобранный персонал является достоянием современной медицины. Высокая коммуникабельность, большая психологическая выносливость, низкая агрессивность, развитое чувство эмпатии (сопереживания) – это очень ценные качества в медицинском работнике.

Четвертой проблемой является нехватка высококвалифицированных специалистов узкой направленности. Более подробно изучим данную проблему и рассмотрим пути решения в главе 3 пункте 3.2.

3.2 Оценка разработанного мероприятия для государственного учреждения здравоохранения

Основной целью любого медицинского учреждения является повышение эффективности деятельности и организация качественной медицинской помощи населению.

В данной работе разработка рекомендаций будет состоять из 3 этапов:

1 этап. Выявить главную проблему управления деятельности медицинского учреждения;

2 этап. Рекомендация для решения проблемы управления деятельностью;

3 этап. Анализ рекомендации путем внедрения в БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница».

1 этап. Главной проблемой управления деятельностью БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» является нехватка высококвалифицированных специалистов.

На состояние медицинской помощи оказывают неблагоприятное влияние недостаточная укомплектованность учреждений медицинскими кадрами. Укомплектованность больницы штатной численностью в 2018 году составила 94,11%, а это меньше на 1,85% по сравнению с 2017 годом. При этом отмечается недостаток по всем категориям работников.

2 этап. Для решения данной проблемы предлагаю 2 пути решения.

1. привлечение узких специалистов из областных центров. Например, такие специальности, как онколог и гастроэнтеролог;

2. выездной прием узких специалистов на 3 дня 1 раз в месяц. В выездную бригаду узких специалистов входят врачи аллерголог - иммунолог, флеболог (проблемы вен), вертеброневролог (специалист по позвоночнику), фтизиатр (специалист, который занимается диагностикой, лечением и профилактикой туберкулеза).

3 этап. Анализ рекомендации путем внедрения в БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница».

Одной из рекомендаций является привлечение узких специалистов из областных центров. Это позволит гражданам своевременно обращаться в медицинское учреждение и тем самым снизить риск осложнений заболеваемости и смертности.

БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» нуждается в специалистах узкой направленности, а именно онколог и гастроэнтеролог.

Онколог – эта профессия, которая предполагает имеющиеся знания у специалиста по общей анатомии человеческого тела, по строению тканей и видах опухолей. К обязанностям врача-онколога относится не только своевременное лечение и наблюдение пациента, но и диагностика возможного заболевания.

Гастроэнтеролог – это специалист, который занимается диагностикой, лечением, своевременной профилактикой болезней ЖКТ (желудка, разных отделов кишечника, пищевода). Также врач лечит болезни печени, поджелудочной железы, желчного пузыря. [27]

Прием онколога и гастроэнтеролога должен осуществляться в каждом медицинском учреждении, так как проблема онкологических и гастроэнтерологических заболеваний существует в любом городе в независимости от численности населения.

Рассмотрим структуру общей смертности населения в г. Радужный ХМАО по основным классам причин смертности в 2018 г. (рисунок 39)

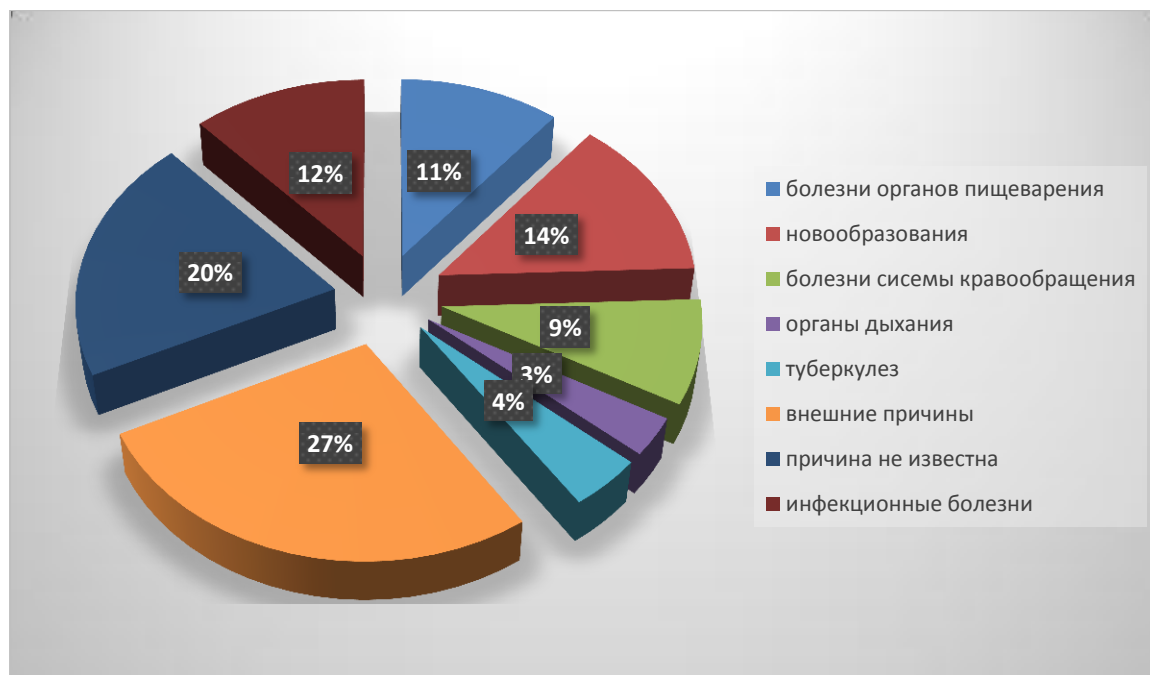


Рисунок – 39 Структура общей смертности населения в г. Радужный ХМАО-Югры по основным классам причин смертности в 2018 году

Исходя из рисунка 39, можно сделать вывод, что наличие в кадровом составе узких специалистов необходимая мера для медицинского учреждения. Для привлечения врачей онколога и гастроэнтеролога потребуются финансовые затраты, а именно оказание комфортных условий проживания специалистам и их семьи, достойная заработная плата. В таблице 36 рассмотрим заработную плату онколога и гастроэнтеролога в медицинских учреждениях, находящихся в крупных населенных пунктах за 2018 год.

Таблица 36 – Заработная плата онколога и гастроэнтеролога в медицинских учреждениях, находящихся в крупных населенных пунктах за 2018 г., тыс.руб.

Специальность	г. Нижневартовск	г. Сургут	г. Ханты-Мансийск
Онколог	48,512	53,728	51,476
Гастроэнтеролог	45,538	49,618	49,983

Из таблицы 36, можно сделать вывод, что в по специальности онколог заработная плата варьируется от 48,512 – 51,476 тыс.руб. возьмем за среднюю заработную плату 51,238 тыс.рублей, у гастроэнтеролога заработная плата от 45,538 – 49,983 тыс.руб. за среднюю заработную плату возьмем 49,379 тыс.рублей.

Так же кроме оплаты труда работникам потребуются затраты на проживание специалистов на съемной квартире. В среднем стоимость квартиры с комфортными условиями проживания специалистов и их семей составляет 15 000 рублей, это 2-х комнатная квартира со всеми условиями проживания. В таблице 37 представим анализ затрат на содержание специалистов узкой направленности за 1 год.

Таблица 37 – Анализ затрат на содержание специалистов узкой направленности в тыс.руб.

Наименование затрат	Специальность			
	Онколог		Гастроэнтеролог	
	на 1 месяц	на 1 год	на 1 месяц	на 1 год
Заработная плата	51,238	614,856	49,379	592,548
Предоставление жилья	15,00	180,00	15,00	180,00
Итого		794,856		772,548

Проведенный анализ показал, что общая сумма затрат составит 1 567,404 тыс.рублей.

Так же, затраты коснуться 2 пути решения проблемы, это выездной прием узких специалистов на 3 дня 1 раз в месяц. В выездную бригаду узких специалистов будут входить врачи аллерголог - иммунолог, флеболог (проблемы

вен), вертеброневролог (специалист по позвоночнику), фтизиатр (специалист, который занимается диагностикой, лечением и профилактикой туберкулеза).

Выездная бригада медицинских работников осуществляется на основе договорных отношений между администрацией г. Радужный и медицинскими учреждениями, находящимися в крупных населенных пунктах. БУ «Радужнинская городская больница» закладывает в бюджет расходы на оплату выездных специалистов:

- питание 400 руб. сут. /чел.;
- проживание 800 руб. сут. /чел.;
- проезд к месту назначения 700 руб. сут. /чел..

В составе бригады 4 специалиста. Анализ расходов больницы для выездной бригады представим в таблице 38.

Таблица 38 – Анализ расходов больницы для выездной бригады, руб.

Специальность	Наименование расхода								
	питание			проживание			проезд к месту назначения		
	сутки	3 дня	1 год	сутки	3 дня	1 год	сутки	3 дня	1 год
аллерголог – иммунолог, флеболог, вертеброневролог, фтизиатр.	400	1200	14400	800	2400	28800	700	2100	25200
Итого			14400			28800			25200

Общая сумма расходов составила 68,400 тыс.рублей.

В связи с привлечением узких специалистов и выездной бригады медицинских работников планируется увеличение расходов бюджетного учреждения. Анализа расходов и доходов до внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников представим в таблице 39, за основу возьмем анализ за 2018 год.

Таблица 39 – Анализ расходов и доходов до внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников за 2018 г., тыс.руб.

	2018 год
Доходы, всего	502 369
Расходы, всего	501 179

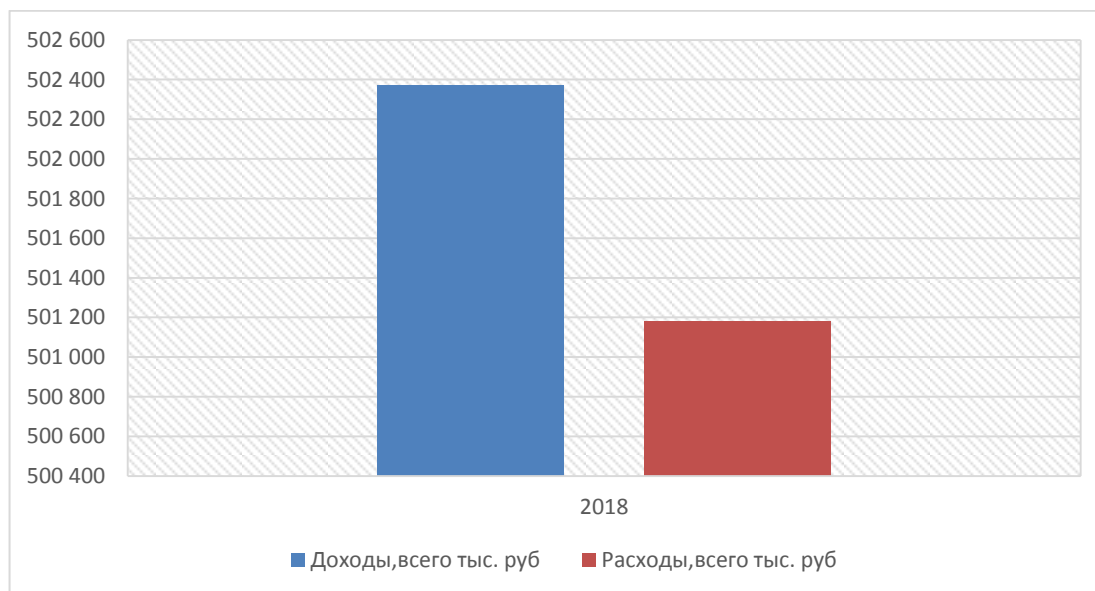


Рисунок 40 – Анализ расходов и доходов до внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников за 2018 г., тыс.руб.

Как можно заметить из таблицы 39 и рисунка 40, что денежные средства БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» используются не в полной мере. Сумма доходов превышает суммы расходов на 0,24%.

Не использование в полной мере доходных средств позволит внедрить узко направленных специалистов и выездную бригады медицинских работников. Анализ расходов после внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников, тыс.руб. представим в таблице 40, за основу возьмем расходы за 2018 год.

Таблица 40 – Анализ расходов после внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников, тыс.руб.

	Сумма расходов, тыс.руб
Привлечение узко направленных специалистов	1 567,404
Выездная бригада медицинских работников	68,400
Прочие расходы	501 179
Итого	502 815

Сумма расходов с учетом реализации предложенных проектов составит 502 815 тыс.руб. Анализ, представленный в таблице 39 показал, что из дохода бюджетного учреждения были не использованы денежные средства в сумме 1 190 тыс.руб. (рисунок 40). В таблице 41 представим анализ расходов больницы до и после реализации проектов.

Таблица 41 – Анализ расходов бюджетного учреждения до и после реализации проектов

	до реализации проекта	после реализации проекта	Абсолютный прирост, тыс.руб
Расходы, всего тыс.руб	501 179	502 815	1 636

В таблице 41 видно, что сумма расходов после реализации проекта по внедрению в бюджетное учреждение узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников увеличится на 1 636 тыс.руб. В связи с тем, что в 2018 году были не использованы денежные средства в сумме 1 190 тыс.руб., сумма доходов для реализации проектов должна увеличиться на 446,00 тыс.руб.

Для увеличения бюджета в бюджетном учреждении возможно изменения финансирования из городского бюджета в большую сторону. Так, как администрация города Радужный заинтересована тем, чтобы уменьшить количество заболеваний и тем самым снизить % смертности.

Полагаю, что после внедрения в бюджетное учреждение узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников окажет влияние на демографическую ситуацию в целом.

Проанализируем эффективности деятельности бюджетного учреждения после внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников. Оценка эффективности качества медицинской помощи, основывается на анализе показателей, характеризующих медицинскую эффективность и социальную удовлетворенность пациентов.

В ходе реализации предложенных проектов предполагается увеличение количества обращений в медицинское учреждение, так самое большое количество обращений за 3 года было в 2016 году – это 184032 обращения, а самое маленькое количество обращений было в 2018 году и составила 113400 обращений. Планируется увеличить количество обращений на 16% (таблица 42). Количество обращений за 3 года варьируется от 113400 – 184032 обращений, за среднее количество возьмем 158904 обращений.

Таблица 42 – Планируемое количество обращений после внедрения узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников

	до реализации проекта	после реализации проекта
Количество обращений	158 904	184 595

В таблице 42 показано, что после внедрения в бюджетное учреждение узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников возрастет количество обращений, что в свою очередь возможно снизит риск развития серьезных патологий и % смертности населения.

Существующая проблема кадрового дефицита вынуждала работников медицинских учреждений работать сверх нормы. Привлечение специалистов позволит уменьшить нагрузку на врачей общей практики, что приведет к повышению качества оказания медицинских услуг, что будет соответствовать политики государства в области здравоохранения.

Так же реализация данных проектов позволит повысить доверия граждан в системе государственного здравоохранения и тем самым социальную удовлетворенность.

В 2016 году было самое большое количество обращений, это было связано с большей укомплектованностью медицинского персонала по сравнению 2017 и 2018 годов что возможно и повлияло на большие показатели социальной удовлетворенности и качества оказания медицинской помощи.

В заключении хотелось бы сказать, что реализация проектов по внедрению узко направленных специалистов и выездной бригады медицинских работников позволит улучшить качество оказания медицинской помощи, что в свою очередь повлияет на повышение доверия граждан в системе государственного здравоохранения и тем самым социальную удовлетворенность.

Вывод по главе 3.

В данной главе были выявлены главные проблемы управления БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница», представлены основные направления по совершенствованию управления деятельностью государственного учреждения здравоохранения. В качестве меры была избрана и наглядно представлена разработка рекомендаций по привлечению специалистов узкой направленности на постоянной основе, а также использования выездной бригады медицинских работников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность данной темы заключается в том, что в современном мире увеличивается значение здравоохранения, как важнейшего фактора развития современного общества и одним из основных направлений развития здравоохранения, является совершенствование управления государственным учреждением здравоохранения.

Объектом данной работы является бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Радужнинская городская больница».

Предмет данной работы – совершенствование управления государственным учреждением здравоохранения на примере БУ ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница».

Цель данной работы была достигнута в результате рассмотрения теоретических основ государственного учреждения здравоохранения как субъекта хозяйствования и характеристики бюджетного учреждения «Радужнинская городская больница».

В результате анализа показателей медицинского учреждения выявлено, что больница страдает нехватка узких специалистов, что ухудшает качество медицинской помощи, так же близость областного центра с более квалифицированными специалистами; низкий уровень оплаты труда.

Также был проведен SWOT-анализ и выделены сильные и слабые стороны больницы.

В третьей главе проанализировав деятельность бюджетного учреждения ХМАО-Югры «Радужнинская городская больница» мы выявили основные проблемы управления деятельностью. Такие как отсутствие практических знаний у молодых специалистов, отсутствие материального стимулирования медперсонала, спад доверия граждан в системе государственного здравоохранения и рост социальной неудовлетворённости. Далее удалось

выяснить, что главной проблемой бюджетного учреждения является нехватка высококвалифицированных специалистов узкой направленности.

Следующим этапом работы стала разработка рекомендаций по решению проблем управления.

В качестве меры была избрана и наглядно представлена разработка рекомендаций по привлечению специалистов узкой направленности на постоянной основе, а также использования выездной бригады медицинских работников.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Постановление Правительства РФ от 26.06.2015 N 640 (ред. от 29.11.2018) «О порядке формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания» (вместе с «Положением о формировании государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансовом обеспечении выполнения государственного задания») [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

2. Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. N 851 «О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.garant.ru

3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005 N 627 (ред. от 19.11.2008) «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru>

4. Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2009 N 2005-р «Об осуществлении централизованной закупки лекарственных средств за счет средств федерального бюджета в 2010 году» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

5. Распоряжение Правительства РФ от 3 сентября 2010 г. N 683 «Об утверждении Правил аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для

медицинского применения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

6. Федеральный закон «Об автономных учреждениях» от 03.11.2006 N 174-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.

7. Альтман, Н.Н. Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Здравоохранение / Н.Н. Альтман. – М.: Кнору, 2012. – 34-41 с.

8. Антипенко, Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Э.С. Антипенко, А.Э. Антипенко. – М.: Спутник, 2015. – 167 с.

9. Белобрагин, В.Я. Стандартизация сегодня: проблемы и перспективы/ В.Я. Белобрагин. – М.: Юрай, 2002. – 115 с.

10. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранения: учебник / А.И. Вялков, Б.А. Райзберг, В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. – 610 с.

11. Гадаборшев, М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи / М.И. Гадаборшев. – М.: ИНФРА-М, 2017. – 423с.

12. Горшкова, Л.В. Проблемы оценки эффективности затрат на здравоохранение [Текст] / Л.В. Горшкова. – М.: Спутник, 2017. –151 с.

13. Григорьева, Л.И. / В защиту и развитие стандартизации/ Л.И. Григорьева, И.К. Григорьев. – М.: Стандарты и качество, 1997. – 24 с.

14. Дьяченко, В. Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – М.: ДВГМУ, 2013. – 696 с.

15. Ерохина, Т. В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: lib.rus.ec/b/285607/view

16. Ерохина, Т.В. Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения / Т.В. Ерохина. – М.: Медицинское право, – 2017. – 217 с.

17. Кадыров, Ф.И. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений: учебник / Ф.И. Кадыров. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.
18. Калашникова, И.В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг / И.В. Калашникова, В.А. Портной. – М.: ТОГУ, 2018. – 119 с.
19. Костина, В.В. Государственное финансирование системы здравоохранения в современной России / В.В. Костина. – М.: Вестник современных исследований. 2017. – 210 с.
20. Крылова, Г.Д. Основы стандартизации, сертификации, метрологии: Учебник / - М.: ЮНИТИ, 2000.
21. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации: [Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации] : учеб. пособие. / А.А. Мохов. – М.: Проспект, 2015. – 374 с.
22. Мусаев, Р.А. Государственное и муниципальное управление сферой здравоохранения / Р.А. Мусаев. – М.: Вестник научных конференций. 2017. – 79 с.
23. Пучкова, В.В. Реформирование системы здравоохранения в сфере реализации права граждан на охрану здоровья в Российской Федерации: моногр. / В.В. Пучкова. М.: Междунар. юрид. ин-т, 2013. – 110 с.
24. Хасанов, Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения / Ф.З. Хасанов, З.М. Хасанов. – М.: Проспект, 2018. – 141 с.
25. Хетагуров, Г.В. Сущность, роль и значение здравоохранения в социально-экономическом развитии общества / Г.В. Хетагуров, Д.Р. Бибилова. – М.: «МЦНО», 2016. — 73 с.
26. Цыганкова, С.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения: моногр. / С.М. Цыганкова, М.М. Левкевич. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 154 с.
27. Юдаев, В.Н. Общественное здоровье и здравоохранение: системные технологии управления: учеб. пособие / [В.Н. Юдаев и др.]; под ред. В.Н. Юдаева. – М.: Маска, 2016. – 692 с.

28. Сайт Государственные Программы здравоохранения РФ – Режим доступа: <http://www.gosprog.ru/gosprog-001-03/>

29. Сайт Бюджетного учреждения ХМАО – Югры «Радужнинская городская больница» – Режим доступа: <http://www.radmed.ru/>

30. Сайт Управления Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области, ХМАО-Югре и ЯНАО – Режим доступа: <http://tumstat.gks.ru>