

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.

«Управление развитием государственного учреждения здравоохранения»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЮУрГУ – 38.03.04.2019.521.ВКР

Руководитель, к.э.н., доц. каф. ЭТГМУ

_____/ М.В. Козина /

« ____ » _____ 2019 г.

Автор

студент группы ЗЭУ – 521

_____/ Е.А. Киселёв /

« ____ » _____ 2019г.

Нормоконтролер, ассист. каф. ЭТГМУ

_____/ Д.В. Кремер /

« ____ » _____ 2019 г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Киселёв Е.А. «Управление развитием государственного учреждения здравоохранения» – Челябинск: ЮУрГУ, ЗЭУ – 521, 107 с., 10 ил., 22 табл., библиогр. список – 40 наим., 1 прил., плак ф А4.

Объектом дипломной работы является ГБУЗ «Городская больница № 1» г. Копейска

Цель дипломной работы – разработка мероприятий по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения.

В дипломном проекте выявлена сущность управления развитием государственного учреждения здравоохранения, проанализированы передовые практики и направления управления развитием государственных учреждений здравоохранения, проведен комплексный анализ ГБУЗ № 1 г. Копейска, выявлены проблемы в управлении развитием ГБУЗ № 1, а так же разработаны предложения по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУЗ № 1) и приведена их эффективность.

Результаты дипломного проекта имеют практическую значимость и могут применяться ГБУЗ № 1 г. Копейска при управлении развитием государственного учреждения здравоохранения.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
1.1 Сущность управления развитием государственного учреждения здравоохранения.....	7
1.2 Подходы, методы и механизмы управления развитием государственного учреждения здравоохранения	12
1.3 Анализ передовых практик и направлений управления развитием государственного учреждения здравоохранения.....	19
1.4 Методика анализа ситуации в государственном учреждении здравоохранения.....	26
2 АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
2.1 Общая характеристика и организационная структура управления ГБУЗ № 1.....	36
2.2 Анализ показателей кадрового, ресурсного обеспечения и уровня информатизации ГБУЗ № 1.....	52
2.3 Анализ показателей деятельности, системы контроля качества услуг и удовлетворённости клиентов ГБУЗ № 1	59
2.4 SWOT - анализ и выявление проблем управления развитием ГБУЗ № 1 ..	74
3 РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УПРАВЛЕНИЮ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ № 1)	
3.1 Мероприятия по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУЗ № 1)	80
3.2 Оценка эффективности мероприятия.....	88

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	97
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	99
ПРИЛОЖЕНИЕ А	103

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что сохранение жизни и здоровья человека признаются высшими первичными ценностями, относительно которых определяются другие ценности и блага всего общества. Управление государственным учреждением здравоохранения требует комплексного подхода и внедрения технологий, обеспечивающих повышение качества лечебных, диагностических и профилактических мероприятий и рациональное использование всех видов ресурсов - человеческих, материальных, финансовых, информационных.

Объект исследования – ГБУЗ «Городская больница № 1» г. Копейска.

Предмет исследования – методы, элементы, механизмы управления развитием государственного учреждения здравоохранения.

Цель – на основе исследования системы управления бюджетным учреждением здравоохранения Челябинской области «Городская больница № 1 г. Копейск») предложить мероприятия по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения.

Задачи исследования:

- исследовать теоретико-методологические основы управления развитием государственного учреждения здравоохранения;
- выявить проблемы управления развитием государственного учреждения здравоохранения;
- предложить мероприятия по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения.

Теоретической основой работы являются труды различных авторов. Так, проблематике управления учреждениями здравоохранения посвящены работы таких авторов как Антипова Н., Давидович В.Е., Зелькович Р.М., Линнакко Е., Шейман И.М. и других авторов.

Методологической основой работы служит совокупность методов,

используемых в управленческих науках. В работе использованы общенаучные методы, к которым относятся диалектический, анализ и синтез, аналогия, абстрагирование, моделирование; специально-научные методы – системный, сравнительный, функциональный, статистический, математический и т.д.

В основу исследования легли работы следующих авторов Вялкова А.И., Миняева В.А., Гневушева В.В., Жулина Г.В.

Вопросы реформирования здравоохранения, развития медицинского страхования, управления развитием государственного учреждения здравоохранения, нашли отражение в работах Благодарова К., Денисова И.Н., Шкуркина А.В и других авторов.

Методологическая основа. В исследовании использовались аналитические подходы, методы сравнения, индукции и дедукции.

Работа состоит из введения, трёх глав, заключения и библиографического списка.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Сущность управления развитием государственного учреждения здравоохранения

В настоящее время задача состоит в том, чтобы выработать такие подходы к управлению государственными организациями, которые позволят этому сектору в современных условиях реализовать свой потенциал и возможности в достижении целей, которые государство ставит в сфере здравоохранения[7, с. 142].

Организация деятельности медицинских учреждений приобретает особую значимость на современном этапе развития российского здравоохранения. Условием адекватного развития является признание того факта, что учреждения здравоохранения являются производителями особого товара в форме медицинских услуг.

Управление развитием учреждения здравоохранения – это целенаправленное воздействие на коллектив для достижения такого развития организации, при котором обеспечивается предоставление потребителям качественной услуги.

Специфика управления учреждениями здравоохранения обусловлена тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов деятельности[15, с. 175]. Одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения становится достижение целевых ориентиров: 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.

Характер объекта и предмета управления предопределяет методологические подходы к управлению. Предлагается ориентироваться на следующие пять подходов к формированию механизма управления устойчивым развитием

учреждения здравоохранения: научный, социально-экономический, процессуальный, программно-целевой, системный. Эти подходы к управлению соотносятся с принципами: интегрированности знаний; кадрового обеспечения устойчивого развития; реализации стратегических решений; целевой конкретности и своевременности принятия управленческих решений [17, 186]. Для управления учреждением здравоохранения особенно важно развитие конкретных методов управления. Будучи инструментом анализа, методы устанавливают правила рационального выполнения управленческих действий. Особого внимания заслуживают методы социально-психологического воздействия, обеспечивающие потребности персонала в самореализации, саморазвитии и экорегулировании, что для учреждений здравоохранения является особенно важным. Механизм управления предполагает соответствующее обеспечение: методическое, нормативно-правовое, информативное, организационное. Эффективность созданного механизма управления устойчивым развитием напрямую зависит от степени согласованности его структурных элементов, от глубины приспособления функций, методов, направлений, ресурсов. При стратегическом планировании устойчивого развития учреждений здравоохранения следует учитывать возможные подходы к установлению приоритетных объектов в области здравоохранения.

Установление научно обоснованной приоритетности объектов здравоохранения необходимо по ряду причин:

изменение системы потребностей в услугах;

- вероятность недополучения населением отдельных территорий своевременного и современного комплекса услуг;

- вероятность возникновения и усиления негативных экологических тенденций;

- снижение средней продолжительности предстоящей жизни населения и ухудшение его здоровья;

- ограничения бюджетных ассигнований и сроков выполнения мероприятий

по развитию объектов здравоохранения;

- нарушение сбалансированности целей развития объектов в области здравоохранения[22, с. 97].

Процедуры формирования приоритетных объектов здравоохранения должны отражать вариант долгосрочной стратегии устойчивого развития учреждения. К установлению приоритетных объектов здравоохранения наиболее предпочтительным является аналитический подход, включающий диагностический и исследовательский этапы. Установление приоритетных объектов оздоровительного туризма на диагностическом этапе включает следующие три блока: формирование совокупности объектов, претендующих на получение статуса приоритетных; оценка объектов, претендующих на получение статуса приоритетных; выбор приоритетных объектов. Особое внимание должно уделяться установлению критериев оценки исследуемых объектов.

Учреждения здравоохранения имеют особые характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления или изменения акцентов[17, с.133].

Во-первых, результатом деятельности является медицинская услуга, что предполагает прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания. При этом пациенты – основные элементы внешней среды для учреждения здравоохранения, которые не являются пассивным объектом, а реагируют на оказываемое воздействие и тем самым непосредственно влияют на весь процесс работы.

Отсюда вытекает сложность оценки качества и необходимости оказываемых медицинских услуг и, соответственно, результатов деятельности медицинских организаций в целом и труда их сотрудников. Это в большей степени определяет организацию управления в сфере здравоохранения.

Во-вторых, медицинские услуги относятся к социальным услугам. С одной стороны, они помимо непосредственного эффекта для потребителя имеют и общественный, социальный эффект, а с другой – общество признает важность

получения гражданами медицинских услуг и свою роль в их обеспечении медицинским обслуживанием.

Исходя из этого, среди наиболее существенных признаков учреждений здравоохранения, связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на процесс управления ими, специалисты отмечают[15, с. 162]:

- сложность определения качества и измерения результатов работы;
- высокую специализацию основной деятельности, которая часто имеет срочный и неотложный характер;
- отсутствие права на неопределенность и ошибку;
- потребность в тесной координации работы различных подразделений;
- необходимость контроля со стороны администрации учреждений здравоохранения за деятельностью врачей, которые непосредственно влияют на определение объема работы и расходы;
- трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением, существующим во многих медицинских учреждениях.

Особенностью учреждений здравоохранения является проявление перечисленных признаков одновременно, что усиливает значение каждого из них.

Специалистами выделяется три типа учреждений здравоохранения, соответствующие трем секторам современного общества (государственные, частные и некоммерческие), каждый из которых имеет свою специфику в области управления.

Ведущую роль в развитии системы здравоохранения в России играет государство. Главная цель политики в области охраны здоровья состоит в том, чтобы обеспечить равный доступ всех категорий населения к медицинским услугам.

Основными характеристиками сложившейся модели являлись: охват всего населения страны; предоставление полного набора медицинских услуг; отсутствие для населения финансовых ограничений доступа к услугам

здравоохранения; наличие целостной системы медицинских учреждений, обеспечивавшей преемственность в лечении, включая профилактику и реабилитацию; высокий уровень квалификации кадров и высокое качество медицинского образования.

Для воплощения в жизнь этих задач в стране была сформирована государственная система здравоохранения, в рамках которой медицинские услуги оказывались населению бесплатно государственными медицинскими учреждениями[9, с. 231]

Государственные лечебно-профилактические учреждения финансируются за счет государственных средств, оказывая услуги населению либо бесплатно, либо за плату, которая обычно не превышает себестоимости услуг. Последние могут продаваться и по рыночным ценам, но только в случае принятия соответствующего коллективного решения.

Для осуществления подобных задач необходима особая модель управления. Ее характерными чертами является то, что государственные учреждения[15, с. 143]:

- подотчетны в своих действиях как законодательным и исполнительным органам власти, так и обществу в целом, они находятся под постоянным пристальным вниманием общественности и средств массовой информации;
- осуществляют единообразный подход к клиентам, необходимость которого определяется концепцией равных прав граждан на охрану здоровья;
- придерживаются на регулярной основе определенных процедур, закрепленных соответствующими законами и иными нормативными актами;
- руководствуются в кадровой политике принципами государственной службы (порядок продвижения по служебной лестнице, установление заработной платы, определение уровней ответственности и полномочий).

В настоящее время задача состоит в том, чтобы выработать такие подходы к управлению государственными организациями, которые позволят этому сектору в современных условиях реализовать свой потенциал и возможности в достижении целей, которые государство ставит в сфере здравоохранения[7, с. 96].

1.2 Подходы, методы и механизмы управления развитием государственного учреждения здравоохранения

Подходы к управлению развитием государственного учреждения здравоохранения – системный, ситуационный, процессный.

Специфика управления учреждениями здравоохранения обусловлена тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов деятельности. Одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения становится достижение целевых ориентиров: 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.

Во-первых, результатом деятельности является медицинская услуга, что предполагает прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания.

При этом пациенты – основные элементы внешней среды для учреждения здравоохранения, которые не являются пассивным объектом, а реагируют на оказываемое воздействие и тем самым непосредственно влияют на весь процесс работы. Отсюда вытекает сложность оценки качества и необходимости оказываемых медицинских услуг и, соответственно, результатов деятельности медицинских организаций в целом и труда их сотрудников. Это в большей степени определяет организацию управления в сфере здравоохранения.

Во-вторых, медицинские услуги относятся к социальным услугам. С одной стороны, они помимо непосредственного эффекта для потребителя имеют и общественный, социальный эффект, а с другой - общество признает важность получения гражданами медицинских услуг и свою роль в их обеспечении медицинским обслуживанием[32, с. 175].

Исходя из этого, среди наиболее существенных признаков учреждений

здравоохранения, связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на процесс управления ими, специалисты отмечают:

- сложность определения качества и измерения результатов работы;
- высокую специализацию основной деятельности, которая часто имеет срочный и неотложный характер;
- отсутствие права на неопределенность и ошибку;
- потребность в тесной координации работы различных подразделений;
- необходимость контроля со стороны администрации учреждений здравоохранения за деятельностью врачей, которые непосредственно влияют на определение объема работы и расходы;
- трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением, существующим во многих медицинских учреждениях.

Особенностью учреждений здравоохранения является проявление перечисленных признаков одновременно, что усиливает значение каждого из них.

Специалистами выделяется три типа учреждений здравоохранения, соответствующие трем секторам современного общества (государственные, частные и некоммерческие), каждый из которых имеет свою специфику в области управления.

Учреждения здравоохранения имеют особые характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления или изменения акцентов.

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Управляющая сторона (субъект управления), управляемые - объекты управления (коллективы, отдельные работники). Основу управленческой деятельности составляет способы воздействия управляющих на объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления.

Выделяют следующие модели управления медицинских учреждений:

1. Организационная (Организационная модель - это принципы формирования

подразделений, делегирования полномочий и наделения ответственностью. По сути, организационная модель показывает, как сформировать подразделение).

2. Координационная (направлена на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива) .

3. Оперативная (Оперативное управление - управление текущими событиями; совокупность мер, позволяющих воздействовать на конкретные отклонения от установленных заданий производства. Оперативное управление подразделяется на оперативное планирование, оперативный учет и оперативный контроль).

Принципы:

1. Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это – дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и др.

2. Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства учреждения.

Методы управления в медицинских учреждениях:

1. Организационно-распорядительные методы управления – это методы прямого воздействия, носящие директивный, обязательный характер, основанные на дисциплине, ответственности, власти, принуждении. Эти методы опираются на нормативно-правовые документы, и их базой служат организационные воздействия. Система организационно-распорядительных методов реализуется в двух равнозначных направлениях.

Воздействие на структуру управления (регламентация и нормирование деятельности) - отражает статику управления. Эти методы получили название организационных методов.

Воздействие на процесс управления (организация выполнения решений, контроль) – отражает динамику процесса. Это распорядительные методы.

Формы проявления организационно-распорядительных методов:

- обязательное предписание (приказ и т. п.);
- согласительные (консультации);
- рекомендации, пожелания (совет, разъяснение, предложение и т. п.).

2. Экономические методы управления представляют собой совокупность стоимостных инструментов воздействия на управляемый объект в целях обеспечения наибольшей экономической эффективности деятельности организации с наименьшими затратами. Они включают:

- планирование экономических результатов деятельности как способ установления целей, пропорций развития, сроков выполнения тех или иных задач, материальное стимулирование в форме заработной платы, премий, а также санкций за несоответствующее качество или количество труда;

- нормирование экономических показателей деятельности предприятия как базу для планирования, материального стимулирования и контроля;

- контроль экономических показателей деятельности как метод сбора аналитической информации;

- правовые это совокупность способов воздействия субъекта управления на объект управления посредством правовых норм, правовых отношений и правовых актов. и социально-психологические

3. Социально-психологические методы управления представляют собой совокупность приемов и способов социального и психологического воздействия на коллектив и отдельные личности для повышения их трудовой и творческой активности.

В систему социально-психологических методов входят:

- методы социального воздействия;
- методы управления коллективной деятельностью работников;
- методы управления индивидуальным поведением работника.

К методам управления относят:

- методы подкрепления и стимулирования;

- методы регулирования поведения;
- методы по оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников;
- развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства.

Функции управления определяются уровнем системы управления. Система управления любого объекта имеет 3 уровня – стратегический, тактический и оперативный. На стратегическом уровне определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический уровень позволяет оптимально определить конкретные задачи, организацию, поэтапное выполнение и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур.

Среди функций управления главными являются следующие:

1. Технические операции – производство. Для медицинских учреждений к производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и др.
2. Коммерческие – покупка, продажа, обмен; для медицинских учреждений - это продажа отдельных видов медицинских услуг.
3. Финансовые операции – привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.
4. Страховые – страхование и охрана имущества и лиц.
5. Учетные – бухгалтерия, учет, статистика и др.
6. Административные – перспективное программно-целевое планирование, организация, координация, распорядительные функции и контроль.

Цели управления: новаторские, решение, проблем, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование.

Целям и функциям управления соответствует определенная установка

(техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, страховая). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых такими параметрами, как физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, чувство достоинства, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

Процесс управления включает: планирование, организацию, распорядительность, координацию, контроль, анализ, оценку эффективности, принятие решения, подбор персонала, мотивацию и оптимизацию индивидуальной деятельности, представительство и ведение переговоров и сделок.

Механизм управления устойчивым развитием учреждения здравоохранения представляют двумя блоками: целеобразующим и целедостигающим.

Целеобразующий блок составляют принципы, подходы, миссия, цели, а также подсистемы управления и направления совершенствования управления. В целедостигающий блок включаются принципы, подходы, аспекты совершенствования управления, функции, методы, ресурсы управления.

Характер объекта и предмета управления предопределяет методологические подходы к управлению. Предлагается ориентироваться на следующие пять подходов к формированию механизма управления устойчивым развитием учреждения здравоохранения: научный, социально-экономический, процессуальный, программно-целевой, системный. Эти подходы к управлению соотносятся с принципами: интегрированности знаний; кадрового обеспечения устойчивого развития; реализации стратегических решений; целевой конкретности и своевременности принятия управленческих решений.

Для управления учреждением здравоохранения особенно важно развитие конкретных методов управления. Будучи инструментом анализа, методы устанавливают правила рационального выполнения управленческих действий. Особого внимания заслуживают методы социально-психологического

воздействия, обеспечивающие потребности персонала в самореализации, саморазвитии и экорегулировании, что для учреждений здравоохранения является особенно важным.

Механизм управления предполагает соответствующее обеспечение: методическое, нормативно-правовое, информативное, организационное. Эффективность созданного механизма управления устойчивым развитием напрямую зависит от степени согласованности его структурных элементов, от глубины приспособления функций, методов, направлений, ресурсов.

При стратегическом планировании устойчивого развития учреждений здравоохранения следует учитывать возможные подходы к установлению приоритетных объектов в области здравоохранения.

Установление научно обоснованной приоритетности объектов здравоохранения необходимо по ряду причин:

- изменение системы потребностей в услугах;
- вероятность недополучения населением отдельных территорий своевременного и современного комплекса услуг;
- вероятность возникновения и усиления негативных экологических тенденций;
- снижение средней продолжительности предстоящей жизни населения и ухудшение его здоровья;
- ограничения бюджетных ассигнований и сроков выполнения мероприятий по развитию объектов здравоохранения;
- нарушение сбалансированности целей развития объектов в области здравоохранения.

Процедуры формирования приоритетных объектов здравоохранения должны отражать вариант долгосрочной стратегии устойчивого развития учреждения.

1.3 Анализ передовых практик и направлений управления развитием государственного учреждения здравоохранения

Для российского здравоохранения в настоящее время особенно актуальной является проблема повышения эффективности деятельности медицинских учреждений и организации медицинской помощи населению. В этой связи необходимо найти решение таких задач, как ресурсное обеспечение отрасли и рациональное использование имеющихся ресурсов, развитие альтернативных источников финансирования, информатизации системы управления и оказания медицинских услуг населению и создание условий для внедрения современных высокотехнологичных медицинских технологий и т. д.

Необходимость решения этих сложных задач, в свою очередь, требует новых форм, методов и моделей управления всеми звеньями системы здравоохранения и протекающими в ней экономическими процессами, включая создание моделей управления на основе комплексного системного подхода на уровне лечебно-профилактического учреждения, отрасли, территории.

Однако практика показывает, что существующий организационно-экономический механизм управления системой здравоохранения и её структурными составляющими недостаточно адаптирован к реальным рыночным условиям. Данное обстоятельство во многом обуславливает низкую эффективность управления здравоохранением. Попытки реформирования с точки зрения вливания финансовых ресурсов, внесения изменений, базирующихся на устаревших управленческих технологиях, показали свою нерезультативность. Возникла потребность во внедрении технологий современного менеджмента в деятельность медицинских организаций. Применяя эти условия можно надеяться на использование инновационных технологий диагностики и лечения заболеваний, которые позволят решить стратегические задачи развития здравоохранения России.

В медицинской деятельности управление ориентировано на производство,

распределение, обращение, потребление медицинских товаров и услуг, участников этих процессов (персонал и организации, осуществляющие здравоохранительную деятельность) и на пациентов-потребителей услуг.

Лечебно-профилактическое учреждение представляет собой комплексное учреждение (далее ЛПУ), которое обеспечивает население всеми видами лечебно-диагностической помощи, проводит широкие мероприятия профилактического и социально-экономического плана (реабилитация больных и инвалидов, снижение уровня заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и т. п.).

Система управления ЛПУ подчинена общим закономерностям и включает в свою структуру следующие основные элементы: определение целей и задач; подсистему сбора и обработки информации; этапы подготовки, обоснования и принятия решений; подсистемы реализации решений оперативной корректировки, контроля исполнения принятых решений, оценки эффективности функционирования системы.

Значимой задачей является совершенствование управления на уровне лечебно-профилактического учреждения. Каждая медицинская организация в ходе своего функционирования накапливает корпоративные знания, относительно:

- норм, правил, методов и стиля принятия управленческих решений;
- целей и специализации ЛПУ, возможности развития в определенном нужном направлении, действующих медико-технологических процессов, их принципах организации и методах функционирования;
- показателей и критериев оценки качества медицинской помощи;
- потребностей в специалистах по всем направлениям деятельности ЛПУ;
- данные о стоимости лечебных, диагностических и сервисных услуг в данном ЛПУ;
- протоколов и стандартов ведения лечебно-диагностического процесса.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью включает планирование по двум направлениям. Во-

первых, она стимулирует переход от стационарного к первичному медицинскому обслуживанию. Во-вторых, она должна привести в соответствие средства здравоохранения и обеспечить население бесплатной медицинской помощью. Набор и стоимость бесплатных медицинских услуг определяют на двух уровнях:

1. Министерство здравоохранения РФ вместе с Федеральным фондом ОМС разрабатывают федеральную программу государственных гарантий;

2. Региональные власти вместе с территориальным фондом ОМС разрабатывают региональную программу государственных гарантий, в которой должны быть предусмотрены нормативы не меньше чем в программе, установленной на федеральном уровне.

Таким образом, задачи, которые ставятся в настоящее время перед органами управления всех уровней, это:

1. Выстраивание эффективного управления и контроль за расходами на всех уровнях федерального, регионального и муниципального управления.

2. Создание структур управления, необходимых для того, чтобы руководители, отвечающие за общее управление ресурсами и принятие решений на разных уровнях, должным образом реализовали предоставленные им полномочия и эффективно взаимодействовали друг с другом для обеспечения медицинских услуг населению.

3. Структуры управления должны обеспечивать подотчетность перед менеджментом и пользователями, а также предусматривать возможности для участия в них представителей всех заинтересованных сторон (особенно пациентов и уязвимых групп населения).

Управление по результатам возникает как процесс регулярного повышения качества, заставляющий воплощать в жизнь непрерывную реорганизацию для достижений поставленных целей и количественных показателей.

Управление по результатам осуществляется по четырем направлениям:

- 1) реализация программы эффективного руководства: деятельность органов управления по установлению зависимости между выделением ресурсов и

достижения заданных целей. Это могут быть такие цели, как: снижение смертности, уменьшение расслоения общества по показателям состояния здоровья; обеспечение своевременности лечения; сокращение сроков ожидания; повышение удовлетворенности населения; высокое качество оказания услуг на догоспитальном и реабилитационных этапах для обеспечения преемственности предоставляемой медицинской помощи; доступ к первичной медицинской помощи. В соответствии с принципами управления медицинскими учреждениями, все звенья системы должны обеспечивать высокое качество предоставляемой помощи при минимальных финансовых затратах. Для реализации программы эффективного руководства необходимы медико-экономические стандарты по конкретным назначениям, новые технологии, ежегодно устанавливаемые детальные показатели деятельности;

2) мониторинг: результаты деятельности учреждений здравоохранения должны быть объектом мониторинга и оценки, проводимых с помощью систем оценки результатов работы, т.е. наборов показателей результатов по каждой цели. Примерами таких целей являются: обеспечение равнодоступности медицинской помощи, эффективное предоставление необходимых медицинских услуг, экономическая эффективность, повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинского обслуживания, улучшение показателей состояния здоровья населения;

3) ответная реакция: к механизмам управления по результатам относятся механизмы стимулирования, поощрение высоких результатов деятельности в форме предоставления большей хозяйственной самостоятельности медицинским учреждениям – «система заслуженной автономии», а также система рейтинговой оценки успехов с публичным обнародованием ее результатов;

4) оценка результата: необходимо ежегодно проводить оценку результатов по достижению установленных государством показателей и стандартов; такая оценка также необходима для информирования общественности, пациентов и медицинского персонала о качестве медицинской помощи, оказываемой на

местном уровне. Стандарты должны отражать общий уровень качества работы, который учреждения здравоохранения должны обеспечивать по ряду направлений. Для проведения оценки необходимо наличие развитых, основанных на данных о пациентах, информационных систем управления.

В медицинской деятельности управление ориентировано на производство и потребление, распределение и обращение медицинских услуг и товаров, участников этих процессов (организации и персонал, осуществляющие медицинскую деятельность) и на пациентов – потребителей услуг.

ЛПУ представляет собой комплексное учреждение, которое обеспечивает население всеми видами лечебно-диагностической помощи, проводит широкие мероприятия профилактического и социально-экономического плана (реабилитация больных и инвалидов, снижение уровня заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и т. п.).

Организация системы управления является ключевым делом руководителя. В теории менеджмента существуют три разные модели организации управления с личным распределением рабочего времени, предложенные проф. А. П. Егоршиным. Они показаны на рисунке 1.

Диспетчерское управление	
80%	20%
Оперативное управление	Стратегическое управление
Текучка, отсутствие регламентов, решение вопросов по мере поступления, «авралы», конфликты	Разработка стратегического плана, комплексных программ, реализация изменений
Регламентное управление	
50%	50%
Оперативное управление	Планомерное управление
Текучка, отсутствие регламентов, решение вопросов по мере поступления, «авралы», конфликты	Стратегическое видение, решение плановых задач, четкие регламенты, равномерная загрузка людей, минимум конфликтов
Стратегическое управление	
20%	80%
Оперативное управление	Стратегическое управление
Текучка, отсутствие регламентов, решение вопросов по мере поступления, «авралы», конфликты	Диагностический анализ, стратегическое планирование, целевые программы, управление изменениями

Рисунок 1 – Модели управления с личным распределением рабочего времени

Выбор модели зависит от стиля первого руководителя, численности сотрудников и размеров организации, уровня бюрократии, стадии жизненного цикла, профессионализма менеджеров, наличия стратегического плана, уровня организации труда, степени разработки плановых и нормативных документов и многих других факторов.

Целевые установки современного лечебного учреждения можно сформулировать в двух направлениях:

1. Обеспечение максимальной эффективности использования фондов больницы: коек, медицинской техники, медицинских кадров, бюджета.

2. Обеспечение высокого качества лечебно-диагностического процесса и благополучных исходов лечения больных.

В настоящее время система управления практически всеми медицинскими учреждениями имеет ярко выраженную функциональную направленность. Есть руководитель, которому подчиняются заместители по направлениям, в подчинении каждого из них находятся подразделения, выполняющие определенные функции.

Но этот подход управления является не достаточно эффективным, по следующим причинам:

- рабочие различных подразделений выполняют конкретно свою работу, они не ориентированы на целевые задачи медицинского учреждения;
- в функционально ориентированных структурах чрезмерно усложнен обмен информацией между различными подразделениями, что приводит к большим накладным расходам, неоправданно длительным срокам выработки управленческих решений, и как следствие потере клиентов.

По подсчетам аналитиков время взаимодействия между подразделениями разделяется следующим образом: 20% - время работы, 80% - передача результатов следующему исполнителю.

Рассмотрим пример ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница». Это ведущее многопрофильное медицинское учреждение Томской области, одна из

крупнейших больниц Сибирского Федерального округа. ОКБ включает в себя консультативно-диагностическую поликлинику, стационар на 1025 коек, в состав которого входит 25 специализированных отделений, отделение экстренной и консультативной медицинской помощи (санавиация), пансионат. В течение года врачи ТОКБ оказывают амбулаторную медицинскую помощь 60 000 пациентам, стационарное лечение получает 23 000 человек. Хирургами ТОКБ ежегодно проводится около 13 000 операций. Почти 1500 жителей Томской области ежегодно получают экстренную медицинскую помощь по «санавиации». Врачи мобильных бригад ежегодно оказывают плановую консультативную помощь почти 3000 жителям отдаленных районов области. Организована консультативная помощь посредством телемедицинских технологий. В ТОКБ 1900 сотрудников, из них 450 врачей и 670 медицинских сестер.

Система управления лечебным учреждением подчинена общим закономерностям и включает в свою структуру следующие основные элементы: определение целей и задач; подсистему сбора и обработки информации; этапы подготовки, обоснования и принятия решений; подсистемы реализации решений оперативной корректировки, контроля исполнения принятых решений, оценки эффективности функционирования системы.

Создание структур управления, необходимых для того, чтобы руководители, отвечающие за общее управление ресурсами и принятие решений на разных уровнях, должным образом реализовали предоставленные им полномочия и эффективно взаимодействовали друг с другом для оправдания ожиданий населения. Структуры управления должны обеспечивать подотчетность перед менеджментом и пользователями, а также предусматривать возможности для участия в них представителей всех заинтересованных сторон (особенно пациентов и уязвимых групп населения).

Таким образом, управление медицинским учреждением представляет собой такие процессы, как управление программами здравоохранения, лечебно-диагностическими технологиями, кадрами, материальными ресурсами, финансами

и многое другое. Характер управления в значительной мере зависит от организации лечебно-диагностического процесса в каждом конкретном учреждении, но принципы, методы и технологии управления остаются одними и теми же и их рационально применять в обобщенном плане.

1.4 Методика анализа ситуации в государственном учреждении здравоохранения

На управленческую деятельность в ЛПУ влияет множество факторов, количество которых значительно прибавилось в связи с реформированием системы здравоохранения и которые усложняют процесс управления.

Проблемы в управлении ЛПУ возникают в результате факторов:

- усложнения структуры системы здравоохранения;
- дефицита научного управленческого подхода к решению проблем в медицине;
- появления рыночных отношений между субъектами хозяйственной деятельности в системе здравоохранения;
- появления рынка платных медицинских услуг;
- появления конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями различных форм собственности (муниципальными, государственными, частными);
- резкого роста требований к качеству оказываемых медицинских услуг со стороны потребителей, ФОМС и страховых компаний;
- увеличения требований и форм отчетности со стороны органов управления здравоохранением и других контролирующих организаций;
- кадрового дисбаланса (отсутствие младшего медицинского персонала, дефицит медсестринских кадров);
- роста самосознания и потребность кадров в повышение уровня знаний;

- введение новой системы оплаты труда.

Все эти изменения повышают нагрузку на медицинских работников, усиливают стрессовую ситуацию, вызывают у ряда сотрудников сопротивление и затрудняют управление персоналом.

Более подробно остановимся на показателях количественного анализа организационной структуры [18, с. 142].

Структурный коэффициент централизации рассчитывается по следующей формуле:

$$СК_{Ц} = \frac{N_{СП}}{N_{О}} \quad (1)$$

где: $СК_{Ц}$ – структурный коэффициент централизации;

$N_{СП}$ – количество структурных подразделений, которые управляются из одного центра;

$N_{О}$ – общее количество структурных подразделений одного уровня.

Количественный коэффициент централизации рассчитывается по следующей формуле:

$$К_{КЦ} = \frac{N_{Р}}{N_{ОР}} \quad (2)$$

где: $К_{КЦ}$ – количественный коэффициент централизации;

$N_{Р}$ – численность работников подразделений, которые управляются из одного центра;

$N_{ОР}$ – общая численность работников.

Объемный коэффициент централизации рассчитывается по следующей формуле:

$$ОК_{Ц} = \frac{V_{Р}}{V_{ОР}} \quad (3)$$

где: $ОК_{Ц}$ – объемный коэффициент централизации;

$V_{Р}$ – объем работ, который выполнен централизованными подразделениями;

$V_{ОР}$ – общий объем работ предприятия.

Коэффициент централизации управления рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{ЦУ}} = \frac{N_{\text{РЦУ}}}{N_{\text{ОРУ}}} \quad (4)$$

где: $K_{\text{ЦУ}}$ – коэффициент централизации управления;

$N_{\text{РЦУ}}$ – количество работников центрального управления;

$N_{\text{ОРУ}}$ – общее количество работников управления.

Коэффициент централизации функций рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{ЦФ}} = \frac{Ч_{\text{РЦФ}}}{Ч_{\text{ОРЦФ}} + Ч_{\text{РЦА}}} \quad (5)$$

где: $K_{\text{ЦФ}}$ – коэффициент централизации функций;

$Ч_{\text{РЦФ}}$ – численность работников по централизованной функции в центральном аппарате;

$Ч_{\text{РЦА}}$ – численность работников по централизованной функции в аппарате подразделений.

Коэффициент централизации отдельных функций рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{\text{ЦОФ}} = \frac{З_{\text{АУ}}}{З_{\text{О}}} \quad (6)$$

где: $K_{\text{ЦОФ}}$ – коэффициент централизации отдельных функций;

$З_{\text{АУ}}$ – затраты труда работников аппарата управления по данным функциям (чел./дн.);

$З_{\text{О}}$ – суммарные затраты труда.

Уровень специализации рассчитывается по следующей формуле:

$$У_{\text{С}} = \frac{N_{\text{С}}}{N_{\text{О}}} \quad (7)$$

где: $У_{\text{С}}$ – уровень специализации;

$N_{\text{С}}$ – число специализированных подразделений;

$N_{\text{О}}$ – общее число подразделений.

Уровень формализации отношений подчиненности и процессов делегирования полномочий рассчитывается по следующей формуле:

$$У_{\text{Ф}} = \frac{Ч_{\text{ФД}}}{N_{\text{О}}} \quad (8)$$

где: $У_{\phi}$ – уровень формализации отношений подчиненности и процессов делегирования полномочий;

$Ч_{\phi Д}$ – количество формализованных должностей;

$Ч_{О}$ – общее количество должностей по штатному расписанию.

Коэффициент сложности управления рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{СУ} = \frac{Ч_{\phi Д}}{Ч} \quad (9)$$

где: $K_{СУ}$ – коэффициент сложности управления;

$Ч_{\phi Д}$ – количество должностей;

$Ч$ – общая численность работников предприятия.

Коэффициент структурной напряженности рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{СН} = \frac{N}{d} \quad (10)$$

где: $K_{СН}$ – коэффициент структурной напряженности;

N – общее число подразделений, которые находятся в подчинении данному аппарату управления;

d – удельный вес работников аппарата управления в % от общей численности работников.

Коэффициент соблюдения норм управляемости рассчитывается по следующей формуле:

$$K_{НУ} = \frac{Ч_{\phi}}{Ч_{Н}} \quad (11)$$

где: $K_{НУ}$ – коэффициент соблюдения норм управляемости;

$Ч_{\phi}$ – фактическая численность работников, которые подчинены одному руководителю;

$Ч_{Н}$ – нормативная численность работников, которые подчинены одному руководителю.

Коэффициент соответствия должности рассчитывается по следующей формуле:

$$K_D = \frac{Ч_C}{Ч_{AU}} \quad (12)$$

где: K_D – коэффициент соответствия должности;

$Ч_C$ – численность работников аппарата управления, которые соответствуют должности по результатам аттестации;

$Ч_{AU}$ – общая численность аппарата управления.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что рассмотренная выше методика анализа организационной структуры является эффективной, поскольку ее применение позволит не только оценить эффективной действующего вида организационной структуры, но и определить эффективной работы всего предприятия в целом. Следовательно, данная методика даст полное представление о том, каким образом действует предприятие, а также позволит выявить слабые места в организационной структуре предприятия и принять меры по их устранению.

Сложность в управлении медицинским персоналом связана и с особенностью ЛПУ, как специфической организации. Особенности ЛПУ, влияющие на управление персоналом:

1. Сложность социальной структуры медицинских учреждений. Ни одно другое предприятие не имеет такого разнообразия в своих сотрудниках, как ЛПУ, с точки зрения профессионализма. Это разница в образовании, стаже работы, опыте, квалификации, ответственности за свои действия, профессиональной самостоятельности, разнообразии характеров.

2. Высокая конфликтность, которая вызвана в связи:

- со сложной социальной структурой персонала;
- с высокой интенсивностью медицинского труда;
- взаимозависимостью труда и др. организационными причинами.

3. Последствия ошибочных решений трудно или даже невозможно исправить.

Сложившаяся организационная структура управления деятельностью многопрофильной больницы представляет собой типичную систему жесткого административно-командного стиля управления. При этой системе управления функциональные линии связей расходятся от центра на периферийные подразделения (вертикальные связи). Подразделения же между собой установленных связей не имеют, а значит линии горизонтальной связи практически отсутствуют.

Текущие вопросы деятельности коллектива регулируются официальными положениями о всех типах стационарных учреждений и положениями о должностных лицах, работающих в них. Управление больницей, порядок работы прием и выписка больных, права и обязанности медицинского персонала регламентируются специальными государственными нормами, положениями и инструкциями. Однако, эти документы оказывают организующее влияние, в основном, на производственно (лечебную) деятельность коллектива внутри больницы. Вопросы текущей деятельности подразделения, выходящие за рамки действующих положений, могут быть разрешены только при обращении в вышестоящую инстанцию. Большая часть этих вопросов носит ресурсный характер. Кроме того, отношения коллективов подразделений между собой практически без вмешательства вышестоящих инстанций не могут разрешиться. Таким образом, вертикальные линии связей управления при действующей организационной системе излишне перегружены. Значительная часть этой нагрузки представляет собой вопросы, которые могут решаться между медицинскими работниками или отделениями на основе взаимных обязательств, то есть активного развития горизонтальных связей, а вертикальные связи управления будут разгружаться.

В свою очередь, высвобожденное время руководителей различного ранга, может быть направлено на решение задач перспективного характера, такие как совершенствование организации труда медработников, внедрение передового опыта, расширение контактов с другими организациями и предприятиями,

формирование деловых отношений с родственными и другими возможными партнерами.

По сложившейся традиции многопрофильная больница имеет 4 основных функциональных подразделения: управление, стационар, поликлинику и административно-хозяйственную часть. Каждое функциональное подразделение в свою очередь состоит из ряда структурных единиц.

Так, к управлению больницей, помимо главного врача и его заместителей (по стационару, поликлинике, организационно-методической работе, административно-хозяйственной части) относятся бухгалтерия, отдел кадров, регистратура, служба главных и старших медсестер и др.

Стационар состоит из приемного отделения, специализированных палатных отделений, операционного блока и др., поликлиника – из лечебно-консультативных кабинетов специалистов и терапевтических участков, а также дневного стационара.

Лечебно-диагностические службы представлены отдельно как для стационара, так и для поликлиники и включают в себя различного рода лаборатории и кабинеты: диагностический, рентгеновский, клинической лаборатории, физиотерапевтической службы и др.

К АХЧ относятся ремонтно-обслуживающая группа, пищеблок, прачечная, склады, гараж и т.д. В связи с возложением на многопрофильную больницу функций по руководству всеми лечебно-профилактическими учреждениями региона, в ее структуру дополнительно введен организационно-методический отдел, включающий в себя методический, статистический кабинеты и архив. В основу создания новой организационной структуры управления многопрофильной больницы в условиях нового лечебно-хозяйственного механизма были заложены следующие основные принципы:

- принцип ограничения числа иерархических уровней. Замена трех- и четырехуровневой системы управления (главный врач- зам. по лечебной части – заведующий отделением – лечашее отделение) на двухуровневую систему

(администрация – лечашее отделение) позволяет значительно упростить действующую систему управления. При этом взаимоотношения между администрацией и лечащим подразделением больницы регулируются на основании взаимных договорных обязательств;

- принцип оптимизации контроля или управления. Основная идея данного принципа заключается в повышении эффективности управления путем оптимизации числа непосредственных подчиненных. По принятым нормам общее количество подчиненных для руководителей АУП и функциональных служб не должно превышать 7-9 человек и быть не менее 5;

- принцип единоначалия: ни одно лицо не должно получать приказы и отчетываться более чем перед одним руководителем;

- принцип оптимального разделения труда. Все действующие функции больницы должны быть четко разделены между всеми структурными единицами, чтобы исключить их дублирование, а также наличие «ничейных» функций. Поэтому для эффективного управления и устранения дублирования органов управления на разных уровнях необходима разработка регламентационных материалов – положений об учреждениях, их подразделениях, а также должностных инструкций (регламентов) для всех сотрудников больницы.

В новых условиях в сравнении с действующей системой организации управления открываются качественно новые возможности решения задач, стоящих перед коллективом медицинских работников. Масштабы этих возможностей не являются постоянно заданной величиной, а с освоением поверхностных резервов эффективности труда постепенно будут раскрываться последующие глубинные возможности его совершенствования и достижения качественно новых эффективных подходов.

В свою очередь развитие инициативы и активности трудовых коллективов к высокоэффективному труду не может осуществляться в рамках жесткой административно-командной системы управления, когда каждое движение или вопрос необходимо согласовать и просить разрешения на их осуществление у

вышестоящей организации. Такие преграды должны быть устранены и должен быть обеспечен оперативный простор к развитию самостоятельности. В этой связи возрастает роль демократических основ самоуправления с постепенным переходом функций управления от администрации к лечебным и вспомогательным подразделениям больницы.

Важным структурным подразделением многопрофильной больницы является Лечебный совет при главном враче, в состав которого входят: главный врач, его заместители, руководители подразделений, а также член депутатской группы по здравоохранению или представитель администрации города, а также представители предприятий, организаций и объединений данного региона.

Лечебный совет при главном враче призван решать следующие задачи:

1. Определять перспективы развития организационных форм лечения и профилактики заболеваний,
2. Налаживать взаимосвязи и координировать основную деятельность с деятельностью родственных учреждений, формировать связи больницы с предприятиями и организациями на основе творческого содружества и договоров.
3. Внедрять достижения НТП в практику больницы.
4. Решать вопросы развития материально-технической базы больницы и, в том числе, размещения заявок на новую медицинскую технику.

На данном этапе развития такая структура больницы с включением в ее состав лечебного совета при главном враче является наиболее прогрессивной и способна мобилизовать усилия коллектива как целостного органа на повышение эффективности лечебной деятельности. Представленная структура лечебного совета будет гибкой и динамичной, если он будет вооружен положением о его функционирования, устраняющим элементы дублирования, обеспечивающим сохранение самостоятельности каждого из структурных подразделений.

Таким образом, постепенное совершенствование самоуправления обеспечивает активное функционирование горизонтальных взаимосвязей, что означает взаимодействие подразделений без вмешательства администрации.

Важным условием эффективного функционирования новой системы является достаточно ясное представление непременно каждым из членов многочисленного трудового коллектива об условиях работы и осуществлении взаимосвязей при новой системе.

2 АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Общая характеристика и организационная структура управления ГБУЗ № 1

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1г. Копейска»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1г. Копейска» зарегистрировано как лечебно-профилактическое учреждение «Городская больница № 1» на основании приказа горздравотдела города Копейска от 05.10.1978 года № 169 «О внесении изменений в номенклатуру учреждений здравоохранения».

На основании постановления главы города Копейска от 09.06.1997 года № 287 «О регистрации устава МЛПУЗ «Городская больница № 1» ГУЗ в новой редакции» лечебно-профилактическое учреждение «Городская больница № 1» переименовано в муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1» городского управления здравоохранения.

На основании распоряжения главы Копейского городского округа от 16.05.2007 года № 773-р «Об утверждении Устава Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» в новой редакции» муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1» городского Управления здравоохранения переименовано в Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа».

На основании распоряжения администрации Копейского городского округа от 15.12.2014 года № 4396-р «О создании Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1

Копейского городского округа» Челябинской области путем изменения типа существующего учреждения здравоохранения» создано Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа», тип которого определен как бюджетное учреждение.

На основании распоряжения администрации Копейского городского округа Челябинской области от 12.05.2015 года № 804-р «О реорганизации Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» реорганизовано в форме присоединения к нему Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 7 Копейского городского округа».

На основании постановления администрации Копейского городского округа Челябинской области от 24.12.2016 года № 4239-п «О реорганизации Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» реорганизовано в форме присоединения к нему Муниципального лечебно - профилактического учреждения здравоохранения «Городской родильный дом Копейского городского округа».

На основании постановления администрации Копейского городского округа Челябинской области от 20.06.2017 года № 1903-п «О реорганизации Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» путем присоединения к нему Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 6 Копейского городского округа» Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» реорганизовано путем присоединения к нему

Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 6 Копейского городского округа».

На основании постановления администрации Копейского городского округа Челябинской области от 20.06.2017 года № 1901-п «О реорганизации Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» путем присоединения к нему Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 4 Копейского городского округа» Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» реорганизовано путем присоединения к нему Муниципального лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Городская больница № 4 Копейского городского округа».

В соответствии с постановлением Правительства Челябинской области от 22.09.2016 года № 518-П «О принятии в государственную собственность Челябинской области муниципальных учреждений здравоохранения Копейского городского округа» Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 Копейского городского округа» принято в государственную собственность Челябинской области и переименовано в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 г. Копейск».

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 г. Копейск» (далее именуется - Учреждение) является государственным учреждением, входящим в систему здравоохранения, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2016 года № 529н «Об утверждении» номенклатуры медицинских организаций».

Функции и полномочия Учредителя Учреждения от имени Челябинской области выполняет Министерство здравоохранения Челябинской области (далее именуется - Учредитель).

Собственником имущества Учреждения является Челябинская область. От имени Челябинской области права собственника имущества Учреждения осуществляет Правительство Челябинской области в соответствии с законодательством Российской Федерации и Челябинской области.

Правительство Челябинской области наделяет орган исполнительной власти Челябинской области по управлению государственным имуществом правами по владению, пользованию и распоряжению от имени Челябинской области движимым и недвижимым имуществом, находящимся в государственной собственности Челябинской области (далее именуется - областное государственное имущество). Уполномоченным органом по управлению имуществом, находящимся в государственной собственности Челябинской области, является Министерство имущества и природных ресурсов Челябинской области (далее именуется - исполнительный орган по управлению областным государственным имуществом).

Целью деятельности Учреждения являются выполнение работ, оказание услуг для обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти Челябинской области в сфере здравоохранения.

Предметом деятельности Учреждения является оказание медицинской помощи населению.

Основными видами деятельности Учреждения являются:

- медицинская деятельность;
- деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;
- фармацевтическая деятельность;
- деятельность в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих).

Помимо основных видов деятельности для достижения цели, Учреждение вправе заниматься следующими видами деятельности, приносящими доход:

- медицинская деятельность, за исключением случаев оказания бесплатной медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Челябинской области;

- немедицинские услуги, в том числе дополнительные бытовые, сервисные и транспортные услуги.

Право осуществлять деятельность, на занятие которой необходимо получение лицензии, возникает с момента получения в установленном законом порядке такой лицензии.

Управление Учреждением осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, Челябинской области и Уставом ЛПУ. Руководителем Учреждения является главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации и Челябинской области.

Руководитель действует на основании законодательства Российской Федерации и Челябинской области, трудового договора, а так же Устава ЛПУ.

Трудовой договор с руководителем Учреждения является срочным и заключается на пять лет.

Руководитель осуществляет текущее руководство деятельностью и подотчетен Учредителю, а также исполнительному органу по управлению областным государственным имуществом в пределах имущественных вопросов Устава. Руководитель по вопросам, отнесенным законодательством Российской Федерации к его компетенции, действует на принципах единоначалия.

С организационной структурой ГБУЗ № 1 можно ознакомиться в приложении А.

Данная организационная структура является линейно-функциональной (смешанной), т.к. позволяет организовать управление по линейно-функциональной схеме (главный врач-заместитель-заведующий отделением).

Выполним анализ системы управления учреждением, используя систему формул:

1. Коэффициент эффективности организационной структуры управления ($K_{\mathcal{E}}$):

$$K_{\mathcal{E}} = \frac{P_{\Pi}}{Z_{У}} \quad (13)$$

где P_{Π} – конечный результат (эффект), полученный от функционирования организационной структуры управления;

$Z_{У}$ – затраты на управление медицинским учреждением.

2. Уровень управляемости:

$$K_{У} = \frac{У_{\phi}}{У_{н}} \quad (14)$$

где $У_{н}$ – норма управляемости;

$У_{\phi}$ – фактический уровень сферы контроля.

3. Экономичность труда в ОСУ ($\mathcal{E}_{АУП}$):

$$\mathcal{E}_{АУП} = 1 - \frac{C_{АУП}}{C_{ОБЩ}} \quad (15)$$

где $C_{АУП}$ – общая сумма затрат на управление;

$C_{ОБЩ}$ – общая сумма затрат на оказание медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

4. Коэффициент дублирования функций:

$$K_{Д} = \frac{П_{ОЗ}}{K_{н}} \quad (16)$$

где $П_{ОЗ}$ – количество работ, закрепленных за несколькими подразделениями;

$K_{н}$ – нормативное количество работ.

5. Для оценки эффективности коммуникации «руководитель – подчиненный» будем использовать показатель, косвенно оценивающий качество принятых управленческих решений через количество выполненных решений в процессе осуществления коммуникаций. Коэффициент надежности системы управления рассчитывается по формуле:

$$K_{НАД} = 1 - \frac{K_{НЕР}}{K_{ОБЩ}} \quad (17)$$

где $K_{НЕР}$ – количество нереализованных управленческих решений;

$K_{ОБЩ}$ – общее количество управленческих решений.

6. Коэффициент звенности ($K_{ЗВ}$):

$$K_{ЗВ} = \frac{П_{ЗВ \text{ факт}}}{П_{ЗВ \text{ оптим}}} \quad (18)$$

где $П_{ЗВ \text{ факт}}$ – количество звеньев существующей организационной структуры;

$П_{ЗВ \text{ оптим}}$ – оптимальное количество звеньев организационной структуры.

7. Коэффициент рациональности структуры:

$$K_{РС} = 1 - \frac{Ч_{\Phi}}{Ч_{Н}} \quad (19)$$

где $Ч_{\Phi}$ – численность работников системы управления фактически;

$Ч_{Н}$ – численность работников системы управления по типовой структуре.

8. Уровень организации профессиональной подготовки работников:

$$K_{10} = \frac{С_{П}}{С} \quad (20)$$

где $С_{П}$ – число работников, прошедших профессиональную подготовку за год;

$С$ – общее число работников.

9. Уровень разделения труда работников:

$$K_1 = \frac{С_{И}}{С} \quad (21)$$

где $С_{И}$ – число работников, действующих на основе должностных инструкций;

$С$ – общее число работников.

10. Уровень технологичности управления:

$$K_2 = \frac{\Phi_{И}}{\Phi} \quad (22)$$

где $\Phi_{И}$ – число функций учреждения или структурного подразделения, на выполнение которых имеются инструктивные или методические материалы;

Φ – общее число функций органа или структурного подразделения.

Исходные данные для расчета представленных показателей и результаты расчета представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии эффективности системы управления организацией

Наименование показателя	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Изменение за 2018-2014 гг.	Изменение за 2018-2017 гг.
1. Объем оказания мед. помощи по тер. программе ОМС, в тыс.руб.	61400	62500	64233	75359	89594	28194	14235
2. Затраты на управление, в тыс.руб.	8820	9350	9635	11681	14156	5336	2475
3. Коэффициент эффективности организационной структуры управления (стр. 1 / стр.2)	6,96	6,68	6,67	6,45	6,33	-0,63	-0,12
4. Норма управляемости, подразделений (человек)	6	6	6	6	6	0	0
5. Фактический уровень сферы контроля, подразделений (человек):	-	-	-	-	-	-	-
5.1. Главного врача	5	5	5	5	5	0	0
5.2. Заместителя главного врача по лечебной работе	7	7	7	7	7	0	0
5.3. Заместителя главного врача по экономическим вопросам	2	2	2	2	2	0	0
5.4. Заместителя главного врача по амбулаторно – поликлинической работе	38	38	38	38	38	0	0
5.5. Заместителя главного врача по АХЧ	4	4	4	4	4	0	0
6. Уровень управляемости (стр. 5 / стр.4):	-	-	-	-	-	-	-
6.1. Главного врача	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0	0
6.2. Заместителя главного врача по лечебной работе	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	0	0
6.3. Заместителя главного врача по экономическим вопросам	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0	0
6.4. Заместителя главного врача по амбулаторно – поликлинической работе	6,33	6,33	6,33	6,33	6,33	0	0
6.5. Заместителя главного врача по АХЧ	0,67	0,67	0,67	0,67	0,67	0	0
7. Экономичность труда в ОСУ (1 – стр.2 / стр.1), коэффициент	0,856	0,850	0,850	0,845	0,842	-0,014	-0,003

Продолжение таблицы 1

Наименование показателя	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Изменен ие за 2018- 2014 гг.	Изменен ие за 2018- 2017 гг.
8. Нормативное количество работ	150	151	152	154	167	17	13
9. Количество работ, закрепленных за несколькими подразделениями	0	0	0	0	0	0	0
10. Коэффициент дублирования функций (стр. 9 / стр.8)	0	0	0	0	0	0	0
11. Количество нереализованных управленческих решений, ед.	165	168	170	180	190	25	10
12. Общее количество управленческих решений, ед.	945	948	950	980	995	50	15
13. Коэффициент надежности системы управления (1 – (стр. 11 / стр.12))	0,825	0,823	0,821	0,816	0,809	-0,016	-0,007
14. Количество звеньев существующей организационной структуры (Пзф)	25	25	25	25	25	0	0
15. Оптимальное количество звеньев организационной структуры (Пзо)	25	25	25	25	25	0	0
16. Коэффициент звенности (стр. 14 / стр.15)	1	1	1	1	1	0	0
17. Численность работников системы управления (Ф) фактически	25	25	25	25	25	0	0
18. Численность работников системы управления (Т) по типовой структуре	25	25	25	25	25	0	0
19. Коэффициент рациональности структуры ($K_{рс} = 1 - \text{стр. 17} / \text{стр.18}$)	0	0	0	0	0	0	0

Окончание таблицы 1

Наименование показателя	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Изменен ие за 2018- 2014 гг.	Изменен ие за 2018- 2017 гг.
20. Общее число работников организации, чел.	144	144	144	150	150	6	0
21. Число работников, прошедших профессиональную подготовку за год, чел.	58	55	52	45	40	-18	-5
22. Уровень организации профессиональной подготовки работников (стр. 21 / стр. 20)	0,40	0,38	0,36	0,30	0,27	-0,14	-0,03
23. Число работников, действующих на основе должностных инструкций	144	144	144	150	150	6	0
24. Уровень разделения труда работников (стр. 23 / стр.20)	1	1	1	1	1	0	0
25. Число функций учреждения или структурного подразделения, на выполнение которых имеются инструктивные или методические материалы	72	72	72	72	72	0	0
26. Общее число функций органа или структурного подразделения	72	72	72	72	72	0	0
27. Уровень технологичности управления (стр. 25 / стр.26)	1	1	1	1	1	0	0

По данным таблицы 1 необходимо сделать вывод. Как показывает исследование результатов функционирования организационной структуры учреждения – коэффициент эффективности организационной структуры управления в 2014-2018 гг. снизился с 6,96 до 6,63, т.е. если в 2014 году на 1 рубль затрат на управление приходилось 6,96 руб. совокупных доходов, то в 2018 году только 6,33 руб. Это связано с опережающими темпами прироста затрат на

управление по сравнению с темпами прироста объемов оказания медицинской помощи. Кроме того, за анализируемый период отмечено снижение коэффициента экономичности труда в организационной структуре управления с 0,856 до 0,842.

Уровень управляемости у руководителей среднего и высшего звена в медицинских учреждениях в среднем составляет 6 подразделений (человек). В нашем случае, как показывают данные таблицы 4, все руководители функциональных направлений, за исключением зам. главного врача по лечебной работе и заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической службе недогружены. Перегруженным является заместитель главного врача по амбулаторно – поликлинической работы из-за находящегося в его непосредственном подчинении 33 фельдшерско-акушерских пунктов. Кроме этого, перегруженным управленческими функциями является зам. главного врача по лечебной работе. Следует отметить, что в его подчинении находится непрофильное подразделение – статистическое бюро, функции которого следует передать бухгалтерии. Все функции учреждения закреплены за соответствующими подразделениями. В этой связи отмечаем отсутствие дублирования отдельных функций.

В 2018 году среднемесячная заработная плата работников ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» составила 12628,65 рублей (в 2017 году 11456,74 рублей – увеличение на 10,23 %), в том числе: врачей – 24225,30 рублей – 5,87 %; среднего медицинского персонала – 12418 рублей – 10,39 %; прочего персонала, в том числе младшего – 9636,10 рублей – 13,25 %.

Как показывают данные таблицы 4 – при оптимальности построения организационной структуры управления (наблюдается полное ее соответствие типовой структуре, утвержденной Минздравом Челябинской области) функционирование структуры недостаточно эффективно, о чем свидетельствует снижение соответствующего коэффициента эффективности. О снижении эффективности управления учреждением свидетельствует снижение коэффициента надежности системы управления.

На основе ранее представленного рисунка ГБУЗ № 1, рассмотрим расшифровку каждого подразделения и охарактеризуем направленность его деятельности.

Руководитель учреждения – главный врач:

1. Осуществляет руководство учреждением здравоохранения в соответствии с действующим законодательством, определяющим деятельность органов и учреждений здравоохранения.

2. Представляет учреждение здравоохранения в государственных, судебных, страховых и арбитражных органах.

3. Организует работу коллектива по оказанию своевременной и качественной медицинской и лекарственной помощи населению.

4. Обеспечивает организацию лечебно-профилактической, административно-хозяйственной и финансовой деятельности учреждения.

5. Осуществляет анализ деятельности учреждения здравоохранения и на основе оценки показателей его работы принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы учреждения.

6. Рассматривает и утверждает положения о структурных подразделениях учреждения и должностные инструкции работников.

7. Контролирует выполнение требований правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, охраны труда, технической эксплуатации приборов, оборудования и механизмов.

Главный врач имеет право:

1. Запрашивать от сотрудников необходимые информацию и документы.

2. Давать сотрудникам обязательные для исполнения указания.

3. Принимать решения о наложении материальных и дисциплинарных взысканий на сотрудников, не выполняющих или ненадлежащим образом исполняющих свои должностные обязанности и о поощрении отличившихся сотрудников.

4. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций, на которых

рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

Главный врач несет ответственность:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

3. За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

Первый заместитель главного врача ГБУЗ № 1 по медицинской части – контролирует работу с несколькими структурными подразделениями: стационаром (терапевтическим отделением, хирургическим отделением, детским отделением, акушерским отделением, гинекологическим отделением и сестринским уходом). Решает проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи больным, находящимся в стационаре. На время отсутствия главного врача (командировка, отпуск, болезнь, пр.) его обязанности исполняет заместитель, который приобретает соответствующие права и несет ответственность за надлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.

Заместитель главного врача – главный бухгалтер, выполняет обязанности главного бухгалтера: устанавливает служебные обязанности работников бухгалтерии с тем, чтобы каждый работник знал свои обязанности и нес ответственность за их выполнение. Организует и контролирует систему наблюдений, измерений, регистрации, обработки и передачи информации в стоимостной оценке об имуществе, источниках его формирования, (обязательствах) и хозяйственных операциях хозяйствующего субъекта. Ведет контроль за правильным и экономным расходованием бюджетных и не

бюджетных средств целевым назначением к утвержденным сметам, а так - же за сохранностью денежных средств и материальных ценностей. Составляет и представляет в установленные сроки бухгалтерскую отчетность.

Заместитель главного врача по обслуживанию населения – осуществляет непосредственное руководство деятельностью поликлиники, фельдшерско-акушерскими пунктами, офисами врачей общей практики. Обеспечивает правильную постановку статистического учета и представления в установленные сроки соответствующей отчетности деятельности больницы.

Главная медицинская сестра обеспечивает проведение мероприятий по рациональной организации труда среднего и младшего медицинского персонала и по повышению их квалификации. Несет ответственность за расходование лекарственных средств в отделениях ЦРБ, ведет учет лекарственных средств и обеспечивает сохранность лекарственных средств.

Экономический отдел занимается планированием производственно-хозяйственной деятельности учреждения, анализом экономических показателей учреждения, расчетом численности персонала, занятого в конкретном виде деятельности, подготавливает исходные данные для составления годовых и оперативных планов хозяйственно-финансовой и производственной деятельности учреждения, разрабатывает меры по рациональному использованию материальных запасов.

Бухгалтерия под руководством главного бухгалтера организует бухгалтерский учет. Стационары осуществляют стационарную медицинскую помощь населению района. Поликлиника осуществляет поликлинический прием прикрепленного населения. Офис ВОП осуществляется прием прикрепленного населения врачами общей практике. ФАП - осуществляет медицинскую помощь прикрепленную населению на селе.

Проанализировав структурный состав подразделений управления по схеме организационной структуры ГБУЗ № 1 мы пришли к выводу, что структура численного состава руководителей имеет следующий вид.

Высшим должностным лицом ГБУЗ № 1 является главный врач, который назначается и освобождается учредителем. Он выполняет определенные функции и обязанности по организации и обеспечению деятельности ГБУЗ № 1.

Главный врач имеет 3 заместителя. Из них у первого заместителя главного врача по медицинской части в подчинении главная медицинская сестра, заведующие: терапевтического, хирургического, детского отделений.

Заместитель главного врача – главный бухгалтер в подчинении у которого экономический отдел и непосредственно бухгалтерия.

Заместитель главного врача по обслуживанию населения в подчинении организационно - методический кабинет, фельдшерские акушерские медицинские пункты и офис врачей общей практике.

Рассмотрим показатели ресурсного обеспечения ГБУЗ №1.

Важнейшим направлением развития ГБУЗ № 1 является планируемое строительство нового корпуса на 250 коек. Затраты на расширение медицинской организации могут превысить один миллиард рублей с учетом строительно-монтажных работ, приобретения медицинского и технологического оборудования, а также медицинской мебели, данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Необходимые инвестиционные средства для строительства корпуса
в млн.руб.

Разделы затрат	Денежные средства
Строительно-монтажные работы	890,0
Приобретение медицинского и технологического оборудования	152,0
Приобретение необходимой медицинской мебели	52,0
ИТОГО затраты в целом	1094,0

При введении нового корпуса мощность коечного фонда стационара больницы возрастет с 270 до 520 коек. Для определения экономической эффективности медицинской деятельности более мощной медицинской организации нами

проведен анализ доходов и расходов больницы с учетом нынешнего коечного фонда на 270 коек и будущего коечного фонда на 520 коек. Данные приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительный анализ текущих расходов ГБУЗ № 1 в зависимости от мощности коечного фонда

в тыс. руб.

Статьи затрат	Мощность коечного фонда	
	270 коек	520 коек
Заработная плата	88960,0	153330,0
Начисления	26304,2	45744,2
Медикаменты	22176,0	42711,0
Продукты питания	11200,0	21570,0
Мягкий инвентарь	700,0	1400,0
Содержание имущества	3988,0	7578,0
Коммунальные услуги	6340,4	12181,0
Материальные запасы	2692,0	5092,0
Бензин	755,7	1265,7
Связь	263,7	534,7
ИТОГО	163380,0	291406,6

Анализ показывает, что затраты на одну койку при работе городской больницы с мощностью в 270 коек составляют 605,11 тыс. руб. в год. ($163380,0 \text{ тыс. руб.} / 270 \text{ коек} = 605,11 \text{ тыс. руб.}$). Аналогичные затраты больницы на одну койку при мощности стационара в 520 коек составляют 560,40 тыс. руб. в год ($291406,6 \text{ тыс. руб.} / 520 \text{ коек} = 560,40 \text{ тыс. руб.}$).

Кроме рассчитанной экономической эффективности увеличение мощности ГБУЗ № 1 позволит достичь медицинской эффективности, перспективные показатели которой выражаются в сокращении средней длительности пребывания пациентов, увеличении длительности работы койки, числа пролеченных

пациентов, повышении хирургической активности, снижении летальности и др. Показатели эффективности приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Некоторые показатели медицинской эффективности ГБУЗ № 1 при увеличении мощности коечного фонда стационара

Основные показатели	Единица измерения	Коечный фонд	
		270 коек	520 коек
Средняя длительность пребывания на койке	дни	8,2	6,5
Работа койки	дней в году	318,0	326,0
Количество пролеченных больных	человек	12208	23100
Хирургическая активность	%	49,0	63,0
Летальность	%	2,8	1,9
Средняя длительность предоперационной подготовки	дней	2,0	1,3

Развитие крупной медицинской организации – ГБУЗ № 1 с увеличением ее коечного фонда необходимо осуществлять с учетом структурных преобразований системы здравоохранения Челябинской области в целом, направленных на повышение роли амбулаторного звена первичной медико-санитарной помощи, неотложной помощи, сокращение маломощных стационаров, укрупнение ряда медицинских организаций с учетом логистики и маршрутизации пациентов по уровням и профилям оказания медицинской помощи.

2.2 Анализ показателей кадрового, ресурсного обеспечения и уровня информатизации ГБУЗ № 1

Представим характеристику персонала ГБУЗ «Городская больница № 1г. Копейска» по следующим критериям:

- половая принадлежность;
- возрастная структура;

- категория персонала;
- квалификация.

Структура персонала по половому признаку представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Структура персонала по половому признаку

Наименование						человек	
	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Отношение 2018 г. к 2014 г., %	Отношение 2018 г. к 2017 г., %
Женщины	100	100	100	106	106	106,00	100,00
Мужчины	44	44	44	44	44	100,00	100,00
Итого	144	144	144	150	150	104,17	100,00

Как показывают данные таблицы 1, в 2018 году численность персонала учреждения не изменилась. При этом на конец 2018 года в ГБУЗ «Городская больница № 1г. Копейска» работало 106 женщин и 44 мужчины. Для наглядности построим диаграмму(рисунок 1).

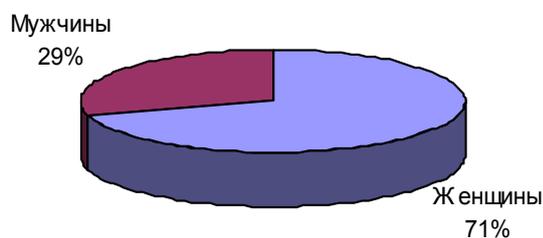


Рисунок 1 – Структура персонала на 01.01.2018 по гендерному признаку, %
Структура персонала по признаку – возраст представлена в таблице 6.

Таблица 6 – Структура персонала по признаку – возраст,

человек

Наименование	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Отношение 2018 г. к 2014 г., %	Отношение 2018 г. к 2017 г., %
До 20 лет	0	0	0	6	6	-	100,00
От 20 до 30 лет	26	26	26	30	30	115,38	100,00
От 31 до 40 лет	36	36	36	40	42	111,11	105,00
От 41 до 50 лет	50	50	50	48	46	96,00	95,83
Старше 50 лет	32	32	32	26	26	81,25	100,00
Итого	144	144	144	150	150	104,17	100,00

Как показывают данные таблицы 6 – в 2018 году численность персонала в возрасте до 30 лет снизилась, что связано с оттоком молодых сотрудников из учреждения. При этом также отмечено снижение численности персонала в возрасте старше 50 лет, что связано с выходом части сотрудников на пенсию.

Структура персонала по признаку – возраст представлена на рисунке 2.

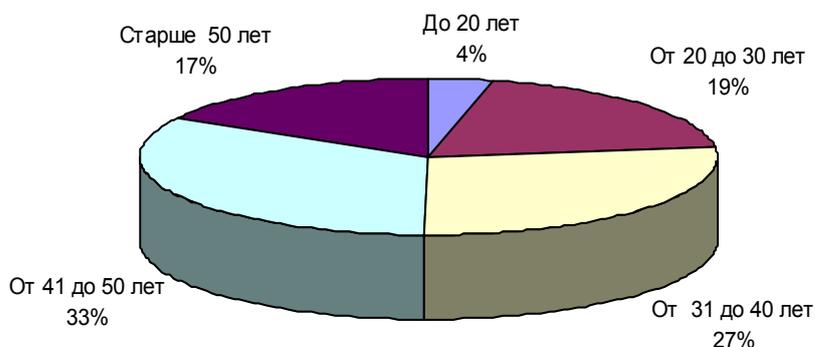


Рисунок 2 – Структура персонала на 01.01.2018 по признаку – возраст, %

Как показывают результаты исследования, в структуре персонала ГБУЗ «Городская больница № 1г. Копейска» преобладают лица в возрасте от 41 до 50 лет. Второе место в структуре персонала занимают лица в возрасте от 31 до 40 лет.

лет. Таким образом, доля сотрудников до 40 лет составляет 50 %. Для перспективного развития учреждения необходимо чтобы доля молодых сотрудников превышала долю сотрудников в возрасте старше 40 лет.

Структура персонала по признаку – категории персонала и квалификация представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Структура персонала по признаку – категории персонала и квалификация

человек

Наименование	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Отношение 2018 г. к 2014 г., %	Отношение 2018 г. к 2017 г., %
Врачи, в т. ч.	42	42	42	42	42	100,00	100,00
высшей квалификационной категории	6	6	6	4	4	66,67	100,00
первой квалификационной категории	20	20	20	18	18	90,00	100,00
второй квалификационной категории	16	16	16	20	20	125,00	100,00
Средний медперсонал, в т.ч.	78	78	78	84	84	107,69	100,00
высшей квалификационной категории	2	2	2	4	4	200,00	100,00
первой квалификационной категории	12	12	12	10	10	83,33	100,00
второй квалификационной категории	38	38	38	44	46	115,79	104,55
не имеющий квалификационной категории	26	26	26	26	24	100,00	92,31
Прочий персонал	24	24	24	24	24	100,00	100,00
Итого	144	144	144	150	150	104,17	100,00

Как показывают данные таблицы 7, в 2018 году в ГБУЗ «Городская больница

№ 1г. Копейска» работало врачей – 42 чел., среднего медицинского персонала – 84 чел., прочего персонала – 24 чел. За 2017-2018 гг. количество врачей, среднего медицинского персонала, а также прочего персонала не изменилось (рисунок 3).

Как показывают данные рисунка 6 – в структуре персонала учреждения на 01.01.2016 врачи составляли 28 %, средний медицинский персонал составил 56, а прочий персонал составил 16 % в общей численности.

В 2018 году численность врачей высшей и первой квалификационной категории не изменилась. Что касается среднего медицинского персонала, то численность работников, имеющих высшую квалификационную категорию, в 2018 году не изменилась, а, имеющих вторую квалификационную категорию выросла на 2 чел. Для наглядности данные представлены на рисунке 3, 4, 5.

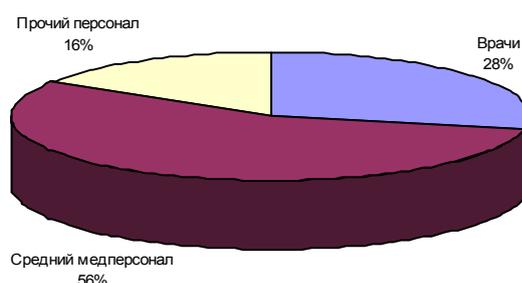


Рисунок 3 – Структура персонала на 01.01.2018 по категориям, %

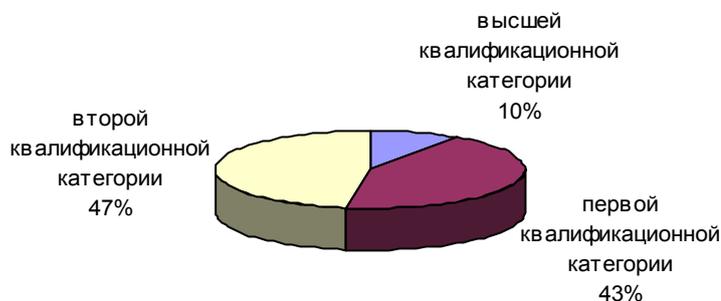


Рисунок 4 – Структура квалификационная категория врачей на 01.01.2018, %

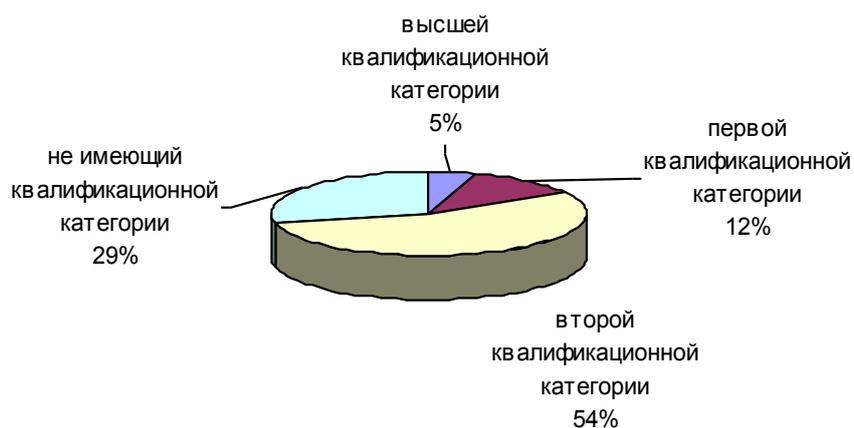


Рисунок 5 – Структура среднего медперсонала по квалификационной категории на 01.01.2018, %

Как показывают результаты исследования – доля врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, составила на 01.01.2016 10 % от числа врачей. Доля среднего медицинского персонала, имеющего высшую квалификационную категорию, составила на 01.01.2016 5 % от числа среднего медицинского персонала.

Следует также отметить недостаточное внимание повышению квалификации медицинских работников и внедрению новых медицинских технологий и программных продуктов. -

Таким образом, реализация современных направлений развития городской больницы должна осуществляться в русле структурных преобразований городского здравоохранения в целом и предполагает целый ряд шагов, включая расширение материально-технической базы медицинской организации с увеличением мощности коечного фонда и внедрение новых медицинских технологий. Такие организационные подходы позволят повысить экономическую эффективность деятельности больницы, сократить расходы на внешние медицинские услуги.

Повышение мощности стационара при его дооснащении диагностическим

оборудованием положительно скажется на удовлетворенности пациентов медицинской услугой. Использование современного оборудования приведет к повышению медицинской результативности объединенной больницы, связанной с сокращением числа осложнений и летальности.

В соответствии с п. 7 ч. 1 ст. 79 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием Интернета, об осуществляемой медицинской деятельности и медицинских работниках, об уровне их образования и квалификации.

Проблема, которая касается предоставления информации гражданам о медицинских организациях, их специалистах через Интернет, пользуется наибольшей актуальностью в данной сфере. Самыми активными потребителями медицинских услуг в системе здравоохранения являются люди пожилого возраста и дети, но, к сожалению, дистанционная информация становится для них недоступной в связи с отсутствием достаточных знаний об информационных технологиях, из-за чего пользователями сайтов являются возрастные группы от 15 до 50 (55) лет.

Интернет-сайт (веб-сайт) — это набор файлов с информацией (веб-страниц), которые размещены на специальных компьютерах (веб-серверах), постоянно подключенных к Интернету. За счет этого любой пользователь Интернета имеет доступ к базе данных (информации), размещенной на сайте организации. Сведения о необходимой информации, размещаемой на официальном сайте медицинской организации, а также требования к ее содержанию и форме предоставления утверждены Приказом Минздрава России N 956н. Все рекомендации приведены в двух Приложениях к данному Приказу и являются обязательными для исполнения всеми учреждениями здравоохранения.

Информация размещается на официальном сайте в виде текста или в табличных формах, в форме электронного образа копий документов, а также может содержать схемы, графики, разъяснения. Медицинская организация

размещает сведения о своей деятельности в соответствии с документами, в которых содержатся соответствующие данные (нормативными правовыми актами, локальными нормативными актами, учредительными документами).

2.3 Анализ показателей деятельности, системы контроля качества услуг и удовлетворённости клиентов ГБУЗ № 1

Анализ основных показателей деятельности по ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска» за 2014-2018 гг. представлен в таблице 9.

Таблица 9 – Анализ основных показателей деятельности по ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска» за 2014-2018 гг.

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Среднее по РФ
Младенческая смертность	на 1000 родившихся живыми	8,1	8,4	8,5	9,0	9,5	4,7
Перинатальная смертность	на 1000 родившихся живыми и мертвыми	11,6	11,7	11,8	12,9	13,1	4,7
Детская смертность	на 1000 детского населения	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
Смертность детей на дому	на 1000 детского населения	0,15	0,15	0,16	0,18	0,19	-
Смертность населения трудоспособного возраста	на 1000 населения трудоспособного возраста	5,8	5,9	6,0	6,6	6,7	6,2
Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний	на 100 000 населения	650,1	650,9	651,0	664,0	667,0	316,8
Смертность населения от ИБС	на 100 000 населения	373	374	374,6	385,6	390,2	250,4
Смертность населения от ЦВБ	на 100 000 населения	185,1	186,5	187,4	225,9	230,2	169,0
Смертность населения трудоспособного возраста от сердечно-сосудистых заболеваний	на 100 000 населения соответствующего возраста	160,2	162,2	164,0	174,0	175,1	151,5
Смертность населения от ДТП	на 100 000 населения	12,0	13,1	13,2	14,0	15,0	5,2

Продолжение таблицы 9

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Среднее по РФ
Смертность населения от злокачественных новообразований	на 100 000 населения	160,1	162,2	166,0	167,6	168,2	126,7
Смертность населения от самоубийств	на 100 000 населения	40,1	40,2	39,0	41,4	41,5	42,2
Смертность населения от туберкулеза	на 100 000 населения	11,8	12,0	12,1	13,0	13,5	10,5
Заболеваемость туберкулезом	на 100 000 населения	59,2	60,1	60,2	67,7	68,8	36,9
Доля абациллированных больных туберкулезом	% от числа больных туберкулезом с бактериовыдел.	25,8	25,9	25,7	30,0	30,2	27,2
Работа круглосуточной койки всего	дни	327,0	328,0	328,0	340,0	325,0	228,0
Работа детской койки	дни	298,1	299,5	300,0	320,0	320,0	211,0
Средняя длительность лечения	дни	11,2	11,4	11,5	12,5	10,5	10,0
Доля случаев новообразований, выявленных в 4 стадии	%	17,0	17,5	18,0	20,0	22,2	28,6
Доля случаев новообразований визуальных локализаций, выявленных в третьей стадии	%	9,5	9,8	10,0	12,0	12,2	23,5
Пятилетняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями	%	55,1	55,4	55,5	55,7	55,8	58,9
Доля больных с выявленными злокачественными новообразованиями на 1-2 стадии	% от общего числа выявленных больных	55,2	55,3	55,4	55,6	55,7	45,6
Охват населения (взрослых и подростков) ФГ-осмотрами	%	68,5	69,2	70,0	75,0	76,0	81,3
Доля посещений на дому уч. терапевтами	%	17,0	17,5	18,0	25,0	26,0	20,0

Продолжение таблицы 9

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Среднее по РФ
Доля посещений на дому участковыми педиатрами (%)	%	24,0	24,3	25,0	30,0	30,0	20,1
Число абортс (на 1000 женщин фертильного возраста)	%	25,5	27,2	30,0	35,0	36,0	13,4
Доля экстренных госпитализаций	%	12,2	13,4	15,0	30,0	30,0	26,3
Доля детей (без новор-х), умерших в стац-наре в 1 сутки	%	17,2	17,5	18,0	20,0	20,0	0
Охват Д-наблюдением ВИЧ-инфицированных	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Охват грудным вскармливанием 6 мес. и более	%	65,5	66,5	67,0	75,0	75,0	69,8
Охват беременных (в сроке до 13 недель) пренатальным скринингом	%	57,2	58,9	60,0	70,0	70,0	65,0
Охват УЗИ беременных 3-кратно	%	97,2	97,8	98,0	100,0	100,0	96,0
Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в стационаре	%	50,1	51,2	53,0	54,0	55,0	90,0
Удовлетворенность населения качеством амбулаторной медицинской помощи	%	69,2	67,1	67,0	66,0	65,0	80,0
Охват детей до 17 лет плановой стоматологической санацией	%	50,0	50,0	50,0	60,0	60,0	60,0
Число пломб в смену	абс. число	5,8	5,9	6,0	8,0	8,0	8,0
Число дней ВУТ по всем причинам	на 100 работающих	590,5	595,2	600,0	700,0	850,0	1048,9
Число процедур ЛФК на 100 посещений в поликлинику по поводу заболеваний	%	8,5	9,0	9,0	12,0	13,0	15,0

Продолжение таблицы 9

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Среднее по РФ
Число процедур массажа на 100 посещений в поликлинику по поводу заболеваний	процедур	5,5	5,8	6,0	9,0	10,0	28,3
Число физиотерапевтических процедур на 100 посещений в поликли. по поводу заболеваний	процедур	145,2	148,4	150,0	170,0	170,0	47,3
Число лабораторных исследований на 100 посещений в поликлинику	единиц	178,5	179,2	180,0	200,0	200,0	329,6
Число лабораторных исследований на 1 выбывшего из стационара	единиц	38,5	39,1	40,0	50,0	50,0	49,1
Число исследований функций. диагностики на 100 посещений в поликлинику	единиц	6,9	7,0	7,0	12,0	12,0	17,8
Доля врачей первичного звена	% от общего числа врачей	60,2	60,3	60,4	61,5	61,5	61,5
Доля случаев электронной записи на прием к медицинским специалистам с использованием сети Интернет	% от общего числа посещений	1,4	1,5	1,5	2,8	5,2	0,2
Охват диспансеризацией детского населения в возрасте 0-14 лет	%	85,5	89,2	90,0	95,0	95,0	100,0
Охват диспансеризацией населения в возрасте 15-17 лет	%	90,0	90,0	90,0	95,0	95,0	40,0
Охват иммунизацией против полиомиелита детей в возрасте до 3 месяцев	%	91,4	92,2	93,0	95,0	95,0	100,0

Окончание таблицы 9

Наименование показателя	Единица измерения	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	Среднее по РФ
Охват иммунизацией против гриппа сотрудников мед. учреждений	%	72,1	73,0	73,0	75,0	75,0	-
Доля освоения путевок на сан. –кур. лечение детей от общего числа выделенных	%	98,0	99,0	98,0	100,0	100,0	100,0
Уровень иммунной прослойки против кори сотрудников учреждения	%	93,0	93,0	94,0	95,0	95,0	86,6

Как показывают данные таблицы 9 – по подавляющему большинству показателей оценка деятельности ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» хуже средних значений по РФ. При этом прослеживаемая динамика является отрицательной.

В особенности это касается смертности от основных видов заболеваний (ИБС, ЦВБ, от злокачественных новообразований). Так, в 2014-2018 гг. отмечен высокий уровень младенческой смертности, а также перинатальной смертности. Так за анализируемый период младенческая смертность выросла с 8,1 до 9,5 чел. на 1000 родившихся живыми, а перинатальная смертность выросла с 11,6 до 13,1 чел. на 1000 родившихся живыми при среднем показателе по РФ равном 4,7. Кроме того, отмечается высокий уровень детской смертности и смертности детей на дому.

Что касается смертности среди трудоспособного населения, то здесь также отмечается ее рост. Показатели по всем отмеченным позициям хуже средних показателей по РФ. При этом следует отметить положительные стороны работы учреждения. Так, в частности, в 2016-2018 гг. отмечен 100 % охват Д-наблюдением ВИЧ-инфицированных.

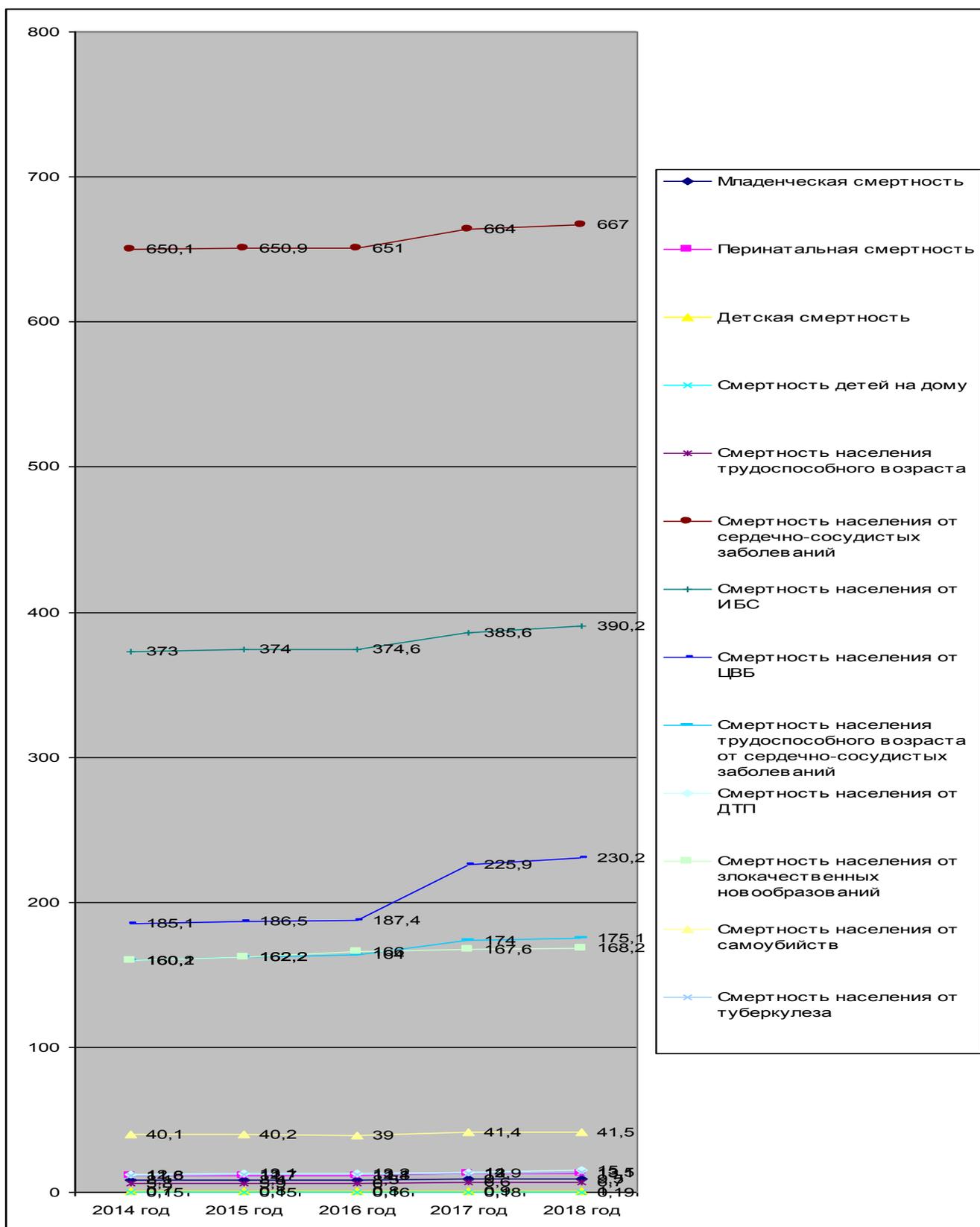


Рисунок 6 – Анализ основных показателей деятельности по ГБУЗ «Городская больница № 1г. Копейска» по смертности за 2014-2018 гг.

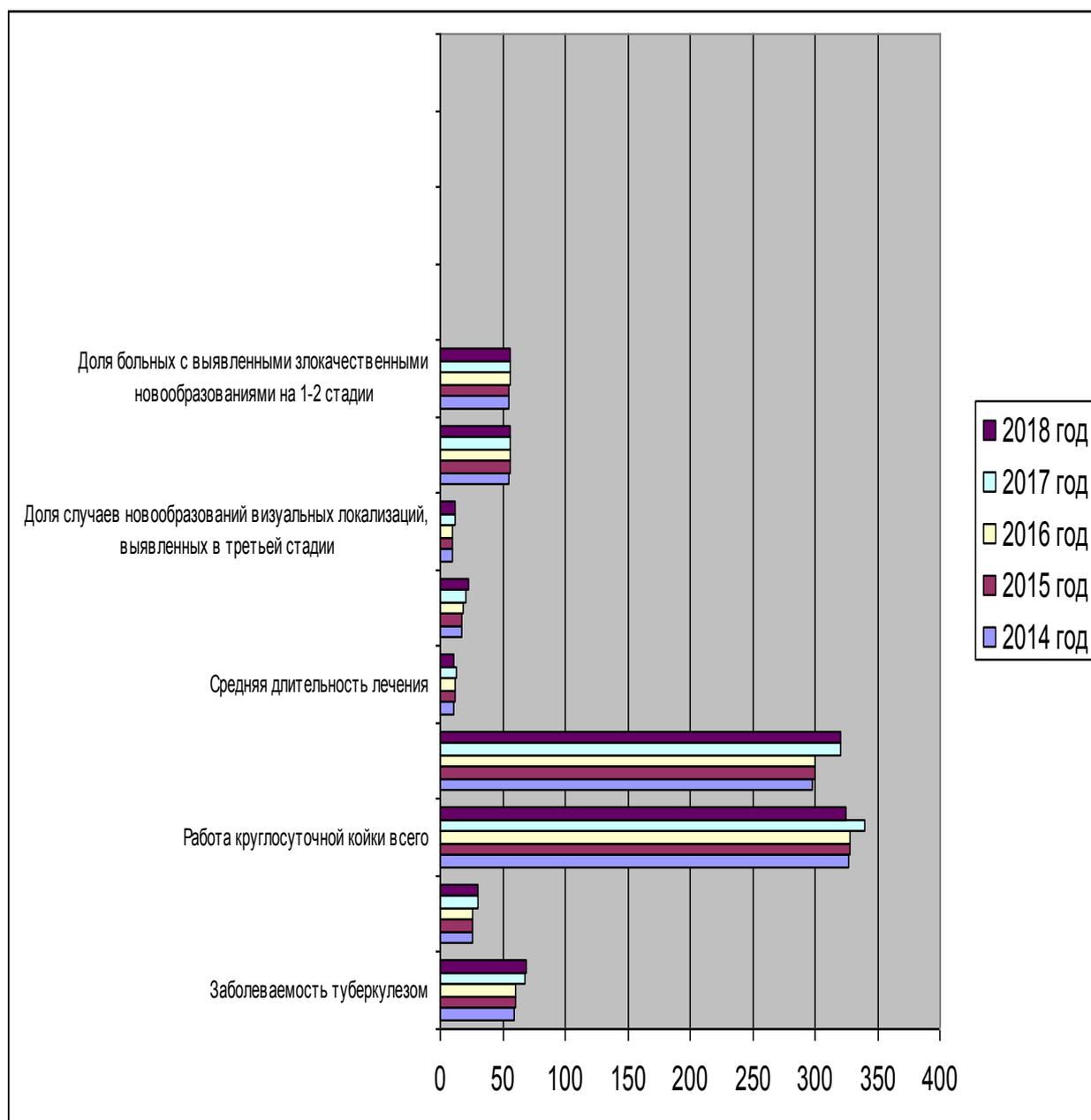


Рисунок 7 – Анализ основных показателей деятельности по ГБУЗ «Городская больница № 1г. Копейска» по заболеваемости за 2014-2018 гг.

Охват грудным вскармливанием 6 мес. и более превышает требуемый средний показатель. Охват беременных перинатальным скринингом также выше среднего. Охват диспансеризацией детского населения вырос за 2016-2018 гг. с 90 до 95 %. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в поликлинике в 2018 году так и не достигло среднего значения. Кроме этого, на низком уровне находится удовлетворенность качеством медицинской помощи в стационаре. Так,

доля случаев электронной записи на прием с использованием сети Интернет выросла за 2014-2018 гг. с 1,5 % до 5,2 %. В 2016-2018 гг. отмечено существенное увеличение объема консультаций.

Удовлетворенность медицинской помощью является результатом соотношения ожиданий и фактически полученной медицинской услуги, таким образом, она зависит от некоторого числа субъективных и объективных показателей. Изучение данного направления играет важную роль в проектировании стратегии развития лечебно-профилактического учреждения, позволяет сопоставлять популярность лечебных программ, деятельность отдельных медицинских учреждений, отделений в их структуре, врачей.

На сегодняшний день пациенты обладают достаточной информацией о своих правах и достижениях современной медицинской науки. Они более взыскательны к врачу. Традиционное отношение «врач – больной» стало более похожим на отношения поставщика и потребителя услуг. Пациенты приходят к врачу за советом и, критически анализируя полученные назначения, самостоятельно принимают решения по своему лечению.

Также снижают удовлетворенность медицинской помощью отсутствие восприятия пациента как личности, атмосфера изоляции, ограниченность его полномочий, попытки вынуждать платить за оказание некоторых медицинских услуг, питание низкого качества, дефицит необходимых лекарственных средств, низкая эффективность лечения, длительность заболевания.

Одновременно с этим удовлетворенность оказываемыми медицинскими услугами снижается при недостаточном внимании или его отсутствии со стороны медицинского персонала. К тому же, в последнее время группу причин низкой удовлетворенности пополнила дискриминация, которую испытывают пациенты с заболеваниями, ассоциирующимися с асоциальным поведением. Часто на них негативно реагирует медицинский персонал. Больше жалоб поступает по поводу невнимательности, грубости медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

Для оценки удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощью была применена анкета, разработанная Д.В. Авраховой и В.И. Тимошиловым, дополненная вопросом на оценку удовлетворенности психологическим климатом в лечебном учреждении. Было проведено анкетирование 200 пациентов, которых находились на стационарном лечении в отделениях терапевтического профиля ГБУЗ №1. Средний возраст респондентов составил $61,42 \pm 1,15$ лет, из них 71,5% — пенсионеры, 31,5% — работающие, 16% — студенты средних и высших профессиональных заведений, 1,5% — безработные. Структура поступления показала, что по направлению поликлиники поступил 26,87% опрошенных, доставлены бригадой скорой медицинской помощи — 43,28%, самостоятельно обратились за помощью 11,44%, переведены из других отделений — 12,94%, по направлению военно-врачебной комиссии — 2,99%. Длительность ожидания плановой госпитализации в 91,84% случаев составила до 20 дней, в 8,16% данный показатель превысил 20 дней.

При анализе удовлетворенности пациентов бытовыми условиями было выяснено, что оценку ниже среднего (от 10 до 30%) выбрали 1,5% опрошенных, среднюю (40–60%) — 12,5%, выше среднего (70–90%) — 76%, полную удовлетворенность, соответствующую 100% по шкале, — 10%. Средневзвешенный показатель составил $77,99 \pm 1,15\%$ при среднем разбросе мнений ($Cv=16,83\%$).

В отношении удовлетворенности пациентов питанием сложилась следующая ситуация: ниже среднего оценили 2% респондентов, средне — 16,5%, выше среднего — 67%, полностью удовлетворены 14,5% респондентов. Средневзвешенный показатель равен $77,8 \pm 1,1\%$ при коэффициенте вариации равному 20,05%, что отражает высокий разброс мнений опрошенных (рисунок 8).

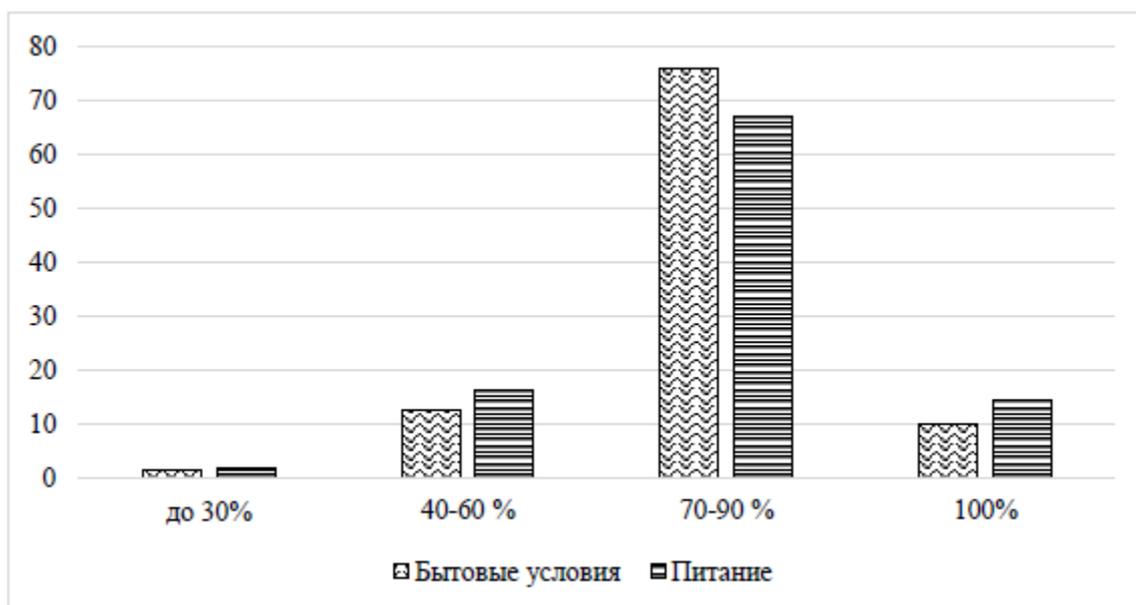


Рисунок 8 – Уровень удовлетворенности пациентов питанием

Собственно медицинской помощью пациенты довольны в большинстве случаев, при этом оценка ниже среднего не получена, средняя оценка встретилась в 7,5% случаев, выше среднего — 64%, полная удовлетворенность продемонстрирована у 28,5% пациентов. Средневзвешенный показатель составил $88,15 \pm 0,9\%$ при среднем разбросе мнений респондентов ($Cv=14,89\%$).

В ходе исследования также была оценена удовлетворенность полученной информацией о заболевании, его профилактике и лечении. Ниже среднего данный показатель оценил 1% респондентов, средняя оценка дана в 9,5% случаев, выше среднего — 62,5%, полностью — 27%. Средневзвешенный показатель — $83,6 \pm 1,04\%$ при этом наблюдается средний разброс мнений ($Cv=17,54\%$).

Оценка удовлетворенности психологическим климатом в отделении показала: ниже среднего оценили 1% опрошенных пациентов, средне — 9,5%, выше среднего — 62,5%, полностью удовлетворены 27% респондентов. Средневзвешенный показатель — $83,60 \pm 1,04\%$, коэффициент вариации — 17,54%, который соответствует среднему разбросу мнений (рисунок 9).

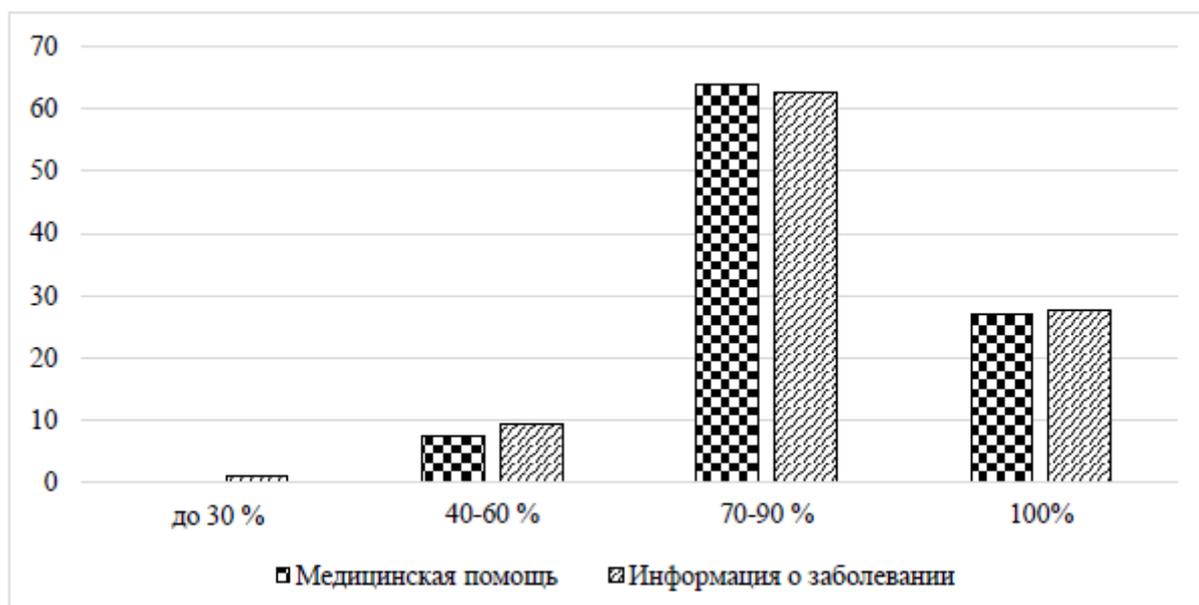


Рисунок 9 – Распределение оценок удовлетворенности медицинской помощью

Отмечено, что во время пребывания в стационаре в 20% случаев пациенты приобрели за свои средства лекарственные препараты и медицинские изделия.

Полученные данные позволили подготовить предложения по включению в «дорожные карты» развития учреждений целевых показателей, касающихся удовлетворенности медицинской помощью:

- элиминировать случаи ожидания плановой госпитализации более 20 дней;
- поддерживать бытовые условия и качество питания на уровне, позволяющем получать средневзвешенный показатель удовлетворенности не менее 80%, долю удовлетворенных в полном объеме не ниже 20% и не более 3% оценок 50% и менее;
- повысить уровень удовлетворенности медицинской помощью и информационным обеспечением до средневзвешенного показателя не ниже 90%, долю респондентов, демонстрирующих полную удовлетворенность, не ниже 40%, на уровне 50% и менее – не более 2%;
- снизить частоту приобретения лекарственных препаратов и медицинских изделий за счет пациентов к показателю 10% и менее, выявить и исключить покупки, связанные с лечением основного заболевания.

Парадокс современного управления в отечественном здравоохранении состоит в том, что расходы медицинского учреждения планирует и контролирует его руководитель, а основной объем затрат производит лечащий врач. Попытки административными рычагами заставить врача работать эффективно, то есть при минимизации затрат достигать максимального клинического результата, нередко приводит к еще более затратным действиям со стороны специалиста, в связи с отсутствием материальной заинтересованности его в результатах своей деятельности. Кроме того, в последние годы Российское здравоохранение значительно продвинулось в направлении расширения высокотехнологичной медицинской помощи, включающей в себя дорогостоящие виды диагностики и лечения. В таких условиях на лечащего врача возложена ответственность не только за уровень медицинской помощи, но и за расходование средств, выделенных на эти цели.

Вместе с тем, недостаточная квалификация, иногда нежелание отстаивать свои позиции в спорах с экспертами страховых организаций, приводят к перестраховке, которая проявляется в избыточных назначениях. Сегодня у врача нет стимулов к проведению анализа эффективности лечения пациента по принципу «затраты – конечный результат». Не являются редкостью факты необоснованного применения дорогостоящих медицинских исследований, вместо более дешевых скрининговых. Не изжиты пресловутые невостребованные анализы, при этом специалисты, назначившие их, и отделения, в которых они работают никакой материальной ответственности (затрат) не несут. При этом наличие достаточного числа квалифицированных работников является важнейшим условием эффективной работы любой системы, в том числе и системы здравоохранения. В силу этого формирование и рациональное использование трудовых ресурсов, повышение их уровня теоретических знаний и практических навыков, обоснованное использование их потенциала определяет все важные параметры системы здравоохранения – эффективность использования производственных и финансовых ресурсов [1].

Это определяет принципиальную необходимость представить практический пример исследования использования трудовых ресурсов в учреждении здравоохранения, который будет применим в образовательном процессе при подготовке экономистов и менеджеров. В рамках этого будут представлены примеры применения экономико-статистических методов при анализе различных показателей и составляющих эффективного управления трудовым потенциалом учреждения здравоохранения.

На первом этапе анализа трудовых ресурсов учреждения здравоохранения необходимо проанализировать численность и структуру штата, на основе дать оценку перспективам его изменения и проанализировать факторы, которые влияют на эти показатели. Для изучаемого ГБУЗ №1, занимающегося оказанием профилактических услуг, состав персонала представлен ограниченным числом сотрудников. На январь 2019 г. в штате числится: 10 врачей; 34 сотрудника среднего медицинского персонала (СМП); 4 сотрудника младшего медперсонала (ММП) и 20 человек относится к прочему персоналу. Перспективы расширения персонала имеют малую реальность. Во-первых, это объясняется масштабами и ограниченностью профилактической и диагностической функциями учреждения. Второй фактор – это дефицит финансовых ресурсов, который поставило руководство учреждения (как и других в данной сфере) перед необходимостью искать возможность обеспечить повышение заработной платы медицинскому персоналу с января 2014 г. (врачам на 14%, среднему и младшему персоналу на 24%), при том, что тарифы тарифов по ОМС остались без увеличения. В-третьих, в изучаемом периоде уже произошло расширение штата, которое удовлетворяет развитию ГБУЗ №1 на данном этапе стратегического развития. Это определяется показателем укомплектованности штата, который по всем категориям персонала соответствует 100% в изучаемом учреждении. Однако это исключение из общей картины в системе здравоохранения, где сохраняется кадровый голод, в особенности в районах регионов.

ГБУЗ №1 успешно реализует положения указа Президента Российской

Федерации от 07.05.2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» – 81% от всей величины фонда оплаты труда выплачивается согласно нему, а общая величина выплат сотрудникам за 2015 г. составила более 14,5 млн. руб. Анализировать величину средней оплаты труда по персоналу следует не только в динамике относительно предшествующих лет по учреждению, но и в сравнении с аналоговыми учреждениями, в среднем по системе здравоохранения и экономике в регионе. В изучаемом объекте оплата труда в 2015 г. выше, чем в среднем в сфере здравоохранения и в среднем по экономике в Белгородской области, а, значит, это учреждение является перспективным местом работы для персонала, что является фактором мотивации результативности его трудовой деятельности.

Значимость оплаты труда и резерв ее повышения позволяет оценить показатель доля затрат по данному направлению в общей структуре расходов. Именно оплата труда и начисления составляют основную долю (89,9% от общего объема расходов) структуре расходов анализируемого ГБУЗ №1. План по данной строке выполнен на 82,1%, а в целом фактическая величина расходов составила 80,6 % от плана. Соотношение фактического значения показателя с плановым для учреждений здравоохранения является важным элементов в силу специфики отрасли, поэтому нельзя пренебрегать им в анализе. Приобретение услуг в структуре расходов занимает незначительную долю в структуре расходов – всего 5,3%. При этом уровень выполнения плана по данному показателю наивысший и составляет 87,3%. Наименьшую долю в структуре расходов ГБУЗ №1 занимает поступление нефинансовых активов и составляет 4,9%. При этом негативно следует оценить выполнение поступления нефинансовых активов всего на 56,6% (таблица 10).

Таблица 10 – Состав и структура расходов по плану и факту в отчетном периоде в ГБУЗ №1 в 2018 г.

Статьи расходов	План отчетного периода		Факт отчетного периода		Уровень выполнения плана, %
	Тыс. руб.	Доля в структуре, %	Тыс. руб.	Доля в структуре, %	
Оплата труда и начисления:	28537,8	88,2	23431,8	89,9	82,1
заработная плата	22249,1	68,8	17950,4	68,9	80,7
прочие выплаты персоналу	102	0,3	61	0,2	59,8
начисления на оплату труда	6186,7	19,1	5420,3	20,8	87,6
Приобретение услуг:	1530,2	4,7	1335,9	5,3	87,3
услуги связи	61,5	0,2	62	0,2	100,8
транспортные услуги	10	0,0	4	0,0	40,0
коммунальные услуги	508,3	1,6	485,2	1,9	95,5
услуги по содержанию имущества	356	1,1	347,2	1,3	97,5
прочие услуги	550,8	1,7	394	1,5	71,5
прочие расходы	43,6	0,1	43,5	0,2	99,8
Поступление нефинансовых активов	2271,2	7,0	1285,3	4,9	56,6
Всего расходов	32339,2	100,0	26053	100,0	80,6

Таким образом, ГБУЗ №1 характеризуется наличием высокого уровня кадрового потенциала, что проявляется в укомплектованности штатов, низким уровнем внешнего совместительства, при высокой средней оплате труда. Это позволяет формировать штат персонала из квалифицированных и опытных медицинских сотрудников, обеспечивать устойчивость его состава и низкую текучесть кадров, а также приглашать новых сотрудников при расширении деятельности.

В целом делаем вывод, что проблемами системы управления ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск», негативно влияющими на результатные показатели функционирования медицинского учреждения являются: перегруженность

управленческими функциями зам. главного врача по лечебной работе; перегруженность управленческими функциями зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе; высокий уровень конфликтов в коллективе; недостаточное внимание повышению квалификации медицинских работников и внедрению новых медицинских технологий и программных продуктов.

2.4 SWOT - анализ и выявление проблем управления развитием ГБУЗ № 1

Изменения в деятельности системы медицинского страхования, позволяющие пациенту выбирать медицинское учреждение и врача, нацелены на создание рынка медицинских услуг и формирование конкурентной среды. Это вызывает необходимость адаптации деятельности медицинских учреждений к изменениям внешней среды в соответствии с современными требованиями потребителей медицинских услуг за счёт эффективного управления, конкурентоспособности медицинских услуг, уровня её качества.

С целью систематизации информации о деятельности медицинского учреждения проведен SWOT-анализ для определения основных приоритетов, проблем и возможностей, исходящих из внешней и внутренней среды, в пределах которой функционирует ГБУЗ № 1. Матрица SWOT-анализа факторов деятельности ГБУЗ № 1 представлена в таблице 1.

Анализируя данные SWOT-матрицы, деятельность ГБУЗ № 1 можно оценить как рискованное, так как имеется сочетание благоприятных возможностей при больших опасностях, значительное влияние внешних угроз.

Матрица SWOT-анализа ГБУЗ № 1 представлена в таблице 11.

Таблица 11 - Матрица SWOT-анализа ГБУЗ № 1

Силы	Слабости
S1 Работа с клиентами: опыт, обширная клиентская база.	W1 Управление: консерватизм системы и управления, высокий уровень бюрократизации.
S2 Персонал: высокий профессиональный уровень сотрудников, хорошо развитая корпоративная культура.	W2 Организационная структура: масштабность, громоздкость структуры. Невозможность принимать оперативные решения.
S3 Репутация клиники	W3 Кадровая политика: текучесть кадров на низших должностях.
Возможности	Угрозы
O1 Расширение спектра предоставляемых медицинских услуг	T1 Развитие конкурентов
O2 Рост инвестиционной активности предприятий.	T2 Негативный имидж.
O3 Привлечение лучших специалистов O4 Усиление маркетинговой и рекламной активности	T3 Снижение числа постоянных клиентов

Указанные в матрице параметры позволяют на каждом этапе разработки и реализации стратегии оперативно вносить необходимые корректировки.

Таблица 12 – Анализ внутренней среды ГБУЗ № 1

Функциональная зона	Фактор	Текущее значение	КФУ	Оценки		
				Высокая	Средняя	Низкая
Маркетинг	Доля Рынка	17%	Известность бренда, наличие хорошей репутации у потребителей	+		
	Широта ассортимента	Широкий	Широта ассортимента	+		
	Каналы продвижения	Реклама в прессе, в каталогах	Разработка привлекающих внимание акций, умение быстро разрабатывать и продвигать новую продукцию			+

Продолжение таблицы 12

Функциональная зона	Фактор	Текущее значение	КФУ	Оценки		
				Высокая	Средняя	Низкая
Маркетинг	Репутация	Хорошая репутации, известность среди широкого круга потребителей	Известность бренда, наличие хорошей репутации у потребителей		+	
	Ценовая политика	Средний ценовой сегмент	Высокое качество производимых товаров, наличие хорошей репутации у потребителей		+	
Кадры	Квалификация	Недостаточно высококвалифицированных управленцев, повышение квалификации собственных сотрудников	Наличие квалифицированных кадров, обладание секретами производства продукции и услуг			+
	Обучение	Создание Учебного центра для постоянного развития персонала	Наличие квалифицированных кадров, обладание секретами производства продукции и услуг	+		
	Мотивация	Разработка новой системы оплаты труда	Доступ к финансовому капиталу			+

Продолжение таблицы 12

Функциональная зона	Фактор	Текущее значение	КФУ	Оценки						
				Высокая	Средняя	Низкая				
Кадры	Карьерный рост	Возможность карьерного роста в сети, предпочтение внутренним сотрудникам	Наличие хорошей репутации у потребителей, доступ к финансовому капиталу.		+					
				Оперативный менеджмент	Квалификация персонала	Персонал обладает необходимыми навыками, постоянно совершенствуется	Наличие квалифицированных кадров, обладание секретами производства продукции и услуг	+		
								Качество продукции	Жесткий контроль за качеством, регулярные проверки	Высокое качество услуг, обладание секретами производства услуг
Стандарты	Разработка единых стандартов обслуживания	Высокое качество работ, наличие хорошей репутации у потребителей, широта ассортимента		+						
			Финансовая деятельность	Капитал организации	Наличие собственного капитала для дальнейшего расширения	Доступ к финансовому капиталу		+		
Себестоимость организации	Строгий контроль за себестоимостью организации, разработка мер по ее снижению	Доступ к финансовому капиталу, отлаженное партнерство с поставщиками						+		

Окончание таблицы 12

Функциональ ная зона	Фактор	Текущее значение	КФУ	Оценки		
				Высокая	Средняя	Низкая
Организация управления	Организационная культура	Наличие развитой организационной культуры, действия, направленные на сплочение коллектива	Наличие квалифицированных кадров, наличие хорошей репутации у потребителей	+		
	Организационная структура	Сложности во взаимодействиях различных подразделений сети, неслаженность в действиях различных департаментов	Известность бренда, наличие квалифицированных кадров			+

Среди основных проблем, прочно укрепившихся в отечественной системе здравоохранения, следует выделить следующие.

Недофинансирование государственной системы здравоохранения (по оценкам некоторых авторов, как минимум в 1,5 раза). Это означает низкую оплату труда медицинского персонала, недостаточное обеспечение населения лекарствами, невозможность соблюдения современных стандартов оказания медицинской помощи и обеспечения больниц современным оборудованием и расходными материалами.

Важной проблемой, серьезность которой нарастает год от года, является дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров, снижение квалификации медицинского персонала (низкая доступность и неудовлетворительное качество медицинской помощи). Ситуация вызвана, как

уже отмечалось выше, низким уровнем оплаты труда и проблемами системы образования, занимающейся подготовкой кадров.

Проблема отставания нормативов объемов медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи от реальных потребностей населения Российской Федерации наглядно представлена очередями в поликлиниках, проблемами с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи. С одной стороны, это следствие ухудшения состояния здоровья населения, которое вынуждено чаще обращаться за медицинской помощью, с другой, – проблема финансирования системы здравоохранения и неадекватного расчета нормативов. Низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи, в которой остро нуждается значительная доля населения страны (в т.ч. по причине роста численности населения пожилого возраста), также являются результатом недостатка финансирования и нехватки квалифицированных врачей.

Тесная взаимосвязь указанных проблем системы дополняется и является одновременно следствием неэффективного управления отраслью на всех уровнях, которое проявляется в нерациональном распределении государственных средств и отсутствии экономически эффективных инструментов управления – конкуренции по критерию качества медицинских услуг, составления рейтингов ЛПУ, применения экономических стимулов для достижения запланированных результатов и т. д.

3 РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УПРАВЛЕНИЮ РАЗВИТИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ № 1)

3.1 Мероприятия по управлению развитием государственного учреждения здравоохранения (на примере ГБУЗ № 1)

На основе SWOT-анализа спроектируем 4 типа стратегий для ГБУЗ № 1:

Стратегии «SO» (Сила - Возможности) являются ориентирами стратегического развития.

Стратегии вида «ST» (Силы – Угрозы) выступают в роли потенциальных стратегических преимуществ.

Стратегии вида «WO» (Слабости – Возможности) могут стать направлениями внутриорганизационных изменений.

Стратегии вида «WT» (Слабости – Угрозы) являются ограничениями для стратегического развития.

Рассмотрим мероприятия, направленные на совершенствование организационной структуры управления учреждением.

Мероприятие 1. Передать функции статистического бюро работникам бухгалтерии (с предварительной оценкой возможности передачи путем анализа загруженности работников бухгалтерии).

В настоящее время штатным расписанием статистического бюро предусмотрено 0,5 ставки медицинского статистика. Данную должность занимает сотрудник, не имеющий специального медицинского образования. Что касается возможности передачи функций статистического бюро бухгалтерии, то в данном случае необходимо указать, что в настоящее время бухгалтер по учету основных средств осуществляет свою деятельность на 0,5 ставки. При этом следует отметить, что данный сотрудник имеет как высшее экономическое образование, так и среднее специальное медицинское образование. Таким образом, имеется

возможность передачи данного сотруднику функций медицинского статистика.

В этом случае работник будет загружен на протяжении полного рабочего дня. Полная загруженность данного работника позволит удержать его в ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» за счет повышения заработной платы. Следует отметить, что дополнительных финансовых затрат данное мероприятие предусматривать не будет, так как к 0,5 ставки бухгалтера будет добавлено 0,5 ставки медицинского статистика, а отдельное статистическое бюро будет сокращено.

Мероприятие 2. Для снижения уровня загруженности зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе и повышения уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи – ввести должность зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему функций руководства фельдшерско-акушерскими пунктами.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) – лечебно-профилактическое учреждение, входящее в состав сельского врачебного участка и осуществляющее под руководством участковой больницы (амбулатории) комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на определенной территории. Является первичным (доврачебным) звеном здравоохранения в сельской местности.

ФАП располагается в наиболее удаленных от ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» населенных пунктах, что приближает медпомощь к сельскому населению. Обслуживает часть территории сельского врачебного участка, подчиняясь по медицинским вопросам зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения.

В штате ФАП: заведующий – фельдшер (акушерка с законченным средним медицинским образованием; акушерка (патронажная медсестра), также с законченным средним медицинским образованием, и санитарка. Персонал ФАП оказывает больным доврачебную помощь (в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки) на амбулаторном приеме и на дому, консультирует их у

врача, выполняет врачебные предписания. В период полевых работ персонал ФАП при необходимости оказывает помощь непосредственно на полевых станках. Повышение качественного уровня управления ФАП повысит степень удовлетворенности качеством амбулаторной медицинской помощи, уровень которой в настоящее время составляет 65 % при среднем по РФ, равном 80 %.

В процессе реализации данного мероприятия будет изменена организационно – управленческая структура ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск».

Рекомендуемая организационно – управленческая структура ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» представлена ниже (рисунок 10).



Рисунок 10 – Рекомендуемая организационно – управленческая структура ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска»

Определим затраты на реализацию данного мероприятия. Уровень заработнойной

платы зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения будет соответствовать уровню заработной платы зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе. Среднемесячный заработок зам. главного врача составит 32500 руб. С учетом страховых взносов по ставке 30 % и уральского коэффициента в размере 15 % годовые затраты на оплату труда составят: $32500 \times 12 \times 1,15 \times 1,3 = 583050$ руб. Финансирование расходов будет осуществляться за счет бюджета. Министерству здравоохранения следует предусмотреть финансирование повышения качества работы ФАП за счет государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Мероприятие 3. С целью ускорения внедрения новых методов лечения необходимо создать при учреждении лечебный совет.

Основная цель лечебного совета – совершенствованию деятельности ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» по оказанию медицинской помощи населению.

Задачами лечебного совета, в состав которого войдут главный врач, заместители главного врача и руководители отделений будут являться:

- подготовка, обсуждение и принятие коллегиальных предложений и решений, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению;
- заслушивание отчетов о проделанной работе и перспективных планов руководителей структурных подразделений и заместителей главного врача ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»;
- обсуждение и принятие решений по внедрению в практику новых медицинских технологий;
- обсуждение и выработка предложений по приоритетным направлениям деятельности ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»;
- координация научно-практической работы, взаимодействия с областными, федеральными, зарубежными научными и медицинскими организациями;
- выработка предложений по повышению квалификации медицинских

работников, решению кадровых проблем, привлечению молодых кадров и высококвалифицированных специалистов.

Объем ежемесячного финансирования деятельности лечебного совета возможно определить на основе опыта одной из районных больниц Челябинской области– ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск», где лечебный совет был создан в 2017 году. Среднемесячный объем финансирования деятельности лечебного совета составляет 14500 руб.

Одним из мероприятий, которое может быть предложено лечебным советом на одном из первых заседаний должно быть мероприятие по решению одной из главных проблем деятельности ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» – снижения младенческой смертности.

Предлагается внедрить модуль «Программа Мониторинга беременных». Автоматизированная система «Программа Мониторинга беременных» дает возможность в режиме реального времени отслеживать состояние здоровья всех беременных женщин региона, начиная с момента их первого обращения в консультацию и до направления на роды в родильный дом или перинатальный центр. Режим такого наблюдения позволяет сократить риск возможных последствий для здоровья рожениц и новорожденных.

Программа включает в себя планирование посещений акушера-гинеколога и врачей-специалистов, регистрацию осмотров беременной с сохранением результатов в электронной медкарте, что позволяет автоматически контролировать выполнение необходимых консультаций, инструментальных и лабораторных исследований согласно медицинским показаниям, в том числе рекомендуемому графику мероприятий по сопровождению беременности и многое другое.

Стоимость сетевой версии программного продукта составляет 41400 руб. Затраты на приобретения программного продукта будет нести бюджет Челябинской области.

Министерству здравоохранения Челябинской области следует предусмотреть

финансирование работы лечебных советов и мероприятий, разрабатываемых в процессе его функционирования, за счет государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Таким образом, предусмотрим совокупные затраты в размере $41400 + 174000 = 215400$ руб.

Мероприятие 4. С целью снижения уровня конфликтов необходимо создать соответствующую комиссию и разработать Положение об этике и управлению конфликтами. Положение об этике и управлению конфликтами в ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» должно представлять собой свод общих принципов профессиональной служебной этики и основных правил служебного поведения, которыми должны руководствоваться работники ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» независимо от занимаемой ими должности.

Цель Положения – определить основные нормы профессиональной этики в отношениях сотрудников. В соответствии с Положением руководитель ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» должен нести ответственность за состояние трудовой дисциплины. Наряду с высокой требовательностью руководитель должен:

- создавать необходимые условия для труда и отдыха, а также для повышения квалификации персонала;
- воспитывать у сотрудников чувство ответственности за выполнение своих обязанностей;
- уважать честь и достоинство подчиненных.

Положение должно предусматривать, что при общении сотрудникам ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска» необходимо руководствоваться конституционными положениями, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью, и каждый гражданин имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести, достоинства, своего доброго имени.

В общении с коллегами со стороны сотрудника ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» недопустимы:

- любого вида высказывания и действия дискриминационного характера по признакам пола, возраста, расы, национальности, языка, гражданства, социального, имущественного или семейного положения, политических или религиозных предпочтений;

- пренебрежительный тон, грубость, заносчивость, некорректность замечаний, предъявление неправомерных, незаслуженных обвинений;

- угрозы, оскорбительные выражения или реплики, действия, препятствующие нормальному общению или провоцирующие противоправное поведение.

Конфликтная комиссия ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» должна создаваться для решения спорных вопросов. Конфликтная комиссия по трудовым спорам должна избираться общим собранием трудового коллектива в количестве не менее 3 человек. Назначение членов комиссии оформляется приказом главного врача. Председатель комиссии назначается главным врачом из состава выбранной комиссии. Председателю конфликтной комиссии и ее членам будет установлено доплата к окладной части заработка на уровне 10 %. Пусть Председателем конфликтной комиссии назначен зам. главного врача по лечебной работе, окладная часть заработка которого составляет 25000 руб. В результате затраты на функционирование Председателя конфликтной комиссии составят: 25000 руб. x 0,1 x 1,15 x 1,3 x 12 мес. = 44850 руб.

Членами конфликтной комиссии будут:

- зав. терапевтическим отделением;
- зав. физиотерапевтическим отделением;
- зав. поликлиническим отделением.

Окладная часть заработка каждого руководителя отделения составляет 18500 руб. В результате затраты на функционирование конфликтной комиссии составят 18500 руб. x 0,1 x 1,15 x 1,3 x 3 чел. x 12 мес. = 99567 руб.

Совокупные затраты составят: 99567 + 44850 = 144417 руб. Финансирование расходов будет осуществляться за счет бюджета Челябинской области.

Мероприятие 5. Необходимо осуществлять повышение квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств.

Телемедицина предоставляет новые возможности для реорганизации и интенсификации системы управления здравоохранением на всех уровнях.

Дистанционное повышение квалификации и обучение позволит ускорить внедрение новых медицинских технологий и даст возможность привлечь высококвалифицированных научных работников к преподавательской деятельности без отрыва от основной работы.

Для обеспечения возможности дистанционного повышения квалификации сотрудников ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» с использованием телемедицинских средств в Бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов «Областной центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Челябинской области» необходимо оборудовать 14 персональных компьютеров, установленных в отделениях больницы видеочамерами.

Оптимальным вариантом для проведения повышения квалификации с помощью телемедицинских средств является оснащение персональных компьютеров веб-камерами Logitech HD Webcam C310. Стоимость одной веб-камеры составляет 1830 руб. На оснащение всего компьютерного парка необходимы затраты в размере: $14 \text{ шт.} \times 1830 = 25620$ руб. В качестве WiFi – роутера, поддерживающего потоковое видео, предложим приобрести Wi-Fi роутер (маршрутизатор) D-Link DIR-300/A/D1A. Встроенный межсетевой экран защитит пользовательскую сеть от вредоносных атак. Это снизит вероятность хакерской атаки и предотвратит нежелательные вторжения в сеть. Роутер работает на основе стандарта 802.11g, поэтому совместим с широким диапазоном беспроводных устройств. Стоимость оборудования составит 1300 руб. Суммарные затраты на оборудование составят: $1300 + 25620 = 26920$ руб. Финансирование расходов будет осуществляться за счет бюджета УР.

3.2 Оценка эффективности мероприятия

Ресурсы, необходимые для внедрения и реализации разработанных предложений представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Ресурсы, необходимые для внедрения и реализации разработанных предложений

Ресурсы	Количество	Затраты	Источники	Целесообразность использования
Трудовые	150 чел.	-	Коллектив ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»	Реализация представленных мероприятий позволит повысить качественный уровень деятельности, направленной на оказание медицинской помощи, диагностику и профилактику заболеваний
Финансовые	-	969787 руб.	За счет средств бюджета Челябинской области. Министерству здравоохранения УР следует предусмотреть финансирование мероприятий за счет государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	

Целесообразность разработанных предложений и направления их реализации представлена в таблице 14.

Таблица 14 – Целесообразность разработанных предложений и направления их реализации

Функциональные подсистемы	Достижимые цели	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственное лицо
Подсистема управления организационным развитием	Реализация представленных мероприятий позволит повысить качественный уровень деятельности,	Мероприятие 1. Передать функции статистического бюро работникам бухгалтерии	до 01 января 2020 года	Главный врач ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск

Продолжение таблицы 14

Функциональные подсистемы	Достигаемые цели	Мероприятие	Срок исполнения	Ответственное лицо
Подсистема управления организационным развитием	направленной на оказание медицинской помощи, диагностику и профилактику заболеваний	Мероприятие 2. Для снижения уровня загруженности зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе и повышения уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи – ввести должность зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему функций руководства фельдшерско-акушерскими пунктами	до 01 января 2020 года	Главный врач ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»
Подсистема управления развитием методов лечения	Реализация представленных мероприятий позволит повысить качественный уровень деятельности, направленной на оказание медицинской помощи, диагностику и профилактику заболеваний	Мероприятие 3. С целью ускорения внедрения новых методов лечения необходимо создать при учреждении лечебный совет	до 01 января 2020 года	Главный врач ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск»
Подсистема управления конфликтами		Мероприятие 4. С целью снижения уровня конфликтов необходимо создать соответствующую комиссию и разработать Положение об этике и управлению конфликтами		
Подсистема управления развитием персонала		Мероприятие 5. Необходимо осуществлять повышение квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств		

Мероприятие 1. Передать функции статистического бюро работникам бухгалтерии (с предварительной оценкой возможности передачи путем анализа загруженности работников бухгалтерии).

При передаче функций статистического бюро подразделению – бухгалтерия – зам. главного врача по лечебной работе будет загружен управленческими функциями в соответствии с нормативным показателем. Ему будут подчинены 6 подразделений и уровень управляемости будет равен единице.

Более равномерная загрузка зам. главного врача по лечебной работе будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи. В результате повысится степень удовлетворенности населения.

Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области, данные представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	1
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	1,5
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	1,5
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	1
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	1
Средний процент	1,2

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 1,2 %.

Мероприятие 2. Для снижения уровня загруженности зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе и повышения уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи – ввести должность зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему

функций руководства фельдшерско-акушерскими пунктами.

Введение должности зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему функций руководства фельдшерско-акушерскими пунктами позволит повысить качество оказания медицинской помощи в сельских населенных пунктах и в целом повысить качество оказания амбулаторной медицинской помощи.

Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области. Данные приведены в таблице 16.

Таблица 16 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	3,5
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	4
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	3,5
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	4
Средний процент	3,6

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 3,6 %.

Мероприятие 3. С целью ускорения внедрения новых методов лечения необходимо создать при учреждении лечебный совет.

В данном случае рассмотрим эффект от выработанного на лечебном совете мероприятия по внедрению модуля «Программа Мониторинга беременных». За счет реализации данного мероприятия удастся снизить младенческую смертность.

Выполним оценку уровня роста удовлетворенности снижения младенческой смертности с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области. данные приведены в таблице 17.

Таблица 17 – Экспертная оценка уровня снижения младенческой смертности с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Снижение уровня младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми
начальник отдела организации медицинской помощи детскому населению	1,5
зам. начальника отдела организации медицинской помощи детскому населению	1,5
ведущий специалист отдела организации медицинской помощи детскому населению	1,5
ведущий специалист отдела организации медицинской помощи детскому населению	2
ведущий специалист отдела организации медицинской помощи детскому населению	2
Средний процент	1,7

За счет реализации мероприятия уровень младенческой смертности на 1000 родившихся живыми снизится на 1,7 чел.

Мероприятие 4. С целью снижения уровня конфликтов необходимо создать соответствующую комиссию и разработать Положение об этике и управлению конфликтами. За счет снижения уровня конфликтов в медицинском учреждении сотрудники будут более качественно выполнять свою работу и степень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи вырастет. Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области. Данные приведены в таблице 18.

Таблица 18 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	2
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	2,5
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	2
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	2
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	2
Средний процент	2,1

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 2,1 %.

Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области Данные в таблице 19 .

Таблица 19 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	1,5
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	1,5
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	1,5
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	2
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	2
Средний процент	1,7

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 1,7 %.

Мероприятие 5. Необходимо осуществлять повышение квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств.

За счет организации повышения квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств в Бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов Удмуртской Республики «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» удастся повысить квалификацию всех медицинских работников учреждения. Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области (таблица 20).

Таблица 20 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	3
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	2,5
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Средний процент	2,9

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 2,9 %.

Выполним оценку уровня роста удовлетворенности населения качеством

амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов – экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области (таблица 21).

Таблица 21 – Экспертная оценка роста удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи с привлечением специалистов-экспертов Министерства здравоохранения Челябинской области

Эксперт	Прирост уровня удовлетворенности населения, %
Зам. начальника Управления лечебно-профилактической помощи населению	3,5
Начальник Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	3
Зам. начальника Отдела организации медицинской помощи взрослому населению	3
Ведущий специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Специалист – эксперт Управления лечебно-профилактической помощи населению	3
Средний процент	3,1

За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 3,1 %. Проблемы, пути решения, ресурсы и ожидаемые результаты представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Проблемы, пути решения и ожидаемые результаты

Проблемы	Мероприятия	Ожидаемые результаты
Проблема 1. Перегруженность управленческими функциями зам. главного врача по лечебной работе	Мероприятие 1. Передать функции статистического бюро работникам бухгалтерии	За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 1,2 %.
Проблема 2. Перегруженность управленческими функциями зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе	Мероприятие 2. Для снижения уровня загруженности зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе и повышения уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи – ввести должность зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему функций руководства ФАП	За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 3,6 %.

Продолжение таблицы 22

<p>Проблема 3. Недостаточное внимание внедрению новых медицинских технологий и программных продуктов</p>	<p>Мероприятие 3. С целью ускорения внедрения новых методов лечения необходимо создать при учреждении лечебный совет</p>	<p>За счет реализации мероприятия уровень младенческой смертности на 1000 родившихся живыми снизится на 1,7 чел. В связи с тем что будет внедрено новое медицинское оборудование</p>
<p>Проблема 4. Высокий уровень конфликтов в коллективе</p>	<p>Мероприятие 4. С целью снижения уровня конфликтов необходимо создать соответствующую комиссию и разработать Положение об этике и управлению конфликтами</p>	<p>За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 2,1 %. За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 1,7 %.</p>
<p>Проблема 5. Недостаточное внимание повышению квалификации медицинских работников</p>	<p>Мероприятие 5. Необходимо осуществлять повышение квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств</p>	<p>За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет на 2,9 %. За счет реализации мероприятия уровень удовлетворенности населения качеством амбулаторной медицинской помощи вырастет на 3,1 %.</p>

В целом по итогам исследования делаем вывод, что реализация представленных мероприятий позволит снизить уровень младенческой смертности на 1000 родившихся живыми с 9,5 чел. до 7,8 чел. Кроме этого, удастся повысить уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет с 55,0 % до 55,0 (база) + 1,2 (за счет первого мероприятия) + 2,1 (за счет четвертого мероприятия) + 2,9 (за счет пятого мероприятия) = 61,2 %, а также качеством амбулаторной медицинской помощи с 65,0 до 65,0 (база) + 3,6 (за счет второго мероприятия) + 1,7 (за счет четвертого мероприятия) + 3,1 (за счет пятого мероприятия) = 73,4 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление медицинским учреждением представляет собой такие процессы, как управление программами здравоохранения, лечебно-диагностическими технологиями, кадрами, материальными ресурсами, финансами и многое другое. Характер управления в значительной мере зависит от организации лечебно-диагностического процесса в каждом конкретном учреждении, но принципы, методы и технологии управления остаются одними и теми же и их рационально применять в обобщенном плане.

Проблемами системы управления ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск», негативно влияющими на результатные показатели функционирования медицинского учреждения являются: перегруженность управленческими функциями зам. главного врача по лечебной работе; перегруженность управленческими функциями зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе; высокий уровень конфликтов в коллективе; недостаточное внимание повышению квалификации медицинских работников и внедрению новых медицинских технологий и программных продуктов.

В целом для решения проблем управления ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» предлагается ряд мероприятий:

Мероприятие 1. Передать функции статистического бюро работникам бухгалтерии (с предварительной оценкой возможности передачи путем анализа загрузки работников бухгалтерии).

Мероприятие 2. Для снижения уровня загрузки зам. главного врача по амбулаторно – поликлинической работе и повышения уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи – ввести должность зам. главного врача по медицинскому обслуживанию населения с передачей ему функций руководства фельдшерско-акушерскими пунктами.

Мероприятие 3. С целью ускорения внедрения новых методов лечения необходимо создать при учреждении лечебный совет.

Основная цель лечебного совета – совершенствованию деятельности ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск» по оказанию медицинской помощи населению.

Задачами лечебного совета, в состав которого войдут главный врач, заместители главного врача и руководители отделений будут являться:

- подготовка, обсуждение и принятие коллегиальных предложений и решений, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению;
- заслушивание отчетов о проделанной работе и перспективных планов руководителей структурных подразделений и заместителей главного врача ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска»;
- обсуждение и принятие решений по внедрению в практику новых медицинских технологий и т.д.

Мероприятие 4. С целью снижения уровня конфликтов необходимо создать соответствующую комиссию и разработать Положение об этике и управлению конфликтами.

Положение об этике и управлению конфликтами в ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска» должно представлять собой свод общих принципов профессиональной служебной этики и основных правил служебного поведения, которыми должны руководствоваться работники ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска» независимо от занимаемой ими должности.

Мероприятие 5. Необходимо осуществлять повышение квалификации сотрудников с использованием телемедицинских средств.

В целом по итогам исследования делаем вывод, что реализация представленных мероприятий позволит снизить уровень младенческой смертности на 1000 родившихся живыми с 9,5 чел. до 7,8 чел. Кроме этого, удастся повысить уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в стационаре вырастет с 55,0 % до 61,2 %, а также качеством амбулаторной медицинской помощи с 65,0 до 73,4 %.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2017 N 2-ФКЗ, от 21.07.2017 N 11-ФКЗ) // «Собрание законодательства РФ», 04.08.2017, N 31, ст. 4398.
2. Федеральный закон N 131-ФЗ от 6 октября 2003 года «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (в ред. от 07.12.2018) // «Российская газета». – №47-2003.
3. Федеральный закон от 21.11.2014 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Российская газета», N 263, 23.11.2014.
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 01.12.2017) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, N 49, ст. 6422.
5. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // «Собрание законодательства РФ», 05.04.1999, N 14, ст. 1650.
6. Федеральный закон от 04.05.1999 N 96-ФЗ (ред. от 29.12.2017) «Об охране атмосферного воздуха» // «Собрание законодательства РФ», 03.05.1999, N 18, ст. 2222.
7. Федеральный закон от 09.01.1996 N 3-ФЗ (ред. от 19.07.2014) «О радиационной безопасности населения» // «Собрание законодательства РФ», 15.01.1996, N 3, ст. 141.
8. Федеральный закон от 02.01.2000 N 29-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «О качестве и безопасности пищевых продуктов» // «Российская газета», N 5, 10.01.2000.
9. Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 31.12.2017, с изм. от 06.04.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // «Собрание

законодательства РФ», 21.09.1998, N 38, ст. 4736.

10. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ (ред. от 31.12.2017, с изм. от 12.03.2018) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // «Собрание законодательства РФ», 03.04.1995, N 14, ст. 1212.

11. Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ (ред. от 02.05.2018) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // «Российская газета», N 118-119, 23.06.2001.

12. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 03.02.2018) «О наркотических средствах и психотропных веществах» // «Собрание законодательства РФ», 12.01.1998, N 2, ст. 219.

13. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 06.04.2018) «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // «Российская газета», N 276, 08.12.2007.

14. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «Об утверждении концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // «Собрание законодательства РФ», 24.11.2008, N 47, ст. 5489.

15. Постановление Правительства РФ от 15.04.2017 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // «Собрание законодательства РФ», 28.04.2017, N 17, ст. 2057.

16. Закон УР от 09.10.2009 N 40-РЗ «О Стратегии социально-экономического развития Удмуртской Республики на период до 2025 года» (принят Государственным Советом УР 29.09.2009 N 326-IV) // «Собрание законодательства Удмуртской Республики», 21.12.2009, N 27.

17. Постановление Правительства УР от 03.03.2003 г. №150 «О Министерстве здравоохранения УР» // Документ не опубликован.

18. Устав ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейск». Утвержден Приказом Минздрава Челябинской области № 910 от 10 декабря 2016 года // Не

опубликован.

19. Антипова Н. Совершенствование управления здравоохранением. – М., 2017. – 55 с.

20. Административное право: Учебник / Под ред. Л.Л. Попова. – М.: Юристъ, 2017. – С. 606.

21. Акопян А.С. Здравоохранение в рыночной России // Общественные науки и современность. 2017. – № 6. – С. 56.

22. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2014. – N 5-6. – С. 10.

23. Бахрах Д.Н. Административное право России. Ч.3. – Екатеринбург: Диамант, 2010. – С. 214.

24. Бобков В.Н., Мстиславский П.И. Качество жизни: сущность и показатели. // Человек и труд. – 2014. – №6. – С. 11-12.

25. Васильев В.С. Организация охраны здоровья– [Электронный ресурс]: http://mobile.studme.org/1333122227544/meditsina/organizatsiya_ohrany_zdorovya_detey#461.

26. Давидович В.Е. Проблемы развития здравоохранения // Вопросы экономики. – 2014. – №12. – С. 11-14.

27. Егоров Е.В. Политика развития здравоохранения в современной России // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 6: Экономика. – 2009. – № 6. – С. 85-95.

28. Ипатов Л.Н. Отечественное здравоохранение – на рельсы модернизации: направления развития услуг здравоохранения // Рос. предпринимательство. – 2010. – № 5 (Вып. 1). – С. 105-109.

29. Ковалев, А.А. Пути совершенствования системы здравоохранения [Текст]/ А.А. Ковалев // Рос. предпринимательство. – 2010. – № 5 (Вып. 1). – С. 114-117.

30. Зелькович Р.М. Развитие системы здравоохранения. – М.: Статут, 2014. – 104 с.

31. Линнакко Е. Перспективы здравоохранения в Российской Федерации. – М.:

Дашков и К, 2009. – 108 с.

32. Ларионов И.К. Социальная теория. Общие основы и особенности России: Учебное пособие / И.К. Ларионов. – М.: Дашков и К, 2016. – С. 72.

33. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) / Под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Приор-издат, 2009. – С. 655.

34. Михеев В.А. Социальная политика: Учебно-методическое пособие / В.А. Михеев. – М.: ГАСБУ, 2016. – С. 23.

35. Рожков В. Стратегия социального развития России на ближайшие годы / В. Рожков // Человек и труд. – 2016. – № 10. – С. 19-22.

36. Смирнов С. Социальная политика: новый курс / С. Смирнов, И. Исаев // Вопросы экономики. – 2016. – № 2. – С. 65-73.

37. Социальный менеджмент: Учебник. / Под ред. Д.В. Валового. – М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез» Академии труда и социальных отношений, 2009. – С. 78.

38. Тихонова Н.Е. Российская социальная политика: выбор без альтернативы? / Н.Е. Тихонова, О.И. Шкаратан // Социологические исследования. – 2016. – № 3. – С. 21-32.

39. Шейман И.М. Перспективы здравоохранения. – М.: Финансы и статистика, 2017. – 322 с.

40. Шевченко Ю.Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право // Экономика здравоохранения. 2009. № 11-12. С. 13-17, 20-25.

Приложение А

Организационная структура ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Копейска»

Структура Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница № 1 г. Копейска»

