

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

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой

А.В. Прохоров

18 июня 2019 г.

Оценка коммерческой эффективности инвестиционных мероприятий в
БУ ХМАО-Югры «Психоневрологический интернат»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЮУрГУ – 38.03.04.2018.175. ВКР

Консультанты, (должность)

2019 г. .

Руководитель работы
д.э.н., профессор

Н.В. Зяблицкая

11 июня 2019 г.

Консультанты, (должность)

Автор работы
обучающийся группы ДО- 480

Е.А. Кудрик

10 июня 2019 г.

Консультанты, (должность)

Нормоконтролер

Н.В.Назарова

11 июня 2019 г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Кудрик Е.А., Оценка коммерческой эффективности инвестиционных мероприятий в БУ ХМАО-Югры «Психоневрологический интернат» – Челябинск: ЮУрГУ, ДО-480, 97 с., 14 ил., 42 таб., библиогр. список – 36 наим., прил. нет 10 л. слайдов

Выпускная квалификационная работа выполнена с целью разработки мероприятий по повышению эффективности деятельности БУ «Психоневрологический интернат».

В выпускной квалификационной работе проанализирована организационная структура предприятия, выявлены сильные и слабые стороны БУ «Психоневрологический интернат», а так же возможные угрозы и дополнительный потенциал предприятия. Изучены отраслевые особенности функционирования организации.

Так же произведен анализ финансово – хозяйственной деятельности предприятия, анализ финансовой устойчивости и платежеспособности.

Разработан анализ проведения мероприятий в условиях нестабильной экономической ситуации в экономике страны и мира в целом, путем возможного прогнозирования доходов предприятия от создания дополнительных услуг.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
1 ХАРАКТЕРИСТИКА БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «Психоневрологический интернат»(разработал Кудрик Е.А.).....	10
1.1 История создания и развитие организации	10
1.2 Цель и виды деятельности. Виды оказываемых услуг	13
1.3 Организационно-правовой статус	14
1.4 Структура организации	18
1.4.1 Основные структурные единицы	19
1.5 Отраслевые особенности функционирования организации	21
1.6 SWOT – анализ	21
2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ(разработал Кравец М.М.)	31
2.1 Анализ финансово – хозяйственной деятельности организации	31
2.2 Экономическая эффективность деятельности БУ «Психоневрологический интернат».....	47
2.3 Оценка эффективности деятельности «Психоневрологический интернат» ХМАО-Югры	54
3 РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ БУ «ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР».....	61
3.1 Сущность инвестиционной идеи по созданию комнаты психологической разгрузки граждан(разработал Кравец М.М.).....	61
3.2 Целесообразность создания комнаты релаксации с установкой камеры сенсорной депривации (Флоатинг-капсулы) (разработал Кудрик Е.А.)	66
3.3 Коммерческая эффективность проектов(разработал Кудрик Е.А.).....	71
3.4 Оценка коммерческой эффективности комнаты психологической разгрузки(разработал Кравец М.М.)	74
3.4.1 Анализ чувствительности проекта к риску(разработал Кравец М.М.).....	80

3.5 Оценка коммерческой эффективности комнаты релаксации(разработал Кудрик Е.А.).....	82
3.5.1 Анализ чувствительности проекта к риску(разработал Кудрик Е.А.).....	87
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	90
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	94

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровоохранение принадлежит к числу приоритетных направлений социальной политики государства в развитых странах, так как здоровье нации представляет и самостоятельную ценность и одновременно выступает важной составляющей общего социально-экономического потенциала страны.

Главной стратегической целью здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья, продолжительности жизни населения. Реализация этой цели осуществляется в рамках Программы социально-экономического развития страны, где приоритет отдан здравоохранению и направлен на укрепление материально-технической базы отрасли, ее кадрового потенциала, развитие и внедрение новых медицинских технологий.

Муниципальная система здравоохранения включает в себя относящиеся к муниципальной собственности лечебно-профилактические и иные учреждения системы здравоохранения, ведомственные учреждения (как переданные, так и не переданные в муниципальную собственность), фармацевтические учреждения, располагающиеся на территории муниципального образования, а также органы муниципального управления охраной здоровья населения.

Целью работы является оценка эффективности деятельности учреждения здравоохранения.

Предметом исследования являются общественные отношения в муниципальном управлении в сфере здравоохранения.

Объект исследования - Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Психоневрологический интернат».

В соответствии с поставленной целью необходимо решить следующие задачи:

– Изучить теоретические основы формирования и развития системы здравоохранения в Российской Федерации;

- Провести оценку эффективности деятельности учреждения;
- Разработать направления совершенствования предоставления услуг в ХМАО-Югре.

Теоретическую базу работы, составили научные работы целого ряда авторов. Особый интерес представляют работы профессоров Б. Б. Прохорова, Ю. П. Лисицына, Д. В. Валового, В. А. Медика, чьи многочисленные труды хорошо знакомы не только в России, но и в других странах. Среди наших ученых есть и такие, кто успешно совмещают научную и практическую деятельность, занимая высокопоставленные должности в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, иных государственных и муниципальных учреждениях и организациях, нацеленных гарантировать охрану здоровья населения это Н. Ф. Герасименко, А. И. Вялков, Р. З. Аширов.

Общие вопросы административно-правового статуса органов управления здравоохранением рассматривались такими учеными, как Ю. С. Адушкин, С. С. Алексеев, Г. В. Атаманчук, З. А. Багишаев, К. И. Журавлева, Ю. М. Козлов, Б. М. Лазарев, Н. И. Матузов, Д. М. Овсянко, Л. Л. Попов, Е. Н. Селютина, С. А. Чернышева и другие.

Информационной базой для проведения исследования поспособствовали информационно-аналитические материалы Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики.

1 ХАРАКТЕРИСТИКА БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

«Психоневрологический интернат»

1.1 История создания и развитие организации

Ещё недавно в Ханты-Мансийском автономном округе не было специализированного стационарного учреждения для инвалидов с психоневрологическими заболеваниями. Департамент труда и социальной защиты населения автономного округа, понимая необходимость возрождения учреждения такого типа, приложил множество усилий, чтобы инвалидам – жителям округа могла быть оказана полноценная, качественная, стационарная социальная помощь. Постановлением Президиума Правительства автономного округа от 1 июня 2000г №106-пп в соответствии с окружной «Программой развития материально – технической базы учреждений социального обслуживания на 1995-2001 годы» создано Учреждение ХМАО – Югра «Психоневрологический интернат». Уже в октябре 2002 года первые клиенты прибыли на постоянное место жительства.

Со сдачей в эксплуатацию четырехэтажного корпуса коечный фонд учреждения приумножился со 110 до 200 коек.

В апреле 2003 года учреждение возглавила Марина Сергеевна Захарова. Перед ней стояла сложная задача – организовать работу психоневрологического интерната так, чтобы клиентам было комфортно здесь проживать, а сотрудникам – работать. Под ее руководством создается и совершенствуется структура учреждения. Так как психоневрологический интернат – учреждение, аналогов которого нет во всем Ханты - Мансийском автономном округе, Марине Сергеевне и всему рабочему персоналу пришлось по крупицам собирать знания, самостоятельно разрабатывать методики по работе с инвалидами и необходимую документацию, совершенствовать материально-техническую базу. Сегодня 200 человек, представляющих собой наиболее тяжелый в социальном и клиническом отношении контингент, постоянно проживают в интернате. По степени тяжести психиче-

ского и физического состояния они располагаются в отделениях милосердие свободного наблюдательного режима.

Жизненно необходимым стало создание отделения медико-социальной реабилитации и профилактики, в свою очередь оно позволило выполнять все виды социальных, психологических, педагогических, трудотерапевтических других услуг в комплексе, с учетом медицинских мер. За 10 лет осуществления своей деятельности учреждению удалось добиться впечатляющих результатов. Уже сегодня психоневрологический интернат – это стабильно работающее учреждение, имеющее возможность на высоком уровне оказать своим подопечным полный комплекс социальных, медицинских и бытовых услуг. Учреждение имеет сертификат соответствия, подтверждающий, что система менеджмента качества организации отвечает международному стандарту ISO 9001: 2008 в оказании социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам. Интернат стал по настоящему родным для проживающих в нем людей.

Вернуть подопечным психическое здоровье крайне тяжело, поэтому главная цель учреждения - научить клиента жить с болезнью. Медицинский персонал совместно с психологами, воспитателями и инструкторами проводят комплексную реабилитацию, включающую помимо традиционного медицинского лечения, еще и социальную и психологическую работу с подопечными, а также трудотерапию. Для этого в стенах интерната реализованы физиотерапевтические кабинеты, актовый зал, библиотека, комнаты кружковой работы, мастерские. Все кабинеты укомплектованы современной специализированной техникой и оборудованием.

Отдельное внимание уделяется организации досуга инвалидов. В интернате проводятся дискотеки и весёлые старты, клиентов вывозят на выставки в музеи, на праздничные и досуговые мероприятия. Максимум усилий прилагается для реализации благоприятных условий проживания и доброжелательной атмосферы внутри интерната.

Кадровый потенциал учреждения постоянно совершенствуется. Штатная численность работающего персонала 351 человек. Семьдесят процентов состав-

ляют медицинские кадры: 14 врачей, 64 средних медицинских работников и 125 младших медицинских работников. В течении десяти лет количество работников, имеющих высшее образование, увеличилось в 4,5 раза, 75% медицинских сестер имеют квалификационную категорию.

В свою очередь руководство видит большие перспективы в развитии и не собирается останавливаться на достигнутом. Учитывая потребность в оказании стационарной социальной помощи инвалидам всех возрастных групп, в 2005 году работники интерната разработали концепцию развития учреждения. Директор Департамента социального развития автономного округа – Югры Краско Мария Геннадьевна, приложила все усилия для реализации идеи концепции путем включения в целевую программу автономного округа – Югры. Не один год понадобился для решения вопроса возведения еще одного корпуса на 240 койко-мест. На данный момент строительство уже закончилось. Последним этапом остается укомплектовать корпус необходимым оборудованием и мебелью. В ближайшее время производительность интерната увеличится многократно.

Проект «Окружной психоневрологический интернат, 3 очередь», в п.г.т. Излучинск Нижневартовского района является не типовым. Аналогов в России не существует. Трехэтажный Блок «Д» для проживания и реабилитации клиентов (опекаемых) состоит из двух корпусов, соединенных с северной стороны одноэтажным зимним садом, с южной стороны – пешеходным переходом. На первом этаже корпуса 1 расположены: столовая на 130 посадочных мест, вестибюльная группа, и помещения культурно – досугового назначения (актовый зал на 160 мест, библиотека с читальным залом, диско-зал) и административные помещения. На первом этаже корпуса 2 размещаются помещения реабилитации клиентов (опекаемых): спортивный зал, зал лечебной физической культуры, бассейн с раздевалками и душевыми, сауна, помещение гидромассажных ванн, сенсорная комната и административные помещения, а так же различные процедурные кабинеты. На втором и третьем (типовых) этажах находятся жилые комнаты на 3 человек, каждая, с сопутствующими помещениями. Этажи разграничены на 2 блока

для осуществления жизнедеятельности 30 человек в каждом. Помещения отдельных блоков позволяют функционировать независимо друг от друга.

1.2 Цель и виды деятельности. Виды оказываемых услуг

Целью бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Психоневрологический интернат» является оказание социальных услуг гражданам пожилого возраста (мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет) и инвалидам (I и II групп старше 18 лет), проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, страдающим психическими хроническими заболеваниями и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, поступившим в учреждение.

Виды оказываемых социальных услуг соответствуют ГОСТ Р 52143-2003 «Основные виды социальных услуг»:

- Социально – бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности контингента в быту;
- Социально – медицинские, направленные на поддержание и улучшение здоровья контингента;
- Социально – психологические, предусматривающие коррекцию психологического состояния граждан для их адаптации в среде обитания;
- Социально – педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и аномалий личного развития контингента, формирование позитивных интересов, в том числе в сфере досуга;
- Социально – экономические, направленные на повышение жизненного уровня;
- Социально – правовые, направленные на защиту законных прав и интересов граждан.

Ведение стационарного обслуживания является традиционным, соответствующим статусу заболеваний опекаемых:

- организация круглосуточного надзора и ухода за инвалидами, оказание медицинской помощи, проведение лечебно – оздоровительных и профилактических мероприятий;
- осуществление реабилитационных мероприятий медицинского, социального и лечебно – трудового характера;
- материально – бытовое обеспечение инвалидов и создание наиболее адекватных по возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;
- организация отдыха и досуга лиц, проживающих в интернате.

Кроме ИПР (индивидуальной программы реабилитации), присваиваемой инвалиду бюро МСЭ в интернате с 2004 года ведется «Карта индивидуальной реабилитации» (КИР) инвалида. В ведении программы принимают полное участие врачи – специалисты, психолог, специалисты по социальной работе, воспитатели.

В реабилитационной работе немаловажное место занимает реализация благоприятных условий для проживания и атмосферы доброжелательного отношения среди всего нового, что окружает клиентов.

В учреждении работают воспитатели и инструкторы производственного обучения. Совместный вид общественно-полезной и кружковой деятельности способствует установлению новых коммуникативных связей и взаимоотношений. Участие в работе самодеятельности помогает выразить себя, свое эмоциональное состояние, обогащает словарный запас, дает возможность преодолеть трудности в общении.

1.3 Организационно-правовой статус

Юридическое лицо – созданная и в установленном законом порядке, которая имеет в, или обособленное и отвечает по своим этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять и, нести ответственность, исполнять обязанности, быть истцом и ответчиком в и (или).

Признаки юридического лица:

- прошла государственную регистрацию
- имеет учредительные документы
- утвердила и зарегистрировала устав
- действует в правовом поле
- контроль за деятельностью
- имеет юридический адрес
- ведёт бухгалтерский учёт
- подчиняется надзору (пожарный, ветеринарный и прочий)

Материальные:

- организационное единство
- внутренняя структура организации
- наличие органов управления
- наличие учредительных документов
- имущественная обособленность (обязательный учёт имущества на самостоятельном балансе либо по смете)
- самостоятельная гражданско-правовая ответственность (возможность обращения кредиторами взыскания на имущество юридического лица, а не на его учредителей/участников)
 - выступление в гражданском обороте и судебных органах от своего имени (фирменное наименование)

Организационно-правовая форма.

Организационно-правовой статус – признаваемая законодательством той или иной страны, форма хозяйствующего субъекта, фиксирующая способ закрепления и использования имущества хозяйствующим субъектом и вытекающие из этого его правовое положение и цели деятельности.

Базой прохождения практики является, бюджетное учреждение Ханты – Мансийского автономного округа – Югры «Психоневрологический интернат».

Бюджетное учреждение – по бюджетному законодательству РФ организация, созданная органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов (ст. 161 БК РФ). Б.у. является некоммерческой организацией.

Учредительные документы – это документы, служащие основанием для деятельности. Состав таких документов зависит от создаваемого юридического лица.

В соответствии со статьёй 52 (редакция от 05.05.2014г.) юридические лица, за исключением хозяйственных товариществ, действуют на основании уставов, которые утверждаются их учредителями (участниками).

Согласно данной статье Гражданского Кодекса в Бюджетном учреждении «Психоневрологический интернат», так же имеется устав, утверждённый департаментом по управлению государственным имуществом ХМАО – Югры. 13.02.2015г.

Учредителем Психоневрологического интерната является: Департамент государственной собственности ХМАО – Югры.

Федеральный Закон о бюджетном учреждении, ст. 12 пункт 6, сказано: в бюджетном учреждении, если это предусмотрено решением учредителя бюджетного учреждения, действует управляющий совет, являющийся совещательным органом. [1, с.25]

К вопросам ведения управляющего совета относятся разработка качественных показателей деятельности бюджетного учреждения для включения в целевое задание и оценка ожидаемых количественных показателей деятельности бюджетного учреждения для включения в смету. Руководитель бюджетного учреждения может выносить на обсуждение управляющего совета иные вопросы.

Уставом бюджетного учреждения может быть предусмотрено формирование управляющего совета руководителем бюджетного учреждения с согласия учредителя бюджетного учреждения.

По мимо управляющего совета, в БУ «Психоневрологического интерната» действует в соответствии со ст. 52 Трудового кодекса РФ Представительный орган. Основными формами участия работников в управлении организацией, согласно части первой ст. 53 ТК РФ, являются:

- Учет мнения представительного органа работников в случаях, предусмотренных ТК РФ, коллективным договором;
- Проведение представительным органом работников консультаций с работодателем по вопросам принятия локальных нормативных актов;
- Участие в разработке и принятии коллективных договоров.

Интересы работников при проведении коллективных переговоров, заключении или изменении коллективного договора, осуществлении контроля за его выполнением, а также при реализации права на участие в управлении организацией, рассмотрении трудовых споров работников с работодателем представляют первичная профсоюзная организация или прочие представители, избираемые сотрудниками организации (часть вторая ст. 29 ТК РФ).

1.4 Структура организации

Организационная структура бюджетного учреждения ХМАО – Югры «Психоневрологический интернат»

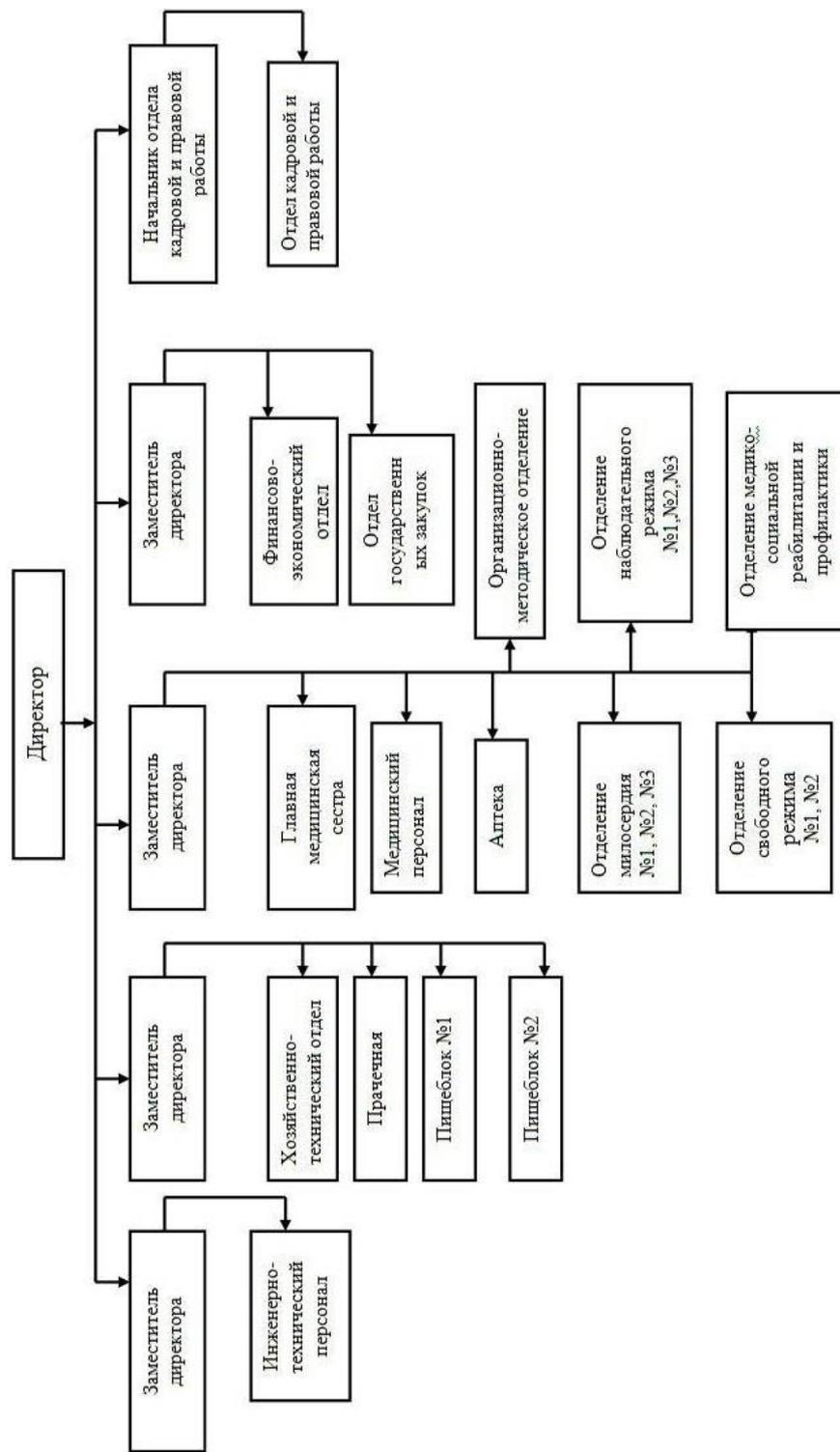


Рисунок 1.1 Структура организации

Данная организационная структура относится к линейному типу структур – это самая простая иерархическая структура управления, называемая также пирамидальной или бюрократической. При линейном управлении каждое звено и каждый подчиненный имеют одного руководителя, через которого по одному единовременному каналу проходят все команды управления. В этом случае управленческие звенья несут ответственность за результаты всей деятельности управляемых объектов. Речь идет о по объектно выделении руководителей, каждый из которых выполняет все виды работ, разрабатывает и принимает решения, связанные с управлением данным объектом.

Поскольку в линейной структуре управления решения передаются по цепочке «сверху вниз», а сам руководитель нижнего звена управления подчинен руководителю более высокого над ним уровня, формируется своего рода иерархия руководителей данной конкретной организации. В данном случае действует принцип единоначалия, суть которого состоит в том, что подчиненные выполняют распоряжения только одного руководителя. Вышестоящий орган управления не имеет права отдавать распоряжения каким-либо исполнителям, минуя их непосредственного начальника. Линейная структура управления является логически более стройной и формально определенной, но вместе с тем и менее гибкой. Каждый из руководителей обладает всей полнотой власти, но относительно небольшими возможностями решения функциональных проблем, требующих узких, специальных знаний.

1.4.1 Основные структурные единицы

Организационно-методическое отделение. Отделение предназначено для организационно-методического сопровождения работы интерната. Созданное в ноябре 2013г отделение является структурным подразделением психоневрологического интерната. Именно организационно-методическое сопровождение деятельности всего учреждения – вот наша главная цель.

При осуществлении своей работы руководствуется настоящим законодательством Российской Федерации, Указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, законодательством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, национальными стандартами Российской Федерации и государственными стандартами социального обслуживания Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, приказами и распоряжениями руководителя учреждения, а также нормативными методическими документами по системе менеджмента качества, по организации методической деятельности, ведении статистической отчетности в учреждениях социального обслуживания, уставом Учреждения, а также Положением об организационно-методическом отделении.

Основные задачи и функции:

- Изучение, обобщение и внедрение передовых видов и форм социального обслуживания населения;
- Анализ деятельности учреждения в пределах своей компетенции;
- Социальный мониторинг на территории, обслуживаемой учреждением;
- Взаимодействие со средствами массовой информации в рамках освещения деятельности учреждения;
- Выполнение требований системы менеджмента качества, изложенных в Руководстве по качеству, Политике и целях в области качества учреждения;
- Ведение статистических учетных и отчетных документов учреждения;
- Реализация организационно-методической работы по основным направлениям деятельности учреждения;
- Участие в реализации мероприятий по предупреждению и противодействию коррупции;
- Решение иных задач в соответствии с целями учреждения;

- Осуществление мониторинга качества оказываемых социальных услуг учреждением и обеспечение его практического применения в деятельности;
- Проведение аналитико-прогностической работы и выработка предложений по совершенствованию социального обслуживания получателей социальных услуг;
- Изучение эффективности деятельности структурных подразделений, отслеживание эффективности программ учреждения и внесение предложений по повышению их качества;
- Разработка и распространение методических и информационных материалов по актуальным вопросам социального обслуживания получателей социальных услуг;
- Оказание содействия в аттестации специалистов;
- Участие в подготовке и проведении независимой оценки учреждения;
- Обеспечение информационной открытости учреждения: организация подготовки и размещения информации о деятельности учреждения посредством размещения их на информационных стендах, в средствах массовой информации, в сети «Интернет» в том числе на официальном сайте учреждения, разработка информационных брошюр, проведение обучения сотрудников учреждения;
- Взаимодействует со средствами массовой информации, другими организациями и ведомствами по вопросам информирования о деятельности Учреждения;
- Разработка программ, проектов, технологий и пр. специалистами отделения;
- Методическое сопровождение специалистов в процессе разработки, внедрения и реализации программ, проектов, технологий и пр.;
- Оказание практической методической помощи специалистам учреждения в рамках своей компетентности;

- Организация и проведение мероприятий по повышению уровня профессиональной компетентности сотрудников учреждения (семинаров, методических обучений, конференций и т.д.);
- Изучение, внедрение и распространение, как традиционных, так и новых эффективных форм и методов социального обслуживания. Изучение, обобщение и распространение передового опыта работы специалистов, отделений, учреждения в целом;
- Формирование методической копилки (периодическая печать, методическая литература, методические пособия и др.) для ретрансляции информации специалистам учреждения;
- Осуществление перспективного и текущего планирования деятельности учреждения, отделения;
- Формирование аналитической и статистической отчетности о деятельности учреждения согласно циклограмме отчетности;
- Консультирование пользователей по вопросам работы программы АИС УСОН;
- Обеспечение функционирования сайта учреждения;
- Выявление несоответствий системы менеджмента качества и выработка результативных корректирующих действий;
- Осуществление мероприятий по привлечению волонтеров, добровольцев в учреждение;
- Осуществление в пределах своей компетенции иных функций в соответствии с целями и задачами учреждения.

Для осуществления своей деятельности отделение имеет квалифицированный штат, состоящий из заведующего отделением, специалистов по социальной работе и методистов.

Сфера деятельности постоянно расширяется, появляются новые направления работы. Здесь рождаются идеи, оформляются стенгазеты и стенды, разраба-

тываются методические пособия, проводятся исследования, налаживается взаимодействие с другими учреждениями и организациями, собирается информация о жизни нашего интерната, организовываются и проводятся культурно-досуговые мероприятия, конкурсы и многое, многое другое.

Отделение милосердия предназначено отделение для содержания, надзора и ухода за инвалидами с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами, с глубокой степенью слабоумия не способных к самообслуживанию, самостоятельному передвижению или маломобильных, нуждающихся в медицинском и бытовом уходе.

Это отделение обслуживает немалое количество медсестер и младшего медицинского персонала, так как постояльцы этого отделения не только, не в состоянии выполнять элементарные гигиенические процедуры или принять пищу, но в целом и самостоятельно передвигаться. Постоянный уход за инвалидами оказывают младшие медицинские работники, санитарки палатные, санитары – сопровождения, санитарки-буфетчицы, постовые и процедурные медицинские сестры.

Отделение медикосоциальной реабилитации и профилактики.

Основопологающей целью деятельности отделения является поддержание и развитие основных категорий жизнедеятельности инвалидов учреждения, таких как:

1. Способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению
2. Укрепление здоровья и физических качеств
3. Воспитание трудовой культуры
4. Развитие творческого потенциала

Финансово-экономический отдел.

Опытные сотрудники управляют финансово – экономическими вопросами всего психоневрологического интерната. Данная задача реализуется на основе рационального использования ресурсов и экономии затрат. Помимо планирования бюджета, расчета заработной платы и взаиморасчета с предприятиями, финансово – экономическая служба совместно с юрисконсультom, осуществляет контроль,

за личным финансовым состоянием клиента с тем, чтобы максимально защитить его права.

1.5 Отраслевые особенности функционирования организации

Объект исследования в данной работе, является типичным представителем медико – социальной отрасли, представленное учреждение создано для постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

Основной задачей сотрудников службы медико-социальной отрасли, является помощь людям сознательно контролировать и улучшать личные жизненные ситуации в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения здоровья. Нам представляется, именно такой подход является принципиально важным в построении функциональной модели медико-социальной отрасли. Предлагаемые в концепции функции социальной поддержки и психологической помощи использованы при создании базовой модели медико-социальной отрасли. Признано, то что медико-социальная помощь предполагает собою совокупность проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, направленных усиливать социальную безопасность населения, в особенности наиболее уязвимых его слоев. Это междисциплинарная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся основой медико-социальной помощи.

1.6 SWOT – анализ

Важнейшим стратегическим направлением государственной политической деятельности в социальной сфере на современном этапе является реформирование системы здравоохранения, основной целью которого обязано быть увеличение доступности и качества медицинской помощи населению.

Одним из вопросов при прохождении практики стояло изучение возможности применения методов стратегического анализа в управлении учреждением здравоохранения.

Материалы и методы:

Аналитический – метанализ данных научной литературы, анализ данных государственной и отраслевой статистики медицинских учреждений Красноярского края.

Экспертный – метод экспертных оценок с использованием одномоментного выборочного анкетирования состава руководителей муниципальных учреждений здравоохранения;

Результаты и обсуждение:

Используя аналитический метод исследования, мы выяснили, что стратегия развития учреждений здравоохранения обязана быть направлена на минимизацию неэффективных затрат, увеличение объемов услуг, оказываемых прикрепленному населению, развитие информационных технологий, что позволит многократно сократить постоянные и переменные издержки.

В текущее время в условиях реформирования системы здравоохранения, учреждения здравоохранения находятся в условиях, требующие максимально эффективной управленческой и финансово-экономической деятельности.

Сокращение постоянных издержек, повышение эффективности использования предоставленных ресурсов, привлечение внебюджетных источников финансирования, повышение конкурентоспособности на рынке оказания медицинских услуг, применение ведущих маркетинговых и информационных технологий являются основными направлениями при реформировании системы здравоохранения. Учреждения, не сумевшие во кратчайшие сроки адаптироваться и соста-

вить здоровую конкуренцию к заданным условиям, будут фактически находиться в условиях невозможности дальнейшего осуществления деятельности.

Для обеспечения эффективной деятельности учреждения руководитель в обязательном порядке использует различные методы стратегического планирования. Стратегическое планирование преследует две основные цели:

- Адаптация к внешней среде (эффективное приспособление к изменениям внешних факторов: экономических, политических, законодательных и др.).
- Наиболее эффективное распределение и использование ресурсов в учреждении здравоохранения.

При использовании метода экспертных оценок мы получили ряд данных, анализ которых показал, что использование стратегического планирования позволяет руководителю:

- Выявить факторы внешней и внутренней среды, потенциально влияющие на деятельность медицинского учреждения;
- Определить факторы, угрожающие деятельности учреждения;
- Оценить факторы, благоприятствующие деятельности учреждения.

Поэтому от руководителя учреждения здравоохранения требуется постоянный контроль с анализом деятельности учреждения для решения вопросов стратегического планирования и принятия управленческих решений.

Наиболее приемлемым с нашей точки зрения методом контроля и анализа может быть использование SWOT-анализа.

SWOT-анализ – метод анализа в стратегическом планировании, заключающийся в разделении факторов и явлений на четыре категории:

- (S)trengths (сильные стороны),
- (W)eaknesses (слабые стороны), являющиеся факторами внутренней среды учреждения,
- (O)pportunities (возможности),

(Threats (угрозы), являющиеся факторами внешней среды. Поскольку SWOT анализ в общем виде не содержит экономических категорий, его целесообразно применять к любым организациям, отдельным людям и странам для построения стратегий в различных областях деятельности, в том числе и медицинской.

Многостороннее изучение рыночной ситуации, в которой действует учреждение, оценка возможностей и угроз, с которыми оно может столкнуться, является одной из важнейших составляющих маркетинговой политики учреждения.

Проведение SWOT-анализа позволяет выявить и структурировать сильные и слабые стороны учреждения, а так же потенциальные возможности и угрозы.

Достигается это за счет того, что руководитель должен сопоставить внутренние слабые и сильные стороны своего учреждения с возможностями и угрозами, которые дает им внешняя среда. Результаты сопоставления позволят решить, в каком направлении учреждение должно развивать свою деятельность.

Сильные стороны (Strengths) – это внутренние силы действующего или начинающего свою деятельность учреждения. Их составляют кадровые ресурсы, оборудование, финансовая обеспеченность.

Слабые стороны (Weaknesses) – это внутренние факторы, тормозящие дальнейшее развитие учреждения. Слабые стороны составляет те «узкие места» в деятельности учреждения, которые мы осознаем и на которые в состоянии повлиять.

Возможности (Opportunities) – это внешние факторы, способствующие развитию учреждения. Данные факторы возникают и протекают вне зависимости от нас, но мы можем их использовать для развития учреждения.

Угрозы (Threats) – это внешние факторы, препятствующие развитию учреждения. Данные факторы возникают и протекают вне зависимости от нас, но мы можем уменьшить или частично предотвратить возможный ущерб от данных факторов.

Приведен пример сильных и слабых сторон учреждения и выявленных возможностей и угроз (Прим. 1). Все указанные факторы воздействия были ранжированы по степени оказываемого влияния на работу исследуемого учреждения. На первом месте стоит фактор, оказывающий наиболее сильное влияние, а на последнем – фактор с наименьшим влиянием.

Таблица 1.1 Пример проведения SWOT-анализа (внешней и внутренней среды)

<p>Сильные стороны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стабильное бюджетное финансирование. 2. Развитая компьютеризация и программное обеспечение. 3. Наличие высококлассного дорогостоящего оборудования. 4. Высокий уровень подготовки кадров, сертификация специалистов. 5. Удовлетворение потребителей медицинской услуги. 6. Лидирующая позиция в оказании услуг, наличие четко поставленной цели перед коллективом 	<p>Слабые стороны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Высокая изношенность основных фондов. 2. Отсутствие единого информационного пространства. 3. Ограниченное бюджетное финансирование. 4. Недостаточное количество квалифицированных кадров. 5. Высокий коэффициент совместительства. 6. Отсутствие сильной юридической службы.
<p>Возможности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществление деятельности, приносящей доход. 2. Развитие рынка новых медицинских услуг. 3. Отсутствие сильной конкуренции на текущий момент. 4. Возможность обслуживания населения близлежащих районов. 5. Массовая жилая застройка вблизи медицинского учреждения. 6. Модернизация здравоохранения. 7. Федеральные и краевые целевые Программы. 8. Национальный проект «Здоровье». 9. Гранты. 	<p>Угрозы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Несбалансированность объемов медицинской помощи и финансового обеспечения программы государственных гарантий. 2. Сокращение объемов бюджетного Финансирования. 3. Экономический кризис. 4. Отсутствие единых прозрачных подходов к формированию тарифов. 5. Отсутствие стандартов оказания медицинской помощи. 6. Высокая безработица обслуживаемого населения. 7. Слабая территориальная доступность.

Следующим этапом в проведении SWOT-анализа является построение Матрицы SWOT-анализа (Таблица 1.2). В данной матрице указаны все внешние и внутренние факторы воздействия на работу учреждения, выявленные ранее (Таблица 1.1).

На основании перечисленных факторов следует составить пары из внутренних и внешних факторов для решения следующих вопросов:

1. Насколько сильные стороны позволяют использовать возможность.
2. Насколько слабые стороны мешают использованию возможности.
3. Насколько сильные стороны позволят уменьшить ущерб от угрозы.
4. Насколько слабые стороны препятствуют избеганию угрозы.

Таблица 1.2 Матрица SWOT-анализа

	Возможности	Угрозы
Сильные стороны	Насколько сильные стороны позволяют использовать возможность	Насколько сильные стороны позволят уменьшить ущерб от угрозы
Слабые стороны	Насколько слабые стороны мешают использованию возможности	Насколько слабые стороны препятствуют избеганию угрозы

Например:

1. Развитая компьютеризация и программное обеспечение позволят увеличивать объем деятельности, приносящей доход, и снижать постоянные и переменные издержки в осуществлении данной деятельности.

2. Недостаточное количество квалифицированных кадров препятствует использованию возможности по обслуживанию населения близлежащих районов, что в свою очередь будет препятствовать получению максимально возможного финансирования.

3. Наличие высококлассного дорогостоящего оборудования позволит снизить ущерб от сокращения объемов бюджетного финансирования за счет оказания дорогостоящих платных услуг на данном оборудовании и уменьшении статей расходов на приобретение нового оборудования и ремонт используемого.

4. Высокая изношенность основных фондов в ближайшем будущем не будет устранена в связи с экономическим кризисом, что впоследствии может повлечь за собой невозможность получения лицензии на осуществление основных видов медицинской деятельности.

На основании составленной матрицы SWOT-анализа руководитель учреждения должен разработать стратегию развития учреждения на ближайшее время

(3-5 лет). Таким образом, использование методов стратегического анализа позволит руководителю учреждения:

- Своевременно адаптироваться к изменяющимся факторам внешней среды (раннее предвидение и избегание политических, экономических, законодательных угроз);

- Наиболее эффективно распределять и использовать предоставленные ресурсы (максимально использовать имеющиеся возможности).

Это открывает новые пути для дальнейшего развития учреждения и делает его более конкурентоспособным на рынке медицинских услуг.

2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ

2.1 Анализ финансово – хозяйственной деятельности организации

Анализ показателей обеспеченности и состояния ресурсов БУ «Психоневрологический интернат» целесообразно начать с анализа основных технико-экономических показателей, характеризующих деятельность учреждения. Эти показатели представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Основные технико-экономические показатели деятельности БУ «Психоневрологический интернат»

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Темп роста, % 2017 г. к 2015 г.
Расходы на содержание учреждения	39789,1	69671,60	89118,60	223,98
Койко-дни	98545	92015	93184	94,6
Пролечено больных за год	7888	6430	7417	94
Средняя длительность пребывания больных	12,5	14,3	12,6	100,8
Фонд заработной платы, тыс. руб.	11207	12649,7	16604,4	148,16
Начисления на оплату труда	3973,7	4403,3	5925,7	149,17
Среднесписочная численность, чел.	486	488	488	100,41
Стоимость основных фондов, тыс. руб.	37872,068	52558,717	77387,472	204,34
Материалозатраты, тыс. руб.	22437,4	34281,6	54201,8	241,57
Среднемесячная заработная плата, руб.	1921,6	2160,1	2835,45	147,56
Отработано часов всего работниками	733992	732480	712396	97,06
Отработано одним работником в году часов	1510	1501	1460	96,7
Продолжительность рабочего дня по факту	7,94	7,95	7,95	100,1
Численность персонала	486	488	488	100,4
в том числе медицинские должности:	453	453	452	99,78
– врачи	102,5	102,5	102,5	100
– средний мед. персонал	222,75	222,75	221,78	99,6
– младший мед. персонал	127,75	127,75	127,75	100
Прочий обслуживающий персонал	33	35	36	109,1

Далее в таблице 2.2 представлены ресурсы Муниципального учреждения здравоохранения БУ «Психоневрологический интернат».

Таблица 2.2 – Ресурсы БУ «Психоневрологический интернат»

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в %	
				к 2015 г.	к 2016 г.
Стоимость основных средств, тыс. руб.	37872068	52558717	77387472	204,34	147,24
Расходы на содержание учреждения, тыс. руб.	39789,1	69671,60	89118,60	223,98	127,9
Численность персонала, чел	486	488	488	100,4	100
Годовой фонд оплаты труда, тыс. руб.	11207	12649,7	16604,4	148,16	131,26
Средняя месячная зарплата, руб.	1921,6	2160,1	2835,45	147,6	131,26
Коечный фонд	270	270	270	100	100
Количество пролеченных больных за год	7888	6430	7417	94	115,35

Из таблиц видно:

1. Среднегодовая стоимость основных средств с каждым годом увеличивается. Так, по сравнению с 2015 годом, в 2017 году стоимость средств увеличилась на 104,34%.

2. В 2017 году по сравнению с 2016 годом стоимость основных средств увеличилась на 47,24%, так как в 2017 году было приобретено оборудование на сумму 2447,8 тыс. руб.

3. Расходы на содержание больницы по всем источникам финансирования растут, в 2017 году по сравнению с 2015 г. на 123,98%, а по сравнению с 2016 годом на 27,9%. Рост расходов обусловлен подорожанием материалов, медикаментов, инвентаря и ростом заработной платы персонала. Увеличиваются также с каждым годом и начисления на заработную плату и оплата коммунальных услуг, идут средства на приобретение оборудования и капитальный ремонт зданий.

4. Численность персонала за три года увеличилась на 2 человека и составила в 2017 году 488 человек.

5. Годовой фонд оплаты труда вырос в 2017 году по сравнению с 2015 г. на 48,16%, по сравнению с 2016 годом – на 31,26%. Увеличение обусловлено увеличением окладов персоналу.

6. Увеличилась также средняя месячная заработная плата персонала.

7. В 2017 году в учреждении пролечено на 15,35% больше больных чем в 2016 году, но это на 6% меньше чем в 2015 году, причиной чего может быть об-

ращаемость населения за медицинской помощью в данное учреждение, а также качество и продолжительность лечения.

Рассмотрев основные технико-экономические показатели деятельности БУ «Психоневрологический интернат», перейдем к анализу обеспеченности и состояния основных средств учреждения.

Имущество учреждения находится в муниципальной собственности города Краснодара и закрепляется за учреждением на праве оперативного управления. В состав имущества Учреждения не может включаться имущество иной формы собственности.

Источником формирования имущества и финансовых ресурсов Учреждения являются:

- имущество, переданное Учредителем;
- бюджетные и внебюджетные средства;
- заемные средства, в том числе кредиты банков и других кредитных организаций;
- целевое бюджетное финансирование;
- имущество, приобретенное за счет финансовых средств учреждения, в том числе за счет доходов, полученных от платных видов разрешенной деятельности, приносящей доход;
- добровольные взносы организаций и граждан;
- иные источники, не противоречащие законодательству РФ.

Сведения о балансовой и остаточной стоимости основных средств, находящихся на балансе БУ «Психоневрологический интернат» находятся в центральной бухгалтерии управления здравоохранения администрации Ханты-Мансийского автономного округа.

Состав, структура и балансовая стоимость основных средств учреждения представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Состав, структура и балансовая стоимость основных средств

Вид основных средств	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	тыс. руб.	структура	тыс. руб.	структура	тыс. руб.	Структура
Здания и сооружения	24196197	63,89	46269121	88,03	58461594	75,54
Машины и оборудование	445116	1,17	604775	1,15	1052772	1,36
Мед. оборудование	989287	2,61	954905	1,82	1993848	2,58
Транспортные средства	600	0,0015	882	0,0017	882	0,0011
Земельные участки	347666	0,92	4398722	8,37	15257775	19,72
ОС, сданные в аренду	8889291	23,47	3239225	0,62	611136	0,79
Прочие ОС	3911	0,11	0387	0,01	9465	0,01
Итого:	37872068	100	52558717	100	77387472	100

Из таблицы видно, что в 2016 году балансовая стоимость основных средств составила 7738747,2 тыс. рублей. В структуре основных средств основную часть составляют здания и сооружения, которые составляют соответственно по годам 63,89%, 88,03% и 75,54% от общей стоимости основных средств БУ «Психоневрологический интернат».

В 2017 году 1972% стоимости основных средств приходится на земельные участки, в 2015 г. 23,47% стоимости основных средств принадлежит основным средствам, сданным в аренду. К 2017 году возросла стоимость медицинского оборудования. Машины и оборудование также имеют тенденцию к увеличению их общей стоимости.

За три года произошло увеличение стоимости основных фондов на 39515404 тысячи рублей.

Все изменения основных средств по объектам представлены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Изменение стоимости основных средств БУ «Психоневрологический интернат»

Виды основных средств	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в сравнении с 2015 г.	
				тыс. руб.	%
Здания и сооружения	24196,197	46269,121	58461,594	34265,397	241,6
Машины и оборудование	445,116	804,775	1052,772	607,656	236,5
Мед. оборудование	989,287	954,905	1993,848	1004,561	201,54
Транспортные средства	0,600	0,882	0,882	0,282	147
Земельные участки	347,666	4398,722	15257,775	14910,109	438,8
ОС, сданные в аренду	8889,291	323,925	611,136	-8278,155	6,87
Прочие основные средства	3,911	6,387	9,465	5,554	242
Итого:	37872,068	52558,717	77387,472	39515,404	204,34

Проанализировав данные таблиц в 4 можно сделать выводы, что общая стоимость основных средств в 2017 году по сравнению с 2015 г. увеличилась почти в 2 раза.

Увеличение составило 39515, 404 тыс. руб. Это обусловлено приростом объектов группы «Здания и сооружения» на 34265,397 тыс. руб., группы «Машины и оборудование» на 607,656 тыс. руб., группы «Медицинское оборудование» на 1004, 561 тыс. руб., группы «Земельные участки» на 14910, 109 тыс. руб. По группе «Основные средства, сданные с аренду» произошло уменьшение на 8278,155 тыс. руб., которые учреждение в 2016 и 2017 годах стало использовать для собственных нужд.

Абсолютное изменение стоимости основных средств учреждения и отдельных его видов можно оценить положительно.

Важным является исследование активной и пассивной частей основных средств. Это обусловлено тем, что не все основные средства в одинаковой степени влияют на выполнение функций учреждения. Такая группировка носит условный характер и зависит от специфики и рода деятельности учреждения. К активной части следует относить объекты, принимающие непосредственное участие в лечебном процессе. К числу активных объектов БУ «Психоневрологический интернат» относятся медицинское оборудование и часть транспортных средств, участвующих в срочной доставке пациента в стационар.

К пассивной части основных средств учреждения относятся те объекты, которые призваны создавать благоприятные условия для нормальной работы учреждения. Это здания, сооружения, машины оборудование, транспортные средства, земельные участки, прочие основные средства.[13, с.100]

Состав и структура активной и пассивной частей основных средств представлены в таблице 2.5.

Таблица 2.5 – Состав и структура активной и пассивной частей основных средств

Основные средства	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2015 г. к 2017 г.	
	тыс. руб.	уд. вес. %	тыс. руб.	уд. вес. %	тыс. руб.	уд. вес. %	тыс. руб.	уд. вес. %
1) Активная часть основных средств	13230,43	34,93	5684,308	10,81	16819,896	42,56	3589,466	127,1
В том числе:								
мед. оборудование	989,287	2,61	954,905	1,82	1993,848	2,588	1004,56	201,5
2) Пассивная часть основных средств	33276,746	87,87	47154,219	89,72	61495,829	79,47	2848,983	184,8
В том числе:								
здания	21053,2	55,6	13803,3	83,34	58105,136	72,5	35051,936	266,5
сооружения	304,997	8,03	2265,8	4,31	2136,438	2,76	-904,56	70,25
передаточные устройства	102	0,27	200,021	0,4	220,02	0,28	118,02	215,7
машины оборудование	445,116	1,17	604,775	1,15	1052,772	1,36	6076,56	236,5
транспортные средства за минусом активной части	0,325	0,00085	0,513	0,00097	0,438	0,00056	0,113	134,8
Всего:	37872,068	100	52558,717	100	77387,472	100	39515,404	204,34

Следовательно, наибольший удельный вес в совокупной стоимости основных средств учреждения за три года занимает пассивная часть: 87,87%, 89,72% и 79,47% соответственно в 2015 г., 2016 г. и 2017 г. Активная часть занимает 34,93%, 10,48% и 42,56% в 2015 г., 2016 г. и 2017 году. Этот показатель небольшой, но он вырос в 2017 году на 27,1% по сравнению с 2015 годом за счет приобретения нового медицинского оборудования. Это положительная тенденция в деятельности учреждения.

В процессе эксплуатации основные средства постепенно изнашиваются, то есть утрачивают свои первоначальные свойства, физические качества, технико-эксплуатационные возможности, вследствие чего уменьшается их потребительская стоимость. Необходимо иметь в виду, что износ основных средств учреждений и организаций, состоящих на бюджете., отличается от процесса износа основных производственных фондов. Особенность состоит в том, что производственные основные средства бюджетных учреждений возмещаются за счет бюджетных и внебюджетных источников.[23, с.48]

Для характеристики обеспеченности основными средствами по направлениям их функционирования используются показатели фондовооруженности.

Таблица 2.6 – Показатели фондовооруженности труда

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Изменение	
				2016 г. к 2015 г.	2017 г. к 2016 г.
Стоимость основных фондов, тыс. руб.	37872,068	52558,717	77387,472	14686,649	24828,755
Общая численность работников, чел.	486	488	488	2	–
Стоимость активной части основных средств, тыс. руб.	13230,43	5684,308	16819,896	-7546,122	11135,588
Общая фондовооруженность, тыс. руб.	78	107,7	158,58	29,7	50,88
Вооруженность активными основными средствами, тыс. руб.	27,2	11,65	34,47	-15,55	22,82

По данным таблицы можно сделать выводы, что общая фондовооруженность труда каждый год увеличивается в 2016 году на 29,7 тыс. рублей, в 2017 году на 50,88 тыс. рублей на одного человека. Вооруженность активными основными средствами в 2016 году уменьшилась на 15,55 тыс. рублей, а в 2017 году уменьшилась на 22,82 тысячи рублей на одного сотрудника. Это положительная тенденция в деятельности учреждения.

Обобщающими показателями состояния основных средств являются коэффициент износа и годности, представленные в таблице 2.7.

Таблица 2.7 – Показатели состояния основных средств учреждения

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Сумма начисленного износа основных средств, тыс. руб.	2191,705	2263,912	2240,96	102,25
Стоимость основных средств, тыс. руб.	37872,068	52558,717	77387,472	204,34
Коэффициент износа, %	5,79	4,3	2,9	50,01
Коэффициент годности, %	94,21	95,7	97,1	103,07

Представленные в таблице 6 показатели свидетельствуют о высоком техническом состоянии основных средств. Коэффициент износа за три года вырос на 50%. Это происходит за счет приобретения и строительства новых объектов основных средств.

Контроль за техническим состоянием имущества осуществляет Департамент муниципальных ресурсов мэрии г. Краснодара в установленном законодательством порядке.

Одним из решающих условий эффективной работы бюджетных учреждений является их полное обеспечение материальными и рациональными ресурсами и рациональное их использование. Затраты на медикаменты и перевязочные материалы, как и затраты на продукты питания, относят к затратам, которые оказывают прямое действие на качественную сторону деятельности учреждения, по мере расхода они полностью выбывают из народнохозяйственного оборота.

К материальным ресурсам учреждения относятся медикаменты, перевязочные средства, мягкий инвентарь, обмундирование, продукты питания, прочие расходные материалы и предметы снабжения.

Обеспеченность учреждения материальными ресурсами представлена в таблице 2.8.

Таблица 2.8 – Обеспеченность учреждения материальными ресурсами

	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы	18521,2	30400,1	54201,8	292,65
Мягкий инвентарь, обмундирование	206,4	64,1	379,2	183,72
Продукты питания	3626,8	3507,5	3899,6	107,52
В том числе				
спец. молоко	93,2	89,5	62,6	67,17
прочие расходные материалы и предметы снабжения	83	294,7	325,3	392
Всего:	22437,4	34266,4	58865,9	262,36

Из таблицы 8 видно, что основную часть расходов на материалы составляют затраты на медикаменты, перевязочные средства и прочие расходы на материалы, непосредственно участвующие в процессе лечения.

Значительная часть расходов учреждения идет на покупку продуктов питания. Эти расходы в 2017 г. почти не уменьшились по сравнению с 2015 годом, в то время как расходы на медикаменты увеличились за три года почти в 3 раза и составили в 2017 году 54201,8 тысяч рублей.

Проведем анализ расходов на продукты питания.

Таблица 2.9 – Расходы учреждения на продукты питания

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Расходы на продукты питания, тыс. руб.	3626,8	3507,5	3899,6	107,52
Среднегодовое количество коек	270	270	270	100
Среднегодовое количество койко-дней	98545	92015	93184	94,6
Среднее количество дней работы койки в году	365	340,8	345	94,52
Средний дневной расход на питание одного больного, руб.	36,8	38,12	41,85	113,7

Из таблицы 2.9 видно, что средний дневной расход на питание одного больного составляет 36,8 руб., 38,12 руб. и 41,85 руб. в 2015 г., 2016 г. и в 2017 году соответственно. Уровень расходов на продукты питания увеличился за три года на 13,7%, при том, что среднегодовое количество койко-дней к 2017 году снизилось на 5,6%.

Управление материально-техническим снабжением происходит с участием котировочной комиссии. Все закупки медикаментов, хозяйственных товаров, оборудования и т.д. приобретаются после заседания котировочной комиссии, где обязательно рассматриваются запросы, сделанные учреждением в 3 различные фирмы. Товар приобретается там, где дешевле и где осуществляются поставки в кредит, то есть БУ «Психоневрологический интернат» оплачивает счета за товар после поставки продукции на склад. Заседание котировочной комиссии оформляется протоколом, который утверждает главный врач.

Среди поставщиков медикаментов выделяются такие как ООО «Мед-Лек», ООО «Медикофарм», ОАО «Фармимэкс», ООО «Биофарм», ООО «ФАРМА-МЕД», ГУП «Государственный аптечный склад», ООО «Юг-медифарм», Виктория КТМ, «Краснодарпродукт», ОАО «Армавирская межрайонная аптечная база», ООО «Фабрика медицинских изделий» и др.[11, с.19]

Предприниматель Требушков Н.А., предприниматель Савкина Т.А., ООО «САМАРОВО» являются поставщиками хозяйственных товаров.

Федеральное государственное учреждение «Краснодарский центр стандартизации, метрологии и сертификации» выполняет работы по проверке средств измерений. ООО Издательство «краснодарские известия» публикует научные статьи сотрудников БУ «Психоневрологический интернат» в кубанском научно-медицинском вестнике № 3.

Важно так же определить состояние трудовых ресурсов учреждения. Общую картину состояния и тенденции развития трудовых ресурсов учреждения дает анализ изменения среднесписочной численности работников, проведенный по категориям персонала, что позволяет оценить также состав и структуру трудовых ресурсов.

Таблица 2.10 – Состав и структура трудовых ресурсов

	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2017 г. к 2015 г. в %
	чел.	%	чел.	%	чел.	%	
Медицинский персонал:	453	93,2	453	92,8	452	92,6	99,78
врачи	102,5	21,1	102,5	21	102,5	21	100
средний медицинский персонал	222,75	45,83	222,75	45,65	221,25	45,65	99,6
младший медицинский персонал	127,75	26,29	127,75	26,18	127,75	26,18	100
прочий обслуживающий персонал	33	6,8	35	7,2	36	7,4	109,1
Всего:	486	100	488	100	488	100	100,4

В структуре медицинских работников большая доля принадлежит среднему медицинскому персоналу, который оставляет 45,83%, 45,65% и 45,65% в 2015 г., 2016 г. и 2017 году соответственно общего числа работников учреждения.

Врачам принадлежит лишь 21% от всей численности персонала согласно штатным расписаниям за 2015, 2016 и 2017 годы. Прочий обслуживающий персонал в 2017 году увеличился на 9,1% по сравнению с 2015 годом. В 2016 году количество штатных должностей увеличилось на 2 человека, принадлежащих к группе «Прочий обслуживающий персонал». В 2017 году количество штатных должностей не изменилось, лишь произошли изменения внутри структуры.

К общедиспансерному немедицинскому персоналу относятся зам. главного врача по экономическим вопросам, зам. главного врача по хозяйственным вопросам.

Главный врач по согласованию с Городским объединением медицинских учреждений определяет численность, квалификационный состав и штатный, самостоятельно нанимает на должность и освобождает от должности работников, заключает с ними договора (контракты).

Не менее важным в анализе трудовых ресурсов является оценка фонда заработной платы. В положение об оплате труда говорится следующее:

1. Гарантированный ФОТ формируется по расчетному нормативу, согласованному с управлением здравоохранения администрации г. Краснодара, исходя из сметы затрат для учета за пролеченного больного. Порядок учета рабоче-

го времени и начисления заработной платы: соблюдение норм рабочего времени, составление тарификации, ведение табеля.

2. Сформированный ФОТ делится на основной (гарантированный) и дополнительные выплаты из средств ФОМС. Основная оплата труда работников производится по Единой тарифной сетке, с учетом повышений, доплат и надбавок в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ. Дополнительные выплаты работникам и премирование производится в соответствии с нормативными актами вышестоящих органов.

3. Разряды оплаты труда работников в соответствии с единой тарифной сеткой определяются по результатам тарификации. Тарификация производится на 1 января каждого года.

4. Заработок работника предельными размерами не ограничивается.

5. При перевыполнении плана посещений и койко-дня размер дополнительных выплат из средств ФОМС формируется следующим образом: ФОТ начисленный по отделениям корректируется на % выполнения плана, и таким образом разница между выплаченным фондом и заработным образует сумму дополнительных выплат из средств ФОМС.

6. Размеры дополнительных выплат из средств ФОМС определяется на основании рапортов заведующих отделений и старших медсестер о работниках отделений с учетом сложности, напряженности и качества выполненных работ. Выплаты в первую очередь начисляются среднему и младшему медицинскому персоналу, как наименее социально защищенным работникам. Размер дополнительных выплат определяется в соответствии с тарифной ставкой работника.

7. При начислении среднего заработка для начисления трудового, учебного отпусков и др., выплаты из ФОМС не учитываются.

8. От применения штрафных санкций образуется резерв главного врача, который комиссия по начислению дополнительных выплат из ФОМС вправе использовать для дополнительного поощрения за качественное выполнение своих

функциональных обязанностей и проявленную инициативу в работе сотрудников ГОД.

9. Врачам, среднему и младшему медперсоналу производится доплата в размере 100% к должностному окладу за работу в ночное время.

Оценка фонда заработной платы представлена в таблице 2.11.

Таблица 2.11 – Анализ структуры фонда заработной платы учреждения

Категория персонала	2015 г.		2016 г.		2017 г.		Отклонение (+/-) 2017-2015 гг.	
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%
Врачи	4325,9	38,7	4857,52	38,5	6425,94	38,7	2100,04	–
Средний медицинский персонал	5525,05	49,3	6236,3	49,3	8136,16	49,0	2611,11	-0,3
Младший медицинский персонал	829,32	7,4	961,38	7,6	1261,9	7,7	432,58	0,3
Прочий персонал	526,73	4,7	594,5	4,7	780,4	4,7	253,67	–
Всего:	11207	100	12649,7	100	16604,4	100	5397,4	–

Из таблицы 2.11 видно, что фонд заработной платы в 2017 году в БУ «Психоневрологический интернат» возрос на 5397,4 тысячи рублей по отношению к 2015 году в целом по всем категориям персонала.

Рассчитав удельный вес можно увидеть какая часть заработной платы у каждой категории персонала занимает в общем фонде заработной платы. Так в 2015 г. заработная плата врачей составляет 38,7% от общего фонда заработной платы, среднего медицинского персонала – 49,3%, младшего медицинского персонала – 7,4%, прочего персонала – 4,7% от общего фонда заработной платы. К 2017 году это соотношение уменьшилось на 0,3% у среднего медицинского персонала и увеличилось на 0,3% у младшего медицинского персонала.

Фонд заработной платы в 2017 году возрос за счет увеличения основного оклада и надбавок.

На основании Положения об оплате труда работников учреждения ставки и оклада определяются на основе Единой тарифной сетки. Размер тарифной ставки (оклада) первого разряда устанавливается Правительством РФ. Ставки и оклады работников остальных разрядов Единой тарифной сетки устанавливаются пу-

тем умножения тарифной ставки (оклада) первого разряда на соответствующий тарифный коэффициент.[18, с.48]

На основании приказа № 377 от 15 октября 1999 г. «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения» устанавливаются следующие разряды оплаты труда и тарифные коэффициенты по категориям работников. Эти данные отражены в таблице 2.12.

Таблица 2.12 – Разряды оплаты труда по категориям работников

Категории работников	Диапазон разрядов
1) Младший медицинский персонал:	
1.1 санитарки	2-3
1.2 младшая медсестра	3-4
2) Средний медицинский персонал:	
2.1 медицинский регистратор	4-5
2.2 инструктор по трудовой терапии	5-6
2.3 медицинская сестра-лаборант	6-9
2.4 медицинский статистик	5-9
2.5 фельдшер, акушерки, зубной техник	8-11
2.6 медицинская сестра операционная	8-11
2.7 зубной врач	9-10
2.8 врач, специалист	10-16

Аттестация лиц, занимающих должности медицинских работников на основании действующих положений о порядке аттестации врачей, средних медицинских работников, служащих – в соответствии с «Основными положениями о порядке проведения аттестации предприятий, находящихся на бюджетном финансировании».

Основанием для анализа финансовых ресурсов является смета расходов.

Сгруппируем данные в таблицу 2.13.

Таблица 2.13 – Структура расходов БУ «Психоневрологический интернат»

Статьи расходов	2015 г.		2016 г.		2017 г.		Отклонение (+/-) 2017 г. к 2015 г.	
	тыс. руб.	уд. вес, %	тыс. руб.	уд. вес, %	тыс. руб.	уд. вес, %	тыс. руб.	уд. вес, %
Оплата труда гражданских служащих	11207,0	28,17	12649,7	18,16	16604,4	18,63	5397,4	-9,54
Начисления на зарплату	3973,7	9,99	4403,3	6,32	5925,7	6,65	1952	-3,34
Приобретение предметов снабжения и расходных материалов	22437,4	56,4	34266,4	49,18	58865,9	66,05	36428,5	9,65
Командированные и служебные разъезды	0,1	0,00025	0,1	0,00014	–	–	-0,1	–
Оплата прочих услуг связи	69,5	0,17	73,4	0,105	100,6	0,1	31,1	30,93
Оплата коммунальных услуг	1486,3	3,73	2162,3	3,1	2799,2	3,14	1312,9	-0,59
Оплата прочих услуг и прочие текущие расходы	374,4	0,94	867,9	1,25	239,4	0,27	-135	-0,67
Капитальные расходы	240,7	0,6	15248,5	21,9	4583,4	5,14	4342,7	4,53
Всего:	39789,1	100	69671,6	100	89118,6	100	49329,5	–

Из таблицы 2.13 можно сделать вывод, что в целом в БУ «Психоневрологический интернат» в 2017 году возросли расходы на 49329,5 тыс. руб. Наибольшая доля расходов приходится на такие статьи как оплата труда госслужащих в 2015 г. – 28,17%, в 2016 г. – 18,16%, в 2017 г. – 18,63%, приобретение предметов снабжения и расходных материалов в 2015 г. – 56,4%, в 2016 г. – 49,18%, в 2017 г. – 66,05%. В 2016 году 21,9% от общей суммы расходов учреждения составили капитальные расходы, так как в этом году приобреталось новое оборудование. Это важная тенденция, которая характеризует повышение технического уровня учреждения, усилия администрации по улучшению условий содержания учреждения.

Все перечисленные расходы финансируются из Фонда обязательного медицинского страхования, а также из бюджета. Средства, перечисленные или за 2015, 2016 и 2017 гг. представлены в таблице 2.14.

Таблица 2.14 – Фактические поступления денежных средств на расчетный счет учреждения

Источники средств	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Всего	2017 г. в % к 2015 г.
Фонд ОМС	37184,8	67561,6	83770,8	188517,2	225,3
Бюджет	2604,3	2110	5347,5	10061,8	205,3
Всего:	39789,1	69671,6	89118,3	198579	223,98

Проанализировав данную таблицу можно сказать, что основная часть средств для оплаты расходов БУ «Психоневрологический интернат» поступает на расчетный счет учреждения из фонда обязательного медицинского страхования. И поступления этих средств увеличились в 2017 году по сравнению с 2015 годом более чем в 2 раза. Денежные средства поступающие из бюджета идут в основном на оплату коммунальных услуг и капитальные ремонты и составляют менее 10% от общего числа поступающих средств для покрытия расходов учреждения.

БУ «Психоневрологический интернат» ведет учет медицинских услуг, оказанных в системе обязательного медицинского страхования и предоставляет территориальному фонду ОМС сведения по формам отчетности, утвержденным в уставном порядке. Финансовые средства обязательного медицинского страхования, перечисленные КФКТФОМС на счет сумм по поручениям БУ «Психоневрологический интернат» за пролеченных больных, распределяются в соответствии с решением комиссии по использованию средств обязательного медицинского страхования.

Ежемесячно экономист-эксперт фонда проверяет правильность расходования средств ОМС, рациональное их использование, правильность отнесения расходов по кодам экономической классификации. Правильность и рациональное использование средств в пределах муниципального заказа контролируются заместителем главного врача по экономической части, ведущим экономистом и специалистом централизованной бухгалтерии, финансового отдела.

Рассмотрев основные показатели обеспеченности и состояния ресурсов БУ «Психоневрологический интернат», можно сделать следующие выводы:

1. Среднегодовая стоимость основных средств с каждым годом увеличивается.
2. Растут также расходы на содержание учреждения более чем в 2 раза за три года.
3. Численность персонала за три года увеличилась на 2 человека и составила в 2017 году 448 человек.
4. Почти на 50% вырос годовой фонд оплаты труда. Увеличилась и средняя заработная плата сотрудников.
5. Финансовые средства учреждения формируются в основном за счет средств обязательного медицинского страхования. Бюджетные средства направляются на покрытие расходов БУ «Психоневрологический интернат» в размере не более 10% от общей суммы всех расходов учреждения

В целом учреждение ресурсами обеспечено. Далее рассмотрим эффективность их использования.

2.2 Экономическая эффективность деятельности БУ «Психоневрологический интернат»

Экономическая эффективность деятельности учреждения заключается в необходимости при данных ресурсах, путем их всемирной экономии обеспечивать в наибольшей степени увеличивающиеся потребности в услугах, которые оказывает данное учреждение. Анализ эффективности использования ресурсов БУ «Психоневрологический интернат» целесообразно начать с оценки эффективности использования основных средств учреждения.

Чтобы оценить степень эффективности использования основных средств воспользуемся таким показателем, как фондоотдача. При этом учитывается, что на фондоотдачу влияют изменения состава основных фондов, и уровень потребления активной их части.

Таблица 2.15 – Эффективность использования основных средств БУ «Психоневрологический интернат»

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. к 2015 г.	
				тыс. руб.	%
Количество пролеченных больных за год, чел.	7888	6430	7417	-471	94,6
Стоимость основных средств, тыс. руб.	37872,068	52558,717	77387,472	39515,404	204,34
Стоимость медицинского оборудования, тыс. руб.	989,287	954,905	1993,848	1004,57	201,5
Фондоотдача основных средств	0,2	0,12	0,096	-0,104	48
Фондоотдача медицинского оборудования	7,97	6,73	3,72	-4,25	46,7

Как мы видим из таблицы, фондоотдача основных средств имеет тенденцию к снижению. В 2017 году фондоотдача основных средств снизилась на 52% по сравнению с 2015 годом, а отдача медицинского оборудования снизилась на 53,3%, что составляет 4,25 пролеченных больных на одну тысячу стоимости медицинского оборудования.

Данные свидетельствуют о неэффективном использовании основных средств, о не полном их использовании, что может быть обусловлено уровнем организации работ и качеством управления учреждением.

Экономия материальных ресурсов имеет важное значение для бюджетных учреждений. Она выражается в соблюдении установленных норм расхода отдельных видов материалов при лечении. Особое значение имеет не экономия вообще, а какими средствами она достигнута. Например, экономия в расходах на медикаменты, если она вызвана ухудшением лечения больных, должна рассматриваться как самое отрицательное явление. Экономия, полученная в результате более экономного расходования материалов, топлива, инструментов, заслуживает всякого поощрения.

Эффективность использования материальных ресурсов характеризуется таким показателем, как материалоотдача.

Таблица 2.16 – Расчет эффективности ресурсов использования материальных ресурсов БУ «Психоневрологический интернат»

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Пролечено больных за год, чел	7888	6430	7417	94
Общие материалозатраты, тыс. руб.	22437,4	34266,4	58865,9	262,36
Расходы на питание, тыс. руб.	3626,8	3507,5	3899,6	107,52
Расходы на приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочие лечебные расходы	18521,2	30400,1	54201,8	292,65
Материалоотдача	0,35	0,19	0,126	36
Отдача расходов на питание	2,175	1,83	1,9	87,45
Отдача расходов на приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочих лечебных расходов	0,43	0,21	0,137	31,9

Из таблицы 16 видно, что материальные ресурсы учреждения расходуются неэффективно. Материалоотдача в 2017 году снизилась по сравнению с 2015 годом на 64%. При этом количество пролеченных больных за 3 года снизилась более чем в 2,5 раза, расходы на питание увеличились на 7,52%, почти в 3 раза увеличились расходы на приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочие лечебные расходы. Это отрицательно сказывается на общей эффективности деятельности учреждения.

В таблице 2.17 представлены средние издержки на одного пролеченного больного учреждения.

Таблица 2.17 – Анализ эффективности затрат на медицинские услуги в целом по учреждению

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2016 г. в % к 2015 г.	2017 г. в % к 2016 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Всего расходов, тыс. руб.	39789,1	69671,6	89118,6	175,1	127,9	223,98
Пролечено больных за год	7888	6430	7417	81,5	115,35	94
Средние издержки, руб.	5,044	10835	12015	214,8	110,9	238,2

Данные таблицы 2.17 демонстрируют динамику значительного увеличения средних затрат в 2017 году по сравнению с 2015 и 2016 годами. Можно сказать, что при уменьшении количества больных расходы учреждения выросли за три го-

да более чем в 2 раза, что привело к увеличению средних издержек в 2,38 раза по сравнению с 2015 годом. Это говорит об отрицательном эффекте масштаба.

В условиях рыночных отношений целью предпринимательской деятельности является получение прибыли. Прибыль обеспечивает предприятию возможности самофинансирования, удовлетворения материальных и социальных потребностей собственника капитала и работников предприятия, на основе налога прибыль обеспечивается формирование бюджетных доходов. Поэтому прибыль является конечным результатом деятельности предприятия.[23, с.123]

Однако учреждение не оказывает платных услуг населению, поэтому оно не имеет прибыли. В связи с отсутствием коммерческой деятельности по оказанию квалифицированных платных медицинских услуг населению учреждение не может мотивировать труд своих работников.

Показатели рентабельности характеризуют эффективность работы учреждения в целом, доходность различных направлений деятельности, окупаемость затрат и т.д. Они были более полно, чем прибыль, характеризуют окончательные результаты деятельности, потому что их величина показывает соотношение эффекта с наличными или использованными ресурсами. В связи с отсутствием прибыли учреждение является нерентабельным.

При анализе эффективности деятельности учреждения целесообразно определить эффективность использования трудовых ресурсов. От обеспеченности трудовыми ресурсами и эффективности их использования зависят объем и своевременность выполнения работ и другие показатели.

Таблица 2.18 – Анализ производительности труда БУ «Психоневрологический интернат»

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Изменение (+/-)		Темп роста, %	
				2017 г. к 2016 г.	2017 г. к 2015 г.	2017 г. к 2016 г.	2017 г. к 2015 г.
Количество пролеченных больных, чел.	7888	6430	7417	987	-471	115,35	94
Среднегодовая численность работников, чел.	486	488	488	0	2	100	100,4
Производительность труда, чел./ч.	16,23	13,18	15,2	2,02	-10,3	115,3	93,6

По данным таблицы 2.18 можно сказать, что штат сотрудников за три года изменился всего на 2 человека, но количество посещений в 2017 г. по сравнению с 2016 г. увеличилось на 15,35%, вместе с тем производительность труда также изменилась на 15,3%. В 2017 году по сравнению с 2015 годом произошли отрицательные тенденции: количество пролеченных больных снизилось на 471 человека, производительность труда снизилась на 6,4%. В целом тенденция в 2017 г. направлена в положительную сторону.

Важно также определить эффективность использования коечного фонда. Под экономической эффективностью использования коечного фонда учреждения понимается степень его рационального и целевого использования. В таблице 2.19 представлены коэффициент рационального и коэффициент целевого использования коечного фонда, которые в совокупности представляют обобщающий показатель эффективности использования коечного фонда.

Таблица 2.19 – Показатели эффективности использования конечного фонда

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Фактическая занятость койки	365	340,8	345	94,52
Фактическая средняя длительность госпитализации	12,5	14,3	12,6	100,8
Норматив занятости койки	316,5	310,8	310	97,95
Норматив длительности госпитализации	10,6	10,6	10,6	100
Коэффициент рационального использования конечного фонда	0,98	0,81	0,94	95,92
Целевая занятость коечного фонда (дней в году)	292	292	292	100
Коэффициент целевого использования коечного фонда	0,8	0,86	0,85	106,25
Коэффициент эффективности использования коечного фонда	0,78	0,7	0,8	102,6

Рассчитанные коэффициенты представленные в таблице указывают на недостаточное эффективное использование коечного фонда стационара учреждения, так как использование коечного фонда составило: в 2015 г. – 78%, в 2016 г. – 0,7%, в 2017 г. – 0,8%. Но за три года этот показатель увеличился на 2,6%, что свидетельствует о положительной тенденции к увеличению эффективности использования коечного фонда. На показатели эффективности использования коечного фонда оказал влияние невысокий норматив занятости койки, которой необходимо пересчитать, так как фактическая занятость койки в год за три года значительно выше.

Вследствие недостаточно эффективного использования коечного фонда возникает экономический ущерб.

Этот ущерб характеризуется количеством финансовых средств, затрачиваемых на содержание неэффективно используемого коечного фонда, и определяется по формуле:

$$\text{Эу} = S \cdot (1 - K\text{э}) \quad (1)$$

Где Эу – величина экономического ущерба вследствие нерационального и нецелевого использования коечного фонда, руб.;

S – сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание коечного фонда, руб.;

Kэ – коэффициент эффективности использования коечного фонда.

Таблица 2.20 – Потери учреждения вследствие неэффективного использования коечного фонда БУ «Психоневрологический интернат»

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2017 г. в % к 2015 г.
Расходы на содержание коечного фонда учреждения	25865,4	37316,5	62803,9	242,81
Коэффициент эффективности использования коечного фонда	0,78	0,7	0,8	102,6
Экономический ущерб от нерационального использования коечного фонда	5690,4	11194,95	12560,78	220,74

Из таблицы 2.20 видно, что расходы на содержание коечного фонда выросли за три года почти в 2,5 раза, вместе с тем в 2,5 раза увеличился экономиче-

ский ущерб от нерационального использования коечного фонда. В 2015 году ущерб равнялся 5690,4 тыс. руб., в 2017 г. он уже равняется 12560,78.

Не менее важное в работе учреждения является обеспечение качества выполняемых услуг, которому уделяется в данном учреждении немало внимания.

Например, для улучшения качества обслуживания, с 01.04.98 г., женщины, прооперированные у хирурга-гинеколога, им же и наблюдаются на протяжении всей дальнейшей жизни. Для этого врачи хирурги-гинекологи 1 раз в неделю ведут прием в поликлиническом отделе.

Контроль за организацией и качеством выполнения медицинских услуг осуществляют в пределах своей компетенции Городское объединение медицинских учреждений и другие органы, на которые в соответствии с законодательством РФ, возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

Контроль качества осуществляется врачебными комиссиями ФОМС. Контроль качества лечебного процесса проверяет врач комиссии ФОМС. Он проверяет истории болезни, где записан ход лечения и амбулаторно-поликлинические карты. По всем выявленным недостаткам делаются нетарифные санкции к учреждению. Учреждение письменно уведомляет фонд об устранении недостатков.

Проведя исследование показателей экономической эффективности деятельности учреждения в динамике можно сказать следующее:

1. Основные средства учреждения используются неэффективно и не в полном объеме. Показатель фондоотдачи снизился в 2017 году на 52% по сравнению с 2015 годом.

2. Показатель материалоотдачи свидетельствует о неэффективном расходовании материальных ресурсов из-за увеличения материалозатрат учреждения в 2,6 раза за три года. Увеличились также средние издержки на лечение одного пациента.

3. Производительность труда имеет тенденции к увеличению.

4. Положительная тенденция имеется и в увеличении эффективности использования коечного фонда учреждения. В настоящее время коечный фонд

используется неэффективно. Потери учреждения в результате неэффективного использования коечного фонда составили 5690,4, 11194,95 и 125560,78 тыс. руб. соответственно в 2015, 2016 и в 2017 годах.

Для повышения эффективности деятельности учреждения необходимо разработать и провести ряд мероприятий, способствующих более целевому, рациональному и эффективному использованию всех имеющихся у БУ «Психоневрологический интернат» ресурсов.

2.3 Оценка эффективности деятельности «Психоневрологический интернат» ХМАО-Югры

В ходе исследования было опрошено 159 респондента. Мнения респондентов разделились практически поровну (45,8% в той или иной степени довольны качеством медобслуживания и 43,5% недовольны) (см. рис.2.1);

Дороговизна лекарств, отсутствие должного финансирования медицины, большие очереди и необходимость оплаты медицинских услуг основные проблемы в сфере здравоохранения (см. рис.2.2). 64% респондентов отметили стоимость лекарств как наиболее острую проблему. Следующей по значимости проблемой, является отсутствие финансирования 34,6%, большие очереди и необходимость оплаты медицинских услуг беспокоит почти каждого третьего респондента, принявшего участие в исследовании (30,5% и 29,2% соответственно). На низкое качество медицинских услуг сетуют 19,1%. В числе острых проблем были также отмечены отсутствие оборудования, низкая квалификация медперсонала, и низкая зарплата специалистов;

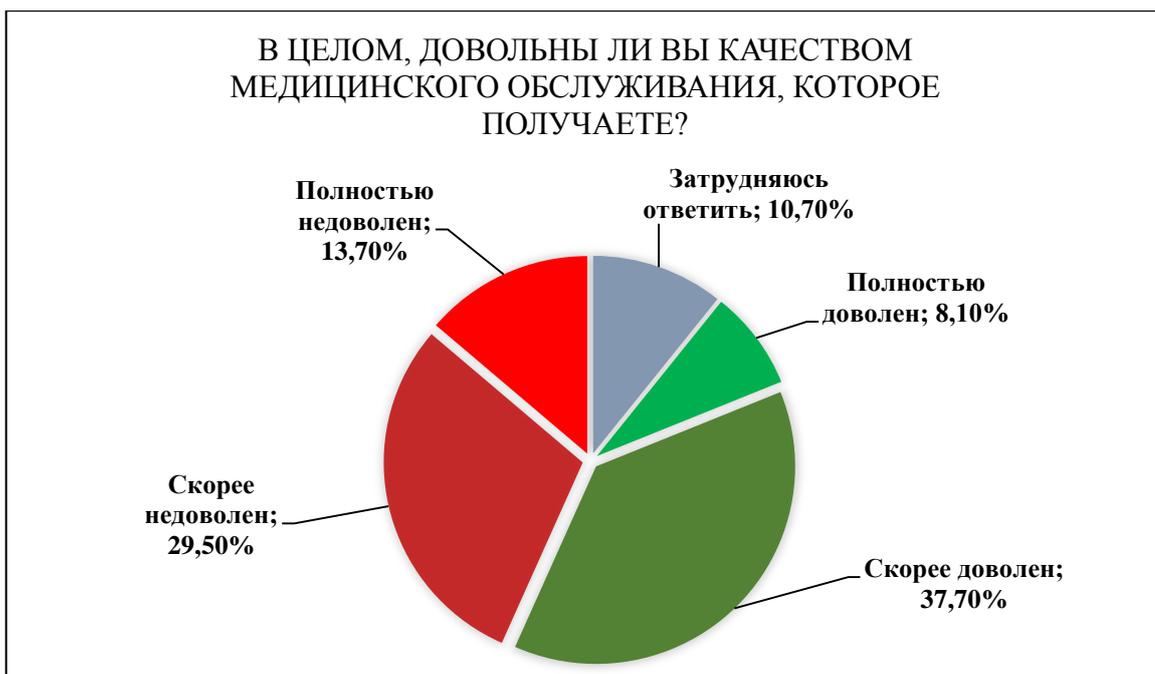


Рисунок 2.1. Диаграмма результатов опроса «довольны ли вы качеством медицинского обслуживания, которое получаете?»



Рисунок 2.2 Диаграмма результатов опроса «наиболее острые проблемы в системе здравоохранения»

По мнению респондентов, улучшение финансирования и оснащения медицинских учреждений повлияет на повышение качества медицинского обслуживания. Эти две составляющие были выделены как главные для улучшения качества медицинского обслуживания (53,4% и 45,4%). Повышение квалификации медицинских работников тоже является немаловажным условием улучшения качества медобслуживания (см. рис.2.3). Также пациенты предложили ввести страховую медицину 31,8% респондентов увидели в этом путь к решению вопроса. Разграничить государственную бесплатную и частную платную медицину предложили 18,9% опрошенных. При этом 38,0% считают, что медицина должна быть бесплатной государственной и 35,6% страховой;



Рисунок 2.3 Диаграмма результатов опроса «за счет чего следует улучшить качество медицинского обслуживания»

Фактически пациенты вынуждены платить за медицинское обслуживание при посещении государственных медицинских учреждений. 28,8% платят при каждом посещении, 22,2% часто и 26,8% иногда. Никогда не платили при посещении государственных медучреждений только 16,3% респондентов;

В целом, можно сказать, что те, кто на протяжении последних двух лет пользовались услугами поликлиники и больницы, а также услугами скорой помощи, удовлетворены работой этих медицинских учреждений. Количество позитивных оценок выше, чем негативных. Нарекания были высказаны в адрес очередей в поликлиниках больше половины опрошенных (52,5%) выказали свое недовольство этим обстоятельством (см. рис.2.4);

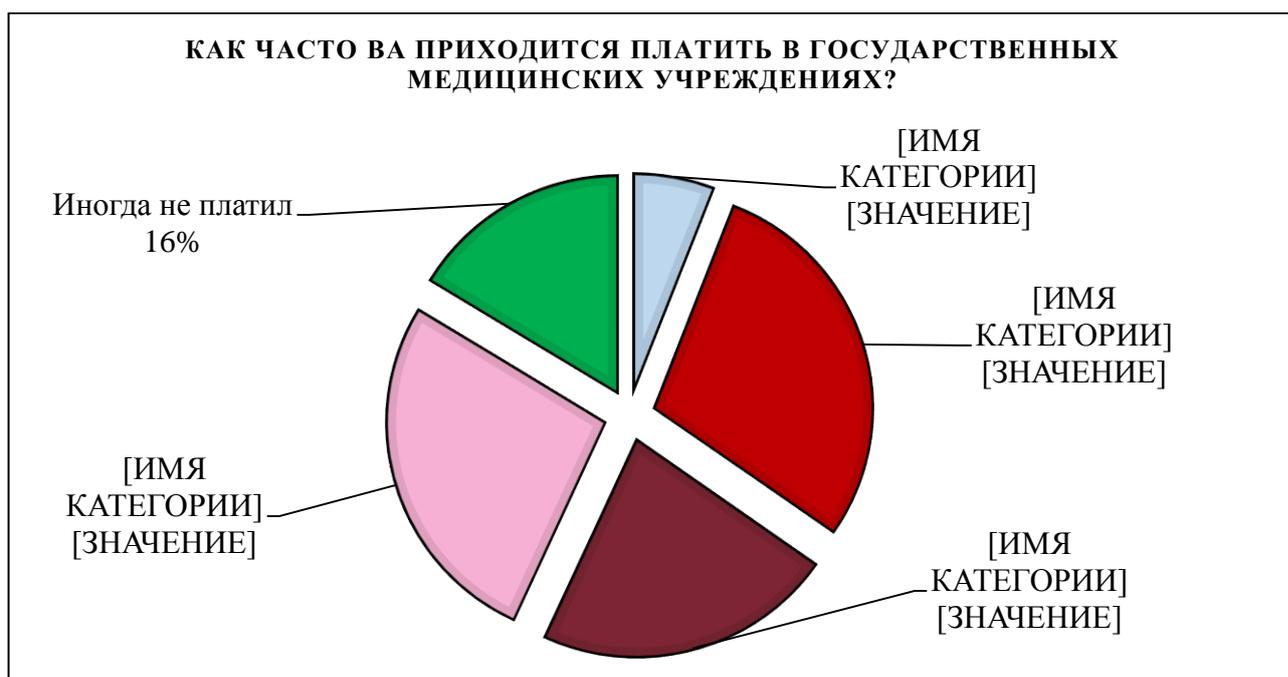


Рисунок 2.4 Диаграмма результатов опроса «как часто вам приходится платить в государственных медицинских учреждениях»

На состояние здоровья населения влияет также плохая экологическая ситуация в стране. Более половины (52,8%) оценивают ее как плохую. Очень плохой и катастрофической ее считают 21,3% и 10,8% опрошенных соответственно. Курение и употребление спиртных напитков также являются негативными факторами воздействия на здоровье населения. По результатам опроса почти каждый третий курит постоянно или периодически (постоянно 27,4%, периодически 10,9%). Спиртные напитки периодически употребляют более половины опрошенных респондентов 52,2%. При этом 43,3% оценили свое здоровье как «удовлетворительное», каждый четвертый (22,1%) как слабое и только 2,5% отметили хорошее состояние своего здоровья. 28% горожан обращаются за медицинской помощью раз

в год, каждый четвертый (25,4%) раз в полгода. И только 6% респондентов обращались медицинской помощью раз в месяц.

Таким образом, в основе обеспечения качества лежит оптимизация процессов предоставления различных видов медицинской помощи.

Среди причин разнообразия подходов к предоставлению медицинской помощи не менее важную роль, чем особенности состояния пациента, играют также отличия в действии врачей, обусловленные уровнем их компетентности и профессиональными стереотипами, а также уровень организации работы медицинского учреждения.

Важным направлением повышения качества медицинской помощи, ориентированным на переход от интуитивной или стереотипной практики к научно обоснованной, когда результат лечебно-профилактического процесса в меньшей степени зависит от личности медицинского работника (прежде всего неопытного или с низкой квалификацией) и достижения современной медицинской науки, является стандартизация медицинской практики и ее организация.

Руководству больницы во время ранжирования приоритетов в организации ЛПУ и работе с персоналом необходимо в первую очередь брать во внимание наиболее важные аспекты деятельности медицинского учреждения для пациентов. Не полностью удовлетворены такие аспекты как «время потраченное персоналом» и «время ожидания», которые для пациентов очень важны.

Построив матрицу оценки важности и удовлетворенности каждого из факторов деятельности ЛПУ, можно легко и быстро реагировать на потребности и проблемы пациентов (см. рис.2.5).

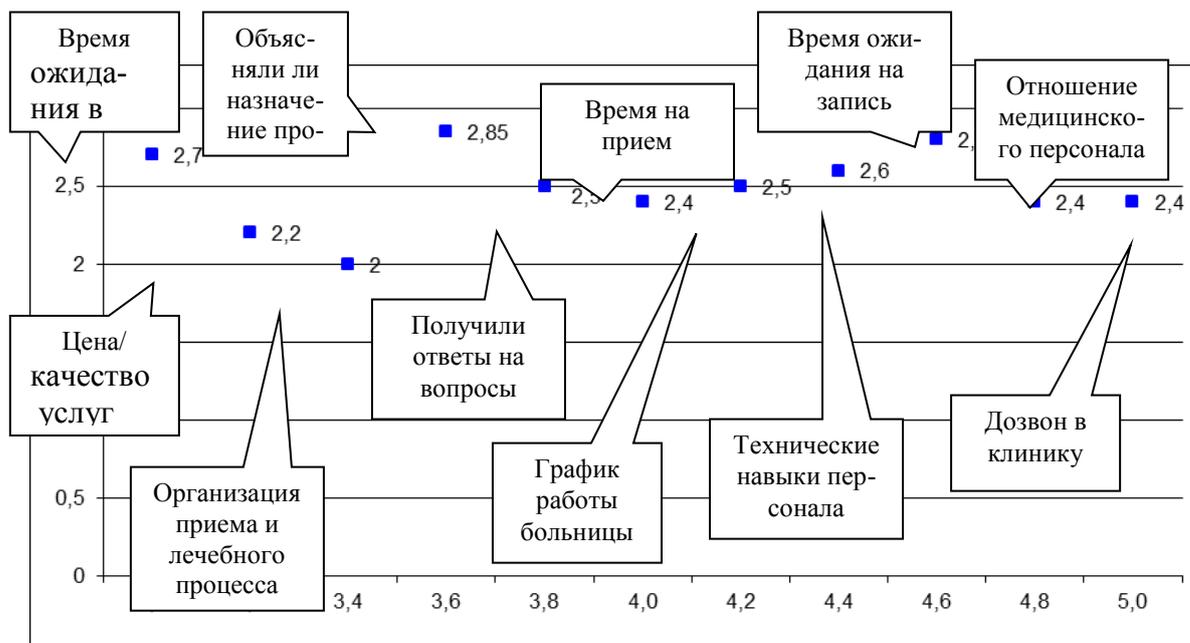


Рисунок 2.5 Матрица оценки важности и удовлетворенности факторов деятельности ЛПУ

Показатели оценки качества больницы:

- Цена/качество услуг;
- Время ожидания в больнице;
- Организация приема и лечебного процесса;
- Объясняли ли назначение процедур и лечения;
- Получили ответы на вопросы;
- Время на прием;
- График работы больницы;
- Время ожидания на запись;
- Технические навыки персонала;
- Отношение медицинского персонала;
- Дозвон в клинику.

Сравнение результатов опроса пациентов показал, что удовлетворенность качеством медицинской помощи и услуг значительно ухудшилась по сравнению с прошлым годом. Оценки по некоторым показателям значительно ухудшились: «время на прием», «получили ответы на вопросы», а «организация приема и больницы в целом» не только снизилась, но и упала на критическую отметку 2-х ба-

лов.

Показатель «время ожидания в больнице» упал с 3,5 до 2,2, «время на прием» снизилось с 4,0 до 2,4, «отношение медицинского персонала» упало с 3,7 до 2,4, что очень плохо влияет на имидж больницы.

Исследование показывает, что показатели не очень важные очень сильно не изменились «график работы больницы».

Нужно учесть, что добросовестная работа и коммуникативные навыки некоторых структурных подразделений в ЛПУ увеличивают лояльность пациентов к работе персонала. Например, количество телефонных звонков возрастает, но пациенты очень лояльно относятся к персоналу, который принимает звонки и умело ведет телефонные переговоры, несмотря на потребность длительное время ждать на телефоне.

Поэтому необходимо регулярно проводить работу с персоналом, тренировку их коммуникативных способностей и навыков выхода из конфликтной ситуации.

Пациент, обращаясь в больницу, хочет получить не только соответственное лечение, но и понимание, сочувствие и уважительное отношение. Персонал в глазах пациентов ассоциируется с надеждой на решение определенной проблемы. Имея, результаты регулярных опросов пациентов и проводя, работу с анализом жалоб, легче скорректировать возможные и существующие ошибки в работе персонала. С другой стороны, удовлетворенность персонала и пациентов это понятия взаимосвязанные и взаимозависимые. Поэтому, можно твердо утверждать: довольные пациенты это довольный персонал.

3 РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ БУ «ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

3.1 Сущность инвестиционной идеи по созданию комнаты психологической разгрузки граждан

Стратегические направления развития предприятия, связанные с увеличением экономическо-хозяйственной деятельности и интенсивным освоением новых технологий, могут быть реализованы в рамках инвестиционного проекта по созданию комнаты психологической разгрузки, в которой будут созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведение психотерапевтических и психогигиенических мероприятий.

Инвестиционная идея. Сущность инвестиционной идеи основана на оборудовании дополнительной комнаты в БУ «Психоневрологический интернат» специализирующейся на снятии напряжения физико-психологического характера у клиентов учреждения. Это приведет к увеличению прибыли и полной занятости работников предприятия.

В ходе опроса граждан поселения Излучинск, методом анкетирования, была выявлена потребность в создании места где люди смогли бы получить физико-психологическую разгрузку.

С момента создания БУ «Психоневрологический интернат» подобного рода услуг организовано не было.

Предполагается, что создание данной комнаты, специализирующейся на гражданах близлежащих городов, а не на клиентах учреждения, позволит решить проблемы граждан связанных с напряженной обстановкой в рабочем / учебном коллективе, снятия психологического напряжения в семьях, восстановление работоспособности в стадии развивающегося утомления, профилактика неврозов.



Рисунок 3.1 Комната психологической разгрузки

Комната психологической разгрузки – это комната в которой созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения психотерапевтических и психогигиенических мероприятий. Иными словами это специально оборудованное место для тех кому в тот или иной период времени необходима эмоциональная, психологическая и умственная «разгрузка»

К услугам кабинета психологической разгрузки относятся:

- лечебно-профилактическая помощь;
- приемы у специалистов;
- проведение мероприятий по психологической коррекции.

Полезные аспекты комнаты:

- если ты стажер в организации, то посещая комнату один или группой, можно пройти процесс адаптации ускоренно и продуктивно;
- если сложности во взаимоотношениях с коллегами, руководством, то в этой комнате можно выпустить на волю все негативные эмоции;

- если у тебя временный «застой» в аспектах результативности, творчества, «производительности», то в этой комнате ты сможешь найти поток идей, настрой и сил.

Плюсы для руководства:

- улучшения психологического климата на предприятии;
- увеличение «производительности»;
- снижение «текучести» кадров;
- уменьшение хозяйственных затрат.

Инвестиционный проект создания отдельной комнаты психологической разгрузки по выполнению услуг гражданам близлежащих городов относится к территориальным проектам т.к. его реализация оказывает влияние на социальную ситуацию в Нижневартовском районе.

Инвестиционные издержки (капиталовложения в период создания и оснащения комнаты) включают в себя: затраты на покупку оборудования, мебели.

В таблице 3.2 представлен расчет суммы амортизационных отчислений резервных фондов, которая составила 61 440 рублей в год.

В целом проекта потребность в капитале на осуществление инвестиционного проекта составит 512 000 рублей.

Основными затратами на создание комнаты психологической разгрузки являются: закупка оборудования, затраты на содержание персонала (зарплата с отчислениями), амортизация и прочие затраты.

Для проведения услуг по психологической разгрузки потенциальных клиентов необходимо принять новых работников и взять на полную ставку уже имеющихся врачей. В состав рабочего коллектива психологической разгрузки входят:

Новые работники:

- Мед. Сестра – 1 чел.
- Детский психолог – 1 чел.

Работники работающие на половину ставки:

- Психотерапевт – 1 чел.
- Специалист социально – психологической службы – 1 чел.

Таблица 3.1 – Капитальные вложения на создание комнаты психологической разгрузки

Наименование	Сумма, руб.
1. Оборудование	
Аудиовизуальный комплекс	80 000,00
Психофизиологическая антистрессовая система Сенсориум	40 000,00
Кондиционер	25 000,00
Релаксационное кресло (5 шт.)	87 000,00
Вибромзыкальная водяная кровать	54 000,00
Воздушно-пузырьковая стеновая панель	47 000,00
Цветомузыкальная установка Фишка	29 000,00
Приборы ароматерапии	43 000,00
Итого	405 000,00
2. Дополнительное оборудование	
Компьютер	35 000,00
Принтер	15 000,00
Светильники (6 шт.)	12 000,00
Безопасное зеркало (3 шт.)	15 000,00
Фонтан напольный	30 000,00
Всего	512 000,00

Таблица 3.2 – Амортизационные отчисления основных фондов

Наименование	Сумма
Стоимость основных фондов, тыс.руб.	512 000,00
Амортизация	61 440,00

Работа персонала будет осуществляться в одну смену с пятидневной рабочей неделей.

Для обеспечения руководства над трудовым коллективом будет привлечен заведующий психотерапевтическим отделением (1 чел).

Текущие издержки включают в себя также материальные затраты:

- Сырье и материалы (ароматизированные масла, средства гигиены, канцелярские товары) – 50 000 рублей в год.
- Энергетические ресурсы – 15 000 рублей в год

– Транспортные расходы (доставка персонала до/с места работы) – 15 000 рублей в год.

Затраты на оплату труда персонала, исходя из нормативного уровня заработной платы, с учетом отчислений на социальные нужды (30%) составит – 1 200 000 рублей в год.

– Мед. Сестра – 30 000 руб./мес. (360 000 руб./год)

– Детский психолог – 40 000 руб./мес. (480 000 руб./год)

– Психотерапевт – 15 000 руб./мес. (180 000 руб./год)

– Специалист социально – психологической службы – 15 000 руб./мес. (180 000 руб./год)

– Социальные выплаты (компенсации и льготы) – 362 000 рублей в год.

Прочие расходы включают в себя: обслуживание сети интернет, телефонной сети, охранные услуги, они составят 30 000 рублей в год.

Текущие издержки производства на создание и обслуживание комнаты психологической разгрузки при осуществлении инвестиционного проекта составят 1 733 840 рублей (таблица 3.3).

Таблица 3.3 - Текущие издержки производства

Наименование	Всего текущих затрат, руб.
1. Материальные затраты	80 000,00
1.2 Сырье и материалы (топливные ресурсы)	50 000,00
1.3 Энергетические ресурсы	15 000,00
1.4 Транспортные расходы	15 000,00
2. Затраты на оплату труда	1 200 000,00
3. Социальные выплаты	362 400,00
4. Амортизация основных фондов	61 440,00
5. Прочие затраты	30 000,00
Итого затрат:	1 733 840,00
Текущие издержки без амортизации	1 672 400,00

В результате оказания обозначенных услуг прирост выручки составит 1 800 000 рублей (таблица 3.4)

Таблица 3.4 - Объем выполняемых услуг и выручка от реализации

Наименование	Значение
1 Количество услуг за год	1800
2 Цена одной услуги в тыс. руб. (без НДС)	1
3 Выручка от реализации услуг (тыс. руб.)	1800

3.2 Целесообразность создания комнаты релаксации с установкой камеры сенсорной депривации (Флоатинг-капсулы)

Сущность инвестиционной идеи основана на оборудовании дополнительного кабинета Флоатинг-капсулы, для проведения сеанса флотации, достижение состояния по ощущениям близкого к невесомости. Капсула специализируется на снятии физического напряжения у клиентов учреждения, что в свою очередь приведет к улучшению физического и психологического состояния человека, а так же к повышению доходов БУ «Психоневрологический интернат», получаемых от оказания платных услуг.



Рисунок 3.2 Флоатинг-капсула

Флоатинг – это подтвержденный наукой метод глубокой релаксации организма, который основан на невесомости человеческого тела. Во время прохожде-

ния процедуры флотации человек находится в таком окружении, где все внешние раздражители полностью исключены. Наиболее важный эффект флотации – это освобождение тела и всего организма от нагрузки гравитации, что позволяет полностью расслабить суставы и мышцы. Одна процедура флотации эквивалентна 4 часам сна.

К процедурам кабинета релаксации относятся:

- Ароматерапия;
- Светотерапия;
- Подводной звукотерапии, для достижения максимальной релаксации.

Позитивные и полезные эффекты

Влияние на психологическое состояние:

- Устранение последствий стресса;
- Увеличение креативности;
- Повышение способности к решению проблем и концентрации;
- Улучшение усвоения информации;
- Избавление от бессонницы, уменьшение или устранение хронической усталости;
- Снижение зависимости от пагубных привычек;
- Уменьшение симптомов страха и депрессии;
- Улучшение поведения человека;
- Снижение симптомов мигрени.

Нейрология и мышцы:

- Уменьшение симптомов артрита, болей в спине, пояснице, растяжения мышц;
- Уменьшение боли в позвоночнике.

Внутренние органы человека и положительное влияние на них:

- Регулирование кровяного давления и уменьшение риска заболевания сосудистой системы и сердца;

- Помощь впитывания молочной кислоты;
- Увеличение циркуляции кислорода в организме;
- Уменьшение заболеваний дыхательных путей;
- Укрепление иммунной системы;
- Предотвращение инсультов;
- Уменьшение риска заболевания раком.

Дерматология:

- Рассасывание ушибов и других повреждений кожи;
- Лечение угревой сыпи;
- Расширение пор, подготовка кожи к маскам и косметической чистке

лица.

Основные показатели инвестиционного проекта.

Инвестиционные издержки (капиталовложения в период создания и оснащения комнаты) включает в себя: затраты на покупку оборудования, мебели, средств гигиены и расходных материалов, необходимых для проведения процедур.

В таблице 3.4 представлен расчет суммы амортизационных отчислений основных фондов, которая составила 107 640 рублей в год.

В целом проекта потребность в капитале на осуществление инвестиционного проекта составит 897 000 рублей.

Особенность данного проекта является то, что влияние инвестиций на операционную деятельность проявится через привлечения дополнительных финансовых ресурсов.

Основными затратами на оказание платных процедур являются: затраты на содержание персонала (зарплата с отчислениями), материалы, амортизация и прочие затраты.

Для проведения процедур и технического обслуживания Флоатинг-капсулы необходимо принять новых работников:

- Медицинская сестра – 1 чел.
- Специалист по диагностике капсулы – 1 чел.

Таблица 3.5 – Капитальные вложения на оснащение комнаты релаксации

Наименование	Сумма, руб.
1. Оборудование	
Флоатинг капсула	720 000,00
Технический блок	40 000,00
Резервуар для хранения воды	15 000,00
Лампы для светотерапии	17 000,00
Аппарат ароматерапии	20 000,00
Душевая кабинка	30 000,00
Итого	842 000,00
2. Дополнительные средства	
Средства гигиены	25 000,00
Солевой раствор	20 000,00
Приборы для санитарной обработки	10 000,00
Всего	897 000,00

Таблица 3.6 – Амортизационные отчисления основных фондов комнаты релаксации

Наименование	Сумма
Стоимость основных фондов, тыс.руб.	897 000,00
Амортизация	107 640,00

Работа персонала будет осуществляться в одну смену с пятидневной рабочей неделей. Численный состав бригады составляет 2 человека.

Текущие издержки включают в себя также материальные затраты:

- Сырье и материалы (солевой раствор, средства гигиены и санитарной обработки) – 185 000 рублей в год.
- Энергетические ресурсы – 40000 рублей в год
- Транспортные расходы (доставка персонала до/с места работы) – 15 000 рублей в год.

Затраты на оплату труда персонала, исходя из нормативного уровня заработной платы, с учетом отчислений на социальные нужды (34%) составит – 840000 рублей в год.

- Медицинская сестра – 30000 руб./мес. (360000 руб./год)
- Специалист по диагностике капсулы – 40000 руб./мес. (480000 руб./год)
- Социальные выплаты (компенсации и льготы) – 253680 рублей в год.

Прочие расходы включают в себя: обслуживание сети интернет, телефонной сети, охранные услуги, они составят 30 000 рублей в год.

Текущие издержки производства на создание и обслуживание комнаты релаксации при осуществлении инвестиционного проекта составят 1 711320 рублей (таблица 3.7).

Таблица 3.7 - Текущие издержки производства

Наименование	Всего текущих затрат, руб.
1. Материальные затраты	480 000,00
1.2 Сырье и материалы (топливные ресурсы)	185 000,00
1.3 Энергетические ресурсы	40 000,00
1.4 Транспортные расходы	15 000,00
2. Затраты на оплату труда	840 000,00
3. Социальные выплаты	253 680,00
4. Амортизация основных фондов	107 640,00
5. Прочие затраты	30 000,00
Итого затрат:	1 711 320,00
Текущие издержки без амортизации	1 603 680,00

Объем выполняемых услуг – 1300 , а выручка от их реализации 1 950 000 рублей (таблица 3.8)

Таблица 3.8 - Объем выполняемых услуг и выручка от реализации

Наименование	Значение
1 Количество услуг за год	1300
2 Цена одной услуги в тыс. руб. (без НДС)	1.5
3 Выручка от реализации услуг (тыс. руб.)	1950

3.3 Коммерческая эффективность проектов

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

Выделяют следующие показатели эффективности инвестиционного проекта относительно интересов его участников:

– показатели коммерческой (финансовой) эффективности, учитывающие финансовые последствия реализации проекта для его непосредственных участников;

– показатели бюджетной эффективности, отражающие финансовые последствия проекта для федерального, регионального или местного бюджетов;

– показатели экономической эффективности, учитывающие затраты и результаты, связанные с реализацией проекта, выходящие за пределы прямых финансовых интересов участников инвестиционного проекта и допускающие стоимостное измерение.

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

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

Технически приведение к начальному шагу затрат, результатов и эффектов, которые имеют место на t -ом шаге расчета реализации проекта, производится путем их умножения на коэффициент дисконтирования \square_t , определяемый как:

$$T_t = 1/(1+E)^t, \quad (2)$$

Где t - номер шага расчета ($t = 0, 1, \dots, T$),

T - период планирования;

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

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

Чистый дисконтированный доход - это сумма текущих эффектов (разницы результатов и затрат) за весь период планирования, приведенная к начальному шагу:

$$\text{ЧДД} = \sum_{t=0}^T (R_t - Z_t^+) \times \alpha_t - K \quad (3)$$

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

Z_t^+ - затраты, осуществляемые на t -ом шаге расчета, при условии, что в них не входят капиталовложения;

α_t - коэффициент дисконтирования.

Сумма дисконтированных капиталовложений (K), вычисляется по формуле:

$$K = \sum_{t=0}^T K_t \times \alpha_t \quad (4)$$

где K_t - капиталовложения на t -ом шаге.

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

Индекс доходности - это отношение приведенного эффекта к приведенным капиталовложениям:

$$\text{ИД} = 1 / K \cdot \sum (R_t - Z_t^+) \cdot 1 / (1 + E)^t, \quad (5)$$

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

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

$$\sum_{t=0}^T \frac{R_t - Z_t^+}{(1 + E)^t} = \sum_{t=0}^T \frac{K_t}{(1 + E)^t} \quad (6)$$

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

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

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

В рамках каждого вида деятельности происходит приток и отток денежных средств. Разность между ними называется потоком денежных средств.

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

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

Необходимым критерием осуществимости инвестиционного проекта является положительность сальдо накопленных денежных потоков в любом временном интервале, в котором осуществляют затраты и получают доходы. Отрицательная величина сальдо накопленных денежных потоков свидетельствует о необходимости привлечения дополнительных собственных или заемных средств и отражения этих средств в расчетах эффективности.

3.4 Оценка коммерческой эффективности комнаты психологической разгрузки

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

- продолжительность периода планирования принята 5 лет (5 шагов);
- в качестве шага планирования принят один год;
- норма дисконта принята на уровне 14 % в год;
- цены, тарифы и нормы не изменяются на протяжении всего периода планирования;

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

Норма дисконтирования установлена из условий:

- ключевая ставка ЦБ РФ – 7,25 %;
- риск недополучения прибыли 6,75 %.

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

Результаты расчетов по оценке коммерческой эффективности проекта представлены в таблицах 3.9-3.13.

Таблица 3.9 – Инвестиционная деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Расходы на приобретение									
активов, всего	512 000,0 0								512 000,00
в том числе:									
за счет собственных средств	512 000,0 0								
за счет заемных средств.	0,00								0,00
2. Поток реальных средств									
2.1. По шагам	-512 000,0 0								-512 000,00
2.2. Нарастающим итогом	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	
3. Поток дисконтированных средств									512 000,00
3.1. По шагам	-512 000,0 0								
3.2. Нарастающим итогом	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	-512 000,0 0	

Таблица 3.10 – Поток денежных средств от операционной деятельности

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период	
	0	1	2	3	4	5	6	7		
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025		
1. Экономический эффект	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	1 800 000,00	14 400 000,00
2. Текущие издержки	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	1 672 400,00	13 379 200,00
3. Амортизация основных средств	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	61 440,00	491 520,00
4. Валовый доход	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	66 160,00	529 280,00
5. Налог на прибыль (20%)	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	13 232,00	105 856,00
6. Чистая прибыль	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	52 928,00	423 424,00
7. Поток реальных средств										
7.1. По шагам	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	114 368,00	914 944,00
7.2. Нарастающим итогом	114 368,00	228 736,00	343 104,00	457 472,00	571 840,00	686 208,00	800 576,00	914 944,00		
8. Поток дисконтированных средств										
8.1. По шагам	114 368,00	100 322,81	88 002,46	77 195,14	67 715,04	59 399,16	52 104,52	45 705,72	45 705,72	604 812,85
8.2. Нарастающим итогом	114 368,00	214 690,81	302 693,27	379 888,41	447 603,45	507 002,60	559 107,13	604 812,85		

Таблица 3.11 – Финансовая деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Собственный капитал.	512 000,00								512 000,00
2. Поток реальных средств									
2.1. По шагам	512 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	512 000,00
2.2. Нарастающим итогом.	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	
3. Поток дисконтированных средств									
3.1. По шагам	512 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	512 000,00
3.2. Нарастающим итогом.	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	512 000,00	

Таблица 3.12 – Инвестиционная и операционная деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Поток реальных средств (ЧРД)									
1.1. По шагам	-397 632,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,00	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	402 944,0 0
1.2. Нарастающим итогом.	-397 632,0 0	-283 264,0 0	-168 896,0 0	-54 528,00	59 840,0 0	174 208,0 0	288 576,0 0	402 944,0 0	
2. Поток дисконтированных средств (ЧДД)									
2.1. По шагам	-397 632,0 0	100 322,8 1	88 002,4 6	77 195,14	67 715,0 4	59 399,1 6	52 104,5 2	45 705,7 2	92 812,8 5
2.2. Нарастающим итогом.	-397 632,0 0	-297 309,1 9	-209 306,7 3	-132 111,59	-64 396,5 5	-4 997,4 0	47 107,1 3	92 812,8 5	

Таблица 3.13. Сальдо денежных потоков

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Поток реальных средств									
1.1. По шагам	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	114 368,0 0	914 944,00
1.2. Нарастающим итогом (СРД).	114 368,0 0	228 736,0 0	343 104,0 0	457 472,0 0	571 840,0 0	686 208,0 0	800 576,0 0	914 944,0 0	

За период планирования, жизненный цикл (8 лет), инвестиционный проект потребует 512000 руб. капитальных вложений и принесет 423 424 тыс. руб. чистой прибыли.

Чистый реальный доход проекта составит 914 944 руб., чистый дисконтированный доход – 604 812 руб.

Индекс доходности исчисленный по реальным потокам равен 1,78, а исчисленный по дисконтированным потокам – 1,18

Внутренняя норма доходности инвестиций составляет 21 % в год (рисунок 3.1).

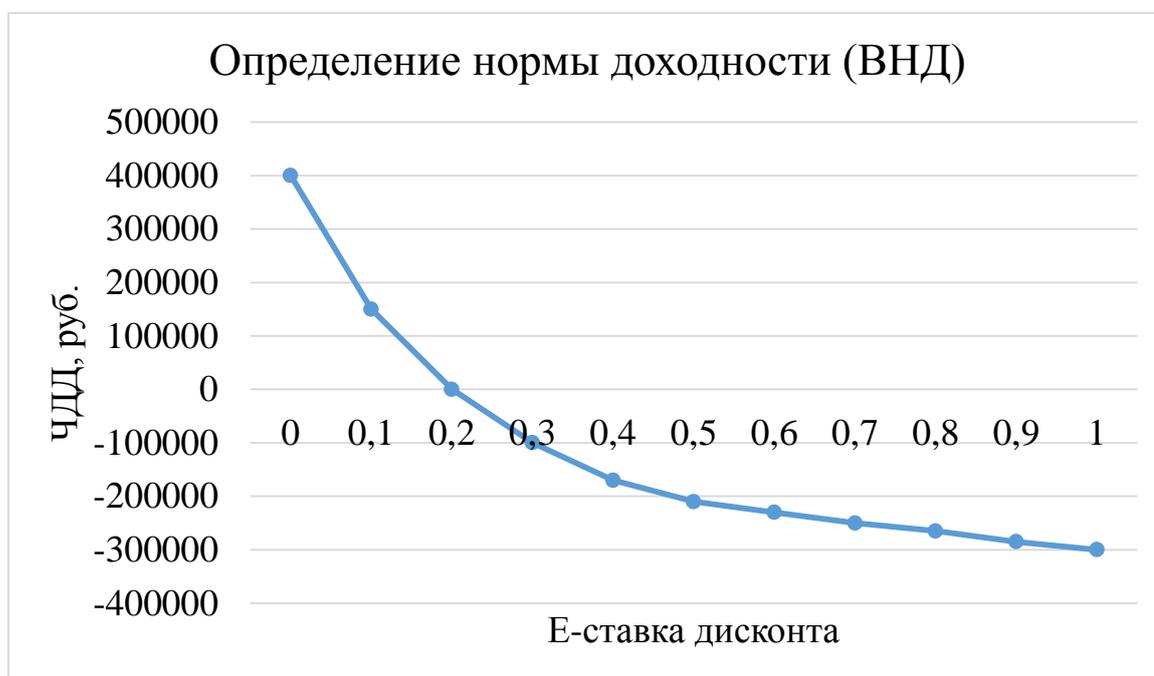


Рисунок 3.3 – Внутренняя норма доходности

Срок окупаемости проекта исчисленный по реальным потокам 4,7 года.

Наглядно о формировании показателей эффективности проекта можно судить по рисунку 3.3.

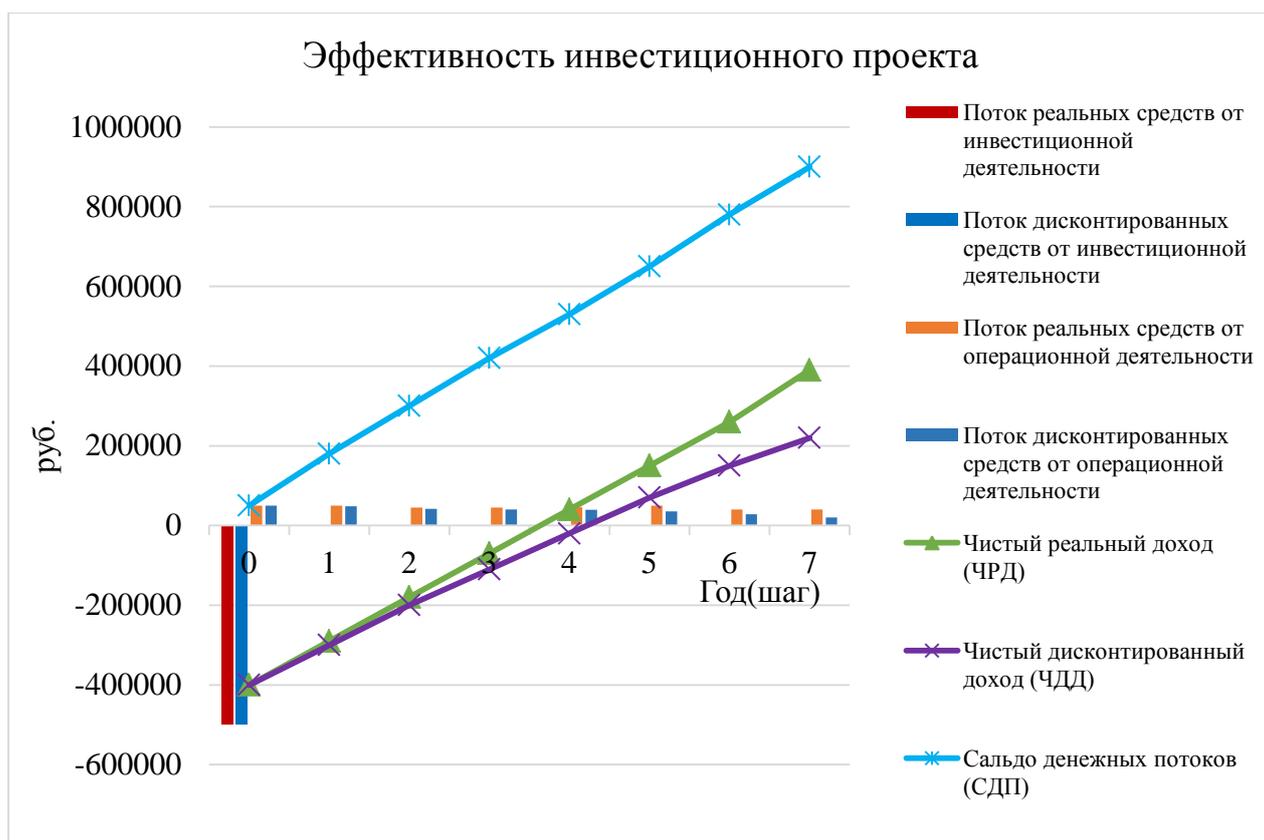


Рисунок 3.4 – Эффективность инвестиционного проекта

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

Внутренняя норма доходности и срок окупаемости устраивает предприятие как инвестора.

Положительное сальдо денежных потоков свидетельствует об осуществимости проекта при избранной схеме финансирования.

Следует подчеркнуть предварительный характер оценки коммерческой эффективности проекта и необходимость проведения более точных расчетов, учитывающих реально сложившуюся экономическую ситуацию в стране.

3.4.1 Анализ чувствительности проекта к риску

Поскольку инвестиционные проекты имеют определённую степень риска, связанную с природными и рыночными факторами, то необходимо провести анализ чувствительности к риску от проведения мероприятий. Надежность проекта

при общей нестабильности характеризуется чувствительностью основных экономических критериев к изменению различных критериев.

Анализ и оценка рисков занимают важное место в системе анализа долгосрочных инвестиций. Модели оценки капитальных активов предполагают, что инвесторы не склонны рисковать, поэтому из двух активов, приносящих равный доход, выберут тот, риск которого меньше. При этом под риском понимается вероятность получения меньших доходов (или прироста стоимости актива), чем ожидается инвестором. Считается, что анализ инвестиций проводится в условиях риска, а не неопределенности, так как экономические субъекты активно собирают необходимую им информацию и могут с достаточной степенью точности судить о вероятности событий.

Для определения степени чувствительности проекта к риску строится соответствующая диаграмма, которую называют также «диаграммой паука». Для построения диаграммы «Паук» вычисляем вариации значений NPV при изменении данных параметров.

Таблица 3.14 - Значение ЧДД при варьируемых показателях

Показатели	-15%	-10%	-5%	0	5%	10%	15%
Экономический эффект	120 962,57			604 812,85			1 088 663,13
Текущие издержки		955 604,30		604 812,85		254 021,40	
Налоги			610 860,98	604 812,85	598 764,72		

На рисунке 3.4 представлена диаграмма «Паук» для предлагаемого мероприятия.

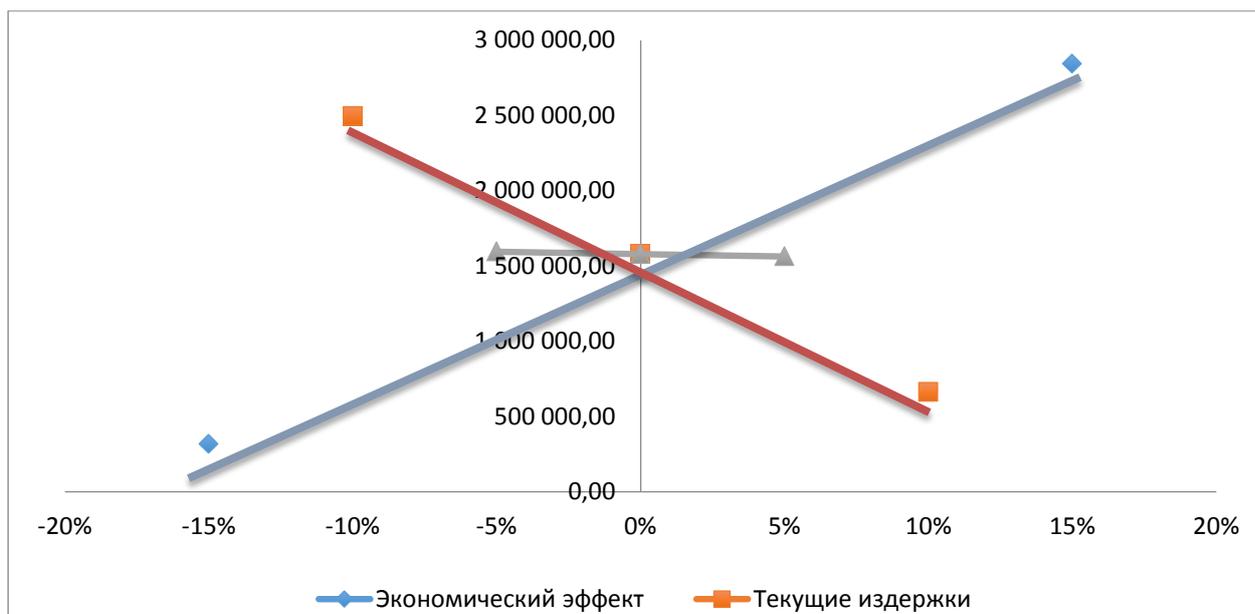


Рисунок 3.5 – Диаграмма «Паук»

Расчет изменения NPV при вариации факторов по диаграмме «Паук», нам явно видно, что мероприятие не имеет риска - так как график находится в положительной области построения, что говорит об экономической целесообразности проведения мероприятия.

3.5 Оценка коммерческой эффективности комнаты релаксации

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

- продолжительность периода планирования принята 5 лет (5 шагов);
- в качестве шага планирования принят один год;
- норма дисконта принята на уровне 14 % в год;
- цены, тарифы и нормы не изменяются на протяжении всего периода планирования;

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

Норма дисконтирования установлена из условий:

- ключевая ставка ЦБ РФ – 7,25 %;

– риск недополучения прибыли 6,75 %.

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

Результаты расчетов по оценке коммерческой эффективности проекта представлены в таблицах 3.15-3.19

Таблица 3.15 – Инвестиционная деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Расходы на приобретение									
активов, всего	897 000,00								897 000,00
в том числе:									
за счет собственных средств	897 000,00								
за счет заемных средств.	0,00								0,00
2. Поток реальных средств									
2.1. По шагам	-897 000,00								-897 000,00
2.2. Нарастающим итогом	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	
3. Поток дисконтированных средств									
3.1. По шагам	-897 000,00								-897 000,00
3.2. Нарастающим итогом	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	-897 000,00	

Таблица 3.16 – Поток денежных средств от операционной деятельности

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Экономический эффект	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	1 950 000,00	15 600 000,00
2. Текущие издержки	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	1 603 680,00	12 829 440,00
3. Амортизация основных средств	107 640,00	107 640,00	107 640,00	107 640,00	107 640,00	107 640,00	107 640,00	107 640,00	861 120,00
4. Валовый доход	238 680,00	238 680,00	238 680,00	238 680,00	238 680,00	238 680,00	238 680,00	238 680,00	1 909 440,00
5. Налог на прибыль (20%)	47 736,00	47 736,00	47 736,00	47 736,00	47 736,00	47 736,00	47 736,00	47 736,00	381 888,00
6. Чистая прибыль	190 944,00	190 944,00	190 944,00	190 944,00	190 944,00	190 944,00	190 944,00	190 944,00	1 527 552,00
7. Поток реальных средств									
7.1. По шагам	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	2 388 672,00
7.2. Нарастающим итогом	298 584,00	597 168,00	895 752,00	1 194 336,00	1 492 920,00	1 791 504,00	2 090 088,00	2 388 672,00	
8. Поток дисконтированных средств									
8.1. По шагам	298 584,00	261 915,79	229 750,69	201 535,70	176 785,70	155 075,17	136 030,85	119 325,31	1 579 003,21
8.2. Нарастающим итогом	298 584,00	560 499,79	790 250,48	991 786,18	1 168 571,87	1 323 647,05	1 459 677,90	1 579 003,21	

Таблица 3.17 – Финансовая деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Собственный капитал.	897 000,00								897 000,00
2. Поток реальных средств									
2.1. По шагам	897 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	897 000,00
2.2. Нарастающим итогом.	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	
3. Поток дисконтированных средств									
3.1. По шагам	897 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	897 000,00
3.2. Нарастающим итогом.	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	897 000,00	

Таблица 3.18 – Инвестиционная и операционная деятельность

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Поток реальных средств (ЧРД)									
1.1. По шагам	-598 416,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	1 491 672,00
1.2. Нарастающим итогом.	-598 416,00	-299 832,00	-1 248,00	297 336,00	595 920,00	894 504,00	1 193 088,00	1 491 672,00	
2. Поток дисконтированных средств (ЧДД)									
2.1. По шагам	-598 416,00	261 915,79	229 750,69	201 535,70	176 785,70	155 075,17	136 030,85	119 325,31	682 003,21
2.2. Нарастающим итогом.	-598 416,00	-336 500,21	-106 749,52	94 786,18	271 571,87	426 647,05	562 677,90	682 003,21	

Таблица 3.19 – Сальдо денежных потоков

Наименование	Шаг (год) планирования								Итого за период
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
1. Поток реальных средств									
1.1. По шагам	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	298 584,00	2 388 672,00
1.2. Нарастающим итогом (СРД).	298 584,00	597 168,00	895 752,00	1 194 336,00	1 492 920,00	1 791 504,00	2 090 088,00	2 388 672,00	

За период планирования, жизненный цикл (8 лет), инвестиционный проект потребует 897 000 руб. капитальных вложений и принесет 1 527 552 руб. чистой прибыли.

Чистый реальный доход проекта составит 2 388 672 руб., чистый дисконтированный доход – 1 579 003 руб.

Индекс доходности исчисленный по реальным потокам равен 2,66, а исчисленный по дисконтированным потокам – 1,76.

Внутренняя норма доходности инвестиций составляет 45 % в год (рисунок 3.5).

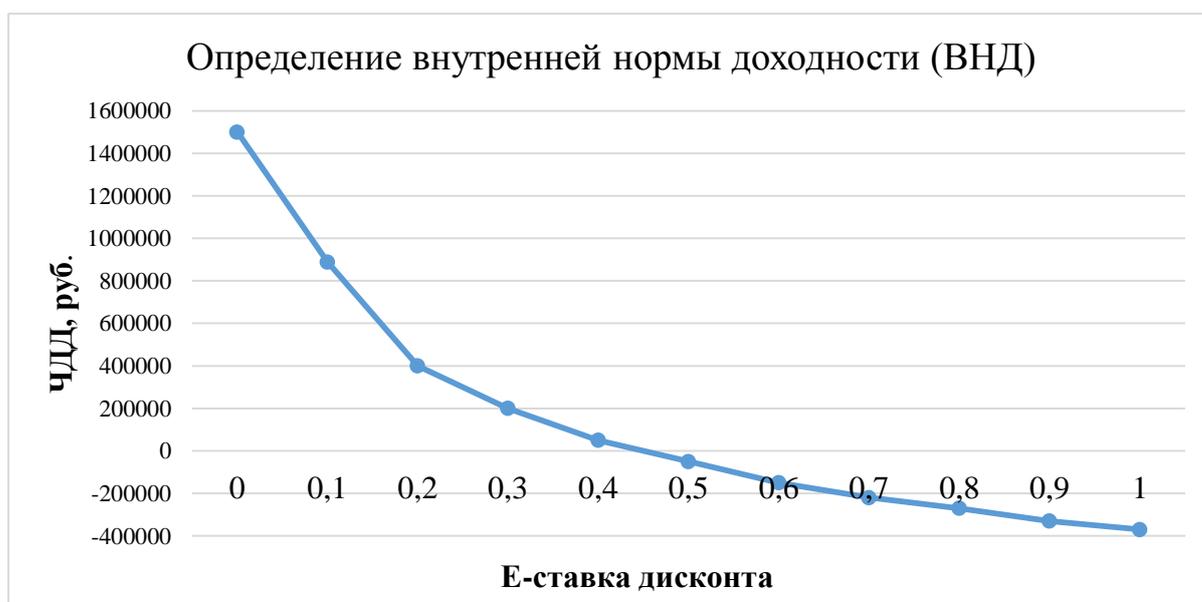


Рисунок 3.6 – Внутренняя норма доходности

Срок окупаемости проекта исчисленный по реальным потокам 2.2 года. Наглядно о формировании показателей эффективности проекта можно судить по рисунку 3.6.

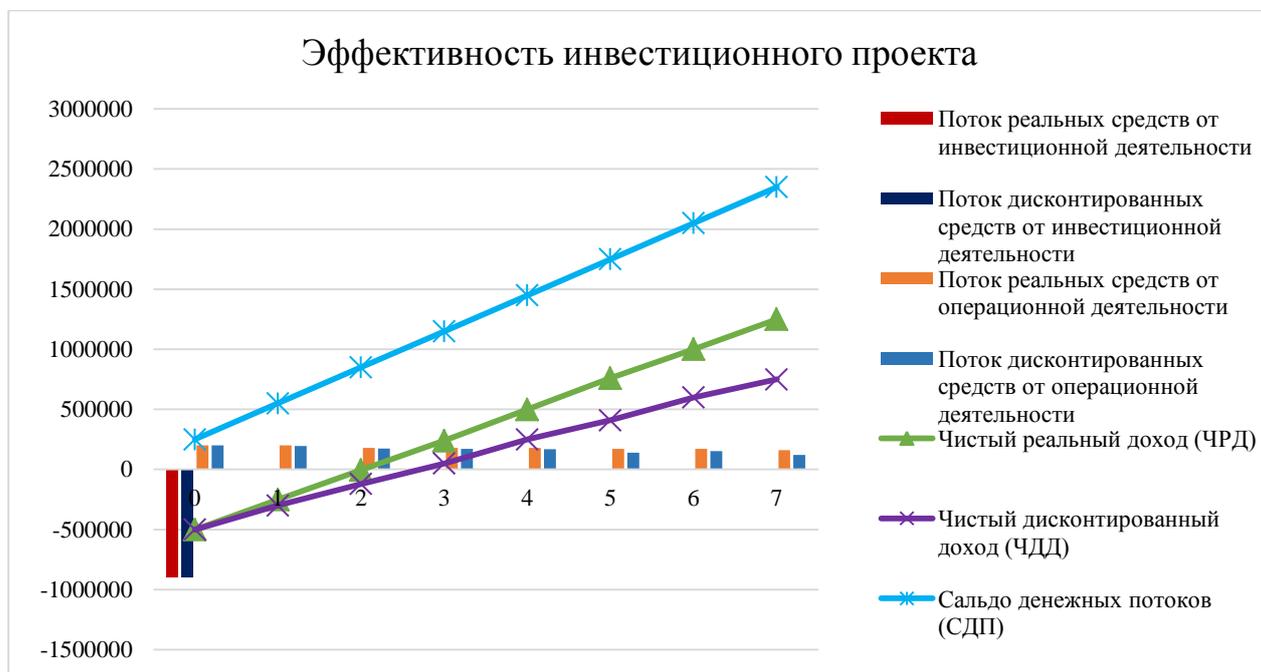


Рисунок 3.7 – Эффективность инвестиционного проекта

Положительный чистый дисконтированный доход и индекс доходности, превосходящий единицу, позволяют охарактеризовать проект как эффективный. Внутренняя норма доходности и срок окупаемости устраивает предприятие как инвестора. Положительное сальдо денежных потоков свидетельствует об осуществимости проекта при избранной схеме финансирования.

Следует подчеркнуть предварительный характер оценки коммерческой эффективности проекта и необходимость проведения более точных расчетов, учитывающих реально сложившуюся экономическую ситуацию в стране.

3.5.1 Анализ чувствительности проекта к риску

Так как инвестиционные проекты имеют определённую степень риска, связанную с природными и рыночными факторами, то необходимо провести анализ чувствительности к риску от проведения мероприятий. Надежность проекта

при общей нестабильности характеризуется чувствительностью основных экономических критериев к изменению различных критериев.

Анализ и оценка рисков занимают важное место в системе анализа долгосрочных инвестиций. Модели оценки капитальных активов предполагают, что инвесторы не склонны рисковать, поэтому из двух активов, приносящих равный доход, выберут тот, риск которого меньше. При этом под риском понимается вероятность получения меньших доходов (или прироста стоимости актива), чем ожидается инвестором. Считается, что анализ инвестиций проводится в условиях риска, а не неопределенности, так как экономические субъекты активно собирают необходимую им информацию и могут с достаточной степенью точности судить о вероятности событий.

Для определения степени чувствительности проекта к риску строится соответствующая диаграмма, которую называют также «диаграммой паука». Для построения диаграммы «Паук» вычисляем вариации значений NPV при изменении данных параметров.

Таблица 3.20 - Значение ЧДД при варьируемых показателях

Показатели	-15%	-10%	-5%	0	5%	10%	15%
Экономический эффект	315 800,64			1 579 003,21			2 842 205,78
Текущие издержки		2 494 825,08		1 579 003,21		663 181,35	
Налоги			1 594 793,24	1 579 003,21	1 563 213,18		

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

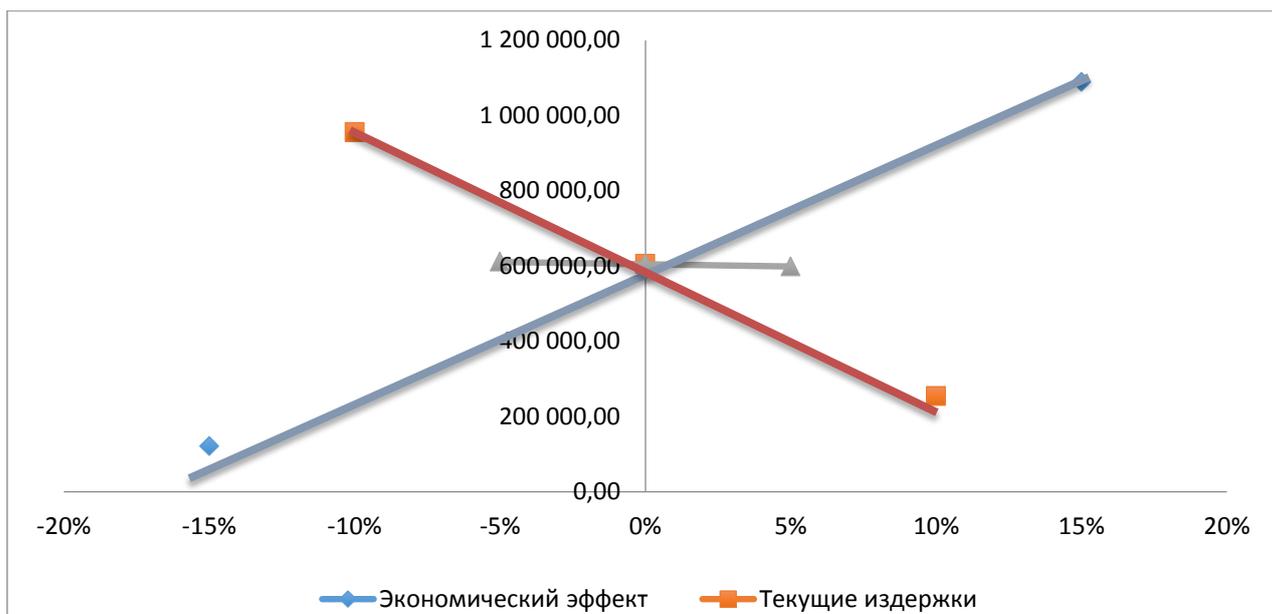


Рисунок 3.8 – Диаграмма «Паук»

Расчет изменения NPV при вариации факторов по диаграмме «Паук», нам явно видно, что мероприятие не имеет риска - так как график находится в положительной области построения, что говорит об экономической целесообразности проведения мероприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Конституции РФ, принятой в 1993 г., Российская Федерация декларируется в качестве социального государства. Осуществление данной конституционной общепризнанных мерок подразумевает активную деятельность страны, направленную на обеспечение высочайшего значения социальной безопасности людей, приобретение социальной справедливости и солидарности, гармонизацию отношений между институтами государственного управления и гражданским обществом и др.

По мнению некоторых ученых, социальное государство это государство, окончательной целью которого считается высокий уровень жизни народонаселения, рост, устойчивое формирование отраслей социальной сферы, повышение свойства общественных услуг, воплощение и расширение прав и свободы человека, создание всеобщего социального пространства в рамках межгосударственных интеграционных образований и на основе укрепления стратегического партнерства.

Изучение отечественного и зарубежного опыта формирования и развития системы здравоохранения показало, что в мире здравоохранение развивается в соответствии стремя основными моделями: система «единого плательщика»

(государственная система), медицинское страхование по месту работы (система регулируемого страхования, страховая медицина), управляемая конкуренция (рыночная система). Однако большинство исследователей сходятся во мнении, что ни одна из них в чистом виде уже не встречается. Наполнение отечественного здравоохранения цивилизованными рыночными отношениями, введение и функционирование системы обязательного медицинского страхования делает систему предоставления медицинских услуг реальным экономическим субъектом в общей инфраструктуре экономики страны.

Реформирование российского здравоохранения необходимо осуществлять комплексно, по всем подсистемам, которых не коснулись ранние этапы реформ.

Прежде всего, необходимо существенно изменить такие важнейшие для

деятельности всей системы здравоохранения подсистемы, как планирование, управление и контроль качества лечения и затрат, мотивация и материальное стимулирование, маркетинг и конкурентная среда. Именно отсутствие системности в ранее проводимых реформах в значительной степени стало причиной их неудач. Несмотря на предпринимаемые усилия, система здравоохранения продолжает функционировать не эффективно, и это картина складывается практически во всех субъектах Российской Федерации.

Проведенный нами анализ показал, что в развитии системы здравоохранения наблюдаются как положительные, так и отрицательные аспекты. К положительным моментам относится увеличение рождаемости и снижение смертности населения, снижение заболеваемости населения по основным классам болезней, а также снижение заболеваний социального характера, уменьшение численности инвалидов, дальнейшая модернизация системы здравоохранения. Независимые опросы, проведенные страховыми организациями, показали, что в ХМАО-Югра за время модернизации системы здравоохранения значительно возросла удовлетворенность населения медицинским обслуживанием.

Главным направлением развития системы здравоохранения становится обеспечение ее целостности за счет единых для здравоохранения систем планирования, нормирования, стандартизации, лицензирования, сертификации, единой технологической, технической и кадровой политики.

В целях обеспечения устойчивого развития системы здравоохранения необходимо:

- повысить уровень оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием;
- повысить уровень подготовки и повышения квалификации медицинских кадров;
- создать условия для эффективного внедрения в медицинскую практику результатов научно-технической деятельности;

- обеспечить развитие реабилитационной помощи и долечивания работающих граждан после перенесенных острых сосудистых эпизодов;
- обеспечить переход практического здравоохранения на новые формы организации и финансирования деятельности медицинских организаций;
- повысить доступность и качество, конкурентоспособность в сфере оказания медицинских услуг: кардинально улучшить работы первичного звена амбулаторно-поликлинических учреждений; обеспечить жесткий контроль за выполнением критериев качества оказания помощи участковыми врачами и медицинскими сестрами, определив главным приоритетом предупреждение болезней, снижение уровня необоснованных госпитализаций;
- обеспечить реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», основных направлений программы: дальнейшее развитие службы материнства и детства; совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями; профилактическое направление в виде формирования здорового образа жизни; борьба с онкологическими заболеваниями;
- обеспечить выполнение мер о принятии по снижению необоснованных вызовов скорой медицинской помощи; проводить ежедневный мониторинг вызовов скорой медицинской помощи, а также ежедекадный, ежемесячный и ежеквартальный анализ необоснованных вызовов скорой медицинской помощи с принятием организационных решений;
- осуществить обновление информационных стендов в муниципальных учреждениях здравоохранения с размещением полной информации о работе учреждения, порядке и условиях предоставления медицинских услуг, пропаганде здорового образа жизни;

Кроме этого должны быть созданы условия для проведения инновационной политики. Особое внимание следует уделять вопросу вовлечения врачей в процесс управления оказания медицинской помощи, а также подбору, подготовки и расстановки управленческих кадров.

Больше внимания следует уделять. Профилактическое направление преду-

считывает формирование у населения стремления к здоровому образу жизни, мотивации к сохранению и укреплению здоровья, борьбу с вредными привычками.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Аверин, А.Н. Социальная политика и социальная ответственность предприятия / А.Н. Аверин. - М.: Альфа-Пресс, 2017. - 25 с.
- 2 Андриченко, Л.В. Конституция Российской Федерации: от образа будущего к реальности / В. Л. Андриченко, С. А. Боголюбов, В.И. Васильев / под ред. Т.Я. Хабриева. - М.: Юриспруденция, 2014. - 586 с.
- 3 Бахрушев, В.В. Организация Объединенных Наций / В.В. Бахрушев // Сборник документов. - Москва, 2017г. - 143 с.
- 4 Борисов, П.Д. Региональные проблемы образования: образовательная депривация / П.Д. Борисов // Правоведение. - 2018. - № 1. - С. 271-272.
- 5 Великанова, Н.Н. Льготы и компенсации как элементы социальной защиты / Н.Н. Великанова. - М.: Феникс, 2017 - 192 с.
- 6 Власов, А.В. Реформа пенсионной системы и демографическая проблема / А.В. Власов// Гуманитарные и социальные науки. - 2018. -№ 5. - С. 63-80
- 7 Волгин, И.А. Социальное государство: учебник / И.А. Волгин, Н.Н. Грищенко, Ф.И. Шариков. - М.: Дашков и К, 2015. - 416 с.
- 8 Глигич – Золотарева, М.В. Теория и практика федерализма: системный подход / М.В. Глигич - Золотарева. - Новосибирск: Наука, 2016. - 639 с.
- 9 Гонтмахер, Е.Ш. Принципы и основные элементы социальной стратегии / Е.Ш. Гонтмахер// Территориальные проблемы социальной политики. - М.: ГУ, 2015 - 16-18 с.
- 10 Дмитриев, М.В. Социальная сфера в условиях финансового кризиса: проблемы адаптации / М.В. Дмитриев // Вопросы экономики. - 2016. - №2. - 36 с.
- 11 Зубаревич, Н.В. Россия регионов: в каком социальном пространстве мы живем? / Н.В. Зубаревич. - М.: Поматур, 2016. - 278 с.
- 12 Зяблицкая, Н.В. Исследование и развитие конкурентных преимуществ организации / Н.В. Зяблицкая, А.Г. Бурдюгова //Тенденции развития науки и образования.–2018.–Том Июль 2018.Часть 2 № Номер 40.– С.59-64

13 Зяблицкая, Н.В. Особенности формирования кадрового потенциала в органах государственного управления / Н.В. Зяблицкая, П.А. Дягилева //Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технология.–2018.–Том - № 7.– С.16-19

14 Зяблицкая, Н.В. Проблемы проведения финансового анализа в современных условиях / Н.В. Зяблицкая, А.П. Радионова //Мультидисциплинарный научный журнал «Архивариус».–2018.–Том 28.08.2018 № №8.– С.87-91

15 Колосницына, М.А. Пенсионеры на российском рынке труда: тенденции экономической активности людей пенсионного возраста / М.А. Колосницына, Ю. Соснина // Демографическое обозрение. Электронный научный журнал. - 2018. - №2. - С. 37-53.

16 Кравец, Д.А. Пенсии по-новому: о чем нужно помнить кадровику и юристу / Д.А. Кравец // Делопроизводство и кадры. - 2015. - № 10. - С. 14-16

17 Николаев, И. А. Стратегии и программы развития регионов / И.А. Николаев, О.С. Точилкина. - М.: ФБК, 2017. - 29 с.

18 Об образовании в Российской Федерации: федеральный закон № 273-ФЗ: [принят Государственной Думой 21 декабря 2012г.: одобрен Советом Федерации 26 декабря 2012 г.]. - // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2012. №303

19 О внесении изменений в порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи: постановление Правительства РФ от 22 января 2016 г. №33 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2016. - № 5. - Ст. 813.

20 О Координационном совете при Правительстве Российской Федерации по реализации Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года: постановление Правительства Российской Федерации от 06 февраля 2017 №85 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2017. №7. - Ст.995

21 Осадчая, Г.И. Социология социальной сферы: учебное пособие для

высшей школы / Г.И. Осадчая. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Академический проект, 2014. - 336 с.

22 Панфилов, А.Л. Развитие России и формирование модели социальной политики / А.Л. Панфилов // Социальное и пенсионное право. - 2018. - № 1. С. 47-51.3- Полежайкин А.П. Социальное обслуживание населения как новый сектор социальной сферы / А.П. Полежайкин. - Ученые записки МГСУ, 2018. - № - 57 с.

23 Положение о мерах по реализации государственной политики в области образования и науки: указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2013г. №599 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2013. №102

24 Райзберг, Б.П. Современный экономический словарь / Б.П. Райзберг, М.И. Лозовский, Е.Б. Стародубцева. - М: «ИНФРА», 2018. - 145 с.

25 Синельников, С.М. Энциклопедический словарь предпринимателя / С.М. Синельников, Т.Г. Соломоник, Р.А. Янборисова. - Санкт-Петербург, 2013г. - 382 с.

26 Социальная политика. В 2 т. Т.1 Основные понятия / П.Р. Гаврилов // Журнал исследований социальной политики, 2017. - С. 29-44.

27 Социальная сфера как объект управления и социальное развитие [Электронный ресурс]: информационный портал / Журнал «Самиздат». - Электрон. Дан. - Режим доступа: <http://zhumal.lib.ru>

28 Стратегия развития воспитания в Российской Федерации: распоряжение правительства РФ от 29 мая 2015 г. №996-р // Собрание законодательства РФ. - 2016. - № 423-р (12 марта 2016г). - 11 с.

29 Утверждение долгосрочной государственной экономической политики: указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. №596 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2012. - №102

30 Утверждение Основ государственной культурной политики Российской Федерации: указ Президента РФ от 24 декабря 2014 г. №808 // Собрание законодательства РФ. - 2015. - № 52 (Часть 1). - Ст.7753

31 Утверждение Стратегии действий в интересах граждан старшего по-

коления в Российской Федерации до 2025 года: распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016 г. №164-р // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2016. - № 7. - ст. 1017

32 Федеральный закон от 29.12.2013 (ред. от 31.12.2015) «Об образовании в Российской Федерации»// Российская газета. - 2013. - № 303.

33 Чернов, С.А. Пенсионные накопления. Быть или не быть /С.А. Чернов // Торговля: бухгалтерский учет и налогообложение, 2015. - № 1. - С. 10-13

34 Чернявский, А.В. Вспомним о долге / А.В. Чернявский // Комментарии о государстве и бизнесе, 2015. - № 71. - С. 17-19

35 Швецов, А.Н. Общесистемная и селективная государственная региональная политика / А.Н. Швецов // Проблемный анализ и государственно-управленческое проектирование, 2018. - № 2. - С. 37-48

36 Шериев, М.М. Сущность и специфика социальной политики и социального государства: конституционно-правовые аспекты / М.М. Шериев. – Юридический мир, 2015. - № 7. – С. 62-66