Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Институт экономики, торговли и технологий
Кафедра «Экономика торговли и логистика»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА
Рецензент
_____
_____ 2016 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой,
к.э.н., доцент
_____ А.Б. Левина
_____ 2016 г.

Экономическое обоснование повышения производительности труда персонала МУЗ «Южноуральская центральная городская больница»

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ-080100.2016.570.ПЗ ВКР

Руководитель работы,
К.э.н., доцент
_____ А.Б. Васильевский
_____ 2016 г.

Автор работы
студент группы ИЭТТ-550з
_____ Э.Ф. Елисеева
_____ 2016 г.

Нормоконтролер, ст. преподаватель
_____ Ю.С. Якунина
_____ 2016 г.

Челябинск 2016

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Институт экономики, торговли и технологий
Кафедра «Экономика торговли и логистика»
Направление 080100 «Экономика»

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ А.Б. Левина
_____ 2016 г.

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студента

Елисеевой Эльнары Фаритовны

Группа ИЭТТ-550з

1. Тема работы: Экономическое обоснование повышения производительности труда персонала МУЗ «Южноуральская центральная городская больница»

утверждена приказом по университету от 15.04.16 г. № 661

2. Срок сдачи студентом законченной работы 08.04. 2016 г.

3. Исходные данные к работе

1. Бухгалтерская отчётность МУЗ „ЮЦГБ"
2. Штатное расписание, приказы
3. Ресурсы интернета

4. Перечень вопросов, подлежащих разработке

1. Производительность труда: понятие, задачи и факторы
2. Анализ производительности труда
3. Обоснование мероприятий по повышению производительности труда МУЗ „ЮЦГБ"

5. Иллюстративный материал (плакаты, альбомы, раздаточный материал, макеты, электронные носители и др.)

Таблицы
1. Китайское расписание
2. Система стоимостных показателей производительности труда
3. Структура аппарата управления

Общее количество иллюстраций

6. Дата выдачи задания_____

Руководитель _____

(подпись) (ИОФ)

Задание принял к исполнению_____ Э.Ф. Елисеева

(подпись студента) (ИОФ)

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование этапов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка руководителя о выполнении
Раздел 1	18.10.15 – 31.12.15	
Раздел 2	11.01.16 – 12.03.16	
Раздел 3	14.03.16 – 16.05.16	

Заведующий кафедрой_____ /А.Б. Левина/

(подпись)

Руководитель работы_____/А.Б. Васильевский/

(подпись)

Студент _____/Э.Ф. Елисеева/

(подпись)

АННОТАЦИЯ

Елисеева Э.Ф. Экономическое обоснование повышения производительности труда персонала МУЗ «Южноуральская центральная городская больница». – Челябинск: ЮУрГУ, ИЭТТ-550з, 91 с., 11 табл., библиогр. список – 15 наим.

Целью выпускной квалификационной работы является в теоретическом и практическом рассмотрении использования неценовых факторов при повышении уровня конкурентоспособности и их влияние на экономические показатели деятельности МУЗ «Южноуральская центральная городская больница».

В выпускной квалификационной работе приведена основная характеристика предприятия, рассмотрено его финансовое состояние.

Проведен анализ производительности труда. Рассмотрена характеристика и основные показатели коммерческой деятельности МУЗ «Южноуральская центральная городская больница».

Предложены мероприятия для повышения производительности труда МУЗ «Южноуральская центральная городская больница».

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……...……..5
1.ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА: ПОНЯТИЕ, ФАКТОРЫ, ЗАДАЧИ…….7
1.1.Проблемы кадров в здравоохранении……..7
1.2 Понятие производительности труда…….……..….15
1.3 Факторы повышения производительности труда……..22
1.4 Проблемы повышения производительности труда в здравоохранении……..……30
2. АНАЛИЗ ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА……..33
2.1 Характеристика МУЗ «ЮЦГБ»…….……..33
2.2 Анализ производительности труда МУЗ "Южноуральской центральной городской больницы"….……...…….49
3 ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА …….……...54
3.1 Предложение по повышению производительности труда в виде внедрения оказания нового вида платной медицинской услуги……..54
3.2 Расчет экономических показателей нового вида платной услуги……...59
3.3 Оценка социально-экономического эффекта от предоставления населению платные медицинские услуги……..……...67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……..……...85
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК……...……..88

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в МУЗ «Южноуральской центральной городской больнице» стоит проблема кадров. Ни для кого, ни секрет, что в МУЗ «ЮЦГБ» не хватает врачей, но, тем не менее, она продолжает функционировать, как полноценная больница. Из-за того, что не хватает врачей, приходится большая нагрузка на основных врачей и средний медицинский персонал. Но, не смотря на отток специалистов со стажем, был положительный момент – в больницу пришли молодые специалисты.

В экономике нашей страны функционирует большое количество бюджетных организаций. Государством выделяются средства для обеспечения функционирования учреждений здравоохранения, науки, образования, культуры и других организаций. Данные средства имеют прямое целевое назначение, а статьи затрат определены законодательством.

Больница получает средства не только из государственного бюджета, но и из других (внебюджетных) источников, траты которых регламентируется утвержденными сметами по их каждому конкретному виду.

Грамотное управление больницей и рациональное использование как бюджетных, так и внебюджетных средств вызывает объективную необходимость в организации экономической оценки показателей развития сети бюджетных учреждений и использование факторов их деятельности.

В больнице имеются характерные объекты экономической оценки: затраты (кассовые и фактические), за счет бюджетного финансирования и внебюджетных источников; продукты питания, лекарства. Также разработаны и утверждены условия оплаты труда сотрудников для каждой отрасли бюджета.

Объект исследования – Муниципальное учреждение здравоохранения «Южноуральская центральная городская больница».

Основной целью данного предприятия является оказание лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи населению г.

Южноуральска. Муниципальная система здравоохранения представлена многопрофильным лечебно–профилактическим предприятием, оказывающее амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. Больница работает в системе ФОМС, по сертификату имеет вторую категорию. В состав МУЗ «ЮЦГБ» относят стационарные отделения на 317 коек. Больница на основании Устава оказывает следующие виды медицинской деятельности: первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь, лабораторная диагностика, лучевая диагностика, амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь.

Целью работы является изучение производительности труда, как показателя эффективности трудовой деятельности, анализ факторов влияющих на изменение производительности, а также пути её повышения. Исходя из поставленных целей, можно сформулировать следующие задачи: раскрыть теоретические и методологические аспекты производительности труда; проанализировать факторы изменения производительности труда; а также изыскать резервы роста производительности труда. В завершении работы определить основные пути повышения производительности труда и дать практические рекомендации.

1 ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА: ПОНЯТИЕ, ФАКТОРЫ, ЗАДАЧИ

1.1 Проблемы кадров в здравоохранении

Структура человеческого капитала является одним из главных достижений экономики во второй половине двадцатого века. В этот момент состоялся решающий момент в экономике, если раньше работник воспринимался как главным источником производства, выявляющим эффективность производства. Многолетний опыт показывает важность человеческих ресурсов в развитии экономического роста и увеличения благосостояния государства.

Человеческий капитал рассматривается с многообразных точек зрения науки и сотрудниками здравоохранения и других сфер.

Первоначально человеческим капиталом было совокупность знаний, умений, опыта, использующих для удовлетворения разнообразных потребностей человека и общества. Понятие «Человеческий капитал» в будущем очень разнообразилось.

Опыт ученых отличается подходом к сущности, содержанию, формам и видам человеческого капитала, условиям его формирования, воспроизводства и накопления. В основу человеческого капитала в основном относят интеллект, здоровье, знания, качественный, производительный труд и оценку жизнедеятельности.

Сотрудники Центрального банка оценивают человеческий капитал с помощью потребительских расходов – расходов семьи на пропитание, одежду, жилье, образование, лечение и т.д. Исходя из этого, получается, основами человеческого капитала, будут: научно–образовательный комплекс, здравоохранение и жизнеобеспечение.

Отличное самочувствие помогает всецело трудиться, проводит отдачу от ценных бумаг в человеческий капитал.

Экономическая сущность человеческого капитала исходит из того, что в течении жизни у человечества происходит природный запас здоровья, сохраняется работоспособность, улучшая качество рабочей силы и производство.

Основополагающее место человеческого капитала в структуре ресурсов показывает цели и задачи инновации в новой политике экономического роста: сохранение и увеличение конкурентности в сфере человеческого капитала; избежание «утечки мозгов». Ключевые тенденции отмечены перестройкой ценностей общественной политической деятели, совершенствование общественных расходов страны, повышение вложений в основной капитал из-за которого происходит экономия расходов.

Основную часть вложений в человеческий капитал в разных государствах выполняет правительство, которое реализует общественные методы, создает предпосылки для устойчивости государственной экономики. В Российской Федерации вложения в человеческий капитал осуществляют глобальную долю в бюджете страны. Таким образом, по статистике доля вложений в образование, здравоохранение, физическую культуру и спорт в 2012 г. в стране обошлась в 40% (в 2011 г. – 34%).

Одним из показателей экономической эффективности человеческого капитала – уровень интеллектуальности оказания услуг. Рассчитывается как отношение фонда образования к валовому национальному продукту и доказывает, количество денежных единиц, образованных в образовательном фонде, размещенному на каждую стоимостную единицу оказания услуг [1–2].

Тем не менее, для вычисления эффективности человеческого капитала специалисты обращаются к оценке анализа «издержки – выгоды». Данный анализ происходит из трех этапов:

1) идентификация выгод и их стоимостная оценка с учетом фактора времени;
2) идентификация затрат и их стоимостная оценка также с учетом фактора времени;
3) сравнение приведенных к одному моменту времени величин расходов и выгод.

Современную науку пугает итоги «капитализации» человека. Ценность человека стала исходить не только от его уникальности, сколько удобным

использованием в качестве источника прибыли, а затраты на развитие человеческого капитала сопровождаются оптимизацией ресурсов.

Если здоровье населения с каждым годом увеличивается в лучшую сторону, то это является одной из благоприятных сдвигов в стране.

Ст. 7 Конституции Российской Федерации, гласит, что РФ является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, а также декларируется потребность в сохранении и укреплении здоровья населения.

Здоровье населения – это свобода от ограничения качества жизни вследствие снижения социальной, физической, психической, функциональной деятельности или вследствие боли.

Понятие здоровья в формировании государственной и региональной политики следует рассматривать в рамках изучения системы здравоохранения и её особенностей.

Здравоохранение представляет собой:

1. Мероприятия по охране здоровья, предупреждению и лечению болезней и жизнедеятельности человека;
2. Социальный институт, обеспечивающий широкомасштабную сеть культурных моделей и социальных отношений, отвечающих за проблемы здоровья и болезни населения;
3. Модель сельского хозяйства, предоставляющий населению медицинские услуги;
4. Система в которой происходит процесс принятия управленческих решений и оказывающий внимание на уровень социально-экономического развития.

Оценка приведённых определений помогает сделать вывод о том, что понятие «здравоохранение» показано в двух аспектах: социальном, как совокупность отношений, возникающих в процессе лечения и предупреждения болезней; экономическом, как воспроизводственной системы, направленной на улучшение здоровья нации, ведущего к достижению всеобщего благосостояния [3].

Здравоохранение представляет собой совокупность взаимодействующих субъектов. Каждый субъект имеет свои объективные цели, достижение которых приведёт к реализации общей цели системы. На региональном уровне система здравоохранения включает в себя материальные ценности (больницы), социальные компоненты (взаимоотношения доктора и пациента), духовную составляющую (болезнь изменяет мировоззрение человека) и управленческий механизм.

Необходимо создать новый метод для улучшения жизни и здоровья человечества. Эти условия необходимо разработать главам государства и ответственным сотрудникам здравоохранения.

Здоровье связано с уровнем жизни. Чем выше уровень жизни, тем выше уровень здоровья, и наоборот. Укрепление здоровья является способом роста уровня жизни.

Система здравоохранения получает различные виды ресурсов, например, финансовые, трудовые, производственные и применяет их для построения сбалансированной модели социально–экономического развития.

На систему регионального здравоохранения оказывают влияние различные факторы:

1) уровень здравоохранения в стране;

2) условия труда;

3) реальный образ жизни;

4) жилищные условия;

5) генетические факторы;

6) качество окружающей среды;

7) развитость инфраструктуры региона;

8) доступность в приобретении товаров и услуг.

При этом с действием данных факторов система здравоохранения сама влияет на степень развития человеческого капитала, продолжительность жизни и стиль поведения [4].

Степень влияния определяется при помощи анализа различных статистических показателей: уровень смертности, прожиточный минимум, обеспеченность транспортом и др.

Сложность возникает при использовании интегральных показателей. Ни один из множества показателей не даёт представление о состоянии здоровья населения в целом. Эту методологическую проблему в науке пытаются разрешить путём использования двух взаимодополняющих подходов:

1) оценка состояния здоровья через демографические показатели долголетия и ранней смертности детей, синтезирующих многие аспекты качества населения (здоровья образа жизни, доходов) и условий жизни (природно–климатических, экологических);

2) выделение наиболее социально–проблемных заболеваний.

В отечественной практике принято использовать показатель ожидаемой продолжительности жизни и младенческой смертности, которые отражают уровень развития образа жизни и воздействие климатических условий.

Управление в системе здравоохранения также имеет свои особенности. При разработке общей стратегии регионального развития необходимо рассматривать не только региональный эффект, происходящий в процессе принятия решения, но и эффект частный. Частный эффект рассчитан на уровне конкретного предприятия, как более мелкого субъекта, участвующего в системе здравоохранения.

Осуществление общего плана развития здравоохранения осуществляется с использованием системы стратегического анализа и контроля. Анализ показывает рассмотрение действующей системы здравоохранения в регионе, выявление проблем её функционирования.

Контроль представляет собой выработанный план действий по постоянному контролю и изменению системы здравоохранения в границах изменения социально–экономических реалий.

Главными методами системы стратегического управления здравоохранением являются: выбор, реализация стратегии, а также разработка программы действий.

В нынешнее время в рамках стратегического управления активно используется организационно-экономическая модель, которая показывает построение разных уровней общедоступной медицины с чётким функциональным предназначением и ресурсным обеспечением организаций каждого уровня.

В этой модели медицинское обслуживание просматривается собой, как единый лечебно-профилактический процесс, при этом функции каждого звена процесса не дублируются, а сведения о состоянии здоровья жителя аккумулируются в одном месте.

Модель предполагает:

1) изменение инфраструктуры;

2) введение экономически–обоснованных вертикальных технологий.

Модель предусматривает удовлетворение населения в доступной и качественной медицинской помощи, а также введение новых форм работы.

Указанная модель разрабатывается на основе программно-целевого метода стратегического планирования. Метод предусматривает разработку программы на основе комплекса социально–экономических, организационно-хозяйственных и др. мероприятий, обеспечивающих эффективное решение конкретной задачи, и увязанной по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления.

При разработке программ необходимо учитывать следующие принципы:

1) сбалансированность, комплексность, синхронность целей и подцелей на каждом этапе её выполнения;

2) целевая направленность программных мероприятий;

3) системность мероприятий;

4) учёт вероятностного характера программ;

5) адресность заданий программы;

6) учёт взаимосвязи программы с другими программами;

7) ограниченная централизация ресурсов;

8) обеспечение управляемости процесса реализации целевой программы.

Для российского здравоохранения главной целью является создание устойчивой системы, в которой различные механизмы будут способствовать развитию здорового потенциала страны, где государство выступает гарантом здоровья граждан и стремится обеспечить доступность и качество медицинской помощи для широких слоёв населения [5–6].

Таким образом, можно выделить следующие особенности системы регионального здравоохранения:

Здравоохранение представляет собой целостную систему, которая направлена на реализацию интересов государства и его населения. Региональное здравоохранение стремится удовлетворить потребности с использованием имеющегося потенциала и ограниченности ресурсов.

Здравоохранение, как основной фактор достижения национального богатства, взаимосвязано со всеми сферами социально-экономической жизни людей. Региональное здравоохранение – это особая система, всегда стремящаяся к совершенству, как в рамках других систем, так и сама по себе, энергия, которой всегда направлена на достижение социально–экономического баланса.

Уровень развития регионального здравоохранения является залогом достижения высоких социально-экономических показателей. Здравоохранение служит индикатором развития отраслей производства материальных благ и демографических характеристик в стране.

Построение региональной концепции развития здравоохранения является действенным способом при решении региональных проблем.

Проблема кадрового дефицита в той или иной степени актуальна для всех лечебных учреждений, причем как государственных, так и частных. И с каждым годом она только усугубляется. Потребность медицинских организаций в производителе медицинской услуги сегодня очень серьезная, она нарастает, и, к сожалению, не удовлетворяется должным образом. Даже несмотря на те меры и шаги, которые предпринимает государство в виде целевого набора и реализации

программы «Земский врач», дающей возможность молодым специалистам, приезжающим работать в сельскую местность, получить миллион рублей.

Самое печальное, что количество уходящих из профессии врачей значительно превышает число туда входящих. Есть интересные и очень показательные цифры: 92-94 % шестикурсников медицинских институтов хотят быть врачами, но после прохождения интернатуры остаться в специальности желают только 20%. Поэтому опытный грамотный специалист сегодня ценится буквально на вес золота. Без них система здравоохранения нормально функционировать просто не может. Это аксиома, которая справедлива для любого общества. А самой пострадавшей стороной в условиях дефицита медицинских кадров, выступает, конечно, пациент [7].

В последнее время в нашем обиходе появилось новое модное слово рекрутмент – процесс поиска и подбора персонала. В большинстве случаев – отделы кадров. Помимо основной задачи по кадровому делопроизводству на них возложена и такая важная функция как рекрутмент. Как правило, кадровики размещают в свободном доступе объявления о вакансиях, в которых скудно и скупо отражены требования к соискателю и условия работы. Опять же, вакансии, в основном, размещаются на сайтах самих ЛПУ.

Есть другой вариант. Медицинские организации могут обратиться в кадровые агентства. Но здесь возникает две проблемы. Во–первых, не для всех государственных учреждений это по карману, а во–вторых, рынок труда в медицине, как отрасли, имеет ряд специфических особенностей. Согласитесь, необходимо знать сферу деятельности, в которой ведется подбор сотрудников, понимать механизмы работы системы здравоохранения и специфичность медицинской сферы. Вообще, грамотное составление «медицинской» вакансии с учетом всех нюансов и требований к соискателю – это целое искусство, которым вряд ли может владеть рядовой сотрудник кадрового агентства.

На многих сайтах, где размещены вакансии в разделе «медицина», можно констатировать, что требуются по большей части медицинские представители и

фармацевты. Тем не менее, в больницах и поликлиниках существует очень внушительный перечень незакрытых вакансий – как терапевтов и педиатров, так и узких специалистов, а также медсестер [8].

1.2. Понятие производительности труда

В современных условиях жизни населения в медицине происходит рост производительности труда, что показывает насколько увеличилась производительность труда, повысилось качество оказания услуг, своевременность оказания услуги. Развитие человечества показывает необходимость в более современных методах присоединения вещественных факторов, равноценных интенсивному типу развития.

Решение многочисленных трудностей роста социально-экономического развития населения выявило первоначально обеспечение устойчивых темпов увеличения производительности труда. Это вызвало необходимость углубленного исследования процесса формирования расходов и результатов труда, проработки комплекса важнейших практических рекомендаций по увеличения производительности труда, изучения факторов её роста.

Хитрые проблемы формирования экономики Российский Федерации, в первую очередь в целом происходит увеличение производительности труда и особенности деятельность в абсолютно всех звеньях, обладают результатом наибольших итогов в присутствие наименьших расходах социальной работы.

При этом в наше время период увеличения темпов роста производительности работы состоит в результативном сочетании достижений учено-промышленной революции с достоинствами разумной концепции здравоохранения и формированием инициативы персонала. Учено-технический переворот в мире непосредственно сопряжена с формированием медицины, прогрессом в социальной компании работы, в трудящийся взаимоотношениях. Увеличение технического уровня оказания услуг и дальнейшее развитие

экономической ситуации ведут к целостности уровней производительности и оплаты труда в разных отраслях здравоохранения.

Производительность труда – это производительность непосредственного определенного труда, производящего в единицу времени ограниченное количество потребительных единиц, потребляемым населением на собственное и производственное использование в пределах полного удовлетворения материальных и духовных нужд населения и увеличения экономического роста государства. В стоимостном методе совокупный продукт населения показывает все издержки оказания услуг, расходы прошлого и живого труда, а основная его часть – национальный доход – полные затраты живого труда.

Производительность труда – однозначно из самых главных показателей экономической эффективности производства в целом и отдельно по отраслям. Она показывает эффективность, плодотворное и рациональное использование живого труда. Увеличение ее хорошо влияет на эффективность производственного использования прошлого труда, который выражается прежде всего через фондоотдачу и материалоемкость оказания услуг.

При быстрых изменениях методы оказания услуг под действием научно-технического прогресса, интенсификации и специализации, приводят к вещественным изменениям расходов живого и овеществленного труда, тем выше значение в экономии общественного труда показывает экономию труда прошедшего, овеществленного в оказании услуг на начальных этапах. Исходя из всего, главным методом экономии совокупного труда во всех отраслях является увеличение производительности труда.

Производительность труда смотря с экономической характеристики – в основном отражается эффективностью живого конкретного труда. Это является важнейшим методом понятия производительности труда [14–12].

Стратегия производительности труда, отражает отношения населения и здравоохранения, полностью это показывает взаимосвязь производительности труда с производительными силами и производственными трудовыми

отношениями с экономическими условиями производительного оказания рабочей силы, с общим процессом труда и ВВП населения.

Исходя из экономических теорий глобальное оказание услуг оказывается, в основном, за счет прибавочного продукта населения, то есть фонда накопления, а также за счет роста и качественного преобразования материально-вещественных производственных ресурсов, полного удовлетворения в специализированных кадрах. Данные обстоятельства требуют роста объемов и инновации натуральной структуры национального дохода, оптимальных пропорций между потреблением и накоплением.

Показатель темпа роста производительности труда, оказывают значение на масштабы, структуру и показатели оказания услуг, а с другой стороны, зависимы от тенденций и состояния развития производительных сил. Поэтому необходимо обращать внимание проблеме производительности труда в здравоохранении. Без данной информации невозможно показать наиболее масштабные вопросы методологии, глубинные методы и задачи увеличения общественной производительности труда, при этом в наибольшей степени показывает экономическую эффективность, итоговые показатели производства, качество оказания услуг и работы в целом по здравоохранению.

Главным также является в повышении производительности труда опережающий темп развития главных отраслей индустрии – энергетики, металлургии, машиностроения, химии. Данные показатели является неотъемлемой частью фундамента технического перевооружения отраслей экономики [15].

В настоящее время в медицине широко применяют систему показателей производительности труда в стоимостных и натурально-трудовых величинах. Эта система, а также методы применения показателей измерения и планирования производительности труда учитывают специфику медицинской отрасли. Практическое применение системы показателей и методических основ ее использования характеризует оказание услуги на единицу затраченного

труда или затраты труда на единицу оказании услуг, а также позволяет измерять промежуточные результаты на отдельных работах и операциях в медицине.

В настоящее время производительность труда в больнице учитывается на основе бухгалтерского счета и фактических затрат труда, в человеко–днях и человеко–часах (по явкам на работу). Калькулируются также трудовые затраты на единицу оказания услуг.

Для определения уровня и динамики производительности труда в МУЗ «ЮЦГБ» и его отраслях рассчитывают следующие основные стоимостные и натуральные показатели:

1) стоимость оказанных услуг за год валовой продукции (в руб.) на единицу затраченного рабочего времени (человеко–день, человеко–час) и на полного годового работника;

2) стоимость оказанных услуг за год валовой продукции (в руб.) на единицу рабочего времени (человеко–день, человеко–час), затраченного, и на полного годового работника в медицине;

3) стоимость оказанных услуг за год валовой продукции (в руб.) на единицу рабочего времени (человеко–день, человеко–час), и на полного годового работника больницы;

Для исключения повторного счета и части стоимости, созданной в других отраслях, из валовой продукции вычитают стоимость годовой суммы амортизационных отчислений и оборотных средств. Оставшаяся величина представляет собой продукцию, созданную живым трудом, которую делят на количество единиц рабочего времени или среднегодовую численность работников и получают истинную величину производительности живого труда.

К вспомогательным или косвенным показателям производительности труда относятся следующие:

1) затрата рабочего времени в расчете по видам работ;

2) нагрузка разных видов работ в разных уровнях медицины и механизации труда в расчете на работника в больнице;

3) среднемесячная и сменная выработка по отделениям;

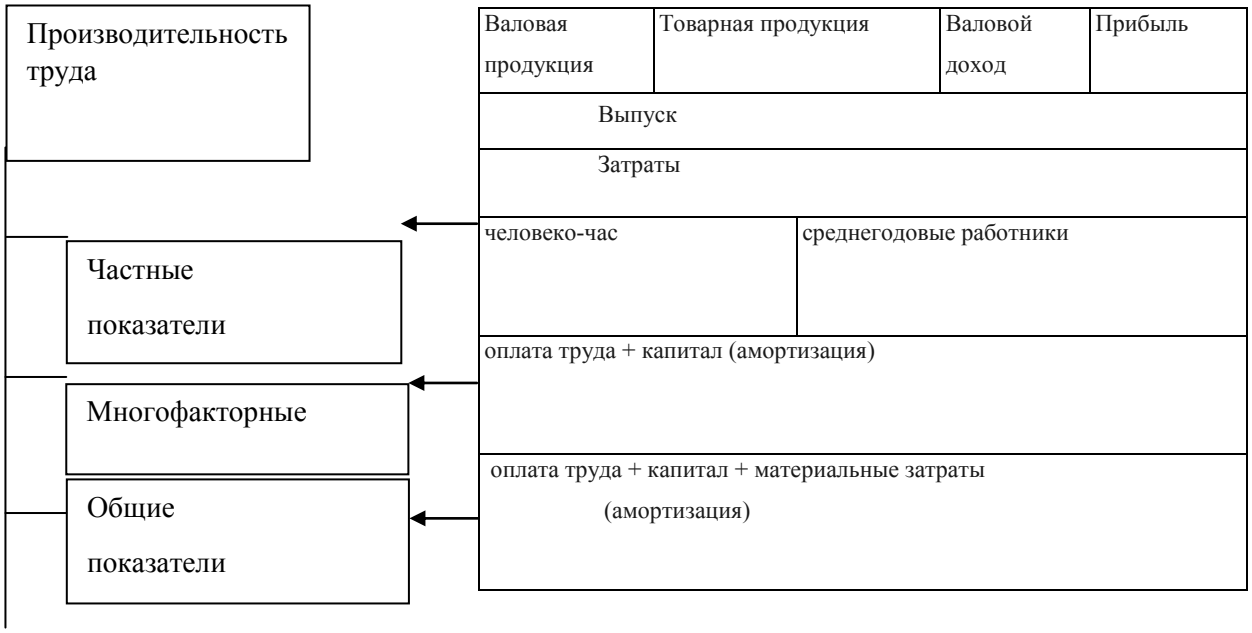

Рисунок 1.1 – Система стоимостных показателей производительности труда

Обширной системой косвенных показателем широко пользуются при анализе производительности труда в конкретных отраслях здравоохранения, а также в оперативном руководстве и контроле за ходом выполнения плана производительности труда на промежуточных стадиях оказания услуг [17–18].

Среди всех применяемых показателей производительности труда в государственных и кооперативных, акционерных и других формах медицины стоимость валовой продукции в расчете на затраченный человеко–день (человеко–час) и на среднегодового работника характеризует уровень производительности труда в целом по больнице и по отделениям в отдельности. Следовательно, эти показатели можно назвать обобщающими, так как они определяют уровень производительности труда и ее динамику как в целом по больнице, так и по отдельным его отделениям и подразделениям.

Исчисление обобщающих показателей производительности труда связано с определением стоимости валовой продукции, а также количества отработанных человеко-дней (человеко–часов) и численности работников, занятых в медицине. Определение уровня производительности труда по этим показателям сводится к исчислению указанных данных путем сопоставления стоимости валовой продукции со среднегодовой численностью работников или количеством отработанных человеко–дней (человеко–часов).

В теоретическом плане сущности производительности труда в более полной мере отвечает показатель объема производства продукции на единицу отработанного времени (человеко–час, человеко–день).

Бывают различная производительность живого труда и производительность общего, общественного, труда.

Производительность живого труда оценивают расходами рабочего времени в определенном производстве, на определенном предприятии, а производительность общественного труда – расходами живого и общественного труда. По мере научно–технического прогресса, совершенствования производства доля затрат общественного труда растет, так, как увеличивается оснащенность персонала более новейшими средствами труда [20–21].

При этом главная тенденция в том, что абсолютная величина расходов как живого, так и общественного труда на единицу оказания услуг уменьшается.

Данный показатель и является критерием повышения производительности общественного труда.

Уровень производительности труда характеризуется двумя показателями:

– выработкой оказания услуг в единицу времени (прямой показатель)

$$b = \frac{B}{T}, \qquad (1)$$

где b – выработка оказания услуг в единицу времени;

В – объем оказанных услуг, руб.;

Т – затраты живого труда, руб.

– трудоемкостью (обратный показатель)

$$t = \frac{T}{B}, \qquad (2)$$

где t – трудоемкость;

В – объем оказания услуг, руб.;

Т– затраты живого труда, руб.

Выработка продукции – наиболее распространенный и применяемый показатель производительности груда. В отличии от того, какими единицами выражается объем оказания услуг, выделяют понятие выработки в натуральном выражении, а также методах нормированного рабочего времени.

Наглядным примером производительность труда определяет показатель выработки продукции в натуральных единицах.

Оценка выработки оказания услуг в денежных единицах применимо для определения производительности труда в здравоохранении.

При применении нормированного рабочего времени выработка выражается в нормо-часах, практически в каждом отделении больницы.

Показатель выработки определяют также в зависимости от единицы измерения рабочего времени. Выработка может быть выражена на один отработанный человеко–час, один отработанный человеко-день, на одного среднесписочного сотрудника в год, квартал или месяц.

Трудоемкость оказания услуг определяет расходы рабочего времени на единицу оказания услуги. Выражаются на единицу в натуральном выражении по номенклатуре услуг; при многочисленной номенклатуре оказания услуг выражается по однотипным услугам, к которым равняют вес остальные.

Разница от показателя выработки данный показатель имеет ряд плюсов: показывает прямую зависимость между объемом оказания услуг и трудовыми расходами, отрицает влияние на показатель производительности труда в объеме оказания услуг, организационной структуре здравоохранения, дает право тесно показать измерение производительности с выявлением резервов ее увеличения. В зависимости от состава основных трудовых затрат бывают такие как:

1) технологическая трудоемкость, включающую все затраты основных сотрудников, сдельщиков и повременщиков, $t_{тех}$;

2) трудоемкость обслуживания, включающую затраты труда вспомогательного персонала , $t_{обс}$;

3) производственная трудоемкость - затраты труда всего персонала, как основных, так и вспомогательных;

4) трудоемкость управления здравоохранения, включает затраты труда ИТР, служащих, обслуживающих работников и охраны, $t_{упр}$;

5) полная трудоемкость, представляет собой затраты труда всех категорий персонала $t_{пол}$

$$t_{пол} = t_{тех} + t_{обс} + t_{упр} \quad (3)$$

Исходя из всего, мы выяснили, что производительность показывает эффективность, плодотворное и рациональное применение живого труда. Далее возникает вопрос, каким образом, можно, наиболее эффективно применить рабочую силу, как увеличить производительность труда [22].

1.3 Факторы повышения производительности труда

Главный процесс здравоохранения при разработке и реализации комплексных мероприятий по росту производительности труда и при

выявлении факторов ее роста важно предусмотреть особенности, которые необходимо объединить в три крупные группы.

Первая группа – это факторы, взаимосвязанные с материально-вещественными и энергетическими факторами производительных сил, со средствами и предметами труда. Данные факторы включают:

1) машины и системы машин; орудия труда, отражающие прогресс в технике и технологии, его комплексную механизацию и автоматизацию, имеющие требованиям индустриальных машинных технологий;

2) при этом возникшие и непрерывно улучшающиеся в итоге человеческой деятельности средства и предметы труда.

Вторая группа – это особенности общеэкономического характера. К ним относятся развитие размещения в целях более разумного применения трудовых ресурсов всего государства в целом. Это является главным показателем, так как изучая углубление отраслевого и территориального разделения труда, определяющие определенные отрасли оказания услуг за каждым государством, что является глобальным резервом повышения эффективности и качества оказания услуг.

Рассматривая далее совершенствовании размещения, развития многоукладных форм организации и собственности, специализации и концентрации здравоохранения главное место приобретает более полный и всесторонний учет и анализ трудовых и экономических условий государства в целях определения размещения важной отрасли в здравоохранении. Это дает определить в развитии здравоохранения государства оценивать и обеспечивать:

1) эффективное применение производственных ресурсов;
2) специализированное решение задач различных форм организации специализированного здравоохранения;

К главным вопросам общеэкономического характера относят преобразование экономического механизма, управления и планировки, материального стимулирования, ценообразования, большого применения

коллективного подряда. Из этого обеспечивается единство общенародных интересов с интересами производственных коллективов и отдельных сотрудников, выполнение сложных планов оказания услуг, а далее совершенствование форм и размеров разных производственных и обслуживающих формировании, рациональное построение структур управления.

Третья группа – это особенности, которые учитывают вопросы социально-экономического развития и ряда ответственных сторон отношений с правительством, организациями и др. К ним относятся такие проблемы, как:

1) рост уровня обобществления оказания услуг; развития многоукладных форм собственности;

2) уменьшения очевидных отличий между городом и сельским поселением;

3) подготовка и обеспечение здравоохранение специализированными кадрами и специалистами с высшим и средним образованием;

4) закрепления кадров в согласии с увеличением технической вооруженности оказания услуг и ростом значения для тружеников таких социально–экономических факторов, как удовлетворенность условиями труда, заработной платы, условиями жизни;

5) разработки и применение научно обоснованных методов по охране труда, предупреждению травматизма, оздоровлению условий и совершенствованию режимов труда и отдыха.

Факторами увеличения производительности труда можно относить различные положительные процессы или различные существенные ситуации в развитии здравоохранения, оказывающие влияние на уменьшение величины затрат труда в расчете на единицу услуги. Для здравоохранения главными факторами роста производительности труда являются интенсификация, комплексная электромеханизация, химизация и мелиорация, уровень развития медицины и степень ее применения, научная организация труда и профессиональная подготовка кадров.

Рост производительности труда в здравоохранении – это главный вопрос нашего Минздрава. Актуальность увеличения уровня производительности труда увеличивается в пределах демографической ситуации уменьшения темпов прироста трудовых ресурсов и при этом рост возможностей увеличения масштабов здравоохранения. Увеличение темпов роста производительности труда имеет прямое отношение к любой проблеме экономики медицины. С увеличением производительности труда особенно связаны вопросы роста оказания услуг и учета важнейшей задачи удовлетворения всевозрастающих потребностей пациентов в внедрении научно–технического прогресса, увеличения эффективности капиталовложений, роста фондовооруженности и энерговооруженности труда, рост заработной платы, увеличения рентабельности производства, рост прибыли [23–24].

По применению действия факторы роста производительности труда разделяются на 4 группы. Пример показан на рисунке 1.2.

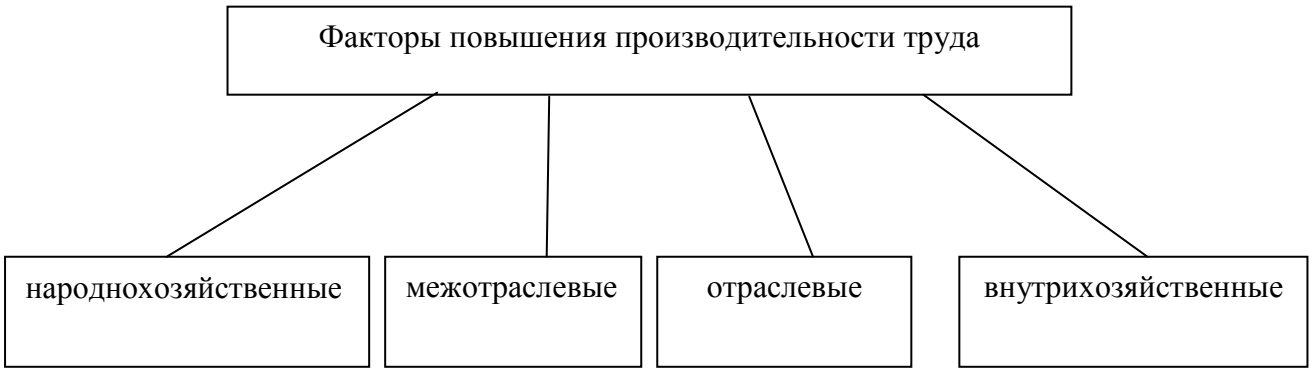

Рисунок 1.2 – Факторы повышения производительности труда

При анализе перечисленных групп факторов повышения производительности труда в медицине прежде всего необходимо подчеркнуть, что в условиях зависимости медицины от случайностей недостаточно для увеличения оказания услуг и ускорения темпов роста производительности труда. В этой отрасли сокращение затрат живого труда только путем

механизации производства обеспечивает рост выхода продукции на единицу отработанного времени, увеличение же общего показателя оказания услуг достигается расширением масштабов машинного труда в сочетании с повышением и продуктивности оказания медицинских услуг.

Только все эти мероприятия в комплексе будут обеспечивать высокие устойчивые темпы роста и увеличение оказания услуг и повышение производительности труда.

В связи с этим особое значение приобретают биологические, биохимические и мелиоративные факторы роста производительности труда как результаты глубоких научно–технических изменений в медицине.

Важное самостоятельное значение имеют социально–экономические факторы повышении производительности труда. Они оказывают влияние на действие всех других факторов и среди них в первую очередь на такой фактор, как технический прогресс производства. К социально–экономическим факторам относят: совершенствование форм материального и экономического стимулирования; повышение культурно–технического уровня трудящихся и квалификации кадров, улучшение бытового и социально-культурного обслуживания населения, развитие соревнования, улучшение практики распространения передового опыта и т.д. Показатели количественной оценки этих факторов еще недостаточно изучены, но они играют значительную роль в повышении производительности труда, так как охватывают сложные явления производственных отношений. В экономической литературе имеются попытки классификации социально–экономических факторов:

1) обусловленные формами собственности на средства производства, социальным партнерством в сфере труда, коллективными договорами; они проявляются через отношение к труду: сознательная дисциплина труда, товарищеское сотрудничество и взаимопомощь в процессе труда, техническое творчество и рационализаторская деятельность, бережное отношение к произведенным ресурсам;

2) повышение уровня общих и специальных производственно-технических знании, зависящие от степени обогащения содержания труда, соответствие квалификации, культурно–технического уровня и других индивидуальных свойств человека содержанию выполняемой им работы, всестороннее коренное улучшение условий труда на основе создания безопасной техники, технологии и организации производства, повышение уровня использования труда;

3) зависящие от степени совершенствования нормирования труда на основе все более точного учета всех фактических условий выполнения работы, совершенствование форм и систем заработной платы, повышение уровня образования и оптимальное распределение фондов материального поощрения;

4) характеризующие воздействие надстройки на производительность труда: правовые и другие нормы, определяющие положение работников, сплоченность и организованность производственного коллектива в результате воспитательной и организаторской деятельности соответствующих органов и общественных организаций; чувство патриотизма и партнерства.

Приведенная классификация не охватывает всего многообразия социально-экономических факторов производительности труда. Однако она развивает экономическую теорию в этом направлении и помогает в повседневной практике вскрыть механизм их действия [26].

В практике медицины важно вскрывать и использовать, реализовывать резервы повышения производительности труда.

К резервам производительности труда относят все реальные возможности увеличения оказания услуг, полное использование которых обеспечивает повышение уровня и ускорение темпов роста производительности труда. Их можно охарактеризовать как разницу между достигнутым и максимально возможным уровнями производительности труда в данных конкретных условиях. При этом следует помнить, что резервы роста ее не сводятся только к сокращению или полной ликвидации потерь, а представляют собой и возможности, связанные с внедрением новой техники и технологии,

прогрессивных форм организации производства и труда, его нормирования и оплаты.

Особо важные резервы роста производительности труда применяют в увеличении оказания услуг в огромном применении всего оборудования, всего топлива, каждого рубля бюджета здравоохранения, каждой минуты рабочего времени. Применяют это все отделения и некоторые сотрудники используя новый достижения науки, техники и через опыт совершенствования организации труда и оказания услуг, увеличения качества медицины.

Важно отметить, что данный резерв увеличения производительности труда не потребует дополнительных затрат. Данное применение в здравоохранении может применить каждый работник, или вся больница в целом. Для этого персоналу необходимо объяснить, такие факторы, как: четкая организация труда, повседневная творческая инициатива и трудовая активность в обеспечении лучших результатов работы, высокая ответственность за максимальное, полное применение возможностей медицинского оборудования, непримиримая принципиальность к недостаткам в организации и материально-техническом обеспечении механизированных работ в здравоохранении. Несмотря на то, что в наше время в медицине обеспечивается комплексная механизация труда, кадры врачей является главной составляющей в здравоохранении. Поэтому надо применить все указанные методы к обеспечению здравоохранения специализированными кадрами врачей.

Технический прогресс в медицине непрерывно изменяет качественное содержание и количественную величину резервов роста производительности труда. Однако трудовые коллективы сотрудников постоянно располагают возможностями снижения трудоемкости производства продуктов за счет освоения новой, более производительной техники и прогрессивной технологии, а также улучшения использования фонда рабочего времени путем сокращения непроизводительных затрат труда и потерь рабочего времени.

Нет таких объектов здравоохранения, о которых можно было бы сказать, что здесь все резервы роста производительности труда исчерпаны. Важное значение принадлежит ликвидации потерь рабочего времени.

Таким образом, под резервами роста производительности труда понимают еще не приведенные в действие реальные возможности факторов роста производительности труда. К основным резервам вместе с повышением уровня оказания услуг следует отнести совершенствование структуры производства, машинно–тракторного парка, технологии оказания услуг, методов организации труда, и квалификации работников. Степень использования резервов во многом и определяет уровень и темпы роста производительности труда.

В отечественной практике получила распространение следующая классификация резервов повышения производительности труда, представленная на рисунке 1.3.

Здесь описаны возможные реальные резервы повышения производительности в разрезе факторов, влияющих на данную экономическую категорию. Некоторые факторы требуют значительных финансовых вложений, что нередко ставит вопрос о рациональности и целесообразности данных мероприятий. Поэтому наряду с существующими факторами повышения производительности труда существуют проблемы по использованию их резервов.

Рисунок 1.3 – Резервы повышения производительности труда

1.4 Проблемы повышения производительности труда в здравоохранении

Общеизвестно, что, в медицине производительность труда в 10 раз ниже, чем на Западе. Это обусловлено различными факторами.

Нужно отметить, во–первых, про состояние медицины после перехода к рыночной системе, когда разом прекратили существование десятилетиями

складывающиеся общехозяйственные связи. Этот факт отодвинул рассматриваемый сектор экономики далеко назад, предопределив «развитие» на долгие годы вперед.

Разрыв между медициной и остальными отраслями экономики, обеспечив перелив рабочей силы в более прибыльные сектора, тем самым обнажив недостаток, а зачастую и отсутствие высоко квалифицированных кадров, столь важных для медицины. Отсутствие государственных заказов на многие виды медицинских услуг, твердых и обоснованных цен, привело к сокращению объемов услуг, снижению численности занятых сотрудников.

Огромная проблема повышения производительности связана опять же с численностью занятых в медицине, это вызвано различными причинами, в числе которых отток населения из деревень и сел по причине поиска более высоких заработанных плат, кризисное демографическое положение страны в целом.

Численность постоянного населения на 1 января 2014 года по сравнению с соответствующей датой 2015 года сократилось на 0,63 млн. человек, или на 1,6 процентов, при этом доля населения в общей численности населения страны составила 27 процентов. За указанный период естественная убыль населения России («минус» 1,67 млн. человек) была частично компенсирована за счет административно-территориальных преобразований (1,04 млн. человек).

На 1 января 2014 года по сравнению с 1 января 2015 численность населения в трудоспособном возрасте выросла на 5,3 процентов, в возрасте старше трудоспособного она снизилась на 7,9 процентов, а возрасте моложе трудоспособного сократилась на 15,9 процентов. Это привело к существенному изменению структуры населения по возрастным группам. Увеличилась доля с населения в трудоспособном возрасте (с 53 процентов до 57,3 процентов) и сократилась доля населения в возрасте моложе трудоспособного (с 23,8 процентов до 20,5 процентов). Эти изменения свидетельствуют о сокращении трудового потенциала медицины в перспективе.

Типичный безработный – женщина среднего возраста и старше с низким уровнем образования. За исследуемый период удельный вес женщин в общей численности безработных возрос на 4,2 процента.

Анализ профессионального состава незанятых граждан, свидетельствует, что каждый четвертый из них имел длительный перерыв в работе, ранее не работал или не имел профессии. Оставляет желать лучшего и структура занятости населения. По имеющимся данным, каждый пятый зарабатывает на жизнь индивидуальным трудом в личном подсобном хозяйстве и по найму.

В низкой производительности медицины виновата и огромная социальная дифференциация между отраслями и регионами.

Например, более 60 процентов занятых в медицине получают зарплату ниже прожиточного минимума. Среднемесячная зарплата работников в 2015 году составила 2784 руб., а в «нефтянке» – более 50 тыс.

Причины этого противоречия следующие:

1) применение рабочей силы, которое находится в простое;
2) низкий уровень развития здравоохранения и отраслей обслуживания, низкие условия труда и жизни людей привели к большой миграции населения в крупные города;
3) дальнейшее ослабление стимулирующей роли заработной платы, отсутствие прогноза реальных потребностей в рабочей силе при введении новой медицинской техники и прогрессивных технологий, существенные сбои в воспроизводстве профессионально-квалификационной структуры занятых в медицине;

Последнее обстоятельство приводит к тому, что производительность труда в России примерно в 6 раз ниже, чем в США и в 3,8 раза ниже, чем в Канаде. Поэтому крайне необходимо повышать производительность труда в здравоохранении [27–28].

2 АНАЛИЗ ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИИ ТРУДА

2.1 Характеристика МУЗ «ЮЦГБ»

Муниципальное учреждение здравоохранения «Южноуральская центральная городская больница» зарегистрировано постановлением Главы администрации г. Южноуральска от 16.09.1996 № 1031.

Юридический адрес: 457040, Челябинская область, г. Южноуральск, ул. Строителей, 21.

Ответственный за финансово-хозяйственную деятельность в проверяемом периоде являются:

главный врач – Лагарникова Елена Анатольевна, вступила в должность с 2012 года;

главный бухгалтер – Еременко Елена Геннадьевна, вступила в должность с 2012 года.

МУЗ «ЮЦГБ» действует на основании Устава Муниципального учреждения здравоохранения «Южноуральская центральная городская больница».

МУЗ «ЮЦГБ» является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, расчетные счета в банках. Учредитель – Администрация г. Южноуральска.

Согласно Устава основной целью создания учреждения является оказание лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи населению г. Южноуральска (лицензия Г950870 на осуществление медицинской деятельности выдана Лицензионно–аккредитационной комиссией Челябинской области со сроком с 28.11.2201 года по 27.11.2006 года).

Больница представлена многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим амбулаторно–поликлиническую и стационарную помощь. Больница работает в системе обязательного медицинского страхования, по сертификату имеет вторую категорию.

Больницу возглавляет главный врач, назначаемый и освобождаемый от должности Администрацией города. Заместители главного врача назначаются на

должность и освобождаются от должности главным врачом больницы. Главный врач действует от имени больницы на основе законодательства РФ и Устава, является исполнительным органом больницы, осуществляет текущее руководство деятельностью и представляет интересы больницы, распоряжается имуществом в пределах, определенных собственником, заключает договоры без согласия с собственником на суммы в пределах утвержденной сметы затрат, главный бухгалтер открывает в банке расчетные счета, является распорядителем средств, издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми сотрудниками больницы, решает вопросы деятельности больницы, которые определены Уставом, несет материальную, административную и уголовную ответственность.

В МУЗ «ЮЦГБ» укомплектованность врачами составляет 17,4 % на 10 тыс. населения, что ниже средних показателей. Во взрослой поликлинике на 15 терапевтических участковых, работают 4 врача участковых терапевта и 10 фельдшеров ведущих самостоятельный прием, 8 врачей узких специальностей (психиатр, невролог, онколог, отоларинголог, офтальмолог (2), хирург, дерматолог, травматолог–ортопед).

В детской поликлинике на 9 педиатрических участках – 5 врачей педиатров участковых, 4 фельдшера ведущих самостоятельный прием. 7 врачей узких специалистов (кардиолог, акушер–гинеколог, детский хирург, отоларинголог (2), стоматолог). Совместители: детский эндокринолог, невролог.

В состав городской больницы входят стационарные отделения на 317 коек.

Также в МУЗ «ЮЦГБ» сформирован отдел кадров, гаражный блок, бухгалтерия, состоящий во главе главного бухгалтера и имеющий отделы:

1. Материальный отдел;
2. Экономический отдел;
3. Расчетный отдел;
4. Кассовый отдел;

Администрация МУЗ «ЮЦГБ»:

1. Главный врач;

2. Заместитель главного врача по лечебной части;

3. Секретарь;

4. Делопроизводитель;

5. Юрист.

Контроль за финансово–хозяйственной деятельностью осуществляется финансовым отделом города путем проведения плановых ревизий деятельности Учреждения, но не реже одного раза в год.

Структура администрации и бухгалтерской службы представлена на рисунке 2.1.

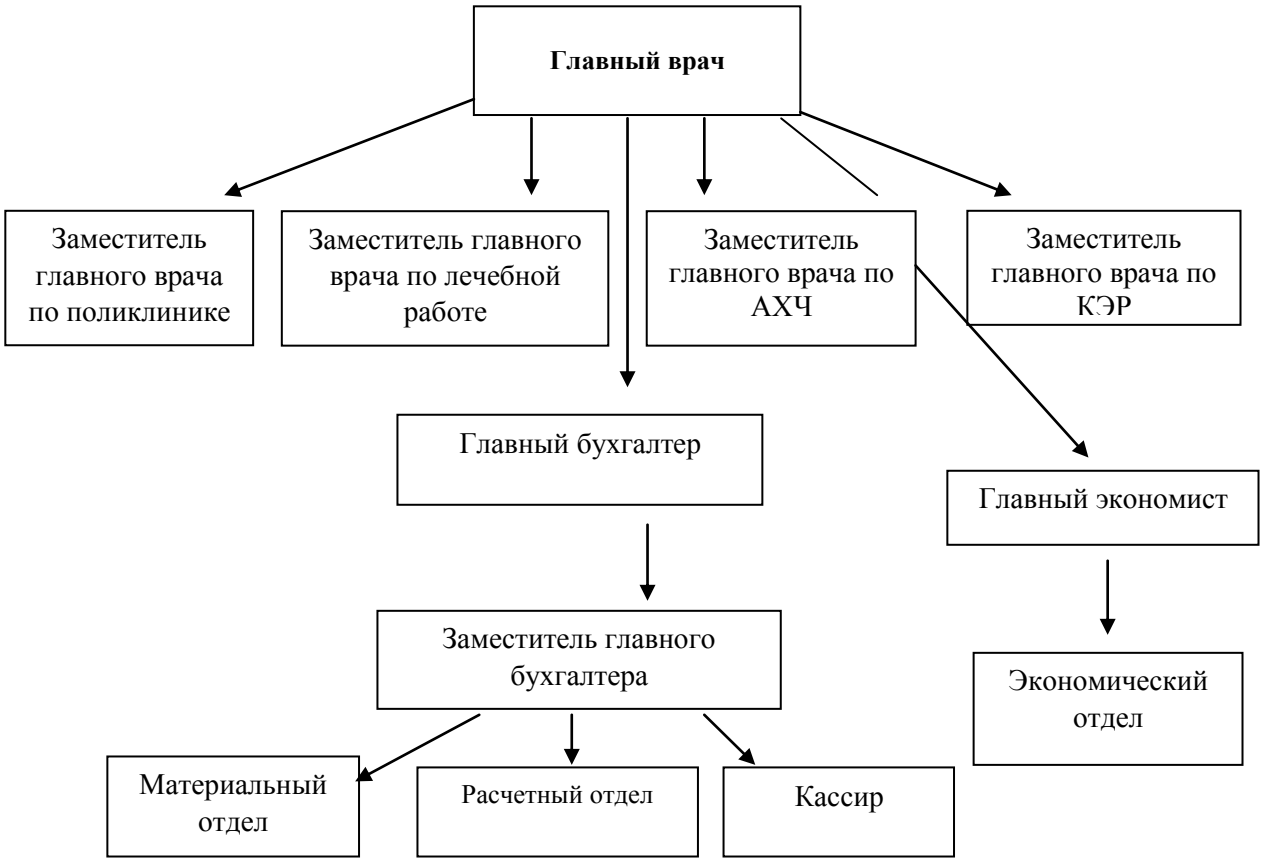

Рисунок 2.1 – Структура администрации и бухгалтерской службы

Главный врач – осуществляет общий контроль за функционированием учреждения, координирует действия административно-управленческого персонала

Начисление заработной платы и удержания из нее производятся в разрезе видов оплат и удержаний один раз в месяц и отражаются в учете в последний день месяца.

Бухгалтерия МУЗ «ЮЦГБ», финансируемая из городского бюджета в соответствии с бюджетной росписью, осуществляет бухгалтерский учет по Плану счетов бухгалтерского учета в бюджетных учреждениях и Инструкции по его применению, утвержденные приказом Министерства финансов Российской Федерации от 26 августа 2004 г. № 70н.

Главным залогом качественного и эффективной работы современной системы медицины являются трудовые ресурсы, которые увеличиваются персонифицированным характером труда сотрудников здравоохранения. Главной задачей является кадровая и организационная работа в медицине является сохранение на высоком уровня качество персонала, обеспеченность больниц кадрами, сохранение и рост качества обслуживания пациентов, исходя из этого постоянно увеличивается уровень текучести специализированных кадров и уменьшается заработная плата сотрудников здравоохранения, задачи управления требуют применения своевременных и разумных решений, готовых поменять ситуацию в лучшую сторону. При принятии какого–либо важного решения, необходимо провести тщательный и глобальный анализ по данной сфере здравоохранения.

Окончательный анализ труда и заработной платы исходит из постоянного выявления резервов повышения качества работы больницы, увеличения эффективности использования рабочей силы и эффективности применения бюджетных денежных средств, применяемых на выплату заработной платы персоналу больницы.

Главные задачи анализа выглядят таким образом:

1) анализ и оценка обеспеченности больницы кадрами;

2) количественная и качественная характеристика структуры сотрудников больницы;

3) определение факторов и причин отклонений фактических показателей состояния штатов от нормативов, оценка негативных показателей;

4) анализ использования рабочего времени и загруженности каждого сотрудника, характеристика совместительства и совмещения;

5) анализ производительности труда и его эффективности;

6) оценка формирования и рационального использования фонда заработной платы, оптимальности его структуры;

7) определение резервов роста эффективности труда, снижения потерь рабочего времени, эффективности расходования средств на оплату труда, разработка мероприятий по мобилизации выявленных резервов.

Для данного анализа использовались следующие источники документации больницы:

1) отчет учреждений о выполнении плана по труду формы № 1–т и № 1–труд;
2) отчет об исполнении сметы расходов формы № 2;
3) отчет о выполнении плана по сети, штатам и контингентам формы № 3–2;
4) отчет лечебно–профилактического учреждения за год формы № 30;
5) штатное расписание;
6) тарификационные списки;
7) материалы табельного учета и движения кадров;
8) штатные нормативы;
9) регистры бухгалтерского учета по начислению заработной платы, лицевые счета работников;
10) материалы результатов аттестаций и обследований условий работы персонала и др.

Анализ обеспеченности учреждения трудовыми ресурсами необходимо начинать с выяснения перечня нормативов, используемых для планирования труда персонала, а также плановых показателей, утверждаемых вышестоящими организациями. Анализ состоит в сравнении фактических показателей с их

плановыми и нормативными значениями, а также расчете и оценке изменения ряда производственных показателей

Штатные должности в больнице в течение последних 5 лет были укомплектованы полностью, за исключением должностей врачей–педиатров. Укомплектованность штатных должностей этих специалистов в 2015 г. составила 90 %.

Данные представленные в таблице 2.1 свидетельствуют об увеличении численности занятых должностей в течение изучаемого периода (+ 15,9% врачей и 6,2% средних медицинских работников).

Таблица 2.1 – Число должностей врачей и среднего медицинского персонала в городской больницы г. Южноуральск в 2013– 2015гг

Год	Число занятых должностей							
	Всего по городской больнице				В том числе в поликлинике			
	Врачи		СМП		Врачи		СМП	
	Асб.	Темп роста	Абс.	Темп роста	Абс.	Темп роста	Абс	Темп роста
2013	196,25	-	496,75	-	119,25		186,5	
2014	199,5	101,7	489,25	98,5	121,25	101,7	185,75	99,6
2015	227,5	114,0	527,5	107,8	148,75	122,7	254,25	136,9
Итого за 3 года	-	115,9	-	106,2	-	124,7	-	136,3

Обращает внимание выраженный прирост численности врачебного и среднего медицинского персонала за период с 2013–2015гг. в амбулаторно-поликлиническом звене: соответственно на + 24,7% и +36,3%.

По большинству специальностей число занятых должностей оставалось достаточно стабильным. В тоже время в 2013–2015гг. в общей структуре занятых должностей сократилось число терапевтов; педиатров, акушеров–гинекологов, хирургов. Суммарная доля должностей врачей этих специальностей в 2013–2015гг. уменьшается как в целом по учреждению, так в поликлинике, что свидетельствует о некотором практическом усилении роли других

специализированных видов помощи.

Несмотря на некоторые изменения числа занятых должностей по разным врачебным специальностям, далеко не все из них в равной степени оказывают влияние на структуру врачебных кадров данного лечебно–профилактического учреждения, а практически три четверти всех занятых должностей врачей составляют врачи 13 специальности.

Таблица 2.2 – Доля должностей врачей основных специальностей в структуре занятых должностей в 2013, 2014 и 2015гг (в %)

	Городская больница г. Южноуральск			в том числе в поликлинике		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Все занятые должности	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В т.ч.: терапевты	14,1	14,2	11,7	18,0	16,5	12,1
Педиатры	20,9	16,4	15,3	29,4	21,4	18,2
Неонатологи	2,8	3,3	2,4	-	-	-
Акушеры -гинекологи	12.0	11.7	10.6	6.3	6.6	5.4
Хирурги	6,5	4,0	4,4	4,3	1,5	1,3
Травматологи – ортопеды	1,6	3,5	2,6	1,9	1,6	0,7
Анестезиологи, реаниматологи	6,1	6,0	6,3	-	-	0,2
Врачи-лаборанты	4,3	5,0	4,5	7,1	8,2	7,2
Рентгенологи	2,5	2,0	1,7	-	3,3	2,7
Неврологи	1,5	1,8	1,3	2,5	2,1	1,3
Офтальмологи	1,8	2,0	1,7	2,9	3,3	2,7
Отоларингологи	1,9	2,0	2,0	2,9	3,3	2,7
Дерматовенерологи	1,5	1,5	1,4	2,5	2,5	2,0
По перечисленным специальностям	77,5	73,4	65,8	74,8	75,4	56,5

Следует отметить, что в целом по РФ показатели соотношения врачебного и среднего медицинского персонала в течение последних 40 лет имеют тенденцию к снижению, что можно считать неблагоприятным фактором с точки зрения экономического планирования. Коэффициент соотношения врачебного и среднего медицинского персонала на базовой территории соответствует значениям, сложившимся по Росси в течение всего анализируемого периода.

Таблица 2.3 – Соотношение врачебного и среднего медицинского персонала

Год	Российская Федерация	Городская больница г. Южноуральск
2012	1 : 2,8	-
2013	1 : 2,5	1 : 2,5
2014	1 : 2,4	1 : 2,45
2015	1 : 2,3	1 : 2,3

Важным механизмом повышения качества медицинской помощи в больнице восстановительного лечения, расширения спектра предоставляемых услуг, внедрения современных лечебно–диагностических технологий, является проведение соответствующей кадровой политики, включающей постоянное повышение квалификации медицинского персонала. Анализ данных представленных в таблице свидетельствуют о проведении в городе планомерной и хорошо налаженной работы с кадрами. В течение изучаемого периода из года в год росло число врачей и среднего медицинского персонала, подтвердивших и повысивших свою квалификацию.

Из дайной таблицы видно, что если в 2015 году лишь 46,4 % врачей и 26,2 % средних медицинских работников имели квалификационную категорию, то в 2015 году доля медицинских работников, повысивших свою квалификацию, возросла соответственно до 69,7% и 52,6%. При изучении структуры кадров, имеющих квалификационную категорию установлено, что среди врачей составляют 11,6% – специалисты с высшей квалификационной категорией, первую категорию в 2015 г. имели 40,9% врачей, вторую – 17,2%. Среди среднего медицинского персонала также как и среди врачей, большая часть – специалисты, имеющие высшую (11,8%) и первую (30,3%) квалификационную категорию. Такое распределение во многом объясняется возрастным составом медицинского персонала г. Южноуральска и соответственно стажем работы по специальности [5].

Таблица 2.4 – Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала, получивших квалификационную категорию за период с 2013–2015 гг.

Медицинские кадры	Год	Всего		Имеют квалификационную категорию						Не имеют квалификационную категорию	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врачи	2013	181	100	6	3,3	56	30,9	22	12,2	97	53,6
	2014	178	100	9	5,0	69	38,8	27	15,2	73	41,0
	2015	198	100	23	11,6	81	40,9	34	17,2	60	30,3
Средний медицинский персонал	2013	496	100	17	3,4	79	15,9	34	6,9	366	73,8
	2014	489	100	49	10,0	140	28,6	50	10,2	250	51,1
	2015	525	100	62	11,8	159	30,3	55	10,5	249	47,4

Коечный фонд городской больницы города Южноуральска. Анализ эффективности коечного фонда городской больницы г. Южноуральска осуществлялся на основе разработанных в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением методических рекомендации. Эффективность использования коечного фонда измеряется путем сопоставления фактически сложившихся показателей с рассчитанными базисными (плановыми) показателями. При этом полученный эффект выражается числом дополнительно госпитализированных больных – основным показателем, отражающим использование коечного фонда. Прилагаемые в настоящей работе таблицы рассчитываются по каждому из профильных отделений стационара и больнице в целом за ряд лет и позволяют установить отклонения от базовых показателей и итоговые результаты этих отклонений в числе госпитализированных больных. Анализ отклонений и полученных результатов позволяет сделать некоторые

выводы по эффективности использования коечного фонда и подготовить соответствующие рекомендации.

В отчетном году не было допущено резких неблагоприятных сдвигов структуры персонала. Однако при стабильной в целом структуре наблюдается падение среднесписочной численности на 2,2 % (15/697*100).

Необходимо выявить реально требующееся в соответствии с нормативами обслуживания количество штатных должностей.

Таблица 2.5 – Анализ выполнения плана по основным показателям

Показатели	По плану	Фактически	К плану, %
Среднегодовое количество коек	349	349	100,0
Среднегодовое количество штатных должностей, всего	929,5	932,5	100,3
Приходится коек на штатную должность	0,3755	0,3743	99,7
Количество врачебных должностей	157,75	158,75	100,6
Приходится коек на врачебную должность	2,2124	2,1984	99,4
Должности среднего медицинского персонала	437,25	439,25	100,5
Приходится коек на должность среднего медицинского персонала	0,7982	0,7945	99,5
Должности младшего медицинского персонала	218,5	218,5	100,0
Приходится коек на должность младшего медицинского персонала	1,5973	1,5973	100,0
Должности прочего персонала	116,0	116,0	100,0
Приходится коек на должность прочего персонала	3,0086	3,0086	100,0

Потребность учреждений в денежных средствах, используемых на оплату труда персонала, регулируется планом по фонду заработной платы.

Фонд заработной платы планируется исходя из планового числа штатных должностей и среднего размера должностных окладов, а также надбавок, доплат и прочих денежных выплат персоналу.

При изменении условий оплаты труда в течение года сметные назначения по фонду заработной платы корректируются.

Разница между фактическими выплатами по оплате труда и плановым фондом заработной платы представляет собой абсолютное отклонение, которое характеризует полноту использования выделенных из бюджета средств на оплату труда работников.

Оценим величину абсолютного отклонения и структуру фонда заработной платы.

Таблица 2.6 – Анализ структуры фонда заработной платы (ФОМС)

Категория персонала	По плану		Фактически		Отклонение (+,-)		Выполнение плана, %
	сумма, тыс.руб.	удельный вес, %	сумма, тыс.руб.	удельный вес, %	абсолютное, тыс.руб.	удельного веса, %	
Врачебный персонал	11781,9	30,72	11874,9	31,00	+93,0	+0,28	100,79
Средний медицинский персонал	17459,4	45,52	17620,9	46,00	+161,5	+0,48	100,93
Младший медицинский персонал	5002,3	13,04	4979,8	13,00	-22,5	-0,04	99,55
Прочие	4115,8	10,72	3830,6	10,00	-285,2	-0,72	93,07
Всего	38359,4	100,00	38306,2	100,00	-53,2	-	99,86

Таблица 2.7 – Анализ структуры фонда заработной платы (бюджет)

Категория персонала	По плану		Фактически		Отклонение (+,-)		Выполнение плана, %
	сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %	абсолютное, руб.	удельного веса, %	
Врачебный персонал	542660	10,1	541271,25	10,0	-1388,75	-0,1	99,74
Средний медицинский персонал	2814260	52,4	2818209,45	52,1	+3949,45	-0,3	100,14
Младший медицинский персонал	417470	7,8	417482,83	7,7	+12,83	-0,1	100,01
Прочие	1600095	29,7	1631710,47	30,2	+31615,47	+0,5	101,98
Всего	5374485	100,0	5408674	100,0	+34189	-	100,64

План по фонду заработной платы по ФОМСу не довыполнен на 0,14 % или 53,2 тыс. руб. План по фонду заработной платы по бюджету перевыполнен на 0,64 % или 34189 руб.

Начисление ФОТ и удержания из нее производят в виде выплат и удержаний один раз в месяц и учитывается в последний день месяца.

Главной задачей качественной и эффективной работы современной системы здравоохранения являются трудовые ресурсы, значение которых усиливается персонифицированным характером труда сотрудников больницы.

Важной задачей отдела кадров больницы является сохранение высокого уровня квалификации персонала, обеспеченность отделений больницы кадрами, сохранение и повышение качества обслуживания населения, поэтому в условиях постоянно возрастающего уровня текучести кадров и снижения уровня оплаты труда работников требуются принятия своевременных и обоснованных решений,

способных изменить ситуацию в лучшую сторону. Принятие же любого решения невозможно без тщательной и проанализированной оценки.

Значение анализа труда и заработной платы подразумевается необходимостью постоянного выявления резервов высокого качества работы больницы, повышения эффективности использования работы сотрудников и эффективности расходования бюджетных средств, выделяемых на оплату труда работников больницы.

Амбулаторный прием населения в поликлинике при городской больнице г. Южноуральска осуществляют врачи 17 специальностей. Анализ занятости врачебного персонала на приеме населения проведен по 15 специальностям за 2015 год, что обусловлено наличием исходной информации. Половина из них (52,2%) по количеству занятых должностей работает с небольшой перегрузкой. Наиболее высоки нагрузки у врачей специалистов: терапевтов, травматолога, психиатра, эндокринолога. Число посещений врачей дерматолога, онколога, уролога в целом соответствует фактической численности должностей. Врач окулист, хирург и фтизиатр загружены на 80%, врач-отоларинголог и врач инфекционист чуть более 50%. Однако объем работы врача-невролога, врача-кардиолога и врача-ревматолога составляет менее 50% планового. В целом занятость врачебного персонала составляет 93,3%, что указывает на имеющиеся резервы, то есть объем работы врачей на амбулаторном приеме соответствует 25,75 должности вместо 27,75 фактически занятых.

Амбулаторный прием в детской поликлинике обеспечивается 11 врачами–специалистами, которые занимают 28 должностей. Рассмотрим таблицу 2.1.8 Нагрузка врача–невролога соответствует плановой и даже превышает ее, врач–психиатр работает со значительной перегрузкой. Окулист и дерматолог заняты на 87%, а занятость врачей–педиатров составляет 82%. Число посещений врача подросткового кабинета приближается к среднему объему загружен.

Таблица 2.8 – Оценка занятости врачебного персонала на амбулаторно-поликлиническом приеме во взрослой поликлинике

Должность врача	Число посещений за год		Плановая функция врачебной должности	Расчетное число врачебных должностей		Число круглогодично занятых должностей	Занятость врачебного персонала в %
	Всего (факт)	В экв. единицах			С учетом округления		
Терапевт	62211	75473	5582	13,521	13,5	12	112,7
Отоларинголог	8996	8324	7388	1,127	1,0	2	56,4
Окулист	14466	13616	8537	1,595	1,5	2	79,8
Дерматолог	21794	19317	9686	1,994	2,0	2	99,7
Хирург	7865	7604	9360	0,812	0,75	1	81,2
Травматолог	10017	10015	9030	1,109	1,0	1	110,9
Психиатр	3814	3383	3184	1,062	1,0	1	106,2
Эндокринолог	2950	2950	5000	0,59	0,5	0,5	118,0
Невролог	3392	3051	6731	0,453	0,5	1	45,3
Кардиолог	2350	2345	5254	0,446	0,5	1	44,6
Фтизиатр	6493	7059	7059	1,0	1,0	1,25	80,0
Ревматолог	2325	2345	4921	0,477	0,5	1	47,7
Инфекционист	1848	1760	6731	0,262	0,25	0,5	52,4
Онколог	4591	4769	5000	0,954	1,0	1	95,4
Уролог	2728	2734	5746	0,476	0,5	0,5	95,2
ВСЕГО				25,878		27,75	93,25

Недовыполнение планового объема работы на 40% наблюдается у врача–ортопеда, на 68% у врача-инфекциониста, 63% – врача–фтизиатра. Менее всех загружены врач–эндокринолог и отоларинголог, соответственно 26 и 20% от планового объема работы. В целом объем работы врачей на амбулаторном приеме в детской поликлинике не соответствует 28 должностям.

Таблица 2.9 – Оценка занятости врачебного персонала на амбулаторно–поликлиническом приеме в детской поликлинике

Должность врача	Число посещений за год		Плановая функция врачебной должности	Расчетное число врачебных должностей		Число круглогодично занятых должностей	Занятость врачебного персонала в %
	Всего (факт)	В экв. единицах			С учетом округления		
Педиатр	71603	94235,5	6403	14,77	14,75	18	81,8
Эндокринолог	668	661,4	5000	0,132	0,25	0,5	26,4
Фтизиатр	2638	2420,2	6403	0,378	0,5	1,0	37,8
Инфекционист	1147	1086,2	6731	0,161	0,25	0,5	32,2
Отоларинголог	2055	1481,3	7388	0,201	0,25	1,0	20,1
Ортопед	6157	4626,4	7716	0,599	0,5	1,0	59,9
Невролог	5711	5076,2	4925	1,031	1,0	1,0	103,1
Дерматолог	8461	7327,3	8373	0,875	1,0	1,0	87,5
Подрастковый врач	4192	4080,9	5582	0,731	0,75	1,0	73,1
Психиатр	3758	3145,6	2205	1,427	1,5	1,0	145,7
Окулист	15452	13858	7880	1,759	1,75	2,0	87,9
ВСЕГО				22,011		28	78,6

Теперь рассмотрим занятость медицинского персонала вспомогательной лечебно–диагностической службы городской больницы. В лечебно–диагностическом процессе определенную роль играют исследования, процедуры, осуществляемые медицинским персоналом так называемой вспомогательной лечебно-диагностической службы: лаборатория, рентген, функциональная и ультразвуковая диагностика, физиотерапия и т.д. На основании показателей годового объема деятельности различных подразделений вспомогательной лечебно-диагностической службы за 2014 и 2015 годы, полученные путем сбора необходимых сведений из первичной учетной документации, и годового бюджета рабочего времени должностей, непосредственно выполняющих исследования,

процедуры, произведен расчет численности должностей медицинского персонала, необходимой для выполнения данного объема работы.

После определения численности медицинского персонала вспомогательной лечебно-диагностической службы по объему работы проводилось сопоставление расчетной численности должностей со штатным расписанием [9–10].

В целом по учреждению в 2014 году, утверждено по штатному расписанию должностей медицинского персонала лечебно–диагностических подразделений на 40,2% меньше по сравнению с расчетным для данного учреждения числом, а в 2015 году на 9% больше. В том числе показатели занятости врачебного персонала превышают плановый как в 2014 году, так и в 2015 году. С наименьшей перезагрузкой работает врачебный персонал в 2014 году. (154%). Рассчитанное по объему число должностей среднего медицинского персонала составляет 132,3% – в 2014 году, а в 2015 году отмечается недостаточный уровень занятости (77,0%).

При сопоставлении расчетной численности должностей со штатным расписанием по структурным подразделениям видно, что количество должностей по объему врачей-лаборантов, фельдшеров лаборантов в 2014 году (137,3% и 163,5%). А в 2015 году плановый объем исследований выполняется только лаборантами, фельдшерами-лаборантами (100,7%), а врачи–лаборанты загружены на 82,6%. Нагрузка должностей врачей–рентгенологов составляет в 2014 году – 132,4%, а в 2015 году – 100,7%.

Обращает на себя внимание значительная перегрузка врачей функциональной диагностики и врачей ультразвуковой диагностики в 2014 году (155,1% и 203,3% соответственно) и в 2015 году (288,0% и 186,4% соответственно). Данные по медицинскому персоналу этих специальностей показывают, что показатель, характеризующий перегрузку персонала в двое или более чем вдвое, свидетельствует либо о нарушениях технологии проведения исследований, снижая таким образом достоверность результатов, либо об ее изменении. Если имеет место введение каких–либо новшеств в диагностический

процесс, ускоряющих проведение исследования, то следует изменить расчетные нормы времени.

Иную картину представляют показатели занятости врачей эндоскопического отделения. Отмечается тенденция к незначительному снижению нагрузки врачей-эндоскопистов в 2014 году (93,4%), а в 2015 году она составляет 76,6%.

Объем отпущенных физиотерапевтических процедур соответствует плановому числу должностей среднего медицинского персонала лишь в 2014 году – 100,2%, а в 2015 году показатели занятости среднего медицинского персонала свидетельствуют о недовыполнении планового объема на 44%.

Полученные данные показывают различные уровни нагрузки на работающий персонал вспомогательной лечебно–диагностической службы и свидетельствуют о необходимости последующего контроля за объемом деятельности медицинского персонала, а также могут служить основой для принятия управленческих решений по изменению численности должностей при составлении штатного расписания или по изменению нормативных затрат рабочего времени на проведение отдельных видов исследования, в частности по функциональной диагностике [11].

2.2 Анализ производительности труда МУЗ "Южноуральской центральной городской больницы"

Методика анализа производительности труда в МУЗ «ЮЦГБ».

Проблема производительности труда в здравоохранении всегда оставалось острой проблемой. Методы анализа оказались довольны сложны. Как показывает рост производительности труда, происходит снижение расходов на производительность.

Методика в основном состоит из трех направлений: фонда рабочего времени; рабочие места, различные стимуляции медицинского персонала; высокий показатель производительности труда.

Эффективность производительности труда направлена на выработку и

трудоемкость. Выработка – показательность продуктивности труда, показывает какое количество услуг оказал сотрудник. Данный показатель может определятся, как в натуральном, стоимостном, трудовом, так и в условно–натуральных единицах.

Натуральный, используется для оказания одного вида услуг. Он учитывается в натуральных единицах. Данный метод довольно распространен в предприятиях, он показывает более точные расчеты.

Под натуральным методом можно использовать и условно-натуральный. Он учитывается в условных единицах.

Трудоемкость – затраты рабочего времени на оказание единицы услуги. Показатели трудоемкости можно рассматривать, как в целом, так и отдельно по больнице. Также необходимо определить коэффициент выполнения плана сотрудниками больницы.

Далее рассмотрим, что такое четырехфакторная мультипликативная модель анализа выработки одного работника:

$$ЧВ * Ув * Д * П, \quad (1)$$

где ЧВ – выработка персонала;

Ув – удельный вес;

Д – количество отработанных дней;

П – продолжительность рабочего дня.

Продолжительность одного рабочего дня сотрудника:

$$\Delta ГВ = Ув * Д * \Delta П - Чв, \quad (2)$$

Оценка факторов может быть не только абсолютной разницей, но другими способами: цепная подстановка, относительные разницы, интегралы и др. Но существуют и другие способы оценки анализа, например среднегодовая

выработка сотрудника, которая исходит из количества отработанных дней, длительность рабочего дня и среднечасовой выработки:

$$ГВ=Д*П*ЧВ \quad (3)$$

Общее изменение выработки:

$$\Delta ГВ = ГВ1 - ГВ0 \quad (4)$$

Количество отработанных дней:

$$\Delta ГВ = \Delta Д * П * ЧВ \quad (5)$$

Далее проведем анализ среднечасовой выработки, так как это является одной из составляющей производительности труда, показывая среднедневной и среднегодовую выработку персонала. Экономическая эффективность использования рабочей силы показывает свои плюсы и минусы при работе, сравнение производительности труда разных подразделений, сфера применения. Оценку производительности труда можно определить при помощи детермированного анализа используя анализ обеспеченности персоналом и доходом полученным от оказания медицинских услуг больницы [13].

Система финансирования оказывает значительное влияние на структуру расходов. Так, структура расходования бюджетных средств в больнице г. Южноуральске имеет следующий вид, а структура расходования поступивших средств за счет страховой медицины оформлена в таблице 2.10.

Таблица 2.10 – Динамика структуры расходов бюджетных средств (тыс. руб.)

Статьи расходов бюджетной классификации	Г о д а					
	2013 год		2014 год		2015 год	
	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%
Заработная плата	69158,0	47,9	91418	54,8	115481	59,8

Таблица 2.10 – Динамика структуры расходов бюджетных средств (тыс. руб.)

Статьи расходов бюджетной классификации	Г о д а					
	2013 год		2014 год		2015 год	
	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%
Начисления на з/плату	26701,0	18,5	30101	18,0	35261,7	18,3
Приобретение медикаментов	16200,0	11,2	12217,8	7,3	10132,0	5,2
Приобретение мягкого инвентаря	1368,6	0,9	1249,2	0,7	38,9	0,1
Канцелярские и хоз.расходы, расх. на материалы и предм. снабжения	1802,2	1,2	1197,3	0,7	814,0	0,4
Приобретение продуктов питания	4052,0	2,8	3621,0	2,2	2367,0	1,2
Оплата мебели	4792,2	3,3				
Командировки и служ. разьезды	150,0	0,1	184,0	0,1	203,5	0,1
Расходы на спец. топливо и горюче-смазочные материалы	1093,0	0,8	1590,0	1,0	1453,0	0,8
Оплата транспортных услуг	28,0	0,1	520,0	0,1	160,0	0,1
Оплата услуг связи	441,9	0,3	611,0	0,4	888,0	0,5
Коммунальные услуги	6031,0	4,2	8183,7	4,9	10837,8	5,6
Оплата текушего ремонта оборудования и инветаря	705,0	0,5	1418,8	0,9	916,3	0,5
Прочие услуги	3554,3	2,5	5547,1	3,3	7348,0	3,8
Трансферты	6453,1	4,5	6547,9	3,9	4508,0	2,3
Приобрет. оборуд.и инвентаря	1600,6	1,1	2837,3	1,7	2290,8	1,2
Капитальный ремонт	89,0	0,1			300,0	0,1
ИТОГО	144219,9	100	166776,1	100	193000	100

Так же высокий процент расходов составляет оплата коммунальных услуг (увеличение сумм происходит из за повышения тарифов на электроэнергию и других коммунальных платежей). Уменьшение таких статей расходов бюджетного финансирования, как приобретение мягкого инвентаря, продуктов питания, приобретение оборудования, капитальный ремонт – сказываются тем, что эти виды расходов увеличились за счет средств обязательного медицинского страхования.

Таблица 2.11 – Динамика структуры расходов средств ОМС (тыс. руб.)

Статьи расходов бюджетной классификации	Г о д а					
	2013 год		2014 год		2015 год	
	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%	Кассовые расходы	%
Заработная плата	1345,8	3,4	3331,9	5,6	11958,6	11,3
Начисления на з/плату	518,0	1,3	1108,1	1,9	3825,9	3,6
Приобретение медикаментов	15807,5	40,1	6931,2	11,7	20367,4	19,2
Приобретение мягкого инвентаря	82,1	0,2	139,9	0,2	704,0	0,7
Канцелярские и хоз.расходы, расх. на материалы и предм. снабжения	93,5	0,3	96,4	0,2	117,9	0,1
Приобретение продуктов питания	85,0	0,2	1556,2	2,6	4161,8	3,9
Оплата мебели	1900,0	4,8	300,0	0,5	2300,0	2,2
Оплата текушего ремонта оборуд.и инветаря	105,1	0,3			108,4	0,1
Прочие услуги	197,7	0,5	419,0	0,7	331,2	0,3
Приобретение оборуд.и инвенаря	14262,7	36,2	25146,1	42,4	45722,1	43,2
Капитальный ремонт	5000	12,7	20248,2	34,2	16238,4	15,4
ИТОГО	39397,4	100	59277	100	105835,7	100

Анализируя динамику структуры расходов за счет средств обязательного медицинского страхования можно выделить три статьи расходов с наиболее высокой долей израсходованных средств: 1) заработная плата; 2) медикаменты; 3) приобретение оборудования. Из этого можно сделать вывод, что создание системы обязательного медицинского страхования в 1993 году явилось важным шагом в реформе здравоохранения, так как на примере данного учреждения мы видим, что основная доля расходов средств медицинского страхования приходится на основные (жизнеобеспечивающие) статьи расходов учреждения.

Характерной чертой современного здравоохранения является выраженная тенденция развития специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи. В общей структуре обеспечения врачебными кадрами врачи специализированного профиля в стационаре и поликлинике городской больницы г. Южноуральска составляют более 80 % [16].

3 ОБОСНОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА ПЕРСОНАЛА

3.1. Предложения по повышению производительности труда в виде внедрения оказания нового вида платной медицинской услуги

В качестве повышения производительности труда предложен вариант, как внедрение оказания нового вида платной медицинской услуги, что в свою очередь должна повысить нагрузку на персонал, что в свою очередь предполагает обучение (повышение квалификации), либо привлечение нового персонала. Повыситься заработная плата, если нагрузка придется на определенный персонал, ответственность сотрудников, соответственно и качество, так как качества оказания услуги, зависит будет ли в дальнейшем применять ее население именно в МУЗ «ЮЦГБ», а не использовать денежные средства для поездки в г. Челябинск для оказания определенной платной медицинской услуги. Далее рассмотрим предложение по внедрению [29].

При выборе предложения по оказанию нового вида платной услуги и дальнейшего расчета выбранной услуги, проведен анализ но заболеваемости населения по различным патологиям болезней. В связи с этим я использовала статистические данные собираемые организационно–методическим отделом МУЗ “Южноуральской центральной городской больницы” по заболеваемости населения города Южноуральска. Анализ за три прошедших года представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Заболеваемость на 1000 населения

Наименование заболеваемостей	2013 г.	2014 г.	2015г.
Всего в т.ч.	1486,4	1073,1	1306,5
Инфекционные и паразитарные болезни	45,1	43,8	38,3
Новообразования	9,7	7,9	11,6
Болезни эндокринной системы	33,0	28,8	23,6

Окончание таблицы 3.1.1

Наименование заболеваемостей	2013 г.	2014 г.	2015г.
Болезни крови и кроветворных органов	7,6	4,5	4,9
Психологические расстройства	69,0	70,3	65,5
Болезни нервной системы	63,2	47,2	50,8
Болезни глаза и его придатков	237,8	176,9	136,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	52,9	64,6	59,4
Болезни системы кровообращения	49,7	45,7	33,5
Болезни органов дыхания	448,4	461,1	414,0
Болезни органов пищеварения	96,3	128,1	126,3
Болезни мочеполовой системы	64,5	60,2	55,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	74,7	85,8	80,8
Болезни костно-мышечной системы	94,7	86,1	68,3
Врожденные аномали	7,0	9,2	4,9
Травмы и отравления	101,2	111,8	77,6

При анализе заболеваемости населения, я остановила свой выбор на болезнях органов пищеварения, так как заболеваемость этого вида имеет большой процент в общем объеме болезней. Кроме того, число случаев по этому виду растет с каждым годом.

К болезням органов пищеварения относится желчно–каменная болезнь (образование камней в желчном пузыре), на медицинском термине она называется – холецистэктомия.

Такая операция производится в хирургическом отделении МУЗ “Южноуральской центральной городской больницы” и гарантирована программой государственного здравоохранения и страховой медициной. Но она производится методом открытого вмешательства, проще говоря, с разрезанием брюшной полости.

В связи со статистическими данными и личной заинтересованностью я хочу предложить проводить на платной основе эту операцию методом лапароскопического вмешательства, тем самым расширить перечень платных

медицинских услуг данного учреждения и повысить качество их оказания. О преимуществах такой операции я расскажу далее в данной дипломной работе.

Но это не только лично мое предложение, наработки по этому виду услуги уже ведутся в МУЗ “ЮЦГБ”. В связи с этим в июне 2015 года за счет средств поступающих от платной предпринимательской деятельности учреждения был закуплен лапароскопический аппарат. Этот аппарат служит не только для лечения хирургических операций, но так же для гинекологических и других заболеваний. В октябре месяце были направлены ведущие хирург и гинеколог учреждения на специализацию по данному виду операций в г. Челябинск. Длительность специализации составляет 3 месяца. Оплата за обучение и другие расходы так же производятся за счет средств поступающих от платных медицинских услуг.

Теперь рассмотрим краткую характеристику, а так же существенные преимущества лапароскопического вмешательства перед традиционной техникой холецистектомии.

В последние годы в мировую хирургию быстро и непрерывно внедряются манипуляции и операции с применением различных жестких и гибких эндоскопов. Для таких операций и манипуляций принято название – лапароскопические.

Под прямым видением или при проецировании изображения операционного поля на специальный экран хирург выполняет различные вмешательства, пусть пока в части случаев медленнее, чем при открытой технике, но зато менее инвазивно, с достоверно меньшим числом осложнений, почти без кровопотери и со значительно более коротким послеоперационным стационарным лечением.

Статистические данные свидетельствуют об экономическом эффекте эндохирургии, прежде всего за счет снижения длительности стационарного лечения. Основные затраты клиник на приобретение дорогостоящей аппаратуры и инструментария для эндоскопических операций быстро окупаются, хотя, конечно, высокая стоимость таких операций для больных, и постоянное обновление, а значит и удорожание специальной аппаратуры создают определенные проблемы.

Эндоскопические манипуляции и операции по праву завоевывают все больше сторонников. И это отнюдь не мода. Это веление времени. Во–первых, при лапароскопических операциях нет больших разрезов кожи и подкожной клетчатки, что, понятно, во многом предупреждает самое частое осложнение, а именно, нагноение кожных ран. Во–вторых, не пересекаются мышечные структуры и апоневрозы брюшной стенки, а это первейшая профилактика послеоперационных грыж. В–третьих, стерилизация троакаров и эндоскопов, естественно намного легче и надежнее чем мытье рук любыми способами и чем применение самых стерильных салфеток, тампонов марлевых шариков и других. Наконец, при эндоскопических вмешательствах хирург не травмирует (или почти не травмирует) руками органы живота, то есть не причиняет больному почти неизбежных травм, которые ведут к порезу кишечника [19].

Все это явно свидетельствует в пользу закрытой техники оперирования, а что касается недостатков, то на данном этапе развития эндоскопической хирургии, особенно при наложении желудочно–кишечных швов возникают большие технические трудности, обуславливающие сравнительно большую продолжительность таких вмешательств. Но самое важное преимущество эндоскопических операций – резкое уменьшение периода послеоперационного стационарного лечения и трудовой реабилитации больных. Он, как правило, на целый порядок короче, чем после обычных операций при тех же патологических изменениях пораженного органа и при том же объеме вмешательства.

В связи с малой травматичностью лапароскопической холецестэктомии и отсутствием большой раны, послеоперационный период у пациентов, перенесших эту операцию, протекает значительно легче, чем после традиционной хирургической холецистэктомии. Незначительные боли в животе беспокоят пациентов, как правило, в первые сутки после операции, и не требуют назначения наркотических анальгетиков.

Все вмешательства выполняются под общим обезболиванием с интубацией трахеи и применением мышечных релаксантов.

Сравним результаты открытой техники холецистэктомии и с применением лапароскопического метода.

Результаты лапароскопической холецестэктомии у пациентов с желчно-каменной болезнью были сравнены с результатами применения традиционной открытой техники оперирования холецистэктомии. Пациенты обоих групп были сопоставимы по возрасту, полу, длительности основного и тяжести сопутствующих заболеваний.

Таким образом, даже поверхностное сравнивание этих двух методов лечения желчно–каменной болезни свидетельствуют о существенных преимуществах лапароскопического вмешательства перед традиционной техникой холецстектомии. Перечислим их:

1. Снижение лучевой нагрузки для пациента и врача.
2. Полноценный осмотр внутри- и внепеченочных желчных протоков и удаление, в случае необходимости, желчных камней.
3. Значительное снижение послеоперационного синдрома.
4. Сокращение сроков пребывания больных в стационаре и ранняя реабилитация их.

Таблица 3.2 – Сравнительный анализ результатов операции холецистектомии с применением 2 методов

Характеристики	Открытая техника	Закрытая техника
Длительность операции	2-4 часа	2-4 часа
Осложнения в раннем послеоперационном периоде	13,3%	1,4%
Повреждения при операции	1,9%	0
Кровотечения	4,7%	0,1%
Нагноения послеоперационной раны	6,7%	0
Летальный исход	1,9%	0
Средняя длительность послеоперационного пребывания	14 койко–дней	3 койко-дня
Полная реабилитация	20 дней	8 дней

5. Высокий косметический эффект.

6. Возможность диагностики и оперативной коррекции различных заболеваний органов брюшной полости без дополнительных травматичных доступов.
7. Снижение числа послеоперационных осложнений, связанных с прецизионностью лапароскопического вмешательства и отсутствием лапоротомной раны.
8. Снижение экономических затрат на послеоперационное лечение больных и оплату нетрудоспособного периода.

Кроме того, лапароскопическая хирургия позволяет более успешно решать проблему адаптации пациентов к стрессу, каким является операционная травма.

3.2. Расчет экономических показателей нового вида платной услуги

Расчет затрат на оплату труда можно сделать на основании учета операционной бригады, затрачиваемого времени. Количество работников устанавливается исходя из требований, предъявляемых к операции.

Рассмотрим классификацию операций по категории сложности в таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Классификация операций по категории сложности

Категория сложности	Виды операций
1	Вскрытие гнойников, первичная хирургическая обработка ран, дренирование, пункции, блокады, некрэктомии.
2	Полостные операции без резекции и удаления органов, эпицистостомия грыжи первичные, полостные доброкачественные опухоли, флебэктомия.
3	Полостные операции с резекцией и удалением органов, трепанация черепа, повторные операции на брюшной полости, тромбоэмболоэктомия, вторичные рецидивирующие грыжи, аденомэктомии.

Норматив длительности операции и количество врачебного персонала на операции по категориям сложности рассмотрим в таблице 3.4.

Как видим из таблицы 3.4 операция которую мы рассчитываем относится по категории сложности к третье группе (длительность операции – 240 минут, количество персонала 8 человек).

Таблица 3.4 – Норматив затраченного времени и количества персонала при выполнение операций различных категорий сложности

Категория сложности	Должности медицинского персонала	Количество персонала	Длительность операции (мин)
1	Врачи Средние Младшие	1 1 1	30- 90 90- 150 90- 150
2	Врачи Средние Младшие	2 2 2	150 210 210
3	Врачи Средние Младшие	3 3 2	240 300 300

Но большинство зарубежных и отечественных исполнителей операций лапароскопической холецистектомии считают рациональным включать в бригаду 2 хирурга и 2 операционной медсестры.

Заработную плату врачебного, среднего и медицинского персонала принимающих участие в данной операции рассчитаем на основе тарификационного списка хирургического отделения.

Должностной оклад заведующего хирургическим отделением 5134 рубля, врача хирурга – 4101 рубль. Итого основная заработная плата врачебного персонала по тарификации – 9235 рублей.

Заработную плату среднего персонала рассчитаем по другому (по среднему должностному окладу), так как мы не знаем какая операционная медсестра будет работать в тот день когда будет проводится данная операция.

По тарификации 6 операционных медсестер, их фонд заработной платы составляет 17711 рублей. Средняя заработная плата операционной медсестры – 2951,83.

Итого заработная плата среднего медицинского персонала составляет:

2951,83 * 2 = 5903,66 рубля. Умножим на коэффициенты 5903,66 * 70% = 4132,56, 5903,66 * 50% = 2951,83. Всего 5903,66 + 4132,56 + 2951,83 = 12988,05 рубля.

Заработную плату младшего медицинского персонала рассчитываем аналогично расчета среднего медицинского персонала (исходя из занятости 1 операционной санитарки).

Фонд заработной платы – 7940:5 человек = 1588 рублей (средняя заработная плата операционной санитарки). Итого заработная плата младшего медперсонала при выполнении данной операции составляет с учетом коэффициентов 3493,6 рубля.

Полученные данные сформируем в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Расчет затрат на оплату труда, начислений на заработную плату

Должности мед. персонала	Время затрачено на выполнение услуги (мин.)	Должностной оклад (руб.)	Дополнительная заработная плата (руб.)	Основная и дополнительная заработная плата (руб.)	Фонд рабочего времени (час)	Расходы на оплату труда (руб.)
Врачи	240	20317,00	4063,4	24380,40	151,5	643,71
Средние	300	12988,05	2597,61	15585,66	151,5	514,38
Младшие	300	3493,60	698,72	4192,32	151,5	138,36
ИТОГО						1296,45

Сделаем полный расчет затрат по заработной плате медицинского персонала, с расчетом что средний фонд рабочего времени за месяц по хирургическому отделению составляет 151,5 часа.

В расчет дополнительной заработной платы входит ежемесячная премия в размере 20% которая регламентируется положением «О премировании

работников муниципальных учреждений», утвержденного постановлением Главы города № 439 от 23.05.2015 года.

Расходы на оплату труда на оказание данной услуги рассчитываются из определения расходов на 1 минуту, с умножением на затраченное время выполнения услуги.

Расчет: 24380,40 / 151,5 / 60*240 = 643,71.

Согласно установленных законом размерах начисления страховых взносов на фонд оплаты труда в Фонд социального страхования – 4,2%, в Пенсионный фонд РФ – 28%, в Фонды Медицинского страхования – 3,6%, произведем расчет отчислений с рассчитанного нами фонда заработной платы. Расчет произведем в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Расчет начислений на заработную плату

Должности медицинского персонала	Расходы на оплату труда на оказание медицинской услуги	Начисления на заработную плату (35,8%)	Итого расходов на оплату труда с начислениями
Врачи	643,71	230,45	874,16
Средние	514,38	184,15	698,53
Младшие	138,36	49,53	187,89
ИТОГО	1296,45	464,13	1760,58

Следующее, что мы рассчитаем – это прямые косвенные затраты на оказание выбранной платной услуги [25].

К прямым материальным затратам относятся затраты на медикаменты, а так же сумма износа оборудования и мягкого инвентаря.

Сумма расходов на мягкий инвентарь, оборудование производится по износу в зависимости от способа перенесения стоимости, принятого в соответствии с учетной политикой учреждения. В расчете на платную услугу включаются износ оборудования и мягкого инвентаря, числящегося в составе средств, приобретенных только за счет доходов полученных от оказания платных услуг и

используемых для оказания платных услуг. Годовая сумма износа оборудования исчисляется исходя из балансовой стоимости основных средств, которую можно определить по “Инвентарной карточки учета основных средств, и установленной нормы износа”, определяемой в соответствии с “Годовыми нормами износа медицинского оборудования учреждений и организаций, состоящих на государственном бюджете”.

Произведем расчет расходов на медикаменты, расходные материалы, перевязочные средства, одноразовые принадлежности и т.д., потребляемые в процессе оказания услуги целиком.

Согласно данных заведующего и старшей медицинской сестры хирургического отделения произведем расчеты по расходу на медикаменты и прочие медицинские принадлежности. Данные и расчет оформим в таблицу.

Данные по цене медикаментов используемые для нашего расчета возьмем из оборотных ведомостей 062 счета, 071 счета бухгалтерского учета.

По оборотной ведомости к счету 062 “Медикаменты и перевязочные средства” ведутся медикаменты требующие определенного учета наркотические средства, дорогостоящие и прочие относящиеся к специальной группе медикаментов требующих строгого учета)

Стоимость остальных медикаментов мы возьмем из документов предъявляемых МУЗ «Южноуральской центральной городской больнице» в виде требований от Аптеки. Расчет за единицу производим на основании выше перечисленных документов, так:

Спирт 95% (по оборотной ведомости приход по Д/ту счета 062) –

4 литра стоимость 249,74, средняя цена 249,74 / 4 = 62,43 рубля;

Промедол – 795,50 / 50 = 15,91 рублей;

Реланиум – 330,02 / 25 = 13,20 рублей;

Марля – 4067,25 / 1450 = 2,8 рублей за метр;

Бинт – 3063,30 / 993 = 3,08 рублей за 1 шт.

Аналогично рассчитываются перчатки и шприц 20.0

Фурацелин (требование № 145 от 20.11.02г) – 74,30;

Иодоперин (требование № 148 от 20.11.02г. –) – 253,76;

Атропин (требование № 157 от 02.12.02г. –) – 12,87.

Таблица 3.7 – Расчет прямых материальных затрат (медикаменты)

Наименование	Количество шт., мл., гр.	Единица измерения	Цена за единицу	Всего расходов (руб.)
Фурацелин	2	Фл (400м)	74,30	148,60
Спирт 95%	250	Мл (1000)	62,43	15,60
Иодоперин водный	1	Фл (400)	253,76	253,76
Атропин	1	Упаковка	12,87	12,87
Промедол	1	Ампула	15,91	15,91
Димедрол	1	Упаковка	11,32	11,32
Реланиум	1	Ампула	13,20	13,20
Шприц 20	1	Шт.	1,90	1,90
Скальпель	1	Шт.	243,99	243,99
Шовный материал Devic	3	Шт.	934,32	2802,96
Марля	1	Метр	2,80	2,80
Бинт	1	Шт.	3,08	3,08
Лейкопластырь	1	Шт.	14,51	14,51
Перчатки	4	Шт.	6,20	24,80
Итого				3565,30

Димедрол (требование № 158 от 02.12.02г.-) – 11,32 рублей

Лейкопластрь (требование 2 от 16.12.02г) – 14,51 рублей

Стоимость скальпеля – 243,99 и шовного материала – 934,32 взято из оборотной ведомости счета 071 «Малоценные и быстроизнашивающиеся предметы».

Расчет мягкого инвентаря не включается в прямые материальные затраты на данную услугу т.к. закупки мягкого инвентаря производились за счет средств бюджета и средств обязательного медицинского страхования.

Расчет износа оборудования рассчитывается на основании “Инвентарной карточки учета основных средств” делением суммы износа – 261769 рублей, на количество месяцев – 12, на среднемесячную норму рабочего времени – 151,5, и умножается на норму времени, затрачиваемого на оказание услуги (возьмем среднюю длительность операции из таблицы 3.2 раздела 3.1) – 3 часа.

Расчет 261769 / 12 / 151,5 * 3 = 431,97

Данные занесем в таблицу 3.8.

Таблица 3.8 – Расчет прямых материальных затрат

Расходы на медикаменты, медицинские расходные материалы.	Износ оборудования	Всего прямых материальных затрат (руб.)
3565,30	431,97	3997,27

Теперь рассчитаем накладные расходы. Сумма расходов на заработную плату работников за 2015 год за счет предпринимательской деятельности составляет – 2897,8 рубля. Расходы по статьям бюджетной классификации указаны в главе 2.2. в таблице. Бюджетные расходы и в таблице № 2.6 Расходы за счет средств ОМС. Произведем их суммарный итог в таблице 3.2.7.

Из полученных данных определим коэффициент накладных расходов.

Расчет: 2897,8 / 22153,4 = 13,1%

Таблица 3.9 – Накладные расходы

Статьи расходов бюджетной классификации	Кассовые расходы за счет средств бюджета 2015 год	Кассовые расходы за счет средств ОМС	Итого расходов
Статьи расходов бюджетной классификации	Кассовые расходы за счет средств бюджета 2015 год	Кассовые расходы за счет средств ОМС	Итого расходов
Прочие расходные материалы и предметы снабжения	814,0	117,9	931,9

Окончание таблицы 3.9

Командировочные расходы	203,5		203,5
Транспортные услуги	160,0		160,0
Оплату услуг связи	888,0		888,0
Оплата коммунальных услуг	10837,8		10837,8
Прочие текущие услуги	7348,0	331,2	7679,2
ИТОГО	21704,3	449,1	22153,4

Так как мы рассчитываем стоимость сложных стационарных услуг, согласно методике разработанной и утвержденной вышестоящими органами, в расчет койко-дня включаются расходы по питанию больных. Расходы на питание определяются как соотношение затрат на питание за расчетный период к плановому показателю койко–дней.

Расходы на питание возьмем из того же источника, что и при определении накладных расходов (расходы за счет бюджетных средств – 2367,0 + расходы за счет средств обязательного медицинского страхования – 4161,8 = 6528800 рублей), плановое значение койко–дней - 129906 в год.

Расчет: 6528800 / 129906 = 50,25 рублей (Стоимость 1 койко-дня)

Согласно таблице 3.2.8 средняя длительность послеоперационного периода 3 койко-дня. Итого расходы на питание 3 * 50,25 = 150,75.

Полученные расходы для наглядности оформим в таблицу 3.10 и просчитаем стоимость услуги – лапароскопическая холецестэктомия.

Таблица 3.10 – Расчет тарифа на платную медицинскую услугу

Наименование расходов	Сумма
Расходы на заработную плату	1296,45
Начисления на заработную плату	464,13
Прямые материальные затраты	3997,27
Накладные расходы (13,1%)	169,83
Питание	150,75
Рентабельность (20%)	1215,69
СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ	7294,12

И так, пациенту желающему произвести операцию холецестэктомия с использованием лапароскопического аппарата необходимо оплатить 7294,12 рублей в кассу МУЗ «Южноуральской центральной городской больницы» или перечислить на специальный расчетный счет для поступления доходов от платной медицинской деятельности.

В расчет данной услуги не входит стоимость наркоза т.к. наша платная услуга рассчитана на операцию лучшего качества оборудования и квалификацией врача. Наркоз гарантирован за счет средств обязательного медицинского страхования. В связи с отсутствием страхового полюса пациенту придется заплатить и за наркоз. Стоимость наркоза уже просчитана экономической службой МУЗ «ЮЦГБ» и утверждена в отделе ценообразования администрации города. Стоимость эндотрахиального наркоза – 1660,29 рублей. Так же при желании клиента и отдельной оплаты, ему может быть предоставлена палата с повышенной комфортностью, а та же другие сервисные услуги.

Как мы видим себестоимость медицинской услуги – это стоимостная оценка используемых в процессе оказания услуг материалов, основных фондов, топлива, энергии, трудовых ресурсов, а также других затрат на ее выполнение. Таким образом может быть сформирована себестоимость медицинской услуги. Кроме текущих затрат, выраженных в денежной форме в себестоимости, в цену медицинской услуги необходимо включать расчетную прибыль, которая после реализации услуги может быть превращена в затраты на развитие лечебно-профилактического учреждения.

3.3. Оценка социально–экономического эффекта от предоставления населению платные медицинские услуги

Для оценки социально–экономического эффекта рассмотрим методики оценки эффективности мероприятий.

В наше время результат труда медицинских работников не поддаются прямой количественной оценке. В связи с этим одной из задач в области организации и

управления здравоохранения всех его звеньев является стремление к наиболее целесообразному расходованию бюджетных ассигнований, выделяемых на отрасль. Деятельность работников здравоохранения хотя непосредственно и не создает материальных благ, способствует воспроизводству здоровья трудящихся, и тем самым создает важную предпосылку для увеличения продуктов общественного труда, роста национального дохода.

Понятие "улучшение здоровья" не укладывается целиком в экономические термины и категории; его измерение тем же способом, каким мы оцениваем стоимость произведенных товаров, невозможно. Трудности определения экономической эффективности здравоохранения возникают из–за отсутствия прямого "стоимостного" измерения результатов лечебных и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Однако рассматривать и оценивать материальные, трудовые, финансовые затраты на медицинскую помощь трудящимся нашей страны или оздоровительные мероприятия на производстве, ускоряющие его развитие, т.е. экономические проблемы здравоохранения, следует с учетом медицинской и социальной эффективности. Выяснение характера и закономерности взаимосвязи между здоровьем человека, здравоохранением и экономикой составляет одну из основных социальных проблем современной медицины. Проблемы конкретной экономики здравоохранения неразрывно связаны с правильным пониманием значимости медицинских, социальных и экономических аспектов осуществляемых мероприятий здравоохранения. Казалось бы, хорошо поставленная служба здравоохранения настолько может укрепить здоровье населения, что потребность в медицинском обслуживании должна уменьшиться. Однако потребности не снижаются ни в экономически развитых, ни в развивающихся странах, хотя они по законам диалектики имеют разное содержание. В развивающихся странах здравоохранение ведет борьбу с инфекционными заболеваниями. Остро стоят вопросы преждевременной старости, смертности. В то же время в развитых странах большая

продолжительность жизни и старение населения выдвигают на первый план хронические дегенеративные заболевания, несчастные случаи, связанные с современной цивилизацией, увеличением технических средств и загрязнением внешней среды и т.д.

Анализ экономических проблем в здравоохранении определяется предварительным решением 3 вопросов:

1. Что подвергается оценке (здравоохранение в целом, программа здравоохранения или деятельность учреждения).

2. С каких позиций проводится оценка (с позиций определения медицинской, социальной или экономической эффективности).

3. По каким критериям проводится оценка.

Принципиально важным при оценке любой стороны эффективности (медицинской, социальной, экономической) в здравоохранении является подбор соответствующего критерия или группы критериев, характеризующих эту эффективность.

К ним относятся следующие показатели:

1. Показатель должен иметь количественную меру выражения;

2. Он должен иметь прямое отношение к проводимой оценке деятельности и быть достаточно чувствительным к выявлению любых изменений, которые хотят измерить;

3. Для расчета показателя должна быть обеспечена достаточная и доступная информация, техника расчета не должна быть сложной (чем проще, тем лучше);

4. Показатель должен быть общепризнанным и не должен вызывать разночтений;

5. При измерении одной и той же деятельности различными исследованиями в разное время должны получаться близкие или идентичные результаты;

6. Показатель должен обеспечивать возможность сопоставления результатов аналогичных программ, проводимых разными учреждениями при разных

условиях, и результатов разных программ с целью выбора оптимального варианта;

7. Избранный показатель должен обеспечивать комплексную оценку программы или деятельности.

Правильный выбор критериев не только определяет возможность оценки эффективности в здравоохранении, но и является отправным пунктом для последующих акций, направленных на получение лучших результатов.

Для того, чтобы избежать реализации медицинских программ "любой ценой", возникает необходимость введения понятия "медицинская эффективность". Под медицинской эффективностью следует понимать степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Медицинская эффективность может измеряться сопоставлением результата с приложенными условиями и затратами. При прочих равных условиях медицинский метод, вмешательство, мероприятие и прочее может быть более эффективным, если научный уровень и практика проведения каждого из них обеспечивает лучший и больший результат медицинской помощи при наименьших трудовых, материальных и финансовых затратах.

Эффективность медицинской помощи выражается комплексом количественных и качественных показателей медицинского обслуживания и требует особых методов оценки в каждом конкретном случае, так как зависит не только от того, "кто и как" ее оказывает, но и от того, "кто и как" ее потребляет, памятуя о том, что нет двух совершенно одинаковых заболеваний, так же как и людей.

Медицинскую эффективность можно проследить на примере организации больничной помощи.

В общем виде деятельность стационара характеризуется числом пролеченных больных, показателями средней деятельности пребывания больного на койке, проведенных койко–дней, использования койки в году. Это не дает полной

картины, так как в действительности медицинская эффективность может определяться только качеством лечения, выражающемся в улучшении состоянии больного за период его пребывания в стационаре, т.е. измерить ее можно только оценкой величины сдвига здоровья при поступлении и выписке больного из стационара. Создать универсальный метод определения медицинской эффективности по совокупности количественных и качественных показателей различных типов лечебно–профилактических учреждений вряд ли возможно. Однако для идентичных отделений и больничных стационаров примерно одной мощности и структуры такая задача представляется посильной.

Сравнение совокупности качественных показателей, характеризующих состояние здоровья больных с одними и теми же заболеваниями и примерно одного уровня тяжести, до поступления в стационар и после выписки из него, может характеризовать уровень медицинского эффекта одного стационара по сравнению с другим (но обязательно однотипным), а при сопоставимых затратах – экономическую эффективность их деятельности.

Величина медицинского эффекта может быть определена путем сравнения продолжительности лечения больного, например, в специализированном стационаре с высокой степенью интенсивного лечения и неспециализированном отделении с включением в первом и во втором случаях времени последующего лечения амбулаторно и на дому до выздоровления и восстановления трудоспособности.

Это можно выразить формулой:

$$Ет = \frac{tc + tд + ta}{tc_1 + tд_1 + ta_1} \qquad (6)$$

где Ет – коэффициент медицинского эффекта,

tc+tд+ta – число дней лечения соответственно в специализированном стационаре, на дому и амбулаторно,

tc_1, td_1, ta_1 – число дней лечения соответственно в обычно стационаре, на дому и амбулаторно.

Если Ет меньше 1, то при специализации достигнут медицинский эффект, если Ет=1 – эффективность лечения одинакова и при Ет больше 1 – узкая специализация не привела к лучшим результатам лечения.

Социальная эффективность здравоохранения по своему содержанию очень близка к медицинской эффективности. Однако их следует условно разграничить. Если медицинская эффективность измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, показателями улучшения здоровья трудящихся с начала заболевания до полного выздоровления и восстановлением трудоспособности, то социальная эффективность здравоохранения, или его отдельных служб, характеризуется улучшением здоровья населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, все возрастающим удовлетворением населения в медицинской помощи и санитарно–эпидемиологическом обслуживании. Социальная эффективность здравоохранения заключается в предотвращении какой–то части заболеваний, уменьшении числа инвалидизированных и преждевременно умерших, а также в росте качества и культуры медицинского обслуживания и экономии времени пациентов при различных организационных формах последнего. Социальная эффективность будет проявляться в улучшении всех показателей уровня здоровья в результате проводимых медицинских и социальных мероприятий, обеспечивающих профилактику и лечение заболеваний, укрепление здоровья и продление активного долголетия.

Достижение социальной эффективности – непосредственная цель развития здравоохранения, поскольку состояние физического, психического и социального здоровья трудящихся является важнейшим критерием эффективности общественного производства. Вместе с тем, поскольку достижение лучшего здоровья имеет и экономическое значение, социальной эффективности здравоохранения сопутствует и экономическая эффективность. Социальная

эффективность здравоохранения должна рассматриваться в рамках строго очерченного исторического и логического этапа развития данной системы. С этой точки зрения различают два исторических этапа развития здравоохранения.

На первом этапе огромный социальный эффект достигается на основе проведения мероприятий, направленных на ликвидацию в основном инфекционных заболеваний. Для второго этапа характерно, что после ликвидации большинства инфекционных заболеваний показатели смертности практически мало меняются. В демографической литературе с этим фактом связывается начало модернизации воспроизводства населения, становление так называемого "демографического перехода". Успехи, достигнутые на этой стадии развития медицины и здравоохранения заметны: росла средняя продолжительность жизни, снижалась заболеваемость населения, увеличивался период трудоспособности.

Экономическая эффективность в широком смысле этого понятия означает наилучшее использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов общества для ускорения достижения его целей. Повышение ее предусматривает достижение лучших результатов при наименьших затратах. Следовательно, показатель эффективности должен характеризовать получаемый эффект в сопоставлении с затратами на его достижение.

В качестве примера экономической эффективности здравоохранения можно привести данные академика С.Г. Струмилина, который подсчитал, что благодаря усилиям медиков по укреплению личного и общественного здоровья, предупреждению и снижению заболеваемости и смертности в народном хозяйстве страны на каждые 100 затраченных на здравоохранение рублей вновь создается 220 рублей национального дохода.

По расчетам И.Д. Богатырева и М.П. Ройтмана, соотношение затраченных средств на лечебно–профилактические мероприятия и полученной отдачи составляет 1:12,4 (сердечно–сосудистые заболевания) и 1:18,6 (злокачественные новообразования). Экономический эффект вследствие ликвидации полиомиелита составил 3,9 млрд. рублей, дифтерии–1,8 млрд. рублей.

Наиболее общей формулой экономической эффективности является:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{величиная экономического эффекта}}{\text{затраты}} \qquad (7)$$

В методических рекомендациях по контролю качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения для оценки эффективности медицинской помощи предлагается специальный показатель – интегральный коэффициент эффективности, представляющий собой производное коэффициентов медицинской, социальной и экономической эффективности.

Коэффициент медицинской эффективности (Км) представляет собой соотношение числа случаев оказания медицинской помощи. Например, из 100 больных, закончивших лечение у врача за данный период времени, намеченный результат достигнут у 90 больных.

$$\text{Коэффициент эффективности равен } \frac{90}{100} = 0{,}9 \qquad (8)$$

Коэффициент экономической эффективности (Кэ) представляет собой отношение нормативных затрат к фактически произведенным затратам на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи. Допустим, лечение данным врачом за изучаемый период времени 10 больных с гипертонической болезнью 1 ст. в терапевтическом отделении обошлось в 1800 рублей. Нормативная стоимость 1 случая 169,05 рублей.

$$\text{Коэффициент экономической эффективности (для данной группы больных)} = \frac{169{,}05 \times 10}{1800} - 0{,}94$$

В связи с определенными сложностями в организации и проведении социологических исследований в лечебно–профилактических учреждениях на первом этапе можно ограничиться получением только этих двух коэффициентов.

Интегральный коэффициент эффективности будет представлять собой в этом случае произведение коэффициентов медицинской и экономической эффективности.

Ки = Км х Кэ

В дальнейшем при организации анкетирования пациентов в учреждении целесообразно при оценке эффективности медицинской помощи учитывать их удовлетворенность, т.е. определить коэффициент социальной эффективности (Кс), представляющий собой отношение числа случаев удовлетворенности потребителя к общему числу случаев оказания медицинской помощи. Для этого в учреждении рекомендуется постоянно проводить анкетирование пациентов, предусмотрев ежеквартальные изучения мнения 30–50 пациентов, получивших медицинскую помощь у каждого из врачей.

Расчет Кс осуществляется следующим образом: если, например, из 50 пациентов 46 удовлетворены медицинской помощью оказанной им врачом,

Коэффициент социальной эффективности будет равен $\frac{46}{50} = 0{,}92$ (10)

А интегральный коэффициент тогда будет:

Ки = Км х Кэ х Кс

Ки = 0,9 х 0,94 х 0,92 = 0,778

Методика расчета экономической эффективности от снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности и уменьшения времени нетрудоспособности

В последнее время во всех странах появилось значительное количество исследований, посвященных изучению эффективности лечебно–профилактических мероприятий, которые направлены на снижение или

предупреждение случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) или инвалидности.

Причины повышенного интереса к экономическим аспектам ЗВУТ вполне понятны и объясняются двумя обстоятельствами: во–первых, потери по временной нетрудоспособности весьма значительны и представляют собой серьезный экономический ущерб. Отсюда и актуальность этой проблемы: размер ущерба, наносимого временной нетрудоспособностью работающих, составляет значительную часть в структуре общего ущерба, наносимого заболеваемостью. Во-вторых, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, являясь во всех странах предметом наиболее точного статистического учета, наиболее легко сопоставима с экономическими потерями.

Экономический ущерб, наносимый заболеваниями с временной утратой трудоспособности, можно определить по формуле:

$$У = Н + С_б + С_а + С_с, \quad (11)$$

$$У=400+350+184+165$$

$$У=1099 \text{ тыс. руб.}$$

где Н – стоимость недоданной продукции ,

$С_б$ – средства, израсходованные на оплату больничных листов,

$С_с$ – средства, израсходованные на содержание больного в стационаре,

$С_а$ – средства, израсходованные на амбулаторно–поликлиническую помощь.

На конкретном предприятии:

$$Н = В \times ПРД,$$

$$20560= 5140*4$$

где Н – стоимость недоданной продукции,

В – выработка одного рабочего в день,

ПРД – количество потерянных рабочих дней вследствие заболеваний с временной нетрудоспособностью.

Выработка одного рабочего в день может быть определена двумя методами:

$$1.\ В = \frac{Д}{Р \times Ф}, \text{ где} \qquad (12)$$

$$В = \frac{1000}{500 \times 2304}, \text{ где}$$

Д – продукция предприятия (в любом виде) за год,

Р – число работников на предприятии,

Ф – среднее число фактических отработанных рабочих дней одним работником предприятия в год.

$$2.\ В = \frac{З+П}{РхФ}, \qquad (13)$$

$$В = \frac{1195+1200}{932*2034},$$

В=0,15

где З – заработная плата работников со всеми начислениями,

П – прибыль из баланса предприятия,

Р – число работников на предприятии,

Ф – среднее число фактически отработанных рабочих дней одним работником предприятия в год.

Э.Н. Кулагина рекомендует экономическую эффективность от снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности определять по формуле:

$$Э = У_б – У_р, \text{ где} \qquad (14)$$

где $У_р$– потери от заболеваемости в данном (расчетном) году,

$У_б$– потери от заболеваемости в базисном (в предшествующем) году.

Убытки (потери) в связи с заболеваниями с временной утратой трудоспособности определяются по формуле:

$$У = Д_п + Б + Л, \text{ где} \quad (15)$$

где $Д_п$– непроизведенная в результате ЗВУТ новая стоимость,

Б – сумма пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования,

Л – затраты на лечение.

В свою очередь: $Д_п$= Д——, где

Д – новая стоимость (национальный доход, чистая продукция),

Н – доля потерянных по временной нетрудоспособностей рабочих дней,

Ф – плановый фонд рабочего времени.

Если на предприятии не рассчитываются показатели чистой продукции, то:

$$Д_п = (З + П_э) х \text{——}, \quad (16)$$

$$Д_п 1195+1200,$$

где З – заработная плата с начислениями на социальное страхование,

$П_э$– прибыль предприятия.

Рассмотрим предложения по производительности труда за 2016–2017 г.

Анализ кадрового обеспечения в отрасли выявил потребность в дополнительной подготовке, переподготовке и стажировке медицинских специалистов области.

Дальнейшая кадровая политика в отрасли будет направлена на обеспечение организаций здравоохранения современными специалистами, обладающими необходимыми знаниями и способными обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, с одновременным достижением оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала.

В сравнении с 2010 годом произошло уменьшение численности средних медицинских работников на 9,5 % (2010 – 12284 человек, 2015 – 11112 человек)

В сравнении с 2010 годом произошло увеличение численности врачей на 1% человека (2010 году – 4289 человек, 2015 – 4360 человек).

Согласно проведенному анализу за 2015 год имеется потребность в 229 врачах.

К концу 2017 года планируется подготовить 194 врача.

Планируется подготовка кадров для реализации порядков оказания медицинской помощи по профилям:

кардиологический – 26 врачей кардиологов;

с сосудистыми заболеваниями нервной системы – 23 врача–невролога, с онкологическими заболеваниями – 5 врачей онкологов,

при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы – 21 врачей травматологов.

В 2015 году в структуре врачебных кадров оказывают 55% специалистов, из них 23% – работают в стационарах. В 2017 году при укомплектовании кадрами в запланированных объемах данная структура сохранится.

Соотношение среднего медицинского персонала к врачебному составляет 2,2:1. Медицинскими колледжами, расположенными в городах Челябинска ведется подготовка средних медицинских работников. В течении ближайших двух лет планируется доукомплектовать организации здравоохранения 144 специалистами.

В рамках Территориальной программы государственных гарантий Челябинской области в 2015 году жителям области оказана амбулаторно-поликлиническая помощь в объеме 10,59 посещений в расчете на 1–го жителя, что выше федерального норматива 9,198. Данный факт имеет положительную оценку и говорит о развитии первичной медико-санитарной помощи. Также, увеличение объемов АПП связано с развитием профилактического направления в медицинских организациях: на территории функционируют 13 отделений и 16 кабинетов профилактики, в состав которых входят кабинеты доврачебного приема, флюорографии, тонометрии, санитарно–гигиенического обучения,

прививочный, смотровые кабинеты (мужской, женский) и другие, «Центр здоровья» для больных хроническими заболеваниями, Центров здоровья для взрослых, ведутся самостоятельные приемы фельдшерами и средним медицинским персоналом, внедрению в практику в период эпидемии высокопатогенного гриппа подворовых обходов с целью активного выявления больных [30].

Объем оказанной стационарной медицинской помощи населению области в 2015 году составил 2,37 койко–дней на 1–го жителя области, при федеральном нормативе 2,812; объем оказанной медицинской помощи в дневных стационарах составил 0,56, при федеральном нормативе 0,577. Снижения данного показателя относительно федерального норматива достигнуто благодаря внедрению современных и эффективных, в том числе высокотехнологичных, методик лечения, активному использования стационар замещающих технологий.

Как мы уже ранее отмечали, в настоящее время основным источником финансирования медицинских учреждений являются средства бюджета и обязательного медицинского страхования. Вместе с тем в последнее время все больше внимания уделяется третьему источнику – доходу от платной медицинской деятельности.

Оказание платных услуг является наиболее управляемым со стороны лечебно-профилактического учреждения процессом, который к тому же в сравнительно меньшей степени подвержен влиянию внешних факторов. Без ущерба для основной лечебно – диагностической работы позволяет обеспечить социальную защиту медицинских работников, прежде всего – квалифицированных кадров лечебно–профилактического учреждения, а также получить определенную прибыль, которая может быть направлена на социальное развитие коллектива и повышение качества оказываемой медицинской помощи. Совершено ясно, что только использование вышеназванных источников финансирования позволяет сохранить определенную стабильность экономического положения медицинского учреждения в данное время.

Таким образом, введение платных медицинских услуг позволит лечебно – профилактическому учреждению решить следующие задачи:

1) укрепление материально–технической базы учреждения;
2) восполнение суммы недофинансирования;
3) удовлетворение спроса на дополнительные медицинские услуги;
4) улучшение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости;
5) расширение объема и видов помощи, услуг;
6) трудоустройство высвобождающихся кадров медицинских учреждений;
7) повышение рентабельности учреждения;
8) обеспечение частичной самоокупаемости нового оборудования;
9) сервисное обслуживание больных.

Однако на этом пути существует ряд препятствий, главные из которых:

1) слабая материально – техническая база;
2) ограниченное число предлагаемых видов услуг;
3) недостаточная квалификация медицинского персонала;
4) отсутствие новой техники и новых технологий;

Рассмотрим объем поступлений средств от предпринимательской деятельности в МУЗ «ЮЦГБ».

За 2013 год – 3361,0 рублей

За 2014 год – 5735,0 рублей

За 2015 год – 6341,9 рублей

С каждым годом происходит увеличение поступления денежных средств от платных медицинских услуг, это говорит о том, что население все чаще прибегает к услугам за плату. Это самый первый результат, который говорит об эффективности оказания платных медицинских услуг в данном учреждении. Рассмотрим динамику поступления общих средств за 2015 год МУЗ «ЮЦГБ» в таблице 3.11.

Таблица 3.11 – Динамика поступления средств из разных источников

Источники средств	2015 год	
	Тыс.руб.	%
ИТОГО в т.ч.	309093,5	100
Бюджетное финансирование	193000,0	62
Средства обязательного медицинского страхования	109751,6	36
Предпринимательская деятельность	6341,9	2

Из таблицы 3.11 мы видим, что хоть и маленький процент занимают платные услуги в общем объеме поступлений в учреждении, но он есть. А это значит, что на 2% больше учреждение закупило медикаментов, оборудования, улучшилось финансовое положение сотрудников при оказании платных услуг и произвело других расходов на хозяйственную деятельность учреждения.

Из рассмотренной ранее методикой формирования тарифов на платные услуги, и сделанного расчета, видно, что при правильном расчете себестоимости услуги, учреждение не будет работать бесприбыльно или себе в убыток.

Эффективность предоставления платных медицинских услуг оценивается как результативность деятельности по укреплению и поддержанию здоровья населения, как соотношение между результатами качества медицинского обслуживания и степенью использования ресурсов.

Из данного определения следует, что уровень эффективности есть сопоставление 3 величин: социального, медицинского и экономического эффекта.

Социальный эффект в системе платных медицинских услуг выражается в соответствии запросов потребителей и предложений производителей услуг, то есть в максимальном удовлетворении потребностей потребителей в поддержании здоровья и качества жизни по результатам медицинского обслуживания.

Медицинский эффект – предполагает результативность диагностического процесса по выявлению заболеваний и их коррекции (первичной и вторичной профилактики), а также прогнозирование их развития (по результатам

мониторинга населения и ведения статистического учета о заболеваемости взрослого и детского населения).

Экономический эффект обусловлен адекватностью вложения средств для получения результата от оказания платной медицинской помощи и возмещении своих расходов, то есть в минимизации приведенных затрат на условную единицу здоровья по категориям групп.

Положительный эффект от предоставления платной медицинской помощи (на примере выше рассчитанного нового вида платной услуги) проявляется в сокращении уровня заболеваемости, увеличения продолжительности жизни, что сказывается на всех отраслях материального производства: предотвращается экономический ущерб, который может возникнуть вследствие невыхода на работу по болезни.

Так же положительный эффект состоит и для самого потребителя этой услуги: вместо большого разреза на брюшной полости (12–15 см), будет 3–5 маленьких шрамов (1 см), которые года через 3 будут вовсе не видны. Я думаю, что ради такого косметического эффекта предложенной услугой в основном будут пользовать женщины.

Сокращение послеоперационной реабилитации и уменьшение числа дней стационарного лечения повысят настрой больного на быстрое выздоровление, уменьшит послеоперационный стресс.

Так же меньшее количество проведенных койко-дней уменьшат затраты учреждения на питание больного, износ постельного белья и оборудования, энергоресурсы, а самое главное увеличит оборачиваемость койки, так как на госпитализацию в хирургическое отделение и проведение плановых операций составляется очередь до 2 недель. Данная же услуга, проводится на платной основе, а значит не в рабочее время персонала.

Положительный эффект предложенной платной услуги заключается еще в том, что по моим опросам были желающие произвести операции с использованием лапароскопического оборудования, но в связи с отсутствием

данного вида услуги в нашем учреждении здравоохранения, им пришлось обращаться за медицинской помощью в областные центры г. Челябинска, что повлекло дополнительные расходы не только на оплату самой услуги, но и так же гостиничные услуги и расходы на дорогу. А добираться после операции за несколько километров до дома не самая лучшая альтернатива послеоперационной реабилитации.

Но есть люди, от которых, можно услышать упрек, что врач – это гуманность и человеколюбие и речь о деньгах здесь не уместна. Верно, у медика сердце должно быть открыто каждому. Но времени у врача существенно меньше, чем душевной теплоты и любви к человечеству, и за это время, которого у него в обрез, надо платить.

Так же с дефицитом бюджетного финансирования нет возможности закупать дорогостоящее оборудование, с помощью которого увеличивается качество медицинского обслуживания [30].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования было выявлено, что в МУЗ «ЮЦГБ» не хватает врачей, из врачей, которые имеются, на них приходится большая нагрузка, т.е. дополнительные смены, дежурства, ответственность. В ходе изучения было рассмотрено, что произошла «утечка» кадров, т.к. в свое время была введена программа «Земский доктор» по которой врачам, которые работают и проживают в населенном пункте, выделяется миллион рублей. Большинство врачей переехала из г. Южноуральск в ближайший населенный пункт Увельский.

Положительным моментом стало, что пришли молодые специалисты, которые и по сей день работают в МУЗ «ЮЦГБ», и зарекомендовали себя, как квалифицированные специалисты. Администрацией было выделено служебное жилье для прибивших на территорию ЮГО, с 2012 года было выделено 9 квартир.

Мы живем в очень тяжелое время решительных общественных перемен в нашей стране. Эти перемены так же коснулись и государственной системы здравоохранения. Выделяемых бюджетных средств становится недостаточно даже для сохранения сети государственных лечебно–профилактических учреждений и уникальных специализированных центров. Ресурсы и резервы здравоохранения близки к исчерпанию, и государственная система охраны здоровья населения уже не в состоянии одна сдерживать рост заболеваемости и преждевременной смертности, обеспечивая полноценную медицинскую помощь всем нуждающимся в ней.

В связи с этим ухудшается качество медицинской помощи в первую очередь из-за отсутствия нового оборудования, дорогостоящих лекарственных препаратов, и самого главного – низкой заработной платы медицинского персонала.

Все это отражается в конечном итоге на потребителе медицинских услуг – населении.

Поскольку медицинская помощь в государственных учреждениях многих не удовлетворяет, люди пытаются решить свои проблемы с помощью платных медицинских услуг.

Главным достоинством платных медицинских услуг являются основные недостатки государственных медицинских учреждений: качество лечения, внимание со стороны медицинского персонала, организация обслуживания, лучшее оборудование.

Отличительной особенностью медицинской услуги по сравнению с другим товаром на рынке является то, что, как правило, потребитель не располагает сведениями о том, какой набор услуг ему необходим по состоянию здоровья. Поэтому необходимо компетентное формирование потребности в медицинских услугах с помощью квалифицированных специалистов в результате опроса и освидетельствования потребителя о состоянии его здоровья и качества его жизни. В результате этого процесса определяется формирование объема и характера обследований (медицинских услуг) для уточнения или установления диагноза. Это требует разъяснения потребителю необходимости и полезности данных обследований, указания стоимости комплекса необходимых медицинских услуг, а также объяснения взаимосвязей между услугой, ее предоставлением и стоимостью.

Эти особенности использования при предложении нового вида платной услуги в учреждении на базе которого написана данная дипломная работа.

В первую очередь в разделе 3.1, рассмотрено, за что потребитель должен уплатить стоимость операции лапароскопической холецистектомии в сумме 7294 рубля 12 копеек при оказании на платной основе с альтернативой ее бесплатного оказания традиционным хирургическим вмешательством.

В связи с этим были сравнены результаты применения обоих технологий оперирования. Сравнивание двух этих методов лечения холецистэктомии свидетельствуют о существенных преимуществах лапароскопического вмешательства.

Самые важные преимущества для пациента это – снижение числа послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания больного в стационаре, ранняя реабилитация и самое главное, высокий косметический эффект. Кроме того, лапароскопическая хирургия позволяет более успешно решать проблему адаптации пациентов к стрессу, каким является операционная травма.

Введение платных услуг позволяет лечебно–профилактическому учреждению решать следующие задачи: укрепление материально–технической базы, восполнение суммы недофинансирования, удовлетворение спроса на дополнительные медицинские услуги, сервисное обслуживание больных, удовлетворение финансового положения сотрудников за счет вторичной занятости, повышения рентабельности учреждения.

Положительный эффект от предоставления платных медицинских услуг проявляется в сокращении уровня заболеваемости, увеличения продолжительности жизни, что сказывается на всех отраслях материального производства; предотвращается экономический ущерб, который может возникнуть вследствие невыхода на работу по болезни.

Все эти положительные качества говорят о социально–экономическом эффекте предоставления платных услуг.

В заключение, был расширен перечень платных медицинских услуг на базе МУЗ «ЮЦГБ» при оказании манипуляций и операций с помощью лапароскопического аппарата не только, для лечения заболеваний брюшной полости, но и так же гинекологических, сердечно–сосудистых и прочих заболеваний требующих хирургических вмешательств.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев, И. И. Экономика труда: учебник для бакалавров / И. И. Алиев, Н. А. Горелов, Л. О. Ильина. – М.: Юрайт, 2013. – 671 с.
2. Бутов В.И., Игнатов В.Г., Кетова Н.П. Основы региональной экономики: Учеб. пособие Ростов на Дону: Издательский центр "МарТ", 2001. 448 с.
3. В.И. Семенова. Экономика предприятия: Учебник для вузов. 4-е изд./Под ред.В.И. Семенова. - СПб.: Питер,2007. - 384с.
4. Василенко, И. А. Государственное и муниципальное управление: учебник для бакалавров / И. А. Василенко. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2013. – 495 с.
5. Васильцова Л.И. Журнал Известия Уральского государственного экономического университета. Выпуск № 2 / том 40 / 2012. 06 – Экономика и экономические науки. 2012.–4 с.
6. Волков Ю.Г., Добреньков В.И., Нечипуренко В.Н., Попов А.В. Социология: Учебник/ Под ред. проф. Ю. Г. Волкова; - Изд. 2-е, испр. и доп. - М.:Гардарики,2003.-512с.
7. Г.В. Савицкая: «Анализ хозяйственной деятельности предприятия». 2000г.
8. Грузинов В.П. Экономика предприятия (предпринимательская): Учебник для вузов. – 2-е изд., переработанное и дополненное: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 795 с.
9. Дрогобыцкий, И. Н. Системный анализ в экономике: учебник; рекомендовано УМО «Профессиональный учебник» для студентов вузов / И. Н. Дрогобыцкий. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 423 с.
10. Ефимова, О. В. Финансовый анализ: современный инструментарий для принятия экономических решений: учебник; рекомендовано УМО по образованию в области финансов, учета и мировой экономики / О. В. Ефимова . – 2-е изд., стер. – М.: Омега-Л, 2010. – 350 с.
11. Информатика для экономистов: учебник для академического бакалавриата; рекомендовано УМО ВО / под ред. В. П. Полякова. – М.: Юрайт, 2014. – 524 с.

12. К. Мосолов. Медицинский портал, Медицинские кадры: проблемы и решения, 2016–1с.
13. Когденко, В. Г. Экономический анализ: учеб. пособие / В. Г. Когденко. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 392 с.
14. Коноваленко, В. А. Психология управления персоналом: учебник для бакалавров; допущено УМО высшего образования / В. А. Коноваленко, М. Ю. Коноваленко, А. А. Соломатин. – М.: Юрайт, 2014 (Красноярск). – 477 с.
15. Кучеренко В.З.Экономика здравоохранения. - Москва, 1996 г., с. 136.
16. Литовченко, В. П. Финансовый анализ: учебное пособие / В. П. Литовченко. – М.: «Дашков и К», 2010. – 216 с.
17. Лукичёва, Л. И. Управление персоналом: учеб. пособие; рекомендовано Советом Учебно-методического объединения вузов России по образованию в области менеджмента / Л. И. Лукичёва. – 5-е изд., стер. – М.: Омега-Л, 2009. – 263 с.
18. Мазин, А. Л. Экономика труда: учеб. пособие; рекомендовано МО РФ / А. Л. Мазин. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. – 623 с.
19. Маркин, Ю. П. Экономический анализ: учебное пособие; допущено УМО по образованию в области экономики и экономической теории / Ю. П. Маркин. – М.: Омега-Л, 2010. – 450 с.
20. Маршалова, А. С. Система государственного и муниципального управления: учеб. пособие / А. С. Маршалова. – 3-е изд., стер. – М.: Омега-Л, 2009. – 128 с.
21. Министерство здравоохранения Челябинской области. Постановление правительства по программе «Земский доктор», 2015 – 1с.
22. Омельченко, Н. А. Этика государственной и муниципальной службы: учебник для бакалавров; допущено МО и науки РФ / Н. А. Омельченко. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2014. – 108 с.
23. Система государственного и муниципального управления: учебник для бакалавров; допущено МО РФ / ред. Ю. Н. Шедько. – М.: Юрайт, 2013. – 570 с.

24. Скобелин О.И. Оценка эффективности оказания услуг в сфере здравоохранения: диссертация кандидата экономических наук: 08.00.05. – Москва, 2012. – 149 с.
25. Стрелкова, Л. В. Труд и заработная плата на предприятии: учеб. пособие для студентов вузов; рекомендовано Учебно-методическим центром «Профессиональный учебник»/ Л. В. Стрелкова, Ю. А. Макушева. – М.: ЮНИТИ – ДАНА, 2009. – 351 с.
26. Управление человеческими ресурсами: учебник для бакалавров; рекомендовано научно-техническим советом Санкт-петербургского государственного университета экономики и финансов / ред. И. А. Максимцев. – М.: Юрайт, 2013. – 525 с.
27. Харрингтон, Дж. Совершенство управления ресурсами / Дж. Харрингтон. – М.: Стандарты и качество, 2008. – 352 с.
28. Чалдаева, Л. А. Экономика предприятия: учебник для бакалавров; рекомендовано МО и науки РФ / Л. А. Чалдаева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2014. – 410 с.
29. Шеремет А.Д. «Экономический анализ в управлении производством». 2000г.
30. Экономика общественного сектора: учебник для вузов; допущено УМО по образованию в области экономики / ред.: Л. И. Якобсон, М. Г. Колосицына. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2014. – 558 с.