Эффективность использования ресурсов здравоохранения

Диплом

ОГЛАВЛЕНИЕ

[**ВВЕДЕНИЕ** 3](#_Toc20130822)

[**1.1 Организация управления ресурсами в организации** 5](#_Toc20130823)

[**1.2 Методы оценки эффективности использования ресурсов системы здравоохранения** 9](#_Toc20130824)

[**1.3 Сравнение эффективности модели отечественной системы здравоохранения с развитыми странами** 16](#_Toc20130825)

[**ГЛАВА 2. ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ АО «МСЧ «НЕФТЯНИК»** 23](#_Toc20130826)

[**2.1** **Характеристика медицинской организации** 23](#_Toc20130827)

[**2.2 Анализ ресурсов медицинской организации** 26](#_Toc20130828)

[**2.3 Финансово‑экономическая оценка ресурсов медицинской организации** 40](#_Toc20130829)

[**ГЛАВА 3. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА** 46](#_Toc20130830)

[**3.1 Анализ внутренней и внешней среды АО «МСЧ «Нефтяник»** 46](#_Toc20130831)

[**3.2 Анализ работы регистратуры АО «МСЧ «Нефтяник»** 52](#_Toc20130832)

[**3.3 Эффективность внедрения инструментов бережливого производства в деятельность** 58](#_Toc20130833)

[**ПРИЛОЖЕНИЯ** 71](#_Toc20130834)

[**Написание на заказ курсовых, дипломов, диссертаций...**](http://учебники.информ2000.рф/napisat-diplom.shtml)

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования** обусловлена тем, что основной проблемой здравоохранения во всех развитых странах является рост расходов, увеличение затрат в медицинской сфере направленно не на повышение качества и продолжительность жизни людей, поэтому повышение эффективности работы медучреждений и качества предоставляемой медицинской помощи является приоритетной задачей науки управления системой здравоохранения. Менеджеры, в таких ситуациях, занимаются поиском способов повышения эффективности компании за счет сокращения затрат, увеличения прибыли, привлечения клиентов и повышения их лояльности. При этом резервы для увеличения эффективности работы клиники находятся внутренней среде организации, такой подход не требует глобальных перестроек, изменений производства и структуры управления.

**Вернуться в каталог готовых дипломов и магистерских диссертаций –**

[**http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml**](http://учебники.информ2000.рф/diplom.shtml)

В сложившихся условиях необходимость системного и рационального применение имеющихся в здравоохранении ресурсов, повышение качества оказания медицинской помощи и эффективности управления системой здравоохранения становятся как никогда актуальными.

Степень разработанности темы – актуальные аспекты оценки ресурсов здравоохранения и их рационального использования на современном этапе рассматривались в работах как отечественными исследователями: Д. Арзамасцев [19]., Г.Ю. Барковская [16], Н. Белоусова [18], А.В. Бондарева [18], А. Борисов [19], Г.А. Гольдштейн [8], С.Л. Еремина [23], О.В. Куделина [23], Р. Рябченко [18]; так и зарубежными исследователями: R. Detels [13], M. Gulliford [13], Q.A. Karim [13], Ch.Ch. Tan [13], R.E. Santerre [14], S.P. Neun [14] и др.

**Объект исследования** – ресурсы здравоохранения.

**Предмет исследования** – оценка и рациональное использование ресурсов здравоохранения.

**Цель исследования** – осуществление анализа теоретических и практических аспектов оценки и рационального использования ресурсов здравоохранения.

В соответствии с объектом, предметом и целью исследования имеет место потребность в решении следующих **задач**:

* проанализировать аспекты организации управления ресурсами в организации;
* определить методы оценки эффективности использования ресурсов системы здравоохранения;
* сравнить эффективность модели отечественной системы здравоохранения с развитыми странами ;
* осуществить оценку и анализ ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник»;
* реализовать проект бережливого производства с целью повышения эффективности деятельности АО «МСЧ «Нефтяник».

При изучении темы курсовой работы использовались следующие **методы научного исследования:** диалектический, системно‑структурный, формально‑логический, метод дедукции, логический метод, методы синтеза и анализа, графический метод, статистический метод.

**Теоретическую и методологическую базу** работы составили труды ученых, которые содержат частичные аспекты данной проблемы, статистические данные, публикации в печати. В системно‑аналитическом ключе были проанализированы работы специалистов в области экономики здравоохранения.

**Структура исследования** обусловлена его предметом, целью и поставленными задачами. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, которые включают 9 параграфов, заключения, списка использованных источников из 51 наименований, в том числе приложений.

В первой главе проанализировали аспекты управления ресурсами организации здравоохранения.

Во второй главе осуществили оценку и анализ ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник»

В третьей главе реализовали проект бережливого производства с целью повышения эффективности деятельности АО «МСЧ «Нефтяник».

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ   
РЕСУРСАМИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗРАВООХРАНЕНИЯ**

**1.1 Организация управления ресурсами в организации**

Целью любого предприятия либо организации является осуществление определённой деятельности для удовлетворения общественных потребностей и получение прибыли наиболее эффективным способом. Все организации стремятся к получению максимальной прибыли, при этом сведя свои затраты к минимуму. Однако это может вызвать сокращение производства. Рациональное использование ресурсов и правильное управление затратами позволит избежать лишних расходов и стать предприятию более конкурентоспособным.

Проводя обзор научных работ различных авторов, таких как А.С. Игуменников, О.Р. Курбатова, А.А. Гребенников, А.В. Захожий, Е.И. Полевая, Г.В. Шадрина, А.Д. Шеремет [11; 12; 21; 24; 27; 30; 35], можно отметить, что научная и практическая категория «затраты» включает в себя перечень явных издержек экономических субъектов. А категория «расходы» – факт, связанный со снижением величины активов экономических субъектов или рост величины его долговых обязательств при организации и ведении своей деятельности. Расходы означают факт, связанный с использованием материальных и иных видов ресурсов. Под понятием «ресурс» принято понимать всё, что применяется целевым характером физическими и юридическими лицами, а также результаты их деятельности.

Согласно теории витальных ресурсов, любой человек обладает четырьмя видами ресурсов – денежными средствами (доходы), энергетическими ресурсами (жизненная сила), ресурсом времени, ресурсом знаний (информация).

Так, юридические лица обладают трудовыми, материальными и финансовыми ресурсами [27, с.275]:

1. Трудовые ресурсы представляют собой часть населения, имеющую нужные физические данные, набор знаний и навыков ведения трудовой деятельностью в соответствующей сфере.
2. Материальные ресурсы – это ресурсы, участвующие в процессе производства, не меняя своей вещественно‑натуральной формы и перенося свою стоимость на готовый товар или услугу по частям по ходу износа (основные фонды); денежные ресурсы, которые авансированы в оборотный капитал для оказания поддержки текущей финансово‑хозяйственной деятельности (оборотные фонды).
3. Финансовые ресурсы – это собственные доходы и иные поступления в денежной форме, которые предназначены для покрытия финансовых обязательств субъекта хозяйствования, финансирования текущих и капитальных расходов.

Таким образом, понятие «ресурс» является более общим понятием по отношению к понятию «затраты».

Под системой управления ресурсами и затратами принято понимать умение экономить имеющиеся ресурсы, и достигать максимизации отдачи от них. Выделяют централизованную и децентрализованную систему управления ресурсами и затратами.

Централизация предполагает концентрацию управленческих полномочий на верхнем уровне менеджмента организации. Плюсы от управленческой централизации проявляются при практическом решении задач глобального и стратегического характера. Минусы управленческой централизации – это уменьшение оперативности менеджмента, снижение возможностей адаптирования к новым условиям деятельности. Под децентрализацией принято понимать передачу или делегирование набора прав и ответственности за ряд основных решений на нижние управленческие уровни в организации. Проблема, связанная с выбором между данными видами систем управления, весьма сложна, поскольку решение определяет все организационные структуры. На итоговое решение менеджмента оказывают влияние следующие факторы [23, с.134]:

* масштаб организации;
* вид деятельности;
* качество продукции / услуг;
* уровень разделения труда;
* готовность элементов организации к самостоятельности;
* долевой принцип распределения капитала и финансовых интересов;
* организационная культура и т.д.

Управления ресурсами и затратами состоит из этапов, каждый из которых имеет свои цели и задачи и ответственных лиц (см. рисунок 1).

**Ответственные**

Руководство организации

Определение объектов ресурсов и затрат и их носителей

Руководители структурных подразделений

Классификация ресурсов и затрат для управленческих целей

Бухгалтерская служба

Внедрение управленческого учёта ресурсов и затрат

Проведение анализа ресурсов и затрат

Бухгалтерская служба, кадровая служба, планово‑экономический отдел

Определение перспективных направлений по оптимизации управления ресурсами и затратами

Аудиторская служба

Разработка программы мероприятий по выбранным направлениям оптимизации управления

Контроль полученных результатов и внесение поправок

Оказание регулирующего воздействия на оптимизацию управления ресурсами и затратами в рамках разработанной программы

Руководство организации

Рисунок 1 ‑Этапы управления ресурсами и затратами [12, с.76]

Экономические субъекты, которые придают значение эффективному управлению ресурсами и затратами, умеют методологически эффективно организовать данную работу, имеют большие преимущества:

* их товары и услуги конкурентоспособнее благодаря более низким расходам и, соответственно, ценам;
* они обладают качественными и своевременными данными о себестоимости товаров и услуг, что обеспечивает гибкость при управлении деятельностью и защищает от конкуренции;
* знание структуры затрат, качественного значения её отдельных компонентов создает перспективу для гибкого ценообразования;
* экономический субъект обладает достоверными данными для анализа и разработки планов;
* экономический субъект может оценивать вклад каждого своего структурного подразделения в совокупный финансовый результат;
* оперативные и долгосрочные решения, принимаемые экономическим субъектом, более обоснованы, в них входит меньшая доля риска.

Эффективное управление затратами зависит не только от деятельности на каждом этапе процесса, но и от выбранного управленческого подхода. Перечень современных экономико‑организационных методов снижения и контроля затрат и ресурсов представлен в таблице 1.

Таблица 1 ‑Методы управления ресурсами и затратами на предприятии [10, c.99]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Метод | Суть метода |
| 11 | Тендер | Возможность нескольким организациям побороться за право предоставлять товар или услуги. Руководитель должен умелым образом «отбирать» самых перспективных поставщиков и подрядчиков и рентабельных заказчиков. |
| 2 | Коусорсинг | Практика, когда люди становятся партнёрами. Из‑за того, что оптовые цены ниже, организации могут совершать совместные с иными организациями поставки требуемого сырья и иных ресурсов, сильно снижая затраты. |
| 3 | Аутсорсинг | Вместо своего персонала экономические субъекты могут применять услуги другие предприятия для выполнения отдельных видов функций, бизнес‑операций, видов хозяйственной деятельности в целях экономии финансовых и временных ресурсов. |
| 4 | Снижение себестоимости | Способ дает максимальный эффект по экономии издержек: состоит из технологической оптимизации, из оптимальности отбора сырья и способа его применения, из конструктивных изменений в товарах и услугах; из экономии топливно‑энергетических ресурсов и т.д. |

*Продолжение* таблицы 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Метод | Суть метода |
| 5 | Standard Costing | Один из первых методов, используемых в мире для управления ресурсами расходами. Состоит в тщательном прогнозировании и нормировании ресурсов еще до старта производства при дифференцировании по разным статьям расходов. |
| 6 | Direct Cost | Разделение постоянных расходов и переменных издержек и их учет в раздельном режиме. |
| 7 | Just In Time (JIT) | Объём ресурсов должен соответствовать объёму производства, так как, например, их превышение тормозит развитие. |
| 8 | Activity Based Costing (АВС) | Метод основан на разделении сложных технологических операций на простейшие с одновременным учётом расходов на каждую составляющую. |
| 9 | Life Cycle Costing (LCC) | Затраты на производимый товар или оказываемую услугу определяются на основе расчета всего «жизненного цикла» продукта – от его прогнозирования до практической реализации. |
| 10 | Метод лучших показателей | Определение и сравнение показателей, по которым экономический субъект отстаёт от аналогичных предприятий, проводится анализ причин отставания по определённому набору показателей, осуществляется поиск максимально выгодных решений. |
| 11 | Функционально‑стоимостный анализ | Это уменьшение расходов при сохранении качественных параметров товаров и услуг. |

Таким образом, в современных условиях нестабильной экономики управление ресурсами и затратами необходимо проводить как единый, логичный процесс, который не противоречит действительной стратегии организации. Роль управленца в процессе управления затратами будет зависеть от фазы развития организации. Знания и опыт управленца в области управления затратами позволяют построить эффективный бизнес.

**1.2 Методы оценки эффективности использования ресурсов   
системы здравоохранения**

Так, система здравоохранения состоит из организационных механизмов и процессов, при посредстве которых общество осуществляет выбор относительно производства, потребления и распределения медицинских услуг. Определенно важно, как структурирована система здравоохранения, что определяет, кто на самом деле делает выбор относительно ключевых аспектов организации здравоохранения, к примеру, какие медицинские услуги либо товары производятся и кто получает медицинскую помощь [14, с.92].

С позиции Всемирной организации здравоохранения, для предоставления медицинской помощи требуется большое число ресурсов для того, чтобы получить максимальный возможный положительный результат [15, с.77].

Медицинские технологии играют определенно важнейшую роль в повышении показателей эффективности медицинской услуги, в итоге предоставляя выгоды пациентам при параллельном снижении затрат на здравоохранение в долгосрочном периоде. При наиболее широком использовании новых лекарственных средств возможна экономия затрат системы здравоохранения посредством снижения иных затрат, к примеру на госпитализацию пациентов в стационар. Они, данным образом, являются неотъемлемыми составными высокоэффективной системы здравоохранения.

Интерпретируя различные показатели деятельности системы здравоохранения, требуется различать понятие «эффективность» зависимо от стейкхолдеров [23, с.144].

1. Правительства, которые приоритетно заботит бюджетная эффективность. При условиях бюджетных ограничений и потребности повышения эффективности здравоохранения рост затрат должен соответствовать экономическим возможностям государства и способности приносить доход.
2. Медицинский персонал (акушеры, медицинские сестры, врачи и др.) следует оценивать позиции социальной и технологической эффективности. Медленное сокращение либо снижение количества врачей вызывает обеспокоенность, так как имеет место риск сокращения доступности медицинской помощи. Недостаточность обеспечения медицинскими сестрами ослабляет эффективность ухода и лечения пациентов.
3. Для домохозяйств, пациентов определенно важна социальная эффективность. Рост расходов на здравоохранение не всегда ведет к улучшению здоровья граждан. Сама система имеет значительные трудности, соответственно, все государства мира осуществляют пытки ее реформировать. Население в данных условиях несет значительные расходы на медицинское страхование и различные иные платежи, так как страховка покрывает не всегда весь перечень требуемых медицинских услуг при заболеваниях.

Экономическая эффективность на практике в здравоохранении является доминирующим типом эффективности при осуществлении экономического анализа [13] и рассматривается в двух направлениях:

1. эффективность использования различных видов ресурсов;
2. с позиции влияния здравоохранения на развитие общественного производства. И измеряется совокупностью показателей и критериев, каждый из которых характеризует одну из сторон процесса медицинской деятельности [40, с.68]. Рассмотрим классификацию аналитических показателей в таблице 2.

Таблица 2 ‑ Классификация аналитических показателей комплексного анализа в здравоохранении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Классификация | Примеры показателей |
| По содержанию | Количественные показатели отражают объем, величину ресурсов хозяйственной деятельности в медицинской организации и происходящие в них изменения | Среднесписочная численность персонала, обеспеченность врачами, число пролеченных пациентов, доходы и пр. |
| Качественные показатели характеризуют экономическую эффективность применения ресурсов | Доходность, прибыль, производительность труда, рентабельность и др. |
| По способу выражения | Абсолютные (или объемные) показатели отражают совокупность финансовых, производственных и хозяйственных процессов, которые характеризуют одновременно их структуру, объем и качественные особенности. Зависимо от измерителей данные показатели могут быть стоимостными, натуральными | Фонд оплаты труда, материальные затраты, стоимость основных фондов, и пр. |
| Относительные показатели – частное от деления двух взаимосвязанных абсолютных показателей, предназначены для характеристики структуры изучаемых явлений, их интенсивности изменения во времени, эффективности. | Материалоотдача, фондоотдача, производительность труда и пр. |
| По широте использования | Показатели, которые применяются при осуществлении анализа деятельности организаций всех отраслей экономики | Доходы, прибыль, себестоимость, стоимость основных фондов и пр. |
| Показатели, которые являются специфическими для системы здравоохранения | Количество пролеченных пациентов, количество посещений в смену, средняя длительность пребывания на койке и пр. |

*Продолжение* таблицы 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Классификация | Примеры показателей |
| По характеру использования | Показатели как характеристики хозяйственной деятельности в медицинской организации | Амортизация, основные средства, фонд оплаты труда и пр. |
| Показатели как факторы, оказывающие влияние на достигнутые результаты | Материальные запасы, оборотные активы, охват профилактическими прививками и др. |

Все аналитические показатели взаимообусловлены и взаимосвязаны, соответственно, лишь в границах комплексного подхода возможно достичь поставленных целей при осуществлении экономического анализа. А.Д. Шереметом для комплексного анализа устойчивого развития организации предложена была схема взаимосвязи и формирования экономических показателей [41, с.6]. Исследователь полагает, что имеются факторы, от которых зависит экономическая эффективность хозяйственной деятельности, к примеру научно‑технический прогресс и уровень внедрения технологий и новой техники, уровень использования человеческого капитала и социальные условия, уровень организации управления и хозяйственный механизм и др. [41, с.5]. Применительно к системе здравоохранения и при учете ее высокой социально‑экономической значимости система формирования экономических показателей для осуществления комплексного анализа в здравоохранении представлена на рисунке 2.

ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ

Рентабельность

Р

Капитал (фонды)

К

К = F+E

Натуральное выражение (пролеченные пациенты)

РТ

ПРОДУКЦИЯ (РЕЗУЛЬТАТ)

Продукция

N

N=F×λ=M×λ2=R×λ3

Финансовое выражение (затраты)

S

Предметы труда

Средства труда

МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ

Трудовые ресурсы

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Производственный персонал и оплата труда с начислениями R; U

Материальные затраты

М

Основные средства

F; А

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Производительность труда

λ3; N/R

Материаловедение

λ2; N/М

Фондоотдача

λ1; N/F

А – амортизация; Е – оборотные активы; F – основные средства (фонды); K – авансированный капитал (активы); N – продукция; М – материальные затраты; Р – рентабельность; РТ – пролеченные пациенты; R – персонал; U – оплата труда персонала с начислениями; S – расходы организации; λ1 – фондоотдача (N/F); λ2 – материалоотдача (N/M); λ3 – производительность труда (N/R)

Рисунок 1 ‑ Схема формирования и взаимосвязи экономических   
показателей для осуществления оценки эффективности   
использования ресурсов здравоохранения

В ходе производства продукции применяют финансовые, материальные и трудовые ресурсы. С целью их оценки используют основные (абсолютные) и производные (относительные) показатели. Продукция в системе здравоохранения может выражаться в натуральном виде (пролеченные пациенты) либо в стоимостном (затраты). Кроме материальных (предметы труда и средства труда – средства производства) и трудовых ресурсов, на формирование результата (продукции) оказывают влияние финансовые ресурсы, оцениваемые показателями «оборотные активы» и «основные средства».

Одним из самых требуемых условий для стабильного функционирования организации является обеспечение ее материальными ресурсами, соответственно, оценка эффективности использования материальных ресурсов наиболее важна при осуществлении экономического анализа. Ключевым показателем для осуществления оценки эффективности использования основных фондов в организации здравоохранения является фондоотдача [33, с.162]:

Фондовооруженность – это показатель, характеризующий отношение стоимости основных фондов организации здравоохранения к количеству работающих. Фондовооруженность труда персонала – это стоимость основных средств, которые приходятся на 1 работника организации [10, с.278].

Коэффициент фондоемкости – это обратный показатель фондоотдачи, отражающий стоимость основных производственных фондов, которая приходится на рубль стоимости произведенной продукции [10, с.278]:

С целью осуществления оценки материальных затрат применяют показатели материалоотдачи и материалоемкости (см. рис. 1).

Для осуществления оценки эффективности использования трудовых ресурсов применяют показатель производительности труда, который рассчитывают как отношение выручки от продаж продукции к среднесписочной численности персонала, который занят в основной деятельности организации [41, с.5].

Рост производительности труда имеет определенно важное значение для организации здравоохранения: снижение затрат на оказание медицинской помощи и увеличение объемов медицинской помощи ведет к устойчивости организации. Повышение производительности труда возможно реализовать за счет внедрения инновационных технологий, новой медицинской техники, совершенствования процесса организации труда, улучшения показателей качества медицинских услуг.

Производительность труда измеряют сопоставлением результатов труда в виде объема произведенной продукции с затратами труда. Зависимо от прямого либо обратного отношения данных величин имеют место 2 показателя: трудоемкость и выработка. Между показателями выработки и трудоемкости имеется обратная пропорциональная зависимость, то есть при снижении трудоемкости выработка растет и наоборот.

При осуществлении оценки эффективности использования трудовых и материальных ресурсов медицинских организаций применяют показатели, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3 ‑ Показатели оценки эффективности использования ресурсов здравоохранения

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Формула** |
| Оценка эффективности использования материальных ресурсов | |
| Фондовооруженность, руб./чел.\* |  |
| Фондоотдача, чел.\*\*/руб. |  |
| Фондоемкость, руб./чел.\*\* |  |
| Оценка эффективности использования трудовых ресурсов | |
| Коэффициент производительности труда |  |
| Производительность труда, руб./чел. |  |

*Примечание: \* – число работников; \*\* – число пролеченных пациентов.*

Таким образом, осуществлен анализ существующих подходов к выбору аналитических показателей с целью реализации комплексной оценки использования ресурсов организаций здравоохранения.

**1.3 Сравнение эффективности модели отечественной системы   
здравоохранения с развитыми странами**

В экономике государств происходят постоянно изменения, так как имеет место научно‑технический прогресс, изменения в законодательной базе, расширение импортных и экспортных взаимоотношений, в том числе и система здравоохранения постоянно совершенствуется. В данное время происходит дополнение друг друга и взаимосвязь двух секторов системы здравоохранения ‑ частной и государственной системы, что определяет характер финансирования [9; 28; 38].

Федеральной Закон от 21 ноября 2011 № 323‑ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» является ключевым документом, который регулирует отношения в области здравоохранения [2] и определяет:

1. Основы охраны здоровья населения;
2. Права и обязанности сторон в области охраны здоровья;
3. Полномочия органов государственной власти;
4. Права и обязанности медицинских организаций;
5. Права и обязанности медицинских работников.

Кроме правовых основ в настоящий момент времени в условиях постоянного развития общества и технологий стоит вопрос о повышении эффективности системы здравоохранения, в том числе доступной и качественной медицинской помощи.

Положениями, которые регулируют как общие приоритеты государственной политики, так и эффективность управления учреждением здравоохранения, являются Концепция долгосрочного социально‑экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года и «Стратегия развития здравоохранения на долгосрочный период 2015‑2030 гг.». Эта стратегия отражает распределения и механизмы планирования государственных средств, осуществляет контроль качества предоставляемых услуг. Определяет факторы, снижающие качество и эффективность медицинских услуг, и разрабатываются стратегии с целью их устранения [5; 6].

Многие исследователи отмечают особенность, которую требуется учитывать при осуществлении анализа понятия «эффективность медицинской организации», которая заключается в том, что в нем скрыты такие вопросы как – медицинская, экономическая и социальная эффективность [17; 36; 37]. Сложность сочетания всех составных эффективности медицинской деятельности при условиях финансовых сложностей и усиления рыночных процессов в государстве определяет то, что большая часть граждан не в полной мере удовлетворено качеством медицинской помощи, граждане отмечают потребность развития системы здравоохранения [34, с.466]. А определенно качество медицинской помощи и является социальной эффективностью в системе здравоохранения. К тому же экономическая эффективность обусловлена объёмом оказываемой помощи и затратами, соответственно, является актуальным снижение расходов, при сохранении уровня объёма помощи, либо увеличение объёмов оказываемых услуг сохраняя объёмы финансирования [18, с.125].

Отрасль здравоохранения является определенно очень ресурсоёмкой и включает в себя все виды ресурсов (финансовые, материальные, трудовые и пр.) в значительном их объеме. Соответственно, заинтересованность в эффективном использовании этих ресурсов исходит с самого высокого государственного уровня. Ключевым моментом деятельности бюджетных организаций здравоохранения выступает их в полной мере ресурсное обеспечение при рациональном их использовании. Материальные ресурсы потребляются во всех производственных и хозяйственных циклах и переносят свою стоимость на расходы медицинской организации и стоимость услуг. Но в силу специфики деятельности фактор обеспеченности трудовыми ресурсами высокой квалификации является, исходя из позиции многих ученых, приоритетным при развитии системы здравоохранения в целом. Финансирование ‑ это интегральный вид ресурсов, так как за счет этого осуществляется обеспечение качественного материально‑технического обеспечения и формирование достойного уровня оплаты труда для поддержания высокого уровня трудового потенциала медицинской отрасли.

Эффективность деятельности медицинских организаций в большей степени зависит от того, как правильно осуществлена организация информационного обеспечения, так как это, из позиции Головиной Н.А. [20, с.43], позволяет, с одной стороны, улучшает возможности координации управления различными процессами деятельности, а, с другой стороны, реализовать внешний контроль качества работы организации. В настоящий момент расходы на информационные технологии определенно возросли, но относительно с ведущими зарубежными государствами уровень информатизации Российской Федерации отстаёт, по крайней мере, на десятилетие, что, соответственно, сказывается как на удовлетворении потребностей граждан в оказании качественной медицинской помощи, так и на показатели эффективности в разрезе кадрового потенциала. К примеру, в настоящее время значительный минус в учреждениях здравоохранения ‑ это неавтоматизированная работа регистратуры, что в значительной степени снижает пропускную способность организации и как следствие её эффективность [16; 32].

В России развитие системы здравоохранения претерпевает большое число изменений. На данный момент складываются показатели эффективности этой отрасли, так как это является актуальной проблемой. Приказ Минздрава России от 12.09.2014 года, № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», отражает методологию для осуществления оценки эффективности деятельности организаций [48]. Методология представляет разделение показателей на составные ресурсного потенциала, также процесс и результативность оказания медицинской помощи. Осуществление разработки методов для расчёта эффективности ‑ это сложная, однако актуальная задача для лечебных организаций, так как они позволяет рационально использовать ресурсы организации. Количественную и качественную оценку деятельности организации отражают методические рекомендации по экономическому обоснованию территориальной программы государственных гарантий [43, с.26].

Так, в настоящее время из‑за неблагоприятной экономической ситуации сокращаются бюджетные расходы, соответственно, требуется повысить показатели эффективности использования средств, так как расходы на сферу здравоохранения занимают значительную часть в территориальном бюджете. Это определяет направления оптимизации использования ресурсного потенциала как в границах отдельных медицинских организаций, так и в разрезе регионов [25, с.287].

В стационарных и амбулаторных условиях эффективность деятельности основана на показателях ресурсного обеспечения и на критериях доступности медицинской помощи [26; 29]. Для этой цели используют следующие расчёты:

1. Показатели качества стационарной помощи;
2. Рациональное использование коечного фонда;
3. Показатели укомплектованности врачебными кадрами.

Качество является ключевым требованием со стороны потребителей услуг, и залогом конкурентоспособности организации. Рассмотрим модель по управлению и контролю обеспечения граждан качественной медицинской помощью, которая представлена на рисунке 3.

Процессное управление

Технологии управления

Технологии лечебно‑диагностические

Технологии профилактические

Система предоставления медицинской помощи

Планирование процессов на основе структурно‑функционального моделирования

Механизмы финансирования медицинской помощи

Материально‑техническая база и управления поставками

Непрерывное профессиональное развитие кадров

Информатизация деятельности системы здравоохранения

Рисунок 3 ‑ Система управления качеством медицинских услуг

В границах этой модели Шишин Г.Г. [42, с.272] определяет следующие мероприятия:

1. эффективное использование имеющихся ресурсов, в том числе осуществление поиска дополнительных источников финансирования;
2. осуществление контроля качества по более значимым заболеваниям;
3. информатизация организаций;
4. постоянное профессиональное развитие персонала.

Объекты управления, исходя из модели, выступают технологические направления и процессы. Однако, при этом зарубежная модель здравоохранения определенно отличается от российской. Определенно, связано это со значительным опережением развития, высоким уровнем научно‑технического прогресса и пр. Государство в границах социальной политики обеспечивает доступность медицинской помощи, в некоторых зарубежных странах действуют определённые критерии, отвечающих за эффективность системы здравоохранения.

В Германии, Европейская система здравоохранения определяет акцент на оказании помощи, где высокая стоимость лекарственных средств обеспечивает высокие показатели безопасности пациента. В этой стране уделяется большое значение профилактике и спортивному развитию граждан. В 2008 году был создан «Институт качества и эффективности здравоохранения», контролирующий воздействие препаратов на организм, период лечения, и стоимость пребывания в стационаре в разрезе определенного вида заболевания [31; 39].

В США на социальное обеспечение и здравоохранение расходуют в среднем 15% ВВП, в Западной Европе 75%. В этих государствах распространена ситуация с предоставлением медицинской страховки, предоставляют её работодатели, которые имеют выгоду, опираясь на частное страхование, которое в достаточной степени развито в зарубежных государствах [19, с.149].

Анализируя данные зарубежного здравоохранения, отметим, что данный процесс имел начало определенно давно. В 2000 г. в Калифорнии уровень информатизации уже был высоким даже в бедных районах; практически 90% врачей в США пользовались компьютерной техникой и имели доступ к сети Интернет. И было доказано, что переход на электронный документооборот является определенно эффективным действием в лечебных организациях. Также, европейские государства делают акцент на развитии информационных технологий, так как это является основой быть конкурентоспособным. В том числе актуальным в европейских государствах является переход на электронные медицинские карты, также осуществляется внедрения использования электронного рецепта, и информатизация пациентов, при которой врач дает рекомендации о посещении либо рекомендует посредством электронных сетей [22, с.87].

Таким образом, для российского здравоохранения является актуальным определение резервов повышения эффективности деятельности медицинских организаций. Приоритетно, это контроль качества по более значимым заболеваниям, осуществление поиска дополнительных источников финансирования, эффективное использование имеющихся уже ресурсов, профессиональное развитие персонала, информатизация организаций. Определение и использование резервов медицинской организации будет способствовать развитию российского здравоохранения, переходу его на наиболее высокий уровень и максимальному удовлетворению потребностей современных пациентов медицинских организаций.

**ГЛАВА 2. ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ   
РЕСУРСОВ АО «МСЧ «НЕФТЯНИК»**

**2.1 Характеристика медицинской организации**

Акционерное общество «Медико‑санитарная часть «Нефтяник» (АО «МСЧ «Нефтяник») ‑ юридический адрес 625000, г. Тюмень, ул. Шиллера, 12, фактический адрес г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д. 8, строение 1.

С момента основания поликлиники прошло 50 лет. За это время поликлиника завоевала безусловный авторитет жителей Тюмени и области.

В арсенале клиники 12 операционных, оснащенных эдоскопическим и навигационным оборудованием, а также роботической хирургической установкой последнего поколения Da Vinci Si, позволяющей выполнять широкий спектр высокотехнологичных операций в онкоурологии, колопроктологии и гинекологии.

Предмет гордости ‑ первая в УрФО и единственная за Уралом космическая универсально‑интегрированная операционная. За 7 лет количество пролеченных больных увеличилось более чем в 1,5 раза. Количество выполненных операций ‑ в два раза. В 2014 году урологическую операцию в медсанчасти впервые выполнил робот‑хирург Да Винчи.

На сегодня одна из приоритетных задач больницы ‑ формирование высококлассных кадров. На базе медсанчасти действует 9 кафедр Медуниверситета. Как признаются специалисты, традиции стремительного технологического прорыва «Нефтяник» будет поддерживать и впредь.

Действующие НПА, применимые к АО «МСЧ «Нефтяник»:

* Конституцией Российской Федерации [1];
* Федеральный закон от 21.11.2011 № 323‑ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2];
* Федеральный закон от 29.11.2010 № 326‑ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [3];
* Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» [4];
* Нормативные правовые акты органов власти субъекта РФ и местного самоуправления;
* Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов [7];
* Внутренние приказы, постановления и другие нормативные документы;
* Устав АО «Медико‑санитарная часть «Нефтяник» [50].

Основной вид деятельности АО «МСЧ «Нефтяник» ‑ медицинская с целью повышения оперативности и качества оказания стационарной и амбулаторно‑поликлинической медицинской помощи населению города, для улучшения основных параметров его здоровья, снижения материнской и младенческой смертности путем внедрения современных подходов с доказанной эффективностью.

АО «МСЧ «Нефтяник» размещается в двенадцати основных корпусах, общая площадь занимаемая зданиями и сооружениями составляет 18994,74 м2. Здание центрального корпуса состоит из двух зданий, соединенных теплым переходом. Проектная мощность 385 посещений в смену, фактическая 687.

Количество утвержденного прикрепленного населения АО «МСЧ «Нефтяник» на 2016 год составляет 57618 человек (см. рис.4).

Рисунок 4 ‑ Прикрепленное население АО   
«МСЧ «Нефтяник», чел. [50]

Обслуживаемая территория: с общей численностью прикрепленного населения на 31.10.2017 г ‑ 59404 человек.

В Приложении 1 отразим организационную структуру управления АО «МСЧ «Нефтяник».

Отметим, в процессе эволюции и совершенствования система управления объединением, исходя из классификации типов организационных структур управления [8, с.71], из классической – линейной, поэтапно преобразовалась в множественную модель, сочетающую в себе линейно‑функциональные и дивизиональные принципы управления.

В структуре управления сохранено вертикальное линейно‑функциональное подчинение (главный врач – заместители главного врача – заведующие отделениями) и одновременно введено делегирование части управленческих полномочий соответствующего уровня дивизионам – подразделениям.

Больница – это место, в котором происходят различные по функционалу и направленности процессы. Лечение и оказание помощи пациентам осуществляют врачи. Записывают на прием и процедуры регистратура и Call‑центр. Существуют также отделы в больнице, у которых тоже множество функций и обязанностей: отдел контроля качества и экспертной работы, экономический отдел, отдел учета и медицинской статистики, отдел автоматизированных систем управления и т.д.

Процессы в АО «МСЧ «Нефтяник» проходят в следующих условиях:

* оказание медицинской помощи при условиях дневного стационара – осуществление оформления госпитализации пациентов в дневной стационар, пребывание пациентов в дневном стационаре, направление пациентов на диагностические процедуры и исследования, назначение пациентам медицинских препаратов, оформление выписки пациентам из дневного стационара;
* оказание медицинской помощи как в амбулаторно‑поликлиническом подразделении, так и на дому – прикрепление и обслуживание пациентов в регистратуре, осуществление работы Call‑центра, осуществление приема и учета вызовов врача на дом, осуществление приема врача‑специалиста в медицинском учреждении, осуществление диспансерного наблюдения пациентов, направление пациента на процедуры;
* оказание медицинской помощи при условиях круглосуточного стационара – ведение плана госпитализации, оперативное взаимодействие со Службой скорой и неотложной медицинской помощи, оформление госпитализации пациентов, пребывание пациентов в лечебном отделении, пребывание пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии, направление пациентов на диагностические процедуры и исследования, назначение пациентам медицинских препаратов, хирургическая деятельность, оформление выписки пациентам из стационара;
* обеспечение параклинической деятельности – лабораторная диагностика, трансфузиология, функциональная диагностика, восстановительное лечение;
* общебольничные процессы – осуществление работы отдела контроля качества и экспертной работы, реализация организационно‑методической работы, хозяйственные и экономические вопросы.

**2.2 Анализ ресурсов медицинской организации**

Прикрепленное население поликлиники обслуживают 8 терапевтических участков, 9 педиатрических и 10 участков ВОП, а так же узкие специалисты (хирург, травматолог, онколог‑хирург, маммолог, проктолог, ЛОР, офтальмолог, невропатолог, подростковый терапевт, дерматовенеролог, фтизиатр).

Плановая мощность поликлиники ‑ 518 посещений в смену, фактическая мощность 817 посещений в смену.

В поликлинике помимо основных отделений (отделение профилактики и социально‑психологической помощи, консультативно‑диагностическое отделение,) и кабинетов (процедурный, доврачебный, кабинет функциональной диагностики, кабинет ультразвуковой диагностики, рентгенологический, кабинет ЗОЖ), имеются: клинико‑диагностическая лаборатория, противотуберкулезный кабинет.

При поликлинике работает бактериологическая лаборатория в составе 2‑х врачей и 5 баклаборантов, которая проводит исследования на дисбактериоз, сальмонеллез, энтерогенные эшерихии, на грибы рода кандида, исследование испражнений на патогенную и условно патогенную микрофлору, исследование крови на стерильность, исследование мокроты, исследование отделяемого из зева и носа, серологические исследования и т.д. Исследования (бактериологические, серологические) проводятся с диагностической целью: анализы инфекционного отделения, детского отделения, хирургического отделения, травматологического отделения, родильного отделения, гинекологии, а также поликлинических служб. Помимо этого, проводятся исследования с профилактической целью.

При поликлинике работает хозрасчетное отделение в количестве 26,5 ставок, которое оказывает платные услуги населению не входящие в ГОБМП. При хозрасчетном отделении работает кабинет профосмотров, который осуществляет медицинские осмотры граждан, работающих в промышленных предприятиях и декретированных групп населения (работники детских садов, школ, торговли, медицинские работники, работники парикмахерских, бань и др.)

Стационар на 165 мест, в том числе по профилям, отраженным на рисунке 5.

Рисунок 5 – Распределение мест по профилям стационара   
АО «МСЧ «Нефтяник» [50]

Помимо основных клинических отделений имеется отделение анестезиологии‑реанимации на 3 места, ряд вспомогательных служб и отделений: клинико‑диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, кабинет трансфузиологии, ЦСО, прачечная, кухня.

Стационаро‑замещающая помощь оказывается на 35 мест дневного стационара(койки дневного пребывания при стационаре ‑ 20 мест; койки дневного стационара при поликлинике – 15 мест)

Так, в больнице работают 715 человек, состав которого отразим на рисунке 6.

Рисунок 6 – Состав персонала АО «МСЧ «Нефтяник» [50]

На рисунке 7 рассмотрим показатели укомплектованности врачами в АО «МСЧ «Нефтяник».

Рисунок 7 ‑ Показатели укомплектованности врачами   
АО «МСЧ «Нефтяник» [50]

Отметим, укомплектованность врачами составляет – 57% (по штату – 174,25; физических лиц – 101), средними медицинскими работниками – 83% (по штату – 426,75; физических лиц – 354).

На рисунке 8 рассмотрим уровень категорированности врачей в АО «МСЧ «Нефтяник».

Рисунок 8 ‑ Уровень категорированности врачей в   
АО «МСЧ «Нефтяник» [50]

Следовательно, уровень категорированности врачей – 50,5% (всего врачей – 101, имеют категорию 51), из них: высшая – 21% (21), первая – 25% (25), вторая – 5% (5), сертификат специалиста без присвоения квалификационной категории – 49,5% (50).

На рисунке 9 рассмотрим уровень категорированности средних медицинских работников в АО «МСЧ «Нефтяник».

Рисунок 9 ‑ Уровень категорированности средних медицинских   
работников в АО «МСЧ «Нефтяник»[50]

Так, уровень категорированности средних медицинских работников – 57,5% (всего средних медработников – 354, имеют категорию 204), из них: высшая – 48,5% (172), первая – 6 % (22), вторая – 3% (10), сертификат специалиста без присвоения квалификационной категории – 42,5% (151). В том числе, в декрете врачей – 8 человек, средний персонал – 32 человека.

Далее осуществим анализ ключевых показателе деятельности (по плану развития).

В таблице 4 отразим показатели повышения кадрового потенциала, формирование пула из высококвалифицированных кадров в АО «МСЧ «Нефтяник».

Таблица 4 ‑ Повышение кадрового потенциала, формирование пула из высококвалифицированных кадров АО «МСЧ «Нефтяник» [45]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | План на  2018 | Факт за  2018 | Факт за  2017 | Сведения о достижении |
| 1 | Снижение дефицита врачебных кадров | 9 | 9 | 11 человек | Достигнут |
| 2 | Увеличение % укомплектованности врачебным персоналом | 60% | 54,5% | 58% | Не достигнут |
| 3 | Увеличение % укомплектованности средним медицинским персоналом | 83% | 79,6 | 82,9% | Не достигнут |
| 4 | Соотношение среднемесячной заработной платы врача к среднемесячной номинальной заработной плате в экономике региона равного или выше 1,5 | не менее 1,5 | 0,84 | 0,78 | Не достигнут |
| 5 | Снижение текучести кадров | 20% | 20,8% | 23% | Не достигнут |
| 6 | Увеличение удельного веса врачей имеющих первую и высшую категории | 45% | 41% | 43,5% | Не достигнут |
| 7 | Увеличение удельного веса средних мед. работников имеющих первую и высшую категории | 55% | 49,7 | 53,2% | Не достигнут |

Следовательно, в результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов достигнут 1 индикатор, не достигнуты – 6.

В таблице 5 проанализируем показатели повышения эффективности использования финансовых ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник».

Таблица 5 ‑ Повышение эффективности использования финансовых ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник» [45]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | План на  2018 | Факт за  2018 | Факт за  2017 | Сведения о достижении |
| 1 | Отсутствие просроченной кредиторской задолженности | 0 | 0 | 0 | Достиг |
| 2 | Рентабельность активов (ROA) | 0 % | ‑4,6% | ‑4,4 % | Не достиг |
| 3 | Повышение доходов от оказания платных услуг | 93524,974 | 69112,61 | 87768,75 | Не достиг |
| 4 | Приобретение основных средств. | 30 000,0 | 52347,65 | 9318,2 | Достиг |

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 4 индикаторов наблюдается достижение 2 индикаторов, не достигнуты – 2.

В таблице 6 проанализируем планируемые показатели создания пациент‑ориентированной системы оказания медицинской помощи АО «МСЧ «Нефтяник».

Таблица 6 ‑ Создание пациент‑ориентированной системы оказания медицинской помощи в АО «МСЧ «Нефтяник» [45]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | План на  2018 | Факт за  2018 | Факт за  2017 | Сведения о достижении |
| **1** | Удовлетворенность пациентов | 97% | 97% | 97% | Достигнут |
| **2** | Показатели ВБИ | не более 4% | 0% | 0% | Достигнут |
| **3** | Уровень послеоперационной летальности пациентов | **1,7%** | 1,7 | 1,8% | Достигнут |
| **4** | Общая летальность | 2,9% | 2,74 | 3% | Достигнут |
| **5** | Количество повторно‑поступивших больных по одному диагнозу вследствие некачественного лечения | 0 | 0 | 0 | Достигнут |
| **6** | Уровень послеоперационных осложнений | 0% | 0,41% | 0,06% | Не ностигнут |
| **7** | Увеличение процента плановой госпитализации | 6% | 6 % | 5,3% | Достиг |

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 7 индикаторов наблюдается достижение 6 индикаторов, не достигнут – 1 индикатор.

В таблице 7 рассмотрим показатели эффективного больничного менеджмента АО «МСЧ «Нефтяник».

Таблица 7 ‑ Эффективный больничный менеджмент АО «МСЧ «Нефтяник»[45]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | План на  2018 | Факт за  2018 | Факт  2017 | Сведения о достижении |
| **1** | Уровень компьютеризации рабочих мест | 100% | 100% | 100% | Достиг |
| **2** | Оборот койки | не менее 36 | 39,1 | 39,8 | Достиг |
| **3** | Средняя занятость койки | 324 | 331,2 | 323,0 | Достиг |
| **4** | Средняя длительность пребывания пациента в стационаре | 8,35 | 8,5 дней | 8,17 дней | Не достиг |
| **5** | Снижение уровня потребления стационарной помощи в рамках ЕНСЗ | не более 800 дней | 807,6 дней | 760 дней | Не достиг |

В результате проведенных мероприятий по основным задачам в рамках данной стратегической цели из 5 индикаторов наблюдается достижение 3 индикаторов, не достигнуты – 2 индикатора.

В таблице 8 осуществим анализ медико‑экономических показателей АО «МСЧ «Нефтяник» за 2016‑2018 года

Таблица 8 ‑ Медико‑экономические показатели АО «МСЧ «Нефтяник» за 2016‑2018 г. [45]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Факт за 2016 год | Факт за 2017 год | Факт  2018 год | 2017 к 2016, % | 2018 к 2017, % |
| 1 | Удовлетворенность пациентов , % | 97 | 97 | 97 | ‑ | ‑ |
| 2 | Удовлетворенность работников, % | ‑ | ‑ | 62,5 | 0 | 62,5 |
| 3 | Доходы за отчетный период составляют, тыс. руб. | 1612359,2 | 1771369,6 | 2023473,2 | 9,86 | 14,23 |
| 4 | Расходы всего за отчетный период составляют, тыс. руб. | 1769452,2 | 1830553,7 | 2092263,3 | 3,45 | 14,29 |
| 5 | Доходы от платных медицинских услуг, тыс. руб. | 82480,0 | 78687,8 | 64624,7 | ‑4,59 | ‑17,87 |
| 6 | Количество пролеченных пациентов, чел. | 4587 | 5021 | 5421 | 0,026 | 7,96 |

*Продолжение* таблицы 8

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Факт за 2016 год | Факт за 2017 год | Факт  2018 год | 2017 к 2016, % | 2018 к 2017, % |
| 7 | Летальность, % | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0 | 0,16 |
| 8 | Общая смертность, чел. | 15,6 | 14,5 | 15,32 | ‑7,051 | 5,65 |
| 9 | Материнская смертность, чел. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Младенческая смертность на 1000 живорожденных, чел. | 6,4 | 5,6 | 10,4 | ‑12,5 | 85,71 |
| 11 | Смертность от туберкулеза, чел. | 3,4 | 5,2 | 1,7 | 52,94 | ‑67,30 |
| 12 | Смертность от онкологических заболеваний, чел. | 189,5 | 200,2 | 178,5 | 5,64 | ‑10,83 |
| 13 | Смертность от болезней системы кровообращения, чел. | 292,6 | 307,46 | 378,58 | 5,08 | 23,13 |

Для наглядности отразим на рисунке 10 экономические показатели АО «МСЧ «Нефтяник» за 2016‑2018 г.

Рисунок 10 ‑ Экономические показатели АО «МСЧ «Нефтяник»  
 за 2016‑2018 г., тыс. руб. [45]

Таким образом:

* удовлетворенность пациентов в периоде 2016‑2018 г. была неизменной ‑97%, удовлетворенность работников анализировали только в 2018 году и показатель составил 62,5%.
* доходы за 2017 год на 9,86% выше доходов 2016 года и в 2018 году выше на 14,29% доходов 2017 года;
* расходы всего в 2017 году относительно 2016 года выше на 3,46%, в 2018 году выше на 14,29% расходов 2017 года;
* доходы от платных медицинских услуг в 2017 году ниже на 4,59% доходов 2016 года и в 2018 году ниже на 17,87% доходов 2017 года.

По итогам 2018 года сложился убыток в сумме 68 790,1 тысяч руб., следовательно, отчисления в размере 5% от чистого дохода – не производились.

Исходя из медико‑экономические показателей АО «МСЧ «Нефтяник» за 2016‑2018 г., представленных в таблице 2.5, отметим:

* количество пролеченных пациентов в 2017 году больше на 0,026% количества 2016 года и в 2018 году на 7,96% больше количества 2017 года;
* летальность как в 2016 году, так и в 2017 году составляла 0,6 %. В 2018 году данный показатель увеличился на 0,16% относительно показателя 2017 года;
* младенческая смертность в 2017 году снизилась на 12,5% относительно 2016 года, в 2018 году увеличилась на 85,71% относительно 2017 года;
* смертность от туберкулеза в 2017 году увеличилась на 52,94% относительно 2016 года, в 2018 году на 67,3% снизилась относительно 2017 года;
* смертность от онкологических заболеваний в 2017 году увеличилась на 5,64% относительно 2016 года, в 2018 году снизилась на 10,83% относительно 2017 года;
* смертность от болезней системы кровообращения в 2017 году увеличилась на 5,08% относительно 2016 года, в 2018 году увеличилась на 23,13% относительно 2017 года.

Умерших детей до 1 года за 2018 ‑ 8, из них один за рубежом. Показатель младенческой смертности ‑ 10,4. За 2017 г. умерших детей до 1 года ‑ 4. Показатель младенческой смертности 5,6.

Среди умерших за 2018 года:

* 6 недоношенных маловесных детей, из них 5 до 1000 г.;
* в родильном доме умер 1 – 12,5%;
* в ЦМИр ‑ 5 – 62,5%;
* на дому ‑1 ‑12,5%;
* клиники зарубежья ‑ 1‑12,5%;

Для наглядности отразим на рисунке 11 показатель смертности.

Рисунок 11 – Показатель смертности, % [45]

По причинам:

* внутриутробная пневмония ‑ 2 (25%);
* СДР, недоношенность ‑ 1 (12,5%);
* внутрижелудочковое кровоизлияние ‑ 2 (25%);
* аспирация молоком ‑ 1 (12,5%);
* ВПР ‑ 2 (25%).

Для наглядности отразим на рисунке 12 причины смертности.

Рисунок 12 – Причины смертности, % [45]

Осуществляя анализ показателей рождаемости на 1000 населения, можно сказать: за 2018 г. родилось 672, показатель рождаемости 11,17. За 2017 г. родилось 715 детей, показатель 12,1. В сравнении с 2017 г. родилось новорожденных на 43 меньше. Отмечается снижение показателя рождаемости с 12,1 до 11,17 в сравнении с 2017 годом. Уровень рождаемости составил 92,3 % от уровня данного показателя в сравнении с 2017 г.

Анализируя показатели общей смертности на 1000 населения было выявлено, за 2018иг умерло 882 человек, показатель смертности на 1000 населения 15,32. За 2017 г умерло 857 человек, показатель смертности 14,5

В структуре причин общей смертности:

* рост смертности от БСК ‑ 24,49% (2017 г. ‑ 21,23%);
* рост смертности по причине старость 9,07 % (2017 г. – 7,11 %);
* снижение смертности от злокачественных заболеваний 11,67% (2017 г. ‑ 14,11 %);
* смертность от травм и несчастных случаев 12,92% (9 мес. 2017 г. 14,81).

Для наглядности на рисунке 13 отразим причины общей смертности.

Рисунок 13 – Причины общей смертности, % [45]

Структура смертности по возрастам по данным ЗАГС:

* от 0‑1 года – 6;
* от 2‑4 лет‑1;
* от 6‑14 лет ‑3;
* от 15‑49 лет ‑110;
* от 50‑64 лет ‑204;
* 65 ‑ и старше – 407;
* в том числе 75 и старше ‑ 534‑ 60,5% от всех умерших.

Для наглядности на рисунке 14 отразим структуру смертности по возрастам по данным ЗАГС.

Рисунок 14 ‑ Структура смертности по возрастам   
по данным ЗАГС, чел. [45]

Далее имеет место потребность в анализе показателей стационарной помощи. С целью смещения акцента с дорогостоящего стационарного звена на первичный уровень получили развитие ресурсосберегающие технологии.

В АО «МСЧ «Нефтяник» коек дневного стационара – 35, пролечено 2321 (2017 г. ‑ 2958). койко‑дней ‑14813 (2017 г. ‑ 19234).

Коек круглосуточного стационара 165, пролечено 6609 (2017 г. ‑ 6540), койко‑дней 53045 (2017 г. ‑ 54460).

Потребление стационарной помощи за 2018 г ‑ 767 на 1000 населения, за 2017 год ‑ 760 (без инфекционного отделения). Рост потребления стационарной помощи за счет койко‑дней хирургического профиля (рост койко‑дней на 17,8%), травматологического профиля (рост койко‑дней на 14,7%), патологии беременности (рост койко‑дней на 109,5%), для беременных и рожениц (ростк койко‑дней на 2,8%), гинекологического профиля (рост койко‑дней на 42,1%), патологии беременных (рост койко‑дней на 90,6%).

По порталу Бюро госпитализации за 2018 год всего зарегистрировано 1014 пациентов (в 2017 г. ‑ 998), госпитализировано 417 (в 2017 г. – 392), ожидают госпитализации 287. На областном уровне зарегистрировано 510 человек (в 2017 г. – 568), госпитализировано 248 (в 2017 г. – 250), ожидают госпитализации 230 человек.

Относительно врачебных посещений, выполнено врачебных посещений в 2018 году ‑ 316207 (2017 г. ‑ 321042), из них в поликлинике 293639 (2017 г. ‑ 299869), на дому 22568 (2017 г. ‑ 21173).

Снижение посещений по АО «МСЧ «Нефтяник» на 1,5% за счет снижения посещений ВА 4‑7 района на 6,7%% (2018 г. ‑ 51263, 2017 г. ‑ 54998), за счет снижения посещений узких специалистов.

В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена работает Национальная скрининговая программа. За 2018 г. охват скрининговыми осмотрами составил 19420 человек – 32,3% от общей численности населения и 100% от общего количества подлежащего скринингу.

Профосмотр детей от 0‑17 лет план – 12504, осмотрено – 12537 (100,3%), выявлено ‑ 572 (4,56%), оздоровлено ‑ 346 (60,4%), в том числе:

1. болезни системы кровообращения, план ‑ 3288, осмотрено ‑ 4799 (146%), выявлено – 409 (8,52%);
2. сахарный диабет, план ‑ 3288, осмотрено ‑ 4858 (147,7%), выявлено ‑ 23 (0,47%);
3. глаукома, план – 3283, осмотрено ‑ 5028 (153,2%), выявлено ‑ 0 (0%);
4. рак молочной железы, план ‑ 3362, осмотрено ‑ 3378 (100,5%), выявлено – 166 (4,91%);
5. рак шейки матки, план – 4122, осмотрено ‑ 3537 (85,81%), выявлено – 2 (0,06%);
6. рак толстой и прямой кишки, план ‑ 3895, осмотрено ‑ 3909 (100,4%), выявлено – 18 (0,46%).

Отразим для наглядности на рисунке 15 плановые показатели проведенных работ АО «МСЧ «Нефтяник».

Рисунок 15 ‑ Плановые показатели проведенных   
работ [45]

Стоит отметить, оперативность управления медицинским учреждением, особенно крупным, зависит от скорости и точности информации о деятельности всех его подразделений, доступной для руководителей всех уровней, а также способности и возможности руководителей на местах контролировать и регулировать рабочие процессы.

**2.3 Финансово‑экономическая оценка ресурсов   
медицинской организации**

В АО «МСЧ «Нефтяник» при планировании деятельности медицинской организации используются финансово‑экономические методы оценки:

1.Фондоотдачи ОПФ:

(4);

2.Фондоотдачи активной части ОПФ:

(5);

3.Фондоемкости:

(6);

4.Фондовооруженности – Ф в (в динамике за 3 года):

,

где Сс.г.  – среднегодовая стоимость основных средств, руб.;

Чс – средняя численность работников в учреждении.

5.Фондорентабельности:

(7),

где ФООПФ ‑ фондоотдача основных производственных фондов;

Rвп – рентабельность услуг.

6.Коэффициент износа ОПФ ‑ Ки:

(8),

где: А – сумма начисленного износа основных средств, руб.;

Спер – первоначальная стоимость основных средств, руб.

7.Коэффициент годности ОПФ ‑ Кг:

(9),

где Ск.г. – остаточная стоимость основных средств на конец года, руб.;

Сн.г. – балансовая стоимость основных фондов на начало отчетного периода, руб..

8.Коэффициент обновления ОПФ – Кобн.:

(10),

где Фн.г. – общая стоимость поступивших основных средств в 2016 году, руб.;

Фк.г. – общая стоимость основных средств на начало отчетного периода, руб..

9.Коэффициент выбытия ОПФ – Квыб:

(11),

где Свыб. – стоимость выбывших основных средств в 2016 году, руб.;

Сн.г. – балансовая стоимость основных фондов на начало отчетного периода, руб..

10.Коэффициент накопления ОПФ – Кнакопл.:

(12),

где Сввед.ОФ. – сумма введенных основных средств за 2016 году, руб.;

Свыб.ОФ – стоимость выбывших основных средств в 2016 году;

Со.ф. – стоимость основных фондов на начало года, руб..

11.Коэффициент текущей ликвидности – Кт.л.:

(13),

где Ко  – стоимость оборотных средств, руб.;

ДЗд – долгосрочная дебиторская задолженность.

12.Коэффициент финансовой устойчивости – Кф.у.:

(14),

где Кс – общая стоимость собственных средств, руб.;

Дф.о. – долгосрочные финансовые обязательства, руб.;

Вб – валюта бухгалтерского баланса.

В качестве источника информации используются данные бухгалтерской и статистической отчетности, данные инвентаризации.

Так, особенностью осуществления финансового анализа является то, что он является не только ретроспективным, но и прогнозным, оценивая перспективное состояние финансового потенциала АО «МСЧ «Нефтяник» под воздействием внутренних и внешних детерминант. Анализ использования основных производственных фондов (ОПФ) необходим для установления обеспеченности учреждения и его структурных подразделений медицинской техникой, приборами, инструментарием специального назначения, напрямую обеспечивающим достаточный уровень качества медицинской помощи. В результате исследования видно, что наименьшая часть ОПФ пригодна к эксплуатации, и коэффициент износа был равен 0,77 (см. табл.9).

Таблица 9 ‑ Коэффициент износа ОПФ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А | Спер | Кн |
| 50688657,39 | 65371728,06 | 0,77 |

Коэффициент годности ОПФ, составивший 0,23, указывал на то, что наименьшая часть ОПФ ещё пригодна к эксплуатации (см. табл.10).

Таблица 10 ‑ Коэффициент годности ОПФ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ск.г. | Сн.г. | Кг |
| 14683070,67 | 63630714,01 | 0,23 |

Интенсивность обновления (поступления) ОПФ была минимальной, составляя 0,03 (см. табл.11).

Таблица 11 ‑ Коэффициент обновления ОПФ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фн.г. | Фк.г. | Кобн. |
| 1741014,05 | 6360714,01 | 0,03 |

Коэффициент выбытия ОПФ показывал долю ОПФ, ежегодно выбывавших из производства, составляя 0,04 (см. табл.12).

Таблица 12 ‑ Коэффициент выбытия ОПФ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Свыб. | Сн.г. | Квыб. |
| 2425439,15 | 63630714,01 | 0,04 |

Процесс пополнения ОПФ лечебного учреждения был выражен коэффициентом накопления ОПФ, величина которого была равна ‑0,01 (см. табл.13).

Таблица 13 ‑ Коэффициент накопления ОПФ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сввед.ОФ. | Свыб.ОФ. | Со.ф. | Кнакопл. |
| 1741014,05 | 2425439,15 | 63630714,01 | ‑0,01 |

Эффективность применения основных средств отражал коэффициент фондоотдачи, уменьшающийся от 3,31 до 3,18 (см. табл.14).

Таблица 14 ‑ Коэффициент фондоотдачи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Период | Вв | Сс.г. | Фо |
| 2016 | 154281790,64 | 46568876,38 | 3,31 |
| 2017 | 188273595,21 | 49581975,87 | 3,16 |
| 2018 | 205522347,46 | 64501221,03 | 3,18 |

Для наглядности отразим на рисунке 16 коэффициент фондоотдачи.

Рисунок 16 ‑ Коэффициент фондоотдачи 2016‑2018 г.

Уровень технической оснащенности трудовых процессов отражает коэффициент фондовооруженности, возраставщий от 110878,27 до 150703,78 (см. табл.15).

Таблица 15 ‑ Коэффициент фондовооруженности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Период | Сс.г. | Чс | Фо |
| 2016 | 46568876,38 | 420 | 110878,27 |
| 2017 | 59581975,87 | 407 | 146393,06 |
| 2018 | 64501221,03 | 428 | 150703,78 |

Для наглядности отразим на рисунке 17 коэффициент фондовооруженности.

Рисунок 17 ‑ Коэффициент фондовооруженности 2016‑2018 г.

Оценку суммы основных фондов на рубль произведенных затрат осуществлял коэффициент фондоемкости, увеличившийся в периоде наблюдения в 2 раза (см. табл.16).

Таблица 16 ‑ Коэффициент фондоемкости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Период | Сс.г. | Чс | Фо |
| 2016 | 46568876,38 | 760593 | 61,23 |
| 2017 | 59581975,87 | 548959 | 108,54 |
| 2018 | 64501221,03 | 524698 | 122,93 |

Для наглядности отразим на рисунке 18 коэффициент фондоемкости.

Рисунок 18 ‑ Коэффициент фондоемкости 2016‑2018 г.

Степень обеспеченности (финансового покрытия) краткосрочных обязательств организации всеми имеющимися в ее распоряжении оборотными активами была выражена коэффициентом текущей ликвидности, составлявшим 1,0 (см. табл.17).

Таблица 17 ‑ Коэффициент текущей ликвидности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ко | ДЗд | Ок | Ко |
| 22935034,08 | 0,00 | 22834122,78 | 1,00 |

Доля собственных средств в общей сумме источников финансирования была выражена коэффициентом финансовой устойчивости, составлявшим 0,08 (см. табл.18).

Таблица 18 ‑ Коэффициент финансовой устойчивости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ко | Дф.о. | Вб | Кф.у. |
| 1773162,84 | 0,00 | 22950387,36 | 0,08 |

Финансовый анализ ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник» показал, что значения коэффициентов износа ОПФ (0,77), годности ОПФ (0,23), обновления ОПФ (0,03), выбытия ОПФ (0,04) свидетельствовали о том, что списание устаревшего и пришедшего в негодность превышает уровень приобретения нового оборудования. Однако эффективность использования имеющихся ОПФ по проведенному анализу коэффициентов фондовооруженности (110878,27; 146393,06; 150703,78) и фондоемкости (61,23; 108,54; 122,93) в динамике за три года возрастала. Коэффициент финансовой устойчивости (0,08) оказался несколько ниже нормативного показателя (0,1), что свидетельствовало о недостаточной доле собственных средств в общей сумме источников финансирования.

Коэффициент текущей ликвидности (1,0) при анализе отражает достаточную возможность учреждения обеспечивать все свои краткосрочные обязательства имеющимися оборотными активами. Анализ использования основных производственных фондов показывал необходимость обновления и увеличения медицинского оборудования, от которого непосредственно зависит качество оказания медицинской помощи.

**ГЛАВА 3. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ   
РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА БЕРЕЖЛИВОГО   
ПРОИЗВОДСТВА**

**3.1 Анализ внутренней и внешней среды АО «МСЧ «Нефтяник»**

Проведем SWOT‑анализ деятельности АО «МСЧ «Нефтяник», отражающий оценку факторов внутренней и внешней среды, возможности, угрозы, сильные и слабые стороны (см. табл.19).

Таблица 19 ‑ Матрица SWOT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Возможности**  1.АО «МСЧ «Нефтяник» имеет большой практический опыт.  2.Рост числа работников с высшей квалификационной категорией.  3.Наличие опытных и грамотных специалистов.  4.Обладание значительными производственными мощностями.  5.Рост укомплектованности кадрами.  6.Снижение коэффициента совместительства.  7.Отсутствие конкурентов на территории по своему профилю работы.  8.Достаточное оснащение производственными фондами | **Угрозы**  1.Учреждение зависит от объемов финансирования по обязательному медицинскому страхованию.  2.Учреждение по причине отсутствия лаборатории увеличивает расходы на закупку лабораторных и клинических анализов в других ЛПУ, что снижает возможность вкладывать денежные средства в развитие учреждения | |
| **Сильные стороны**  1.В учреждении имеются высококвалифицированные кадры.  2.Учреждение постоянно расширяет номенклатуру оказываемых медицинских услуг.  3.Учреждение имеет большую производственную базу | | ПОЛЕ  «СИВ» | ПОЛЕ  «СИУ» |
| **Слабые стороны**  1.В учреждении низкая мотивация работников.  2.Учреждение имеет большие издержки производства.  3.В учреждении за последние несколько лет значительно снизилась прибыль по платным услугам.  4.Значительные затраты времени при обслуживании в регистратуре. | | ПОЛЕ  «СЛВ» | ПОЛЕ  «СЛУ» |

Так, результаты исследования указывают на объективную необходимость обновления основных производственных фондов, эффективное использование которых обеспечит увеличение уровня качества и доступности медицинской помощи. Следовательно, выбранная финансовая стратегия АО «МСЧ «Нефтяник» заключается в увеличении доли собственных средств в общем финансировании за счет роста доходов от приносящей доход деятельности и обновления основных производственных фондов. Достижению поставленной цели способствует: высококвалифицированный персонал, способный справиться с поставленными задачами при наличии мотивации (увеличение объема платных услуг, увеличение дополнительной заработной платы за счет платных услуг), географическое положение и обладание подразделениями, расположенными в большой удаленности друг от друга, что позволяет охватить большой район обслуживаемого населения. Увеличению доли расходов, направляемых на обновление материально‑технической базы, будет способствовать увеличение объемов платных услуг, сокращение сопутствующих расходов на приобретение услуг в других ЛПУ и проведение инвентаризации имеющихся материальных резервов.

С целью совершенствования деятельности медицинской организации, направленной на достижение максимальной отдачи от имеющихся финансовых, материальных и кадровых ресурсов предлагается модель бережливого производства.

Одним из основных положений концепции бережливого производства является понятие ценности именно для потребителя.

Для более углубленного анализа бизнес‑процессов, было проведено картирование основных процессов, представленное под условным названием «Вход в клинику – выход из клиники» (далее «Вход – выход»). Началом являлся момент, когда клиент приступает порог АО «МСЧ «Нефтяник», окончание – выход из центра. Процесс охватывает все время нахождения пациента в медицинском учреждении. Совокупность составных процессов образует поток создания ценности для пациента.

График работы организации:

С понедельника по пятницу: с 08:00 до 20:00.

Суббота: с 08:00 до 14:00.

Воскресенье: выходной.

Длительность рабочего дня клиники составляет 12 астрономических часов без технических перерывов. Не смотря на это, очереди из пациентов в регистратуре образуются на протяжении всего рабочего дня (см. рисунок 19). Данные, получены в результате сбора информации о работе процессов входящих в проект «Входная группа» исполнителем и проведен статистический анализ. Сбор информации проводился с 3 мая по 27 мая 2019 года, на протяжении всего рабочего времени клиники. В расчетах использовано 1130 математических данных – клиентов клиники, распределенных н временных периодах с шагом 30 минут. Выявление временных периодов и соответствующее им количество клиентов АО «МСЧ «Нефтяник» позволило определить тренды заполнения холла регистратуры, распределение нагрузки на сотрудников регистратуры и уровень лояльности клиентов к клинике.

Рисунок 19 ‑ Диаграмма загруженности регистратуры, чел.

На оси ОХ представлены временные промежутки с интервалом 30 минут, на оси ОУ — количество пациентов в холле регистратуры. Условные обозначения на оси ОУ расшифровываются следующим образом:

* 16: более 4 человек на одно окно, статичный поток, время ожидания до 54 минут (3240 секунд), длительные очереди, повышенное раздражение со стороны клиента;
* 12: на одно окно приходится по 3‑4 клиента, динамичный поток, время ожидания до 12 минут (720 секунд);
* 8: по 2 клиента на окно, слабый поток клиентов, время ожидания от 1 до 5 минут (до 300 секунд);
* 4: меньше одного клиента на окно, слабый поток, время ожидания достигает максимального значения до 2 минут (120 секунд).

В регистратуре клиники одновременно и на протяжении всего рабочего дня функционируют 4 окна и 8 регистраторов‑администраторов в 2 смены 6 дней в неделю. Каждый сотрудник регистратуры в течение смены производит выдачу стационарных талонов и карт пациентов, консультации по услугам клиники, оформление договоров и соглашений между клиникой и клиентом, предварительную запись на консультацию специалиста, а также принимает оплату услуг предоставляемых клиенту.

На диаграмме (см. рисунок 7) четко видны временные периоды повышенной активности клиентов. Самые высокие тренды расположены в период с 9:00 до 14:30 и с 17:30 до 18:30. Дальнейшие исследования будут направленны на выявление причин возникновения потерь именно в эти временные интервалы.

Ценностью процессов работы клиники является улучшение состояния здоровья клиентов или профилактика заболеваний. Обоснованием выбранного метода является его наглядность и эффективность. Карта потока создания ценности позволяет увидеть весь поток в целом, выявить проблемные области, некорректно выстроенные информационные процессы, процессы планирования и организации деятельности компании, не создающие ценность с точки зрения клиента [47].

Картирование потока пациентов проводилось на протяжении восьми дней, для чистоты эксперимента выбраны дни недели: вторник и пятница, так как по правилам работы с инструментами бережливого производства необходимо выявление корреляции значений эксперимента. Помимо общего числа математических данных – 1130 клиентов клиники, сделано шесть уникальных измерений – это значит, что в течение выбранного периода были проведены наблюдения за шестью пациентами клиники:

* изучен их маршрут по КЛДЦ;
* подсчитано время, затраченное на каждом этапе;
* шаги, совершенные в пределах центра.

После проведения первоначального статистического анализа потока клиентов (см. Рисунок 20) результаты сбора информации и преобразования его в карту потока занесены в карту потока создания ценности «как есть» (см. Приложении 3)

**Этап 2**

**Этап 6**

**Этап 5**

**Этап 4**

**Этап 3**

**Этап 1**

404 с

649 с

600 с

120 с

90 с

90 с

**Клиент А**

60 с

60 с

300 с

90 с

30 с

50 с

**Клиент Б**

300 с

300 с

4440 с

3270 с

3240 с

120 с

**Клиент В**

Рисунок 20 – Схема статистического анализа потока клиентов

Клиент А — среднее значение полученных результатов, карта идеального состояния.

Клиент Б — минимальное значение, в доле 42% полученных результатов, состояние «как есть».

Клиент В — максимальное значение, в доле 58% полученных результатов, состояние «как есть».

Исследования направлены на выявление проблем в рассматриваемом проекте, для детализации из массива данных, полученных во время сбора информации и картирования, сделана выборка по трем критериям: среднее, минимальное и максимальное время пребывания клиента в клинике. В таблице 20 представлены результаты статистического анализа и трендов загруженности регистратуры, и, разделены на две группы: общее время проведенное клиентом во «Входной группе» и время пребывание непосредственно на этапе обслуживания в окне регистратуры – этап 5, согласно схеме рабочих мест (см. Приложение 4) и реестру рабочих мест клиники (см. Приложение 5).

Таблица 20 – Исследования потока клиентов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Клиент | Значение | Общее время, проведенное во «Входной группе» | Общее время  обслуживания в  регистратуре |
| Клиент А | Среднее | 00:50:06 | 00:27:33 |
| Клиент Б | Минимальное | 00:10:50 | 00:07:00 |
| Клиент В | Максимальное | 4:36:30 (276,5мин) | 3:02:30 |

В общем случае, при посещении центра пациент проходит 6 этапов. Приходя в АО «МСЧ «Нефтяник», клиент следует в гардероб, затем в регистратуру, где его направляют в нужный кабинет врача.

Максимальное время потока или то время, которое пациент проводит во «Входной группе» клиники, составляет 276,5 минут (16590 секунд). При этом время добавляющее ценность (далее ВДЦ) менее 2 минут, что составляет 2,1 % от всего времени потока, а более 50% всего времени тратится на ожидания в очередях к окнам регистратуры.

В результате проведенного анализа карты потока создания ценности выявлены потери (см. Приложение 6).

Проект «Входная группа» состоит из 6 этапов (см. Приложение 2) направленных на обслуживание клиента в клинике и которые проходит клиент находясь там. При составлении карты потока создания ценности было выявлено, что клиент теряет более 50% времени, при этом в 6 из 7 случаев они происходят по причине наличия очереди на этапе 5 (регистратура). Очереди в окна регистратуры связаны в большей степени с чрезмерной нагрузкой сотрудников – медицинские регистраторы выполняют слишком много функций, что сказывается как на скорости выполнения операций, так и на их качестве. Помимо прочего, влияние на скорость работы также оказывает недавний переход на новую облачную информационную систему.

При помощи диаграммы исследован маршрут и его длительность перемещения клиента по «Входной группе» клиники. Дина маршрута составляет 44,5 метров (см. Приложение 7).

Помимо прочего, общей особенности функционирования центра, пронизывающей многие процессы, является низкая функциональность навигации по АО «МСЧ «Нефтяник». Таким образом, большая часть рассмотренных процессов выстроены не четко требуют оптимизации.

**3.2 Анализ работы регистратуры АО «МСЧ «Нефтяник»**

Перед тем, как получить консультацию в окне регистратуры, пациенты проходят очередь в 6 человек. Согласно проведенному наблюдению в АО «МСЧ «Нефтяник», среднее время обслуживания в регистратуре занимает 10,8 минут или 649 секунд (выборка – 136 клиентов).

Ожидание клиента составляет больше 15 минут. Эти цифры варьируются в течение рабочего дня: с 9:00 до 14:30 время ожидания составляет до 54 минут (3240 секунд), с 14:30 до 16:10 очередь сокращается, и время ожидания снижается до 5 минут (300 секунд), после 16:10 поток клиентов возобновляется до 18:00.

Комфортное время ожидания ограничено сверху, то есть существует вполне определенное максимально допустимое время ожидания. Согласно исследованиям, также существует и нижний порог, то есть зона безразличия, когда не имеет значения, будет ли посетитель ждать одну или две минуты – разница между ними, по большому счету, не ощущается и не осознается. Время терпимости в очереди также разнится в зависимости от причины и места.

Для исследования лояльности клиентов клиники проведен социологический опрос, в котором приняли участие 163 посетителя. Выбор участников производился непосредственно исполнителем проекта. Распределение респондентов по возрасту: младше 25 лет – 18 человек, 25‑30 лет – 48 человек, 40‑50 лет – 63 человека, от 60 лет и старше участвовало 34 человека. Опрос посетителей АО «МСЧ «Нефтяник», показал, что в среднем люди готовы потратить от 5 до 15 минут нахождения в очереди без появления признаков стресса, что показывает необходимость разведения потоков и сокращения времени на данном этапе (см. рисунок 21).

Рисунок 21 – Результаты социологического опроса   
клиентов АО «МСЧ «Нефтяник»

Очередь возникает потому, что посетители приходят в случайное время, многие из них обращаются для получения консультаций по вопросам деятельности АО «МСЧ «Нефтяник», записи на прием. Основной причиной потери времени на данном этапе является многофункциональность работников регистратуры. Помимо своих основных обязанностей, таких, как выдача направлений к врачам, выдача медицинских карт, ведение их учета; регистратура также занимается финансовыми операциями с клиентами, составлением и переносом расписания специалистов, ведением кассы. Увеличению временных затрат также способствует недавний переход с «1С» на новое медицинское программное обеспечение «БАРС. Здравоохранение», являющееся наиболее современным и включающее в себя широкий спектр функций [44]. Для углубленного анализа причин потерь времени при работе с информационной системой «БАРС» в АО «МСЧ «Нефтяник» был выбран инструмент бережливого производства «5 почему», результаты которого представлены на рисунке 22.

Почему персонал медленно работает с МС «БАРС»

Требуется дополнительная информация

Не удобный интерфейс

Люди не умеют

Сырое ПО

Медленный интернет

Маленькая скорость

Плохое техническое оснащение

Начальство не видит последствий

Нет ресурсов в организации

Не научили

Текучка кадров в регистратуре

Текучка кадров IT‑отдела

Нет эксперта

Устарело

Такой тариф

Ограниченный бюджет

Плохой сервис

Такой выбрали

Сказал начальник

Рисунок 22 – Применение инструмента «5 почему» при анализе   
работы с информационной системой «БАРС»

В отличие от «1С», «БАРС» – это облачная информационная система управления, его работа непосредственно связана со скоростью Интернета в центре. Причинами недостаточного качества Интернета в АО «МСЧ «Нефтяник» могут быть как изначальное решение о выборе тарифа, который в новых реалиях не в состоянии поддерживать работу информационную систему на должном уровне, так и плохое техническое обеспечение. Отсутствие специалиста в сфере IT‑технологий, влечет за собой потери времени при сбоях работы компьютеров и отсутствие понимания у сотрудников клиники необходимых параметром техники, Интернета и пр. для работы с новым обеспечением.

Важно также рассмотреть организационный фактор, недостаточным является выбранный подход к обучению: пособие по эксплуатации, лекции, групповые занятия вместо индивидуального обучения. Помимо прочего, временной фактор играет роль при адаптации к любым нововведениям. Для надежности и исключения потери данных о пациентах, работники регистратуры производят дублирование записей в «1С». Планируем, что не отказываемся от фиксирования данных на бумажном носителе, следовательно, сотрудникам приходится заполнять сразу три формы. Так как работники регистратуры выполняют функцию финансового обслуживания клиентов, причиной дополнительной потери времени является оформление процедуры возврата денег при отказе от услуги. Это может произойти как по инициативе пациента, так и по невнимательности самого сотрудника.

Выдача карт на бумажном носителе влечет за собой излишнее перемещения сотрудников в рабочей зоне площадью 24 м2 (см. Приложение 4). Длина одного перемещения от рабочего места к стеллажу с картами составляет от 2 до 8 метров, путь состоит из прохождения препятствий в виде рабочих зон других сотрудников (см. Приложение 5). И сходя из данных диаграммы спагетти, длина маршрута сотрудника в среднем составляет метров, а так как в регистратуре работает одновременно регистратора – их маршруты пересекаются (см. Приложение 8).

Для решения данной проблемы выбран инструмент бережливого производства – 5С, результатом которого будет разработка стандартов рабочих мест для сотрудников регистратуры.

Стандарт рабочего места – документ, на котором графически зафиксировано идеальное состояние рабочего места, перечень оборудования для данного рабочего места и перечень мероприятий по приведению рабочего места в порядок до и после работы, а также необходимые мероприятия по уходу за рабочим местом переде началом работы и после, а также систематические уборки один раз в неделю/месяц/год. СРМ является четвертым шагом к улучшению по системе 5С и обозначается как 4С.

За время работы, в рамках проекта, выполнено 10 стандартов рабочих мест, пример представлен в для регистратора‑администратора, все стандарты согласованы в соответствии с реестром рабочих мест (см. Приложение 5).

В качестве примера представлена стандартизация рабочего места регистратора‑администратора окно №4 проводилась поэтапно (см. Таблица 23) и в результате разработан стандарт рабочего мест, он же этап 4С (см. Рисунок 21).

Таблица 23 – Этапы 5С на рабочем месте регистратора‑администратора окно №4

|  |  |
| --- | --- |
|  | Первоначальное состояние |
|  | 1С – сортировка |
|  | 2С – свое место |
|  | 3С – содержание в чистоте |
|  | 5С – совершенствование |

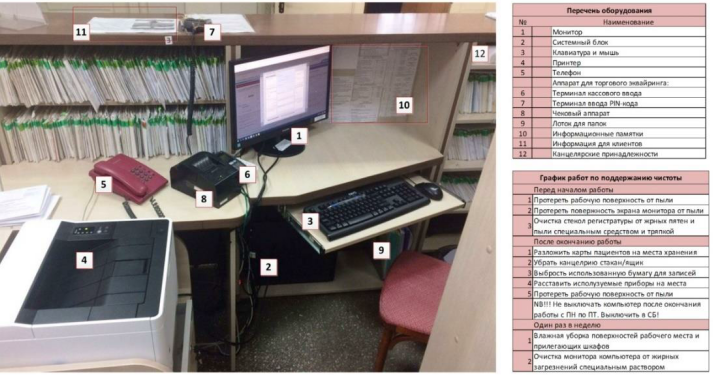


Рисунок 21 – Стандарт рабочего места окно №4

После внедрения системы 5С в работу регистратуры АО «МСЧ «Нефтяник», как и другие инструменты, 5С предполагает непрерывное совершенствование. Если его правильно применить, то он позволит устранить излишние перемещения сотрудников, затраты времени на поиск медицинских карт и исключит возможные потери документов и травмы сотрудников. Визуализация является неотъемлемой частью эффективной организации работы и ее нужно применять в 5С для сохранения порядка на длительный срок и выработки привычки у сотрудников. Мероприятия, лежащие в основе 5С абсолютно логичны, они представляют собой базовые правила управления любым продуктивно работающим отделом. Однако именно системный подход, который система 5С применяет к этим мероприятиям, и делает ее уникальной.

Посредством использования инструмента бережливого производства «5 почему» были выявлены основные проблемы медленной работы персонала с системой «БАРС», которыми стали: неверный выбор тарифа, отсутствие понимания необходимости наличия в центре специалиста в сфере информационных технологий, неудобный или неподходящий интерфейс и т.д.

**3.3 Эффективность внедрения инструментов бережливого   
производства в деятельность**

Услуги медицинского центра предоставляются исключительно на платной основе и по полису дополнительного медицинского страхования. Стоимость варьируется в зависимости от вида оказываемых услуг, условно разделенных на три группы:

1. Диагностические: от 200 до 4000 рублей.
2. Консультативные: от 500 до 1500 рублей.
3. Лечебно‑профилактические: от 120 до 9000 рублей.

Средняя стоимость приобретения услуг в АО «МСЧ «Нефтяник» равна 921 рублей, с учетом посещения за средства граждан 960 рублей и по полису ДМС 881 рубль. Средний чек пациента и среднемесячный доход клиники представлен в таблице 24, анализ платных услуг представлен за расчетный период с 01.04.2019 по 30.04.2019 [49].

Таблица 24 – Анализ платных услуг АО «МСЧ «Нефтяник»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид оплаты | Средний чек  Пациента, руб. | Количество  пациентов за  расчетный период, чел. | Выручка клиники за  отчетный период, руб. |
| Средства граждан | 961,00 | 4249 | 3776673,00 |
| Полис ДМС | 881,00 | 1767 | 1317390,00 |
| ИТОГО | 921,00 | 6016 | 5094063,00 |

Среднее число клиентов, пользующихся услугами медицинского центра, в день, рассчитано из данных таблицы 4, составляет 240 человек. Таким образом можно сделать вывод, что предлагаемые услуги и деятельность в клинике в целом пользуются спросом у жителей города.

Для повышения лояльности клиентов в АО «МСЧ «Нефтяник» введена программа скидок в размере 5% на оказываемые услуги:

* при прохождении акций, приуроченных к тематическим праздникам;
* при направлении пациентов после прохождения профилактического медицинского осмотра на дополнительное обследование;
* для пациентов, обсуживающихся по полису ДМС. Но желающих получить дополнительные платные медицинские услуги;
* при единовременном приобретении услуг на сумму более 5000 рублей, за исключением программ.

Скидки и акции клиники суммированию не подлежат.

Для подсчета финансовых потерь и трансляции их на клиентов, сотрудников и доход клиники необходимо произвести расчет эффективности исследуемых процессов, входящих в проект «Входная группа».

Эффективность рассчитываем по формуле:

где, ВДЦ – время добавления ценности;

ВП – время процесса.

ВП = Токон – Тнач  (16),

где, Токон – время окончания процесса;

Тнач  ‑ время начала процесса.

ВДЦ = ВДЦ1 + ВДЦ2 + …+ ВДЦn (17)

ВДЦ1, ВДЦ2 ВДЦn – время добавления ценности на этапах

П = П1 + П2 +…+ Пn (18)

где, П – временные потери;

П1 – потери первого рода, ил чистые потери, не добавляющие ценности сразу;

П2 – потери второго рода, или вынужденные (неизбежные), без которых нельзя обойтись, но их можно оптимизировать.

Данные для расчета эффективности потока взяты из результатов картирования процесса – КПСЦ. Расчеты приведены в Приложении 9. и построена карта потока создания ценности «как будет» (см. Приложение 10).

Эффективность процесса составляет 8% или 165 секунд, при общей длительности процесса 1953 секунды, таким образом потери составляют 1788 секунд от которых необходимо избавляться. За 25 рабочих дней клинику посетило 6016 человек, в среднем в день число посещений составляет 240 клиентов, доход клиники на сегодняшний день за расчетный период представлен в таблице 22.

Таблица 22 – Доход клиники на сегодняшний день

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество клиентов | Длительность периода, дни | ВП (на одного клиента) | Средний чек, один клиент, руб. | Выручка за период, руб. |
| 6016 | 25 | 1953 с | 921 | 5094063 |
| 240 | 1 | 1953 с | 921 | 221040 |

При сокращении длительности потерь процессов, входящих в проект «Входная группа» на 50%, то есть сокращение времени пребывания пациента в клинике с 32 минут (1953 секунды) до 16 минут (980 секунд), возможно увеличение потока клиентов до 500 человек в день, тогда возможный доход клиники увеличится в два раза (см. Таблица 23).

Таблица 23 – Доход клиники при сокращении длительности ВП

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество клиентов | Длительность периода, дни | ВП (на одного клиента) | Средний чек, один клиент, руб. | Выручка за период, руб. |
| 6016 | 25 | 980 с | 921 | 5094063 |
| 240 | 1 | 980 с | 921 | 221040 |

Из первичных наблюдений в процессе выполнения проекта выявлено, что узкое место в АО «МСЧ «Нефтяник» ‑ регистратура, так как время работы врачей фиксировано на каждого пациента 15‑20 минут, но в их работе так же имеет место быть потерям в виде ожидания клиента из регистратуры. Для определения реальных возможностей увеличения потока клиентов в клинике необходимо проведение таких же исследований работы врачей и кабинетов лабораторных исследований.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В рамках настоящей выпускной квалификационной работы было выполнено исследование на тему «Оценка ресурсов здравоохранения и пути их рационального использования»

Представленный в первой главе выпускной квалификационной работы теоретический материал позволил:

* проанализировать аспекты организации управления ресурсами в организации;
* определить методы оценки эффективности использования ресурсов системы здравоохранения;
* сравнить эффективность модели отечественной системы здравоохранения с развитыми странами .

Так, юридические лица обладают трудовыми, материальными и финансовыми ресурсами:

1. Трудовые ресурсы представляют собой часть населения, имеющую нужные физические данные, набор знаний и навыков ведения трудовой деятельностью в соответствующей сфере.
2. Материальные ресурсы – это ресурсы, участвующие в процессе производства, не меняя своей вещественно‑натуральной формы и перенося свою стоимость на готовый товар или услугу по частям по ходу износа (основные фонды); денежные ресурсы, которые авансированы в оборотный капитал для оказания поддержки текущей финансово‑хозяйственной деятельности (оборотные фонды).
3. Финансовые ресурсы – это собственные доходы и иные поступления в денежной форме, которые предназначены для покрытия финансовых обязательств субъекта хозяйствования, финансирования текущих и капитальных расходов.

В ходе производства продукции применяют финансовые, материальные и трудовые ресурсы. С целью их оценки используют основные (абсолютные) и производные (относительные) показатели. Продукция в системе здравоохранения может выражаться в натуральном виде (пролеченные пациенты) либо в стоимостном (затраты). Кроме материальных (предметы труда и средства труда – средства производства) и трудовых ресурсов, на формирование результата (продукции) оказывают влияние финансовые ресурсы, оцениваемые показателями «оборотные активы» и «основные средства».

Сравнивая зарубежную систему здравоохранения, объекты управления, исходя из модели, выступают технологические направления и процессы. Однако, при этом зарубежная модель здравоохранения определенно отличается от российской. Определенно, связано это со значительным опережением развития, высоким уровнем научно‑технического прогресса и пр. Государство в границах социальной политики обеспечивает доступность медицинской помощи, в некоторых зарубежных странах действуют определённые критерии, отвечающих за эффективность системы здравоохранения.

В Германии, Европейская система здравоохранения определяет акцент на оказании помощи, где высокая стоимость лекарственных средств обеспечивает высокие показатели безопасности пациента. В этой стране уделяется большое значение профилактике и спортивному развитию граждан. В 2008 году был создан «Институт качества и эффективности здравоохранения», контролирующий воздействие препаратов на организм, период лечения, и стоимость пребывания в стационаре в разрезе определенного вида заболевания.

Представленный во второй главе выпускной квалификационной работы материал позволил осуществить оценку и анализ ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник».

Анализ медико‑экономических показателе АО «МСЧ «Нефтяник» за 2016‑2018 г. имеет следующие итоги6

* удовлетворенность пациентов в периоде 2016‑2018 г. была неизменной ‑97%, удовлетворенность работников анализировали только в 2018 году и показатель составил 62,5%.
* доходы за 2017 год на 9,86% выше доходов 2016 года и в 2018 году выше на 14,29% доходов 2017 года;
* расходы всего в 2017 году относительно 2016 года выше на 3,46%, в 2018 году выше на 14,29% расходов 2017 года;
* доходы от платных медицинских услуг в 2017 году ниже на 4,59% доходов 2016 года и в 2018 году ниже на 17,87% доходов 2017 года.

По итогам 2018 года сложился убыток в сумме 68 790,1 тысяч руб., следовательно, отчисления в размере 5% от чистого дохода – не производились.

Финансовый анализ ресурсов АО «МСЧ «Нефтяник» показал, что значения коэффициентов износа ОПФ (0,77), годности ОПФ (0,23), обновления ОПФ (0,03), выбытия ОПФ (0,04) свидетельствовали о том, что списание устаревшего и пришедшего в негодность превышает уровень приобретения нового оборудования. Однако эффективность использования имеющихся ОПФ по проведенному анализу коэффициентов фондовооруженности (110878,27; 146393,06; 150703,78) и фондоемкости (61,23; 108,54; 122,93) в динамике за три года возрастала. Коэффициент финансовой устойчивости (0,08) оказался несколько ниже нормативного показателя (0,1), что свидетельствовало о недостаточной доле собственных средств в общей сумме источников финансирования.

Таким образом, исходя из проведенного анализа, можем прийти к выводу, с целью совершенствования финансовой стратегии АО «МСЧ «Нефтяник» необходимо разработать алгоритм действий:

1. на 1 этапе: проведение инвентаризации имеющихся материальных резервов ‑ мониторинг необходимости приобретаемых услуг ‑ мониторинг рынка платных услуг, составление плана увеличения доходов;
2. на 2 этапе: сокращение или замена расходов на материальные запасы (медикаменты, расходные материалы) на равноценные более дешевые аналоги ‑ расширение перечня платных услуг, гибкий подход к ценам с учетом конкуренции ‑ определение ответственных лиц по каждой задаче, сроки исполнения;
3. на 3 этапе: проведение анализа исполнения стратегии (ежеквартально) ‑ определение доходности выполняемых мероприятий ‑ направление полученных доходов на приобретение нового оборудования.

Представленный план отражает возможность мобилизации внутренних ресурсов, направление формирования и распределения прибыли, эффективное использование основных производственных фондов.

Представленный в третьей главе выпускной квалификационной работы материал позволил реализовать проект бережливого производства с целью повышения эффективности деятельности АО «МСЧ «Нефтяник».

После внедрения системы 5С в работу регистратуры АО «МСЧ «Нефтяник», как и другие инструменты, 5С предполагает непрерывное совершенствование. Если его правильно применить, то он позволит устранить излишние перемещения сотрудников, затраты времени на поиск медицинских карт и исключит возможные потери документов и травмы сотрудников. Визуализация является неотъемлемой частью эффективной организации работы и ее нужно применять в 5С для сохранения порядка на длительный срок и выработки привычки у сотрудников. Мероприятия, лежащие в основе 5С абсолютно логичны, они представляют собой базовые правила управления любым продуктивно работающим отделом. Однако именно системный подход, который система 5С применяет к этим мероприятиям, и делает ее уникальной.

При сокращении длительности потерь процессов, входящих в проект «Входная группа» на 50%, то есть сокращение времени пребывания пациента в клинике с 32 минут (1953 секунды) до 16 минут (980 секунд), возможно увеличение потока клиентов до 500 человек в день, тогда возможный доход клиники увеличится в два раза.

Результат расчета эффективности процессов, входящих в проект «Входная группа» составил – 8%.

Отметим, для определения реальных возможностей увеличения потока клиентов в клинике необходимо проведение таких же исследований работы врачей и кабинетов лабораторных исследований.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И  
 ЛИТЕРАТУРЫ**

**Нормативные документы**

1. Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (в ред. от 21.07.2014) // СПС «Консультант Плюс» [электронный ресурс] http://www.consultant.ru (дата обращения: 18.09.2019).
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323‑ФЗ (с изм. и доп. от 08.03.2015 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС Консультант плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_121895. (дата обращения: 18.09.2019).
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326‑ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СПС Консультант плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/ (дата обращения: 18.09.2019).
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» // СПС Консультант плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru (дата обращения: 18.09.2019).
5. Концепция долгосрочного социально‑экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662‑р. – 188с.
6. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015‑2030 гг. [Электронный ресурс]: проект Министерства здравоохранения – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru / ministry / 61 / 22 / stranitsa‑979 / strategiya‑razvitiya‑zdravoohraneniya‑rossiyskoy‑federatsii‑na‑dolgosrochnyy‑period(дата обращения: 18.09.2019).
7. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов // [электронный ресурс] ‑ <https://admtyumen.ru> (дата обращения: 20.09.2019).

**Книга одного, двух и более авторов**

1. Гольдштейн Г.Я., Основы менеджмента. Уч. пос. – Таганрог: Изд во ТРТУ, 2003. – 230 с.
2. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций: монография / Кораблев В.Н. –Хабаровск: Издательство «Дальневосточный государственный медицинский университет». 2015. 236 с.
3. Уйба В.В., Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. Новосибирск: Альфа‑Ресурс, 2012. 314 с.
4. Шадрина Г.В., Управленческий и финансовый анализ: учебник и практикум для академического бакалавриата / Г.В. Шадрина. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 316 с.
5. Шеремет А.Д., Анализ и диагностика финансово‑хозяйственной деятельности предприятия: учебник / А.Д. Шеремет. – 2‑е изд., доп. – М.: ИНФРА‑М, 2017. – 374 с.
6. Oxford Textbook of Global Public Health / ed. by R. Detels, M. Gulliford, Q.A. Karim, Ch.Ch. Tan. Oxford University Press, 2015. 1888 p. Chapter: Economic appraisal in public healthcare: assessing efficiency and equity.
7. Santerre R.E., Neun S.P., Health economics: Theory, insights, and industry studies. Mason South‑West, Cengage Learning, 2012. 605 р.
8. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance // World Health Organization WHO. 2000. 215 p.

**Статья в журнале, газете**

1. Барковская Г.Ю., Информатизация деятельности работников сферы здравоохранения в целях повышения эффективности использования кадрового потенциала // Инженерный вестник Дона. 2016. №2. С.37.
2. Беляев С.А., Направления реализации резервов экономической деятельности медицинского учреждения // Карельский научный журнал. 2017. Т. 6. № 3 (20). С.85‑88.
3. Бондарева А.В., Белоусова Н., Рябченко Р., Анализ эффективности системы здравоохранения России // Новая наука: стратегии и векторы развития. 2016. №8. С.125‑128.
4. Борисов А., Арзамасцев Д., Особенности оценки эффективности здравоохранения: зарубежные модели // Актуальные направления научных исследований XXI века: теория и практика. 2016. №3. С.149‑152.
5. Головина Н.А., Подходы к оценке эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения //Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2016. №5. С. 43‑48.
6. Гребенников А.А., Маржинальный доход: расчет и анализ показателя / А.А. Гребенников // Справочник экономиста. ‑ 2018. ‑ №1(175). – С.14‑25.
7. Денисов И., Волнухин А., Резе А., Информатизация как механизм достижения конкурентного преимущества в первичном звене здравоохранения за рубежом // Врач. 2014. №9. С.87‑88.
8. Еремина С.Л., Куделина О.В., Мировой опыт оценки эффективности системы здравоохранения // ЭКО: Всероссийский экономический журнал. 2014. № 10. С.133–145.
9. Захожий А.В., Капитализация затрат как способ обеспечения рентабельности // Справочник экономиста. ‑ 2015. ‑ №9(147). – С.47‑53
10. Зюкин Д.А., Куркин М.А., Эффективность процесса оптимизации ресурсов в системе финансирования здравоохранения в регионе //Экономика и предпринимательство. 2014. № 9 (50). С.287‑290.
11. Иванова В.С., Медицинское обслуживание населения как фактор эффективности системы здравоохранения // Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. 2016. №26. С.49‑53.
12. Игуменников А.С., Различие понятий «затраты» и «расходы» / А.С. Игуменников // Молодой ученый. – 2015. – №5. – С.275‑278.
13. Исследование взаимосвязи социально‑экономических факторов развития системы здравоохранения региона / Зюкин Д.А.,Репринцева Е.В., Сергеева Н.М., Перькова Е.Ю., Галкина Н.Г. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 1‑2. С.218‑221.
14. Куделина О.В., Эффективность регионального здравоохранения // Экономика региона. 2016. №1. С.211‑225.
15. Курбатова О.Р., Денежные потоки организации как объект управления / О.Р. Курбатова // Вестник Владимирского Государственного Университета им. А.Г и Н.Г. Столетовых. Серия: экономические науки ‑ 2014. ‑ №1. ‑ С.82‑89.
16. Максимова Л., Омельяновский В., Сура М., Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Медицинские технологии. 2014. №3. С.37‑45.
17. Муравьёва В., Хрипунова А., Мартыненко С., Веб‑ресурсы учреждения здравоохранения как механизм повышения доступности помощи населению // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. №1. С. 114‑116.
18. Никольский А.В., Влияние трудоемкости на фондоемкость. Выработка и фондоотдача, фондовооруженность // Экономика труда. 2015. № 2 (3). С.155–166.
19. Нормова Т., Порошина Л., Боярская В., Анализ экономической эффективности функционирования муниципального ЛПУ в современных условиях // Политематический сетевой научный журнал КубГАУ. 2016. №120. С. 466‑477.
20. Полевая Е.И., Сокращаем затраты – повышаем эффективность предприятия / Е.И. Полевая // Справочник экономиста. ‑ 2018. ‑ №1(175). – С.85‑93.
21. Репринцева Е.В., Направления повышения эффективности деятельности медицинской организации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 2‑2. С.254‑257.
22. Сергеева Н.М., О подходах к оценке эффективности функционирования медицинских организаций // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 2‑1. С.72‑76.
23. Харитов В.В., Экономическое обоснование повышения эффективности автономного учреждения здравоохранения // Проблемы науки. 2016. №6. С.72‑75.
24. Чубриков Н.В., Актуальные проблемы развития социальной сферы и зарубежный опыт их решения // Инновационные технологии в кооперативном образовательном процессе: материалы заочной научно‑практической конференции, посвящённые 40‑летию Саранского кооперативного института, г. Саранск, 19 октября 2016 г. – Саранск, 2016. С.79‑83.
25. Чуприна С.Г., Определение экономической эффективности для учреждений здраво‑охранения // Вестник УГАЭС. Наука. Образование. Экономика. Серия «Экономика». 2012. № 2. С.66–68.
26. Шеремет А.Д., Комплексный анализ показателей устойчивого развития предприятия // Экономический анализ: теория и практика. 2014. № 45 (396). C.2–10.
27. Шишин Г.Г., Системный подход к управлению здравоохранением региона, направленный на повышение эффективности и качества медицинской помощи // Аспирантский вестник Поволжья. 2016. №1. С.272‑276.
28. Яшина Н., Хансуварова Е., Яшин К., Разработка методических аспектов оценки эффективности деятельности лечебно‑профилактических учреждений // Управленец. 2016. №4. С.26‑33.

**Электронные источники**

1. Бережливое производство в сфере здравоохранения: определение, концепции, методология и последствия // [Электронный ресурс]: US National Library of Medicine, 2014. – Режим доступа: http://www.ssmu.ru/ru/about/pdf (дата обращения: 18.09.2019).
2. Годовой отчет деятельности АО «МСЧ «Нефтяник» УЗ ВКО за 2018 год // Официальный сайт АО «МСЧ «Нефтяник» УЗ ВКО // [электронный ресурс] http://riddergb.kz (дата обращения 29.05.2019).
3. Интернет‑портал «Ассистентус». Материал «Особенности управления затратами». 2018. // [электронный ресурс] – [https://assistentus.ru/upravlencheskij‑uchet/upravlenie‑zatratami/](https://assistentus.ru/upravlencheskij-uchet/upravlenie-zatratami/) (дата обращения 18.09.2019).
4. КСПЦ как инструмент бережливого производства // [Электронный ресурс]: Result. Консалтинговая группа. – Режим доступа: http://www.r‑cons.ru/lib/article/consulting/karta‑potoka‑sozdaniya‑tsennosti‑kpsts‑kak‑element‑berezhlivogo‑proizvodstva (дата обращения: 18.09.2019).
5. Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения №503 от 12.09.2014. – Режим доступа WWW. <URL:http://docs.cntd.ru/document/420225633> (дата обращения: 18.09.2019).
6. Отчет платных услуг АО «МСЧ «Нефтяник». 2018 // [электронный ресурс] ‑ https://clinica72.ru (дата обращения: 20.09.2019).
7. Официальный сайт МСЧ «Нефтяник // [электронный ресурс] ‑ <https://clinica72.ru> (дата обращения: 20.09.2019).
8. Портал органов государственной власти Тюменской области // [электронный ресурс] ‑ <https://admtyumen.ru> (дата обращения: 20.09.2019).

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение 1**

АПТЕКА

6.1 Зав. Педиатрическим

6.2 Старшая медсестра

6.3 Лечебно‑профилактическое отделение

6.4 Восстановительное лечение

6.5 Консультативно‑диагностическое отделение

6.6 Кабинет психолога

6.7 Кабинет медицинской статистики

9.1 Заведующая ВА

9.2 Старшая медсестра

9.3 Регистратура

9.4 АХЧ

9.5 Кабинет статистики

9.6 Лечебно‑проф. отделение

9.7 Лаборатория

9.8 Кабинеты психолога и соц. работника

7.1 Зам. Главного врача по АХЧ

7.2 Ремонтно‑эксплуатационная служба

7.3 Прачечная

7.4 ЦСО

10.1 Заведующий УЦ

10.2 Школа эффективного управления ресурсами

10.2 Школа качества и управления

системы менеджмента качества объединения

8.1 Зам. Главного врача по экономическим вопросам

8.2 Плановый отдел

**10**

**Учебный центр**

**6**

**7**

**8**

**9**

**АХЧ**

**Детская поликлиника**

**Врачебная амбулатория 7,4 районов**

**ФЗО**

**5**

**4**

**3**

**2**

**1**

**АО «МСЧ «Нефтяник»**

**ПМСП**

**Администрация**

**Стационар**

**ФДО**

**Отдел бухгалтерского учета**

4.1 Главный бухгалтер

4.2 Зам. Главного бухгалтера

4.3 Расчетный отдел

4.4 Материальный отдел

4.5 Отдел финансового учета

4.6 Отдел гос. закупок

5.1 Заведующий диагностич. отделением

5.2 Кабинет УЗИ

5.3 Рентген кабинет

5.4 ЭКГ кабинет

5.5 Физио кабинет

5.6 Кабинет массажа

1.2 Главный врач

1.2 Зам. главного врача по ККМУ

1.3 Зам. главного врача по ОМР

1.4 Врач эпидемиолог

1.5 Отдел статистики

1.6 Отдел кадров

1.7 Кабинет инженера по ОТ и ТБ

3.1 Главная медсестра

3.2 Хирургическое отделение

3.3 Реанимационное отделение

3.4 Акуш.‑гин. отделение

3.5 Травматолог отделение

3.6 Терапивтич. отделение

3.7 Детское отделение

3.8 Инфекц. отделение

3.9 Операционный блок

3.10 КДЛ

3.11 Приемный покой №1

3.12 Приемный покой №2

3.13 Кабинет трансфузиологии

3.14 Пищеблок

3.15 Травм. пункт

2.1 Зам. главного врача по АПР

2.2 Зам. главного врача по сестринскому делу

2.3 Отделение КДП

2.4 Бактериологическая лаборатория

2.5 Отделение диагностической помощи

2.6 Центр семейного здоровья

2.7 Дневной стационар при поликлинике

2.8 Отделение профилактики и социально‑профилактической помощи

2.9 Бюро госпитализации

2.10 Отдел статистики

2.11 ЗОЖ

2.12 Регистратура

2.13 Страховой кабинет

2.14 Отделение акушерства и гинекологии

2.15 Отделение хирургии

2.16 хозрасчетное отделение

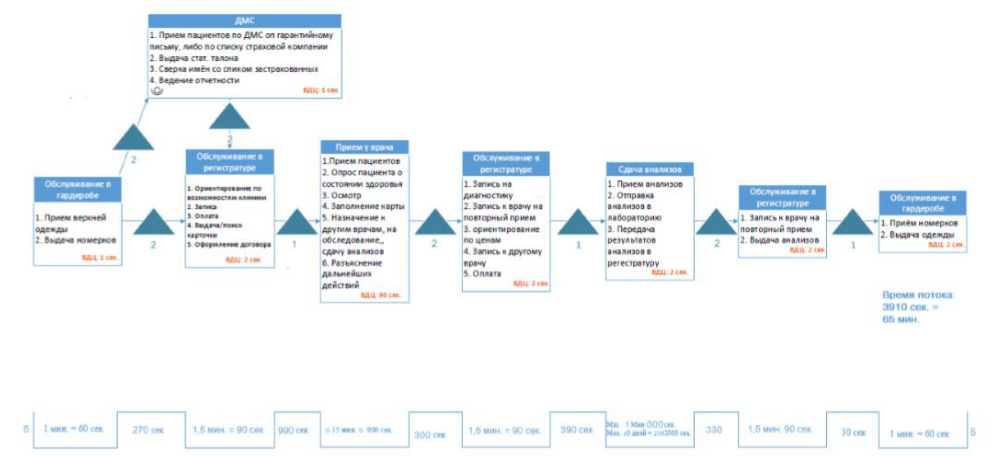
Организационная структура управления АО «МСЧ «Нефтяник»

**Приложение 2**

Реестр этапов процесса

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап № | Название этапа | Описание этапа |
| 1 | Вход в клинику | Клиент входит в парадную дверь, садится на скамью и надевает бахилы |
| 2 | Вход в холл регистратуры | Клиент проходит по коридору от этапа 1 к холлу регистратуры |
| 3 | Гардероб | Клиент ищет направление движения в гардероб, проходит в гардероб, оставляет верхнюю одежду, получает номерок |
| 4 | Инфомат | Клиент ищет направление движения к инфомату, ищет терминал инфомата, берет талон электронной очереди в регистратуру |
| 5 | Регистратура | Клиент идет от инфломату в зону ожидания, ищет информационный экран электронной очереди, ожидает вызова в окно регистратуры |
| 6 | Окно | Клиент идет из зоны ожидания к окну регистратуры, регистратор‑администратор выполняет обслуживания, клиент получает медицинскую карту пациента клиники, стационарный талон, оплачивает услуги, получает чек об оплате и договор, о оказании медицинских услуг |
| 7 | Направление к врачу | Клиент уходит от окна регистратуры и направляется в диагностический, процедурный или кабинет врача |
| 8 | Call ‑ центр | Клиент получает предварительную консультацию о клинике, специалисте и ценах на услуги, производит предварительную запись |

**Приложение 3**



КПСЦ «как есть»

**Приложение 4**



Схема рабочих мест АО «МСЧ «Нефтяник»

**Приложение 5**

Реестр рабочих мест. «Входная группа». АО «МСЧ «Нефтяник»

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Реестр размещения рабочих мест. «Входная группа». | | | | | |
| № кабинет | Рабочая площадка | № РМ | Наименование РМ | Ответственный /должность/ | Срок приведения РМ к 5С |
| Регистратура |  | 1 | Рабочее место регистратора‑администратора, окно 1 | Старший регистратор | 25.06.2020 |
| 2 | Рабочее место регистратора‑администратора, окно 2 | Старший регистратор | 25.06.2020 |
| 3 | Рабочее место регистратора‑администратора, окно 3 | Старший регистратор | 25.06.2020 |
| 4 | Рабочее место регистратора‑администратора, окно 4 | Старший регистратор | 25.06.2020 |
| 5 | Дополнительное рабочее место регистратора | Старший регистратор | 25.06.2020 |

**Приложение 6**

«8 видов потерь» в АО «МСЧ «Нефтяник»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Этап № | Название этапа | Описание | Название этапа | Вид потерь | Временные показатели, сек | | |
| Мин | Сред | Макс |
| 1 | Вход в клинику |  |  |  | ‑40 | 90 | +30 |
| 2 | Вход в холл Регистратуры | Настенная навигаций не видная, клиенты путают направления "гардероб" и "профосмотр" | Не реализованный потенциал | П2 | ‑60 | 90 | +210 |
| Не удачное расположение ящика обратной связи и предложений (им не пользуются) | Не реализованный потенциал | П1 |
| 3 | Гардероб |  |  |  | ‑30 | 120 | +180 |
| 4 | Инфомат | Клиенты долго ищут инфомат по всему залу | Движение | П2 | ‑300 | 600 | +2640 |
| Каждый раз, когда нужно в регистратуру ‑ нужно брать талон в инфомате | Излишняя работа | П1 |
| Из 24 кабинета за талоном инфомата, а так же в процессе поиска самого инфомата и кабинетов | Перемещение | П2 |
| Клиенты берут по несколько талонов инфомата (не понимая, что им нужно именно брать) | Дефекты | П2 |
| 5 | Регистратура | От 5 до 40 минут ожидание в очереди в регистратуре | Ожидание | П2 | ‑589 | 649 | +2621 |
| Клиенты ждут в живой очереди, после регистратор говорит: "У нас живая очередь" и клиенту приходится повторять ожидания повторно | Ожидание | П2 |
| 6 | Окно | Не понятны талоны ‑ памятки: клиенты путают их со статталонами и не получают статталоны, иногда для получения отстаивают очередь, а этого не нужно | Запасы | П2 | ‑344 | 404 | +3996 |
| до 40 минут оформление анализов (каждый анализ оформляется отдельно) | Перепроизводство | П1 |
| 7 | Call ‑ центр | Долгое ожидание ответа  оператора | Ожидание | П2 |  |  |  |
| Не всегда клиент получает полную информацию от оператора | Дефекты | П2 |

**Приложение 7**

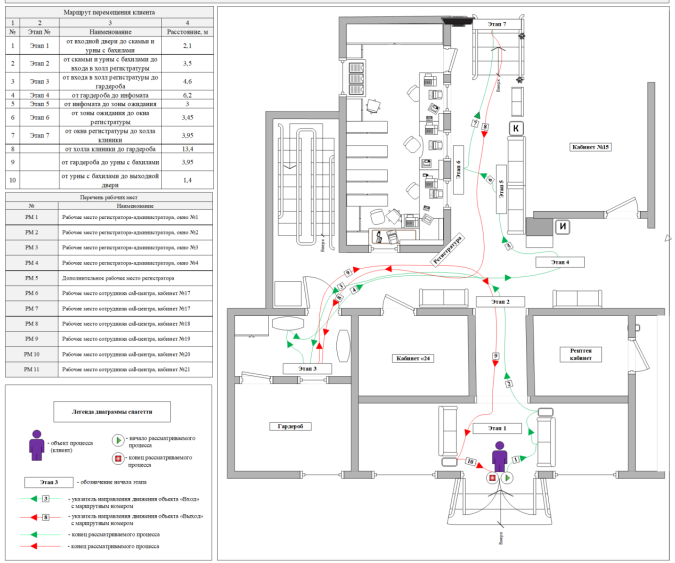


Диаграмма Спагетти front‑офис

**Приложение 8**

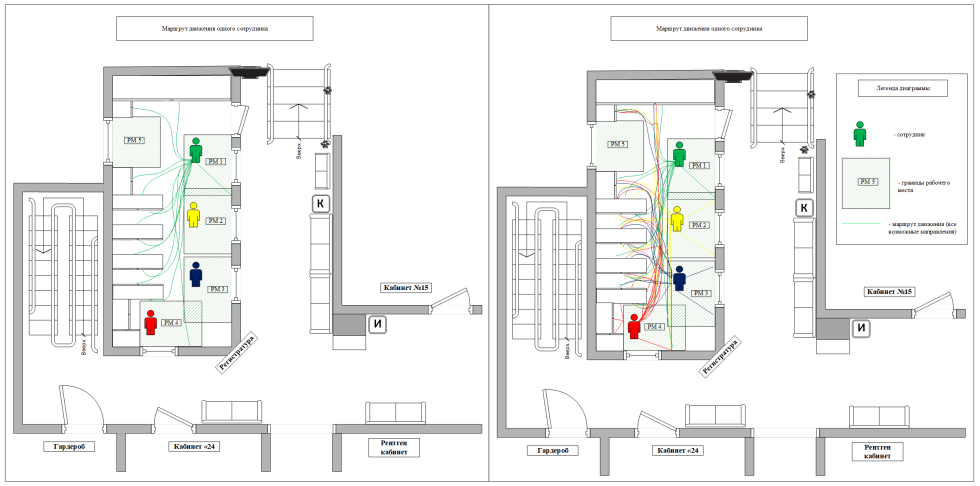


Диаграмма Спагетти back‑офис

**Приложение 9**

Расчет эффективности процессов входящих в проект «Входная группа»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Расчет эффективности | | | | | | | | | | | | |
|  | Этап 1 | % | Этап 2 | % | Этап 3 | % | Этап 4 | % | Этап 5 | % | Этап 6 | % |
| ВП | 90 | 100 | 90 | 100 | 120 | 100 | 600 | 100 | 649 | 100 | 404 | 100 |
| ВДЦ | 30 | 33 | 15 | 17 | 5 | 4 | 10 | 2 | 15 | 2 | 90 | 22 |
| П1 | 30 | 33 | 100 | 111 | 180 | 150 | 660 | 110 | 0 | 0 | 2306 | 571 |
| П2 | 0 | 0 | 110 | 122 | 0 | 0 | 1980 | 330 | 2621 | 404 | 1690 | 418 |
| Эффективность | 0,33 | 33 | 0,17 | 17 | 0,04 | 4 | 0,02 | 2 | 0,02 | 2 | 0,22 | 22 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ВП | 1953 | 100% |
| ВДЦ | 165 | 8% |
| П1 | 3276 | 168% |
| П2 | 6401 | 328% |
| Эффективность | 0,08 | 8% |

**Приложение 10**

КПСЦ «как будет»

