

Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Хакасский технический институт – филиал ФГАОУ ВО  
«Сибирский федеральный университет»  
институт  
«Экономика и менеджмент»  
кафедра

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой  
И. В. Панасенко  
подпись      инициалы, фамилия  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

38.03.02 Менеджмент  
код – наименование направления

Управление системой платных медицинских услуг в учреждениях  
здравоохранения  
тема

Руководитель \_\_\_\_\_ доцент, к.э.н. Г. И. Никитина  
подпись, дата      должность, ученая степень      инициалы, фамилия

Выпускник \_\_\_\_\_ Ю. И. Ярославцева  
подпись, дата      инициалы, фамилия

Абакан 2017







## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
1 Теоретическая часть. Теоретические основы организации системы платных медицинских услуг .....	8
1.1 Основы организации предпринимательской деятельности в учреждениях здравоохранения.....	8
1.2 Развитие рынка медицинских услуг в России.....	17
1.3 Проблемные аспекты управления системой платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения.....	23
2 Аналитическая часть. Анализ финансово-хозяйственной деятельности ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им. Г. Я. Ремишевской»..	30
2.1 Характеристика деятельности учреждения .....	30
2.2 Анализ финансово-хозяйственной деятельности .....	35
2.3 Заключительная оценка деятельности учреждения .....	46
2.4 Вопросы экологии.....	48
3 Проектная часть. Проект расширения платных медицинских услуг .....	50
3.1 Анализ рынка платных медицинских услуг в Абакане .....	50
3.2 Введение платной медицинской услуги «Дневной неврологический стационар».....	54
3.3 Система мер по совершенствованию системы управления платными медицинскими услугами .....	65
Заключение .....	68
Список использованных источников .....	70
Приложения А – В.....	73

## ВВЕДЕНИЕ

Становление рыночной экономики в России и вызванные этим процессом коренные экономические, социальные и институциональные преобразования затронули все стороны и сферы хозяйственной и социальной жизни страны. В полной мере этот процесс коснулся здравоохранения - одной из важнейших отраслей экономики, именно здесь производятся общественно потребляемые блага – медицинские услуги. В последнее время здравоохранение все более плотно вовлекается в экономический оборот общества, чему способствует активное функционирование медицинских учреждений на рыночных основах.

Состояние здоровья населения – весьма точный индикатор социально – экономического развития страны в целом. В России с 2010 г. постоянно фиксируют рост показателей по численности населения.

У государства значительно сократились возможности для бесплатной медицинской помощи населению.

В условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов РФ увеличение финансирования отрасли возможно только за счет федерального бюджета и предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

Актуальность рассматриваемой темы выпускной работы заключается в повышении роли платных медицинских услуг в учреждении здравоохранения в современных условиях.

Целью выпускной работы является разработка предложений по расширению предоставления платных медицинских услуг и совершенствованию системы управления данной сферой на объекте исследования.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи:

- раскрыть сущность предпринимательской деятельности в учреждениях здравоохранения;
- изучить правовые основы организации предпринимательской деятельности в учреждениях здравоохранения;
- исследовать тенденции развития рынка платных медицинских услуг в РФ;
- раскрыть проблемные аспекты управления системой платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения;
- провести анализ финансово-хозяйственной деятельности ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремишевской»;
- разработать бизнес-план введения новой платной услуги – дневного неврологического стационара;
- предложить систему мер по усовершенствованию системы управления платными медицинскими услугами в учреждении.

Предметом исследования являются платные медицинские услуги в здравоохранении.

Объектом исследования является ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремишевской».

В первой части выпускной работы рассмотрены теоретические основы организации платных услуг. Теоретической базой для исследования предпринимательской деятельности в учреждениях здравоохранения послужили труды таких авторов, как Голубева М. Л., Ковшевная В. А., Колядо Е. В., Кузнецов О. И. Снегирева, Ю. Ю. и т.д.

Во второй части дана характеристика учреждения и произведен анализ финансово-хозяйственной деятельности.

В третьей части рассмотрен проект расширения платных медицинских услуг.

Выпускная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

## 1.1 Основы организации предпринимательской деятельности в учреждениях здравоохранения

В условиях реформирования здравоохранения и неустойчивой экономической ситуации в России, важное значение приобретает стабильность финансового обеспечения лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях.

В настоящее время, существенную роль, как источник финансирования играют средства бюджета и обязательного медицинского страхования. Но с каждым годом все больше развивается третий источник – это доход от платных медицинских услуг.

Во-первых, предоставление платных медицинских услуг оказывается более управляемым процессом лечебно-профилактических учреждений.

Во-вторых, является легальным дополнительным источником покрытия дефицита средств на оказание гарантированной государством медицинской помощи.

Платные медицинские услуги – медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые медицинскими учреждениями пациентам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством [6].

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.



Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение [3]. Некоторые специалисты здравоохранения дают следующее определение медицинской услуги: «Благо, предоставляемое в форме деятельности, не имеющее материального выражения и существующее только в момент оказания» [16].

При оказании платных медицинских услуг сохраняется рабочий режим учреждения здравоохранения, притом, что качество медицинской помощи не должно ухудшаться, предоставляемой по Гарантированным и целевым комплексным программам.

Основой, медицинской организацией является юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. Причем, к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Кроме того, положения федерального законодательства, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности [13].

К платным медицинским услугам относятся те, которые предоставляются за счет личных средств людей, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров.

В статье 41 Конституции РФ говорится, что каждый имеет право на медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Никакой платной медицинской помощи в этих учреждениях главный закон России не предусматривает. Таким образом, государство одновременно декларирует и

бесплатность, и платность медицинских услуг. А постановление правительства РФ от 04.10.2012 года грубейшим образом нарушает одно из основных прав граждан – право на бесплатную медицинскую помощь [1].

Введение платных медицинских услуг позволит лечебно-профилактическому учреждению решить следующие задачи:

- укрепление материально-технической базы учреждения;
- восполнение суммы недофинансирования деятельности из бюджета;
- увеличение спроса на дополнительные мед услуги;
- повышение заработной платы работников за счет вторичной занятости;
- расширение объема и видов услуг;
- повышение рентабельности учреждения;
- обеспечение частичной окупаемости нового оборудования.

Большое количество медицинских услуг имеют свойства товара, так как имеют цену, могут продаваться и покупаться за счет личных средств пациента. Все это составляет объективную основу для создания предпринимательской деятельности в рамках здравоохранения.

Предпринимательство – это форма проявления инициативы, рассчитанная на получение систематической прибыли в ходе организации собственного бизнеса, несущая финансовые риски и материальную ответственность [30].

В Российском здравоохранении из всех организационно-правовых форм, наибольшее развитие получило лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) предоставляющее как бесплатные медицинские услуги, так и услуги на платной основе.

Основные критерии отнесения к ЛПУ следующие:

- некоммерческое учреждение;
- муниципальная собственность и государственная;
- обладает правом предпринимательской деятельности в платных медицинских услугах;
- государство устанавливает и регулирует цены на платные мед услуги;

– обладает двумя источниками финансирования: бюджетными средствами и средствами обязательного медицинского страхования; третьим источником может стать прибыль от платных медицинских услуг.

При этом наблюдается более жесткий контроль государства за расходами ЛПУ по сравнению с коммерческими структурами в здравоохранении.

Между тем государственное недофинансирование приводит к более жестким условиям конкуренции с коммерческими структурами.

Рассмотрим основные принципы определения видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемые на платной основе:

1. Медицинская помощь, которая не является обязательной для оказания на бесплатной для населения основе.

2. Медицинская помощь иностранцам, не имеющая право на бесплатное обслуживание.

3. Медицинская помощь по видам услуг сверх предусмотренных стандартами лечения.

4. Медицинская помощь при анонимном лечении.

5. Планово-медицинская помощь вне общей очереди.

6. Виды медицинской помощи, не обеспеченные финансированием.

7. В палатах повышенной комфортности стационара.

8. При установлении индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в стационаре или на дому.

9. При применении лекарств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

10. Дополнительные консультации специалистов, диагностические исследования и лечебные процедуры, применение медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартом медицинской помощи, по которому осуществляется лечение за счет средств ОМС.

11. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и в порядке предусмотренных Федеральном

законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в случаях оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи и оказываемой в скорой или экстренной форме [7].

Основным видом предпринимательской деятельности бюджетного медицинского учреждения является оказание платных медицинских услуг населению. Организационные моменты предпринимательства в здравоохранении регламентируют Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

Основанием предоставления платных медицинских услуг населению является:

- устав учреждения;
- сертификат аккредитации и лицензии на отдельные виды медицинских услуг;
- разрешение Министерства Здравоохранения (далее МЗ) на право предоставления платных медицинских услуг;
- перечень медицинских и медико-санитарных услуг, согласованных с МЗ, оказываемых за счет личных средств граждан, средств предприятий, добровольного страхования.

В соответствии с пунктами 3-4 статьи 9.2. Федерального закона от 12.01.1996 г. №7-ФЗ «О некоммерческих организациях» бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях; бюджетное учреждение не вправе отказаться от выполнения государственного (муниципального) задания [4].

Оказание платных медицинских услуг населению осуществляется в рамках заключения договора, согласно которому медицинское учреждение, обязуется предоставить пациенту платную медицинскую услугу определенного объема и качества в установленные сроки, определенным требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а так же обязуется за соблюдение врачебной тайны.

Пациент в свою очередь должен внести своевременную оплату предоставляемой медицинской услуги, выполнить требования, обеспечивающие качество платной медицинской услуги и соблюдение безопасности.

Оказание платных медицинских услуг населению осуществляются медицинскими учреждениями за счет договоров:

- с пациентами;
- с организациями на оказание платных медицинских услуг работникам и членам их семей;
- со страховыми организациями, работающими в системе добровольного медицинского страхования (далее ДМС).

Договор с пациентом может быть заключен в устной или в письменной форме:

- устная форма договора в соответствии с п. 2 ст. 159 Гражданского Кодекса Российской Федерации предусмотрена в случаях предоставления услуг немедленно, при заключении договора. Данная форма позволяет в устной форме заключать любые сделки, независимо от их суммы и состава участников, исполняемые при самом их совершении (письменным доказательством ее предоставления являются: медицинская карта больного с перечнем предоставленных услуг, кассовый чек или бланк строгой отчетности об оплате услуг, сумма в котором соответствует прейскуранту услуг) [2];
- письменная форма договора в соответствии со ст. 161 ГК РФ предусмотрена в случаях предоставления услуг, исполнение которых носит пролонгированный

по времени характер. При этом в договоре должны быть регламентированы условия и сроки получения платных медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон [2].

При осуществлении медицинских услуг, предусмотренных Гарантированной программой, на коммерческой основе по желанию больного медицинские учреждения должны оповещать о возможности получения им услуги бесплатно и дополнительно к договору получить его письменное согласие на платную медицинскую услугу, содержащее информацию об ознакомлении больного о имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг и волеизъявлении больного на получение медицинских услуг за отдельную плату.

Договоры с учреждениями на осуществление платных медицинских услуг персоналу и членам их семей, а также договоры со страховыми организациями, работающими в системе ДМС, заключаются в письменной форме.

В учреждении здравоохранения существуют различные формы договоров:

- а) для стационарного лечения;
- б) для амбулаторного лечения;
- в) осуществление платных услуг по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС) и другими организациями (учреждениями);
- г) гарантийное письмо, как форма договора об оказании платных медицинских услуг.

Подтверждение заключения договора об оказании платных медицинских услуг в устной форме является квитанция об оплате медицинской услуги. Квитанция является бланком строгой отчетности.

Согласно приказу Минфина России от 30.03.2015 г. № 52н "Об утверждении форм первичных учетных документов и регистров бухгалтерского учета, применяемых органами государственной власти (государственными органами), органами местного самоуправления, органами управления государственными внебюджетными фондами, государственными

(муниципальными) учреждениями, и Методических указаний по их применению" учреждение использует бланки строгой отчетности формы 0504510. Квитанция 0504510 является типовой формой бланка строгой отчетности и применяется для оформления приема наличных денежных средств уполномоченным учреждением в установленном законодательством порядке лицами от физических лиц с применения контрольно-кассовых машин. Кассиры ежедневно сдают в центральную кассу учреждения, полученные денежные средства при составлении реестра сдачи документов с приложением копий Квитанций (ф. 0504510) [8].

Пациенту выдается копия бланка, подтверждающая прием наличных денег, а также чек о внесении денежных средств в кассу лечебного учреждения.

Медицинская организация несет ответственность перед пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора на оказание платных медицинских услуг, несоблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда жизни и здоровью пациента.

Пациент, воспользовавшийся платными медицинскими услугами, вправе предъявить требования (в письменной форме на имя главного врача) о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба, в случае причинения вреда жизни и здоровью, а также компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации [7].

Претензии и споры, возникающие между потребителем и исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.

Оплата за медицинские услуги производится, как безналичным расчетом, так и в учреждениях банков или в самих медицинских учреждениях.

Медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь на возмездной основе, обязаны вести бухгалтерский учет и отчетность отдельно по основной и дополнительной деятельности. Необходимость ведения отдельного учета хозяйственных операций обусловлена также тем, что

бюджетные учреждения обязаны составлять квартальную и годовую бухгалтерскую (финансовую) отчетность [5].

Денежные средства, получаемые медицинскими учреждениями от оказания платных медицинских услуг, должны быть аккумулированы на счете "Средства, полученные за счет внебюджетных источников". Планирование средств, получаемых за счет внебюджетных источников, осуществляется на основании плана финансово-хозяйственной деятельности.

На основании приказа Минфина России государственные бюджетные учреждения, их обособленные подразделения без прав юридических лиц, наделенные полномочиями по ведению бухгалтерского учета, составляют планы финансово-хозяйственной деятельности.

План составляется на финансовый год в случае, если закон (решение) о бюджете утверждается на один финансовый год, либо на финансовый год и плановый период, если закон (решение) о бюджете утверждается на очередной финансовый год и плановый период. Общие требования к плану установлены Приказом Минфина РФ от 28.07.2010 № 81н.

План финансово-хозяйственной деятельности должен составляться бюджетным учреждением по кассовому методу в рублях с точностью до двух знаков после запятой по форме, утвержденной учредителем учреждения с соблюдением положений [9].

Медицинские учреждения обязаны вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставленных платных медицинских услуг населению и представлять отчетные данные по формам №П-1 "Сведения о производстве и отгрузке товаров и услуг" (статистическая отчетность) и форма-4 "Отчет об исполнении сметы доходов и расходов по внебюджетным источникам" (бухгалтерская отчетность).

Контроль за организацией работы по оказанию платных медицинских услуг и качеством выполнения медицинскими учреждениями платных медицинских услуг населению, ценами и порядком взимания денежных средств с населения осуществляют органы здравоохранения. А также другие



государственные организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами федерального и регионального уровня возложена проверка деятельности государственных медицинских учреждений.

## **1.2 Развитие рынка медицинских услуг в России**

Развитие коммерческой медицины, затрудняется из-за неравных условий по сравнению с государственными бюджетными учреждениями здравоохранения. В системе здравоохранения РФ частный сектор сформирован и конкурирует с государственным, но данный сектор не охвачен социальной системой финансирования здравоохранения.

В рамках реформирования здравоохранения РФ, частый сектор развивается наравне с государственным. Рынок платных медицинских услуг, способен стать инструментом реформирования и стать неотъемлемой частью системы здравоохранения в РФ.

Рынок платных медицинских услуг – это не только сегмент рынка нематериальных услуг, но и система экономических отношений по поводу купли продажи услуг здравоохранения, для которого характерно наличие 3 составляющих: продавца (медицинской организации), покупателя (страховые организации, государство) и товара (медицинские услуги).

С появлением платежеспособного населения, формируется спрос на качественные медицинские услуги, что в свою очередь увеличивает сферу рынка добровольного медицинского страхования и платной медицины.

Как отмечают аналитики [19], рынок платных медицинских услуг продолжил свой рост и активное развитие до 2014 г., до наступления кризиса. По оценкам BusinesStat, в 2016 г. натуральный объем рынка медицинских услуг в России сократился на 2,5 % относительно 2015 г. и составил 1523,2 млн. приемов. Особенностью российского медицинского рынка в 2015-2016 гг. стало частичное перераспределение пациентов из сектора ОМС и ДМС в сектор коммерческой медицины. В результате реформы государственного

здравоохранения попасть на прием к специалистам стало сложнее, поэтому пациенты стали обращаться в частные клиники. Кроме того, сокращение работодателями программ ДМС способствовало увеличению числа обращений в частные медицинские центры. С другой стороны, из-за снижения реальных доходов населения все больше пациентов не смогли воспользоваться платными медицинскими услугами, и перешли либо в теневой сектор, либо на самолечение. Данная тенденция окажет влияние на спад рынка в 2017 г.

Ожидается, что в 2017 г. число оказанных медицинских приемов в России составит 1498,9 млн. приемов, что на 1,6 % ниже значения 2016 г. Стоимостный объем медицинского рынка в стране по итогам 2016 г. вырос на 4,7 % и достиг 2203,6 млрд. руб. Наибольшие темпы прироста показателя наблюдались в секторе коммерческой и теневой медицины. При этом в секторе теневой медицины заметный вклад в рост стоимостного объема внесло увеличение числа медицинских приемов. Это означает, что пока спрос на большинство товаров и услуг не восстановится, неофициальные платежи врачам «лично в руки» будут востребованы. Сокращение численности медицинских приемов в 2017 г. отразится на замедлении темпов прироста стоимостного объема рынка. В 2017 г. российский рынок медицинских услуг в стоимостном выражении достигнет 2267,6 млрд. руб., что на 2,9 % выше уровня 2016 г. Восстановление положительной динамики натурального объема рынка и ускорение темпов роста стоимостного ожидается с 2018 г., когда численность медицинских приемов будет увеличиваться во всех секторах рынка, кроме ДМС [19].

В рамках законодательства платные услуги могут осуществлять, все лечебные учреждения.

Автор Ю. Ю. Снегирева [17] рассматривает, рынок медицинских услуг на рисунке 1.1.

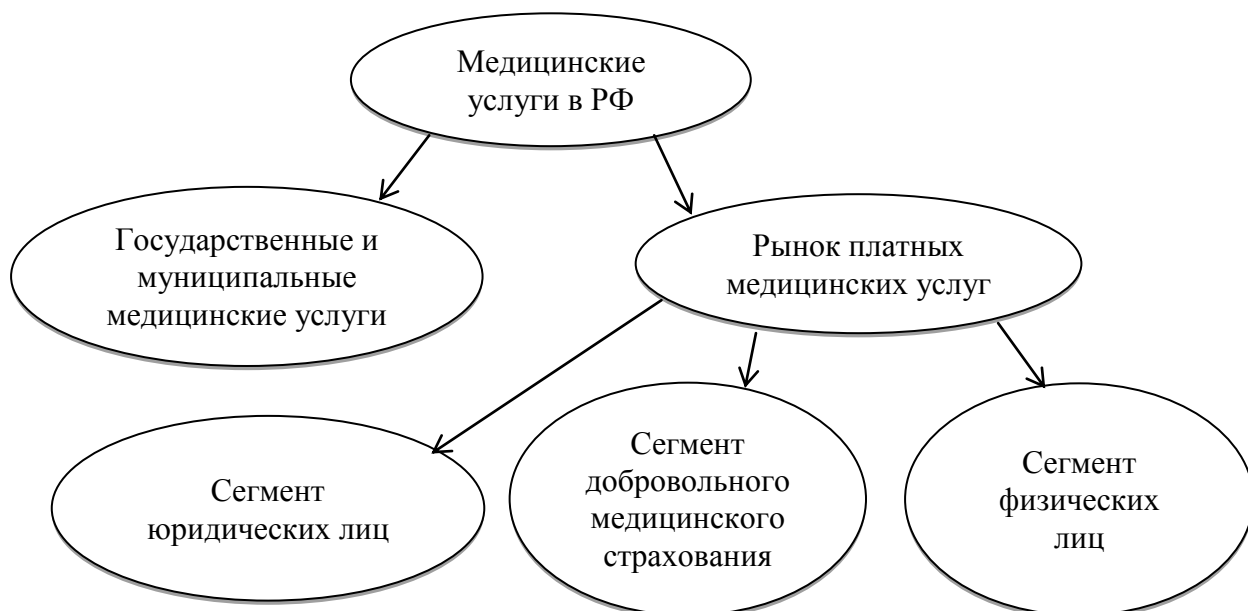


Рисунок 1.1 – Структура рынка медицинских услуг

На рисунке 1.1 изображено, что к рынку медицинских услуг относится рынок государственных и муниципальных услуг, что у нас вызывает сомнения. Кроме того рынок платных услуг классифицируется по разным признакам (смешиваются критерии легальности и потребительских групп).

По данным исследований РБК, важной тенденцией последних лет стало сокращение доли теневого платных медицинских услуг. Объем теневого сектора рынка, как в текущем, так и в 2017 году продолжит планомерно снижаться — по прогнозам аналитиков, на 3 % ежегодно. Предполагается, что с развитием рынка частной медицины в России, оптимизацией деятельности государственных клиник, расширением перечня медицинских услуг, удобством расположения медучреждений, а также постепенным выходом России из экономического кризиса часть россиян будут переходить от теневого платежей к покупке необходимых медицинских услуг легальным способом. Согласно оценкам «РБК Исследования рынков», в 2016-2017 годах теневой сегмент будет занимать 19 % рынка платных медицинских услуг.

По прогнозам аналитиков, в 2017 году объем рынка платных медицинских услуг в России увеличится на 6,6 %, что будет, прежде всего обусловлено ростом цен из-за инфляции на многие платные услуги в

медучреждениях различных форм собственности. При этом легальный платный сектор может по итогам года вырасти до 423 млрд. руб., то есть на 12 % по сравнению с 2015 годом [15].

Причины появления теневых рынков связаны, с тем, что у населения отсутствует информация о том, как и каким образом можно воспользоваться бесплатной медицинской помощью. Нерешенность этих проблем формирует основу для платности. Большое количество открывающихся частных клиник и рост перечня оказываемых платных услуг, а так же увеличение инвесторов, готовых вкладывать средства в данную сферу экономики, свидетельствует о привлекательности рынка платных медицинских услуг и его перспективности в долгосрочном периоде.

Можно говорить, что сегодня российский рынок платных медицинских услуг имеет ярко выраженную инфляционную модель развития. Объем отпускаемых населению услуг в последние годы (2013-2015) практически не менялся. Рост цен в медицине во многом связан с удорожанием аренды недвижимости, импортных лекарств и оборудования, увеличением зарплат персонала [17].

Объем рынка платных медицинских услуг в России за период 2010 – 2015 годы в процентном выражении и млрд. руб. представлен на рисунке 1.2 и 1.3.

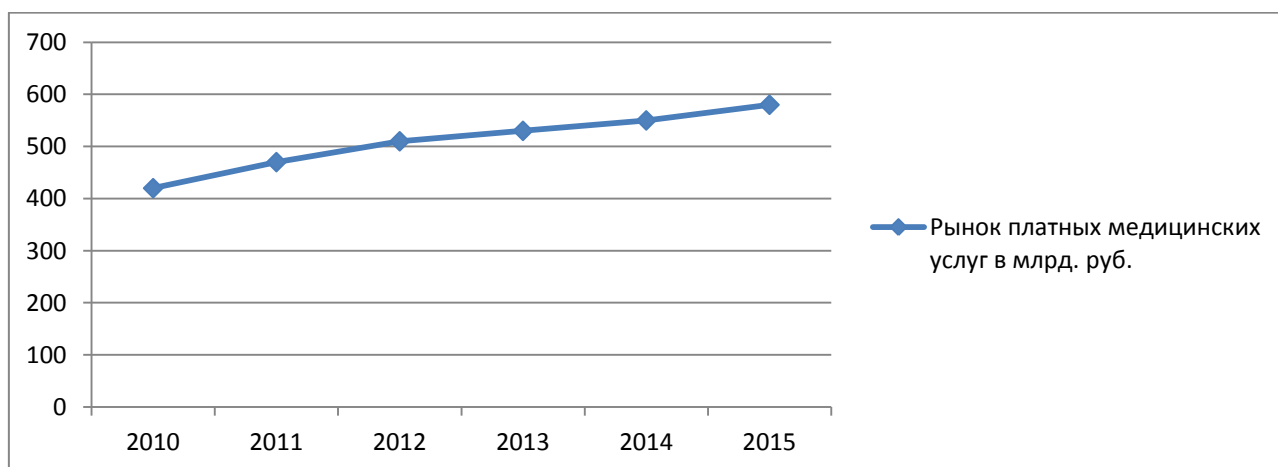


Рисунок 1.2 – Объем рынка платных медицинских услуг в млрд. руб.

По рисунку 1.2 можно сделать вывод, что рынок платных услуг растет, рассматривая данные за 2010 г. 420 млрд. руб. и 2015 г. 580 млрд. руб. Это говорит, что услуги востребованы.

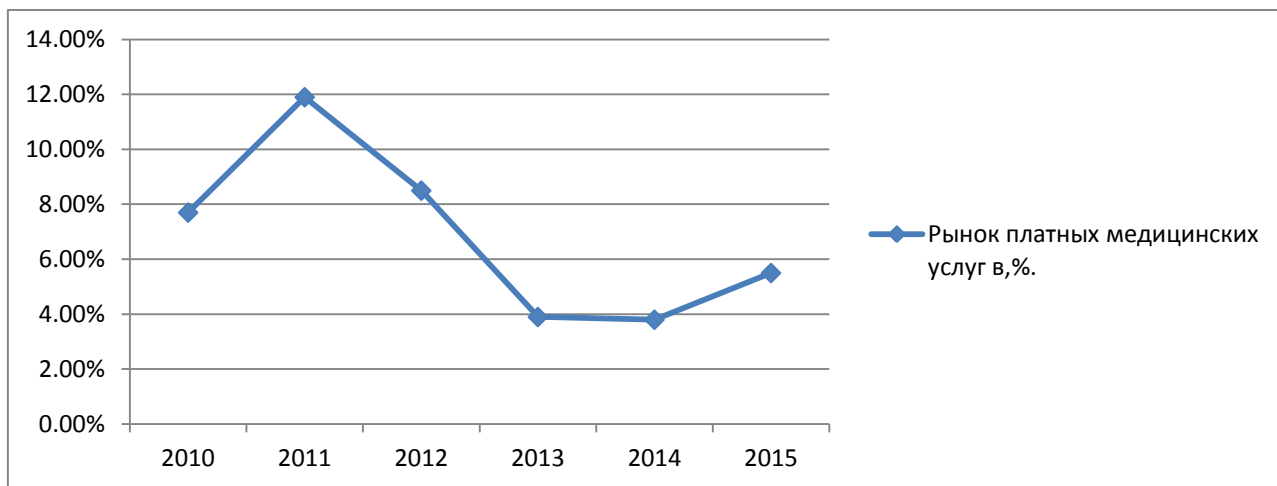


Рисунок 1.3 – Объем рынка платных медицинских услуг в %.

Данные рисунка 1.3 говорят, что темпы прироста рынка значительно уменьшились, увеличиваясь только за счет инфляции. Из данных мы видим, что в 2011 г. 11,9 % и стало 8,5 %.

Таким образом, платные медицинские услуги все еще недоступны большинству россиян, которые не могут пользоваться ими регулярно. Посещения частных клиник пока еще носят разовый характер, постоянно услугами частных клиник пользуются считанные проценты населения, а остальные совмещают обращения в бесплатные государственные и платные частные медицинские учреждения.

Устойчивый рост российского рынка платных медицинских услуг можно считать следствием политики государства в области здравоохранения и сокращения доступности медицины в рамках ОМС, отмечают эксперты. «Рост платных медицинских услуг в РФ в последние годы во многом связан со снижением доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет государства», – считает руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, эксперт в области организации здравоохранения

Гузель Улумбекова. По словам Гузели Улумбековой, информатизация здравоохранения и другие меры, направленные на улучшение управления, могут сократить расходы до 10 %, но не более. В итоге наблюдается «выдавливание» хоть сколько-нибудь платежеспособных граждан в сферу платной медицины (частные клиники, платные услуги в государственных и ведомственных клиниках). А те, кто не имеет возможности платить, просто лишаются доступа к медицинской помощи [15].

Общие тенденции рынка платной медицины заключаются в расширении профиля оказываемых частными клиниками услуг, а также в дальнейшем формировании и укрупнении сетей медицинских организаций. Одиночные медицинские кабинеты во многих российских городах в ближайшее время будут замещаться крупными многопрофильными медицинскими центрами. Одновременно интенсивное становление платных медицинских услуг ожидается в крупных городах России. Специфическая особенность частных клиник в России заключается в том, что в них довольно часто работают врачи высокой квалификации из государственного сектора медицины. Значительная часть специалистов совмещает деятельность в государственных учреждениях и практику в частных клиниках: в государственных учреждениях врачи получают большой практический опыт благодаря колоссальному потоку пациентов, в том числе с редчайшими случаями.

Таким образом, появляется возможность успешно использовать свой опыт в коммерческих клиниках, ведь чем успешнее врач, тем больше он востребован среди пациентов и в частных медицинских организациях. Наблюдается также взаимосвязь между его доходом и качеством жизни, поэтому врач ответственно подходит к здоровью пациентов, назначая необходимое количество анализов и проводя тщательное обследование. Поскольку для частного рынка здравоохранения в последние годы характерен рост, Счетная палата в рамках проверки реализации мероприятий в системе здравоохранения предполагает, что этот рост может свидетельствовать о частичном замещении бесплатной медицинской помощи платной.

Таким образом, в ситуации, когда доля государственной помощи здравоохранению стремительно сокращается, количество бесплатных услуг уменьшается, сектор платных медицинских услуг может и дальше развиваться как альтернативный государственному. Подавляющее большинство частных клиник России сегодня испытывает определенные трудности в плане экономической эффективности или качества медицинской помощи и лишены перспектив развития в рамках существующей модели. Поэтому для повышения эффективности социального развития и получения максимальной отдачи затрат на охрану здоровья граждан России частный рынок здравоохранения должен получать государственную поддержку [17].

### **1.3 Проблемные аспекты управления системой платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения**

Процесс управления здравоохранением – это «деятельность объединённых в определённую систему субъектов управления, направленная на достижение целей путем реализации определённых функций с использованием методов управления». Управленческое решение в здравоохранении – центральный регулирующий момент всего процесса реализации государственных целевых медицинских программ. И при подготовке решения и при выборе альтернатив-экономические методы управления, результаты оценки медико-экономической эффективности деятельности различных иерархических уровней системы здравоохранения являются основополагающими. Экономика здравоохранения исследует проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов и управления ими с целью достижения минимума потерь капитала здоровья населения [18].

В социально ответственном обществе, которое не располагает возможностями государственного бюджета, для обеспечения всех граждан бесплатными медицинскими услугами, платные услуги являются подвижной нормой.

В таблице 1.1 приведено сравнение платных и бюджетных медицинских учреждений по определенной системе критериев.

Таблица 1.1 – Сравнение платных и бюджетных медицинских учреждений

Критерии	Платные	Бюджетные
1. Уровень обеспеченности квалификационных врачей	По совместительству	На постоянной основе
2. Наличие современного оборудования для исследований	Высокий уровень, своевременное обновление	Средний уровень, высокий износ оборудования
3. Охват медицинских услуг	Анализы (гормональные, кровь на паразитов), ПЦР (венерологические заболевания), стоматология и тд.	Предоставление дорогостоящих операций
4. Порядок записи	Запись может осуществляться в срочном порядке, а так же возможность круглосуточно оказывать помощь	Запись осуществляется по-разному в зависимости от врача, которого нужно посетить. В основном запись происходит через 2 недели
5. Продолжительность приема	Время приема пациентам выделяется в два раза больше, чем в бесплатных учреждениях	Время приема 10-15 минут
6. Сервис обслуживания	На приеме выдаются одноразовые, салфетки, пеленки, тапочки и т.д. в зависимости от вида услуг	Не полная обеспеченность медицинским инвентарем
7. Культура обслуживания	Вежливое и внимательное отношение со стороны всего медицинского персонала	Пониженная культура медицинского обслуживания
8. Очереди	Отсутствие больших очередей	Большие очереди
9. Интерьер	Высокий уровень	Низкий уровень

Исходя, из таблицы 1.1 можно сделать вывод, что сильной стороной бюджетных учреждений является уровень обеспеченности квалификационными кадрами на постоянной основе. В платных учреждениях большинство специалисты работают по совместительству. Говоря о бюджетных учреждениях, следует отметить, что хотя специалисты работают на постоянной основе, но из-за «кадрового голода» в регионе и невысокой заработной платы происходит совместительство. В целом видим, что у платных клиник кадровая обеспеченность ниже по сравнению с бюджетными. Также следует отметить, что дорогостоящие услуги (операции) предоставляются только на бюджетной основе.



Одной из наиболее сложных и многоаспектных проблем российского здравоохранения по-прежнему остается проблема, связанная с повышением эффективности управления лечебно-профилактическими учреждениями. От ее решения зависит выполнение стратегической цели системы здравоохранения: достижение и сохранение здоровья населения страны, повышение удовлетворенности населения предоставляемой медицинской помощи [14].

Организация платных медицинских услуг в настоящее время возможна в двух основных форматах. Автор В. А. Ковшевая [12] условно называет их Модель 1 и Модель 2.

Модель 1 характеризующая предоставление платной медицинской помощи государственными лечебно-профилактическими учреждениями на основе имеющихся мощностей свыше нормативных нагрузок.

Взаимодействия основной деятельности и оказания платных услуг в рамках одного медицинского учреждения сопровождается целым рядом проблем, решение которых требует комплексного подхода. В их числе:

- разные цели бесплатной и предпринимательской деятельности, что чаще всего приводит к трудностям их взаимодействия;
- техника и оборудование, предназначенное для выполнения бесплатной медицинской помощи, также используется при оказании платных медицинских услуг, что приводит к быстрой изношенности оборудования;
- отсутствие разделения правовых и организационных механизмов используемых ресурсов для разных видов деятельности. Это приводит к использованию государственного имущества как для осуществления основной, так и для предпринимательской деятельности;
- отсутствие механизмов по погашению обязательств медицинского учреждения по основной и платной деятельности;
- не сформированы условия с целью организации обязательного и добровольного медицинского страхования, следовательно, организация недополучает достаточное количество финансовых средств для оптимизации системы оплаты труда и материальных вознаграждений медицинских

сотрудников, формирование материально-технической основы, создание и внедрение новых достижений в сфере науки и техники.

Все вышеизложенные проблемы связаны, прежде всего, со слаборазвитой нормативной базой оказания платных медицинских услуг в медицинских учреждениях, а также с тем, что в гражданском законодательстве изначально не предусмотрена вероятность оказания коммерческой деятельности в бюджетных учреждениях. Данные проблемы, появляющиеся при взаимодействии главной медицинской деятельности и деятельности по оказанию платных услуг, понижают результативность функционирования медицинских учреждений, что влечет за собой снижение всей отрасли здравоохранения.

Факторы, затрудняющие управление системой платных медицинских услуг:

- трудновыполнимые лицензионные требования, высокие требования к помещениям по предоставлению платных услуг, завышенные цены по медицинским услугам;
- предоставление помещений под аренду;
- недоверие потребителей к платной медицине;
- не предоставление отдельных помещений для оказания платных услуг;
- слабо развита реклама [11].

При рассмотрении 1 Модели поставщиком будет являться само лечебно-профилактическое учреждение. Финансируют расходы по оказанию медицинской помощи различные экономические субъекты:

- страховые медицинские организации в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- предприятия и организации по договорам о возмездном оказании медицинской помощи;
- граждане.

Использование механизма предоставления платных медицинских услуг в рамках 1 Модели позволяет частично решить проблему недостаточности бюджетного финансирования, повысить качество медицинской помощи.

Однако вопросы расширения самостоятельности лечебно-профилактических учреждений в использовании трудовых, материальных и финансовых ресурсов остаются в значительной мере нерешенными.

В целях повышения эффективности механизма предоставления платных медицинских услуг в рамках 1 Модели автор признает целесообразным:

1. Внедрение в организационную структуру государственного лечебно-профилактического учреждения коммерческого отдела, выполняющего следующие функции: формирование договорных отношений со страховыми медицинскими организациями, предприятиями; организация процесса оплаты оказываемых медицинских услуг; разработка и реализация концепции маркетинга; решение юридических вопросов медицинского страхования и оказания платных медицинских услуг;

2. Учет потоков платных пациентов, который необходимо осуществлять на двух уровнях: в планово-финансовой службе с целью отдельной калькуляции затрат на оказание платной и бесплатной медицинской помощи; в подразделениях и службах лечебно-профилактического учреждения с целью изучения дополнительной нагрузки на медицинский персонал;

3. Использование метода формирования тарифов на платные медицинские услуги на основе клинико-статистических и нозологических групп с применением экспертной системы для статистической и экономической обработки информации;

4. Применение повременной системы оплаты труда для медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги в рабочее время.

Система предоставления платных медицинских услуг при 1 Модели остается не совершенной, развивается медленно. Решение необходимо искать в двух направлениях:

Во-первых, усовершенствовать систему по предоставлению услуг в рамках 1 Модели;

Во-вторых, создать модель, оказывающую услуги лечебного, диагностического, профилактического характера в рамках отдельного центра.

Предоставление платных медицинских услуг посредством создания отдельного центра даст возможность, пользоваться преимуществами системы частного здравоохранения по охране здоровья граждан. Данную систему определяем как 2 Модель.

Согласно 2 Модели лечебно-профилактическое учреждение в роли юридического лица, медицинские сотрудники в роли физического лица, все они являются учредителями коммерческого центра. Законодательство дает возможность координировать отношения между исполнителем и потребителем, при помощи договора аренды, подряда и других видов договоров.

Основные преимущества при реализации 2 Модели следующие:

- обеспечивается удовлетворенность граждан в медицинских услугах оздоровительного характера, превосходящий государственный минимум;
- появляется вероятность, менять цены и перечень оказываемых услуг;
- достигается рациональность использования материальных и трудовых ресурсов за счет того, что государство не несет затрат на организацию коммерческого медицинского центра, развивается вторичная занятость трудоспособного населения за пределами основного рабочего времени;
- обеспечивается возможность функционирования на коммерческой основе комплекса вспомогательных услуг, а также инфраструктуры государственного лечебно-профилактического учреждения.

Вероятность предоставления медицинской помощи в различных организациях, будет способствовать конкурентной борьбе в здравоохранении, увеличению качества услуг, квалификации сотрудников и даст удовлетворенность населения в медицинских предложениях.

Таким образом, повышение эффективности при предложении платных медицинских услуг подразумевает усовершенствование законодательства в плане разработки нормативных актов о разгосударствлении и приватизации, регулирование имеющихся законов и деятельность некоммерческих учреждений в здравоохранении. Законодательство в данной сфере обязано обеспечивать сочетание принципа доступности медицинской помощи и

коммерческой заинтересованности в некоммерческих организациях, исполняющих деятельность в сфере здравоохранения.

Эффективность функционирования 2 Модели оказания платных медицинских услуг обуславливается решением проблем, связанных с привлечением больных, с понижением себестоимости медицинских услуг, формированием системы оплаты труда и материального стимулирования сотрудников, занимающихся предоставлением медицинских услуг в рамках указанной модели.

Эффективность системы управления платных медицинских услуг, базирующейся на выделении платных услуг в отдельный центр, позволит повысить доступность и качество медицинской помощи.

Таким образом, теоретическое исследование показало:

Во-первых, что в России созданы правила и порядок предоставления платных медицинских услуг, регламентируемые Федеральным законом. А также нормативные документы, позволяющие предоставлять платные услуги.

Во-вторых, стоимостный объем медицинского рынка в стране имеет тенденцию к росту (по итогам 2016 г. вырос на 4,7 % и достиг 2203,6 млрд. руб.). А в 2017 г. российский рынок медицинских услуг в стоимостном выражении достигнет 2267,6 млрд. руб., что на 2,9 % выше уровня 2016 г.

В-третьих, существуют различные проблемы в системе управления платными медицинскими услугами. В частности, серьезной проблемой является построение системы организации платных услуг, в том числе выбор между автономным существованием центра медицинских услуг и совмещением с бюджетными услугами.

## **АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ 2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГБУЗ РХ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Г. Я. РЕМИШЕВСКОЙ»**

### **2.1 Характеристика деятельности учреждения**

Объектом исследования выпускной работы является республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремишевской (РКБ) – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывает специальную медицинскую помощь населению Республики Хакасия, Тывы и Юга Красноярского края. Больница в своей деятельности руководствуется уставом, законодательством РФ И Республики Хакасия.

Юридический адрес: 655012, Республика Хакасии, г. Абакан, проспект Ленина, дом 23. Сайт: <http://resbol.mz19.ru/org/>.

Приемная руководителя: 8(3902) 215-888, факс 8(3902) 215-789, приемное отделение: 8(3902) 215-877. Электронный адрес: [gbuzrkb@yandex](mailto:gbuzrkb@yandex).

Лицензия № ФС – 19 – 01 – 000321 от 16 декабря 2014 года выдана министерством здравоохранения Республики Хакасия.

Предметом деятельности учреждения является оказание специализированной (скорой) медицинской помощи.

Целью деятельности учреждения является обеспечение доступности и качества на основе передовых научных технологий квалифицированной специализированной многопрофильной медицинской помощи населению.

Для достижения поставленной цели учреждение осуществляет следующие виды деятельности. Консультативно-диагностическая и лечебно-профилактическая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях с проведением телемедицинских консультаций; лечебно-диагностическая и восстановительная специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, включая высокотехнологичную медицинскую помощь; оказание экстренной и планово-консультативной скорой медицинской помощи с проведением

телемедицинских консультаций; научно-исследовательская и учебная деятельность; организационно-методическая и информационная поддержка муниципальных учреждений здравоохранения; проведение экспертизы трудоспособности; отбор и направление пациентов для оказания помощи и специализированной медицинской помощи за пределами РХ.

Открытие больницы состоялось в 1960 году. В 1964 году – построен хирургический корпус. В 1969 году построено здание поликлиники. В 1977 году открыт новый корпус с отделениями ортопедии, лор, терапии, реанимации. С этого времени больница рассчитана на 515 коек круглосуточного пребывания.

В семи отделениях хирургического профиля развернуто более 250 коек, что составляет половину коечного фонда больницы. Врачи этих отделений ежегодно выполняют более пяти тысяч операций, включая вмешательства с применением эндоскопических и эндоваскулярных методик. Оториноларингологическое отделение с койками челюстно-лицевой хирургии и ортопедическое являются единственными специализированными отделениями в Республике Хакасия по своему профилю.

В последнее десятилетие хирургическая служба республиканской больницы получила развитие с внедрением новых технологий: эндоскопия, лазерная техника, эндопротезирование, операции под контролем рентгена и ультразвука.

С 2015 года в республиканской больнице пациенты получают высоко технологичную медицинскую помощь (ВМП) по 12 профилям. Педиатрическая служба больницы представлена детским отделением с койками по пяти профилям (детская кардиология и эндокринология, гастроэнтерология, неврология, педиатрия).

В больнице развернут комплекс лечебно-вспомогательных и диагностических отделений: клинико-диагностическая лаборатория, эндоскопическое отделение, функциональная и лучевая диагностика, отделение физиотерапии. С 2009 года - проводятся исследования на спиральном

16-срезовом компьютерном томографе по 52 методикам, а с 2015 года на 64-срезовом СКТ. В 2009 году открыта единственная в Хакасии лаборатория гемостаза, проводящая исследования позволяющая диагностировать целый ряд аутоиммунных заболеваний.

В больнице подготовлены два врача по гематологии и гемостазу для работы с больными, получившими высокотехнологичную медицинскую помощь на сердечно-сосудистой системе, а так же для консультаций беременных и других пациентов из городов и районов Хакасии. Широко используются врачами различные виды физиотерапевтического лечения в поликлинике и в стационарных отделениях. За последние годы внедрены новые уникальные виды озонотерапии и светолечения: внутривенная, компьютерная, пунктурная лазеротерапия, фотохромотерапии.

В 2012 году в структуре больницы открылся медицинский центр амбулаторного диализа на 12 мест при работе в четыре смены в условиях дневного стационара. К началу 2016 года в республиканской больнице сформировался Региональный сосудистый центр с отделениями для больных ОНМК (30 коек) и реабилитации (5 коек), неотложной кардиологией на тридцать коек для больных и семи коек кардиохирургии, нейрохирургическое отделение на двадцать коек, десять коек сосудистой хирургии и двенадцать коек реанимации и интенсивной терапии.

С 2008 года республиканская больница имени Г.Я. Ремишевской является клиническим учреждением здравоохранения, где расположены кафедры специальности «лечебное дело» ХГУ им. Н.Ф. Катанова. Республиканская больница так же является учебной базой для подготовки среднего медицинского персонала, проходящего обучение в Хакасском государственном университете им. Н. Ф. Катанова.

Рассмотрим структуру РКБ на рисунке 2.1.



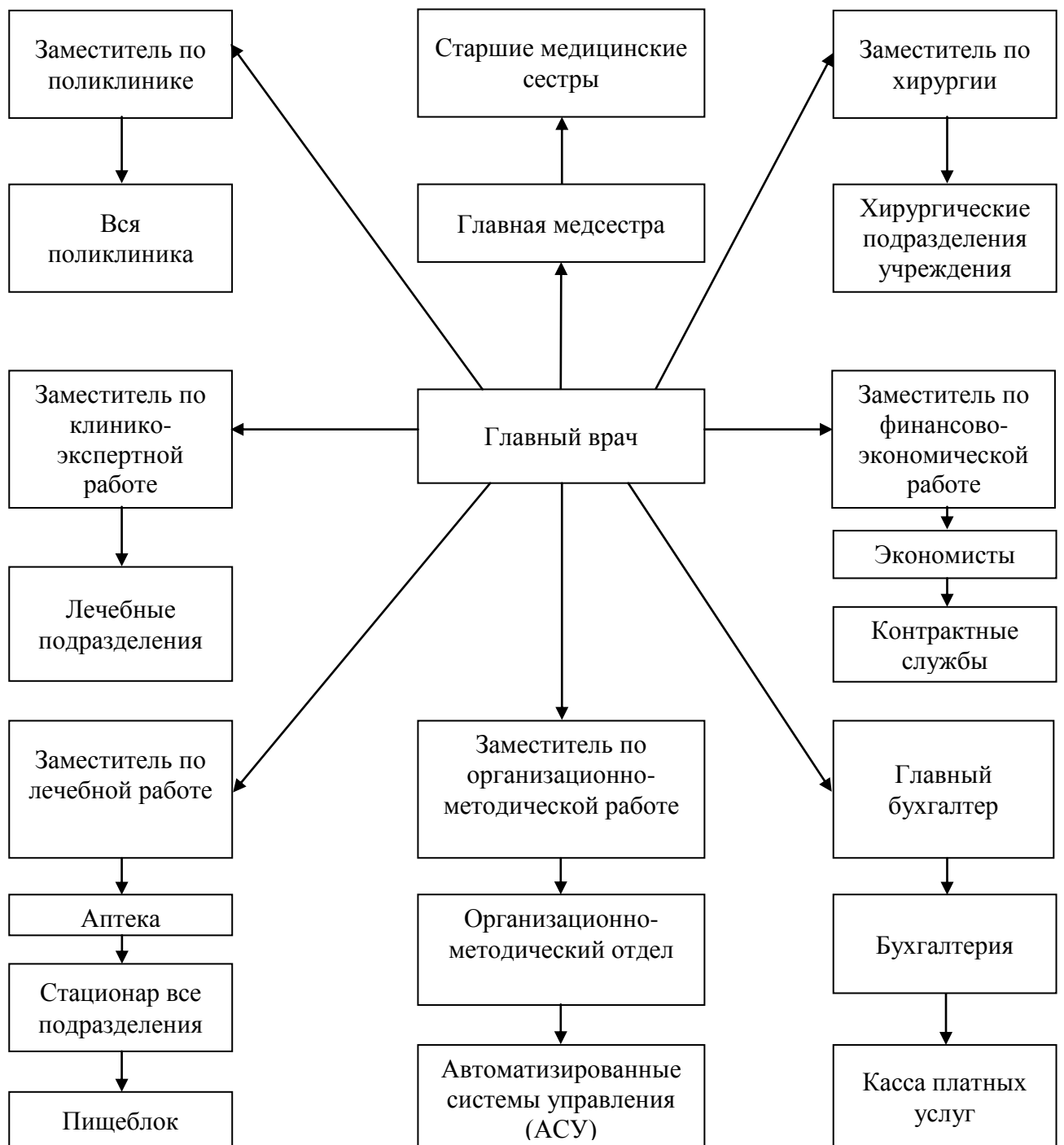


Рисунок 2.1 – Организационная структура ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремисhevской»

На рисунке 2.1 показано, что в структуре больницы функционирует республиканская консультативная поликлиника мощностью 750 посещений в смену. Осуществляется амбулаторный прием (по 31 специальности, в том числе 11 специалистов поликлиники являются единственными в республике) и

диспансеризация в стационар. А также предоставляются услуги патологоанатомического отделения, прачечной, пищеблока и аптеки.

Больница обладает хорошим кадровым потенциалом, здесь работают более тысячи человек, при этом 76 % врачей и 74 % средних медицинских работников имеют высшую и первую квалификационные категории. В коллективе трудится восемь кандидатов медицинских наук, четыре заслуженных врача Российской Федерации, 30 заслуженных врачей Республики Хакасия, 29 отличников здравоохранения.

Ежегодно в больнице внедряются более 50 новых лечебных и диагностических методик, таких как СКТ-перфузия головного мозга, ангиография брахецефальных сосудов и ангиопульмонография, интраоперационное УЗИ-наведение в эндоскопической хирургии, рентгенохирургические эндоваскулярные методы.

В 2007 год в больнице создана служба медицинской техники, получена федеральная лицензия на работы по обслуживанию и ремонту оборудования, в 2010 году служба получила сертификат соответствия требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ISO 9001:2008) и бессрочную федеральную лицензию.

Пациенты высоко оценивают профессионализм врачей и достижение результатов лечения в республиканской больнице, процент удовлетворенных медицинской помощью растет с каждым годом от 80 % в 2008 году до 95 % в 2015 году.

Завершается строительство хирургического восьми этажного лечебного корпуса №2 на месте снесенного старого аварийного здания. Строительство завершилось в конце 2016 года.

Коллектив республиканской больницы уже более 55 лет стремится совершенствовать профессиональное мастерство, осваивает новые технологии и современное медицинское оборудование для постоянного улучшения качества медицинских услуг во благо наших пациентов [20].

## 2.2 Анализ финансово-хозяйственной деятельности

Менеджер для того чтобы решать задачи соответствующие его квалификации, должен иметь системное представление о структурах и тенденциях развития управленческой науки, понимать многообразие форм и систем управления в современном мире, их связь с другими процессами, происходящими в обществе.

Активы – это ресурсы, контролируемые компанией в результате прошлых событий, от которых компания ожидает экономической выгоды в будущем [26]. Анализ активов начнем с общей оценки нефинансовых активов учреждения в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Анализ нефинансовых активов

Актив	2015 г.	2016 г.	Отклонения	
			Сумма, тыс. руб.	%
Основные средства (балансовая стоимость, всего)	34 756,3	33 685,3	- 1 071,0	- 3,08
В том числе:				
– особо ценное движимое имущество учреждения	8 653,5	7 325,5	- 1 328,0	- 15,3
– иное движимое имущество учреждения	26 089,9	26 346,9	257,0	0,98
Амортизация основных средств	25 496,1	26 066,9	570,8	2,2
В том числе:				
– амортизация особо ценного движимого имущества учреждения	8 081,3	7 021,6	- 1 059,7	- 13,1
– амортизация иного движимого имущества учреждения	17 401,9	19 032,4	1 630,5	0,09
Основные средства (остаточная стоимость)	9 260,2	7 618,4	- 1 641,8	- 17,7
Материальные запасы	7 305,8	7 198,5	- 107,3	-1,4

В таблице 2.1 большую часть занимают основные средства, которые закреплены за платными услугами, что составило 33 685,3 тыс. руб.

Особо ценное движимое имущество (оборудование) учреждения уменьшилось, что составляет 7 325,5 тыс. руб. А иное движимое имущество (производственный хозяйственный инвентарь) учреждения увеличилось, и стало 26 346,9 тыс. руб.

Остаточная стоимость снизилась, на 1641,8 тыс. руб. это следствие начисление амортизации по основным средствам. Материальные запасы снизились на 107,3 тыс. руб.

Проведем анализ финансовых активов в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Анализ финансовых активов

Актив	2015 г.	2016 г.	Отклонения	
			Сумма, тыс. руб.	%
Денежные средства учреждения	2 831,7	3 039,0	207,3	7,3
В том числе:				
– денежные средства учреждения на лицевых счетах в органе казначейства	2 831,6	2 960,0	128,4	4,5
– касса		79,0		
Расчеты по доходам	3 017,2	8 553,7	5 536,5	183,5
Расчеты по выданным авансам	1 365,5	199,2	– 1 166,3	– 85,6
Расчеты с подотчетными лицами	170,0	67,1	– 102,9	– 60,5
Расчеты по ущербу и иным доходам		1 029,2		
Прочие расчеты с дебиторами	– 312,5	1 061,5	1 374,0	– 439,6

Анализ данных представленных в таблице 2.2 показывает, что денежные средства в 2016 г. на счетах учреждения возросли на 3 039,0 тыс. руб. Сумма расчетов по доходам увеличилась на 5536,5 тыс. руб. вследствие того, что увеличилась дебиторская задолженность по оказанным услугам. Расчеты по выданным авансам (на командировки) на 2015 г. было выдано 1 365,5 тыс. руб. в 2016 г. авансы возвращены, что составило 199,2 тыс. руб. Появилась сумма расчетов по ущербу и иным доходам, сюда входит штрафы неустойки, что составило 1 029,2 тыс. руб.

Прочие расчеты с дебиторами на 2015 год составляли – 312,5 тыс. руб. на 2016 год увеличились 1 061,5 тыс. руб., это связано с тем, что собственные средства учреждения находятся в залоге у других учреждений.

В активе наблюдали увеличение по прочим доходам и денежным средствам находящихся на счетах в органе казначейства и кассе, но уменьшение произошло по основным средствам.

Пассив – это противоположная активу часть бухгалтерского баланса совокупность всех обязательств (источников формирования средств) предприятия [27].

Исследование пассивов начнем с анализа обязательств и финансового результата таблица 2.3.

Таблица 2.3 – Анализ обязательств и финансового результата

Пассив	2015 г.	2016 г.	Отклонения	
			Сумма, тыс. руб.	%
Расчеты по принятым обязательствам	3 752,4	169,5	– 3 582,9	– 95,5
Расчеты по платежам в бюджеты	14,6	15,0	0,4	2,7
Прочие расчеты с кредиторами	19,7	0,5	– 19,2	– 97,5
Из них:				
– расчеты с депонентами	17,7	0,4	– 17,3	– 97,7
– расчеты по удержаниям из выплат по оплате труда	1,9	0,1	– 1,8	– 94,7
Расчеты с подотчетными лицами	7,0	3,4	– 3,6	– 51,4
Финансовый результат				
Финансовый результат экономического субъекта	22 726,2	28 568,6	5 842,4	25,7
Из них:				
– финансовый результат прошлых отчетных периодов	11 751,6	20 306,6	8 555,0	72,8
– финансовый результат по начисленной амортизации ОЦИ	8 094,2	7 034,4	– 1 059,8	– 13,0
– резервы предстоящих расходов	2 880,4	1 227,4	– 1 653,0	– 57,4

При анализе таблицы 2.3 выявлено, что в разделе обязательств в 2015 году учреждение должно было 3 752,4 тыс. руб. в 2016 году в разы меньше на – 95,5 %, это говорит о положительном моменте, где дебиторской задолженности больше, а кредиторской меньше. В разделе финансовый результат списываются все фактические расходы, он увеличился на 5842,4 тыс. руб.

В целом структура баланса за 2016 год улучшилась, так как обязательства в значительной мере уменьшились, а ликвидные активы (денежные средства и дебиторская задолженность) увеличились.

Таким образом, общий объем денежных средств увеличился на 2436, 5 тыс. руб.

Рентабельность – это относительный показатель экономической эффективности. Рентабельность комплексно отражает степень эффективности использования материальных, трудовых и денежных ресурсов, а также природных богатств [28].

Рассмотрим роль платных медицинских услуг для ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница имени Г. Я. Ремишевской», для этого рассмотрим состояние фактического и планового финансирования учреждения за последние три года таблица 2.4.

Таблица 2.4 – Показатели финансирования учреждения за счет бюджета

Показатель	Ед.измерения	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Плановый	тыс. руб.	97 312,0	85 104,0	34 247,0
Фактический	тыс. руб.	54 589,7	67 912,1	21 389,8
Процент исполнения	%	56,1	79,8	62,4

Из данных таблицы 2.4 видно, что исполнение бюджетного финансирования не достаточно, в течение 3 лет максимальное значение исполнения бюджета в 2015 г. на уровне 79,8 %, а минимальное в 2014 году на уровне 56,1 %.

Рассмотрим фактическое и плановое финансирование обязательного медицинского страхования (ОМС) в таблице 2.5.

Таблица 2.5 – Показатели финансирования учреждения за счет ОМС

Показатель	Ед.измерения	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Плановый	тыс. руб.	753 178,6	920 684,3	1 107 971,8
Фактический	тыс. руб.	714 866,3	799 454,5	996 628,0
Процент исполнения	%	95,0	86,8	90,0

В таблице 2.5, исходя из показателей исполнения плановых назначений за счет средств обязательного медицинского страхования максимальное значение достигнуто в 2014 г. 95 %, а минимальное в 2015 г. 86,8 %. По сравнению 2014 г. и 2016 г. идет снижение исполнения бюджета обязательного медицинского страхования с 95 % до 90 % (на 5 %).

Рассмотрим, сколько планировалось получить доходов от платных медицинских услуг, приведенных в таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Показатели финансирования учреждения за счет платных услуг

Показатель	Ед.измерения	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Плановый	тыс. руб.	80 670,2	83 253,8	83 235,7
Кассовое поступление	тыс. руб.	75 902,7	73 273,6	68 269,3
Процент исполнения	%	94,0	88,0	82,0

Анализ данных приведенных в таблице 2.6 позволяет сделать вывод, что доход от оказанных платных медицинских услуг снизился на 12 %.

При этом следует отметить, что план по поступлению доходов от оказанных медицинских услуг в 2015 г. и 2016 г. приблизительно равны, при этом фактическое кассовое поступление в 2016 г., значительно снизилось на 7 %. Это связано с открытием диагностического центра «Абакан», что способствует конкуренции.

Рассмотрим структуру доходов учреждения в разрезе по источникам за 2014 -2016 годы таблица 2.7.

Таблица 2.7 – Объем и соотношение источников финансирования в учреждении

Источник	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%
Бюджет	54 589,7	6,4	67 912,1	7,2	21 389,8	2,0
ОМС	714 866,3	84,6	799 454,5	85,0	996 628,0	91,7
Платные услуги	75 902,7	9,0	73 273,6	7,8	68 269,3	6,3
Итого:	845 358,7	100	940 640,2	100	1 086 287,1	100

Исходя из данных таблицы 2.7, в 2016 г. существенную роль играет обязательное медицинское страхование, что составляет 996 628,0 (91,7 %), но платные услуги так же важны, потому что они занимают 2 место по кассовым поступлениям, но значительно ниже ОМС, что составляет 68 269,3 (6,3 %) и такая тенденция наблюдается и в 2014 г., и в 2015 г.

Таким образом, платные услуги, занимают огромную роль в деятельности учреждения и покрывают недостатки недофинансирования бюджета.

Динамика объемов финансовых средств в пределах источников бюджета и средств, полученных от платных услуг имеет тенденцию к снижению: по бюджету снижение в виду дефицита бюджета в РХ, средства от реализации платных медицинских услуг снижение в виду большой конкуренции в связи с открытием частных медицинских клиник. Увеличение объема денежных средств наблюдается по источнику ОМС, в виду повышения тарифов на питание, медикаменты, заработной платы.

Таким образом, проведенное нами исследование наглядно демонстрирует снижение уровня бюджетного финансирования с 79,8 % до 62,4 %, что повышает значимость платных медицинских услуг и получение от их оказания финансовых средств для развития лечебного учреждения.

Исходя из вышеперечисленного, следует сделать следующие выводы:

Во-первых, оказание платных медицинских услуг является наиболее управляемым со стороны лечебно-профилактического учреждения процессом.

Во-вторых, платные услуги не влияют на основную лечебно-диагностическую работу, позволяет обеспечить юридическую и социальную защиту медицинских работников, а также получить определенную прибыль, которая может быть направлена на социальное развитие коллектива и повышение качества оказываемой медицинской помощи в целом.

В РКБ имени Г. Я. Ремишевской при анализе особый акцент необходимо сделать на оценке состояния основных средств в учреждении, так как они непосредственно участвуют в процессе оказания медицинской помощи. Приведем анализ износа основных фондов в таблице 2.8.

Таблица 2.8 – Износ основных фондов

Показатели	Ед.измерения	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Балансовая стоимость	тыс. руб.	1 382 995,1	1 388 729,1	1 384 397,2
Амортизация	тыс. руб.	476 115,1	560 505,3	632 458,9
Остаточная стоимость	тыс. руб.	906 880,0	828 223,8	751 938,3
Процент износа	%	34,4	40,4	45,7

По данным таблицы 2.8 показывает, что процент износа имеет тенденцию к увеличению с 34,4 % до 45,7 %.

Это произошло, в виду изношенности зданий и оборудования, изношенности производственного инвентаря, что в свою очередь говорит о необходимости восполнения основных фондов. В частности, денежные средства поступающие от оказания платных медицинских услуг, является одним из источником восполнения основных фондов учреждения, что в свою очередь отразится и на качестве оказываемых услуг, в общем.



Анализируя балансовую стоимость по годам, в 2015 году имеет наивысшее значение, в виду того, открыто эндоваскулярное отделение и приобретено дорогостоящее оборудование ангиограф, стоимость которого 32 млн. руб.

Проследим восполнение и выбытие основных средств (ОС) по средствам таблицы 2.9.

Таблица 2.9 – Восполнение и выбытие основных средств

Показатели	2014 г.	2015 г.	%	2016 г.	%
Приобретено основных средств	107 308,4	34 244,7	– 68,0	31 232,9	– 8,8
Списано основных средств	33 167,1	28 510,7	– 14,0	35 564,7	24,7

В таблице 2.9 можно наблюдать, что приобретение основных средств в 2016 году меньше на 76075,5 тыс. руб., чем в 2014 году, потому что происходит нехватка финансовых средств, что так же влияет и на качество оборудования и на диапазон, каких услуг они могут оказывать. Для этого и необходимы, развивать платные медицинские услуги. Списание находится на одном уровне.

В итоге, наконец, 2016 г. приобретение основных средств меньше списанных, что является плохим показателем.

При анализе основных фондов, необходимо обратить внимание на коэффициенты выбытия и обновления основных средств. Коэффициент обновления показывает, какую часть от имеющихся в 2016г основных средств составляют новые основные средства. Коэффициент выбытия отображает, какая доля основных средств, имевшихся к 2015 г., выбыла за отчетный период. Проведем расчет коэффициентов обновления и выбытия в таблице 2.10.

Таблица 2.10 – Коэффициент обновления и выбытия основных средств

Коэффициенты	2014г	2015г	2016г	Норматив
Обновления	0,07	0,02	0,02	0,12
Выбытия	0,02	0,02	0,03	

По данным таблицы 2.10 прослеживается, что коэффициенты обновления основных средств осуществляется медленными темпами в 2016 году по сравнению с 2014 г.

Коэффициент выбытия в 2016 году выше, чем коэффициент выбытия в 2014 году, это говорит о том, что происходит износ основных средств, которые не позволяют наиболее эффективно и качественно оказать медицинскую помощь.

Таким образом, коэффициент обновления, выбытия и показатели приобретения и списания основных средств, показывает недостаточно финансовых средств, тратиться на приобретение эффективного нового дорогостоящего медицинского оборудования для оказания помощи. Проанализируем финансовые результаты и рентабельность по платным медицинским услугам в таблице 2.11.

Таблица 2.11 – Показатели финансовых результатов и рентабельности по платным медицинским услугам

Показатели	2016 г.				
	Исследования (анализы)	Посещения	Стационар	Центр стерилизационного обслуживания (цсо)	Всего
Прибыль от продаж (тыс. руб.)	8 310,0	2 489,0	769,7	102,0	11 670,7
Рентабельность (%)	20	20	9	18	14,7

По результатам таблицы 2.11 в 2016 году был получен положительный финансовый результат от реализации платных медицинских услуг, где общая прибыль от продажи составила 1 1670,7 тыс. руб.

Большой вклад в удельный вес внесли исследования (анализы) 8310,0 тыс. руб., так как является востребованной услугой.

Наиболее рентабельными видами деятельности являются исследования, где уровень рентабельности 20 %, посещения 20 % и центр стерилизационного обслуживания 18 %, это связано с высоким спросом, эти виды услуг имеют

максимальную рентабельность, так как существует приказ правительства, что начисляют не более 20 % на услуги.

Спрос на посещение платных стационаров уменьшился, так как у людей нет таких денежных средств, поэтому составил 769,7 тыс. руб.

Управленческий анализ – комплексный анализ внутренних ресурсов и внешних возможностей предприятия, направленный на оценку текущего состояния бизнеса, его сильных и слабых сторон, выявление стратегических проблем [29].

Проведем анализ структуры и динамики выручки по платным медицинским услугам в таблице 2.12.

Таблица 2.12 – Анализ структуры и динамики выручки по платным медицинским услугам

Показатели	2015 г.		2016 г.		Отклонения		% к итогу
	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%	
Выручка – всего	81 779,3	100	79 162,3	100	– 2 617,0	– 3,2	100
в том числе:							
Поликлиника:							
Исследования (анализы)	45 348,9	55,4	41 550,3	52,5	– 3 798,6	– 8,3	52,5
Посещения	14 545,1	17,8	12 445,1	15,7	– 2 100,0	–14,4	15,7
Стационар	11 852,3	14,5	8 552,3	10,8	– 3 300,0	–27,8	10,8
Аренда помещений	425,4	0,5	425,4	0,5			0,5
Услуги пищеблока	5 496,9	6,7	8 480,6	10,7	2 983,7	54,8	10,7
Центр стерилизационного обслуживания (цсо)	476,5	0,6	566,7	0,7	90,2	18,9	0,7
Услуги патологоанатомического отделения:							
Аутопсия	610,4	0,7	710,4	0,9	100,0	16,4	0,9
Гистология	2 552,0	3,1	5 859,0	7,4	3 307,0	129,6	7,4
Услуги прачечной:							
Другим юр. лицам	1,4	0,1	1,4	0,1			0,1
Медицинским организациям	470,4	0,6	570,5	0,7	100,1	21,3	0,7

Исходя, из данных таблицы 2.12 наблюдается, что общая выручка уменьшилась на 2 617,0 тыс. руб. или 3,2 %. Наибольшую выручку в 2016 году дают исследования (анализы) 52,5 %, посещения 15,7 % и стационар 10,8 % на

платной основе. За 2016 г. исследования уменьшились 8,3 %, посещения на 14,4 %, стационар так же уменьшился на 27,8 % это связано с понижением использования платных медицинских услуг населением.

Такие статьи как услуги пищеблока и гистология показали рост. Услуги пищеблока увеличились на 54,8 тыс. руб. или 10,7 %, так как были заключены договора, с другими организациями для поставки еды. Резкое повышение гистологических услуг на 129,6 тыс. руб. или 7,4 % за счет повышения смертности.

При анализе таблицы выявили, что больше всего приносит доход предприятию исследования (анализы), за счет таких платных медицинских услуг как отоларингологические операции, занимающие 6,6 %. Хирургические полостные операции и хирургические эндоскопические операции 6,8 %. Урологические полостные операции и урологические эндоскопические операции 10,6 %. Ортопедические полостные операции 10,8 %. Приведем анализ расходования средств от платных услуг в таблице 2.13.

Таблица 2.13 – Анализ расходования средств от платных услуг

Показатели	2015 г.		2016 г.		Отклонения	
	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%	Сумма, тыс. руб.	%
Всего:	81 779,3	100	79 162,3	100	- 2 617,0	- 3,2
Заработная плата	36 120,5	44,2	34 230,3	43,2	- 1 890,2	5,2
Прочие выплаты	610,7	0,7	414,7	0,5	- 196,0	32,0
Начисления на оплату заработной платы	11 230,3	13,7	10 337,5	13,0	- 892,8	- 7,9
Услуги связи	140,2	0,2	133,1	0,1	- 7,1	- 5,0
Транспортные услуги	170,5	0,2	150,0	0,2	- 20,5	- 12,0
Коммунальные услуги	3 451,4	4,2	2 198,1	2,8	- 1 253,3	- 36,3
Услуги по содержанию имущества	3 000,2	3,7	3 105,9	4,0	105,7	3,5
Прочие услуги	4 134,1	5,1	3 887,4	5,0	- 246,7	- 5,9
Прочие расходы (налоги и иные платежи)	840,7	1,0	739,5	1,0	- 101,2	- 12,0
Приобретение оборудования	5 520,7	6,8	6 289,9	7,9	769,2	13,9
Приобретение материальных запасов	16 560,0	20,2	17 675,5	22,3	1 115,5	6,7

Анализ данных представленных в таблице 2.13 свидетельствует, что средства, полученные от платных услуг, в 2016 г. уменьшились на 3,2 %.

В структуре расходов наибольший удельный вес занимает заработная плата, которая уменьшилась на 1890,2 тыс. руб. и начисления на заработную плату, которые также уменьшились на 892,8 тыс. руб.

Это связано с низким доходом населения, которые не могут позволить себе платные медицинские услуги и обострение конкуренции на рынке платных медицинских услуг.

Увеличились материальные запасы на 1115,5 тыс. руб. или 6,7 %, так как происходит колебание спроса и увеличение установленного графика поставок.

Эффективность финансово-хозяйственной деятельности во многом зависит от персонала, выполняющего все необходимые функции, его численности, состава и рациональности использования работников, поэтому особое значение имеет экономический анализ, связанный с использованием такого важного трудового ресурса, как численность работников.

Показатели численности работников приведены в таблице 2.14.

Таблица 2.14 – Численность работников в учреждении

Показатель	2015 г.	2016 г.	Отклонения
Всего работников (чел)	1 043	1 075	32

В таблице 2.14 численность работников РКБ увеличилась на 32 человека, это связано с постройкой нового корпуса и скорым его открытием.

К первой категории руководителей относится: Главный врач медицинского учреждения (1 чел).

Ко второй категории медицинский персонал высшего и среднего медицинского образования: Врачи (200 чел) и медицинские сестры (427 чел), что составит 58 % вместе с первой категорией.

К третьей категории младший медицинский персонал: Младшая медицинская сестра по уходу за больными; сестра-хозяйка; санитарка (мойщица), составит (247 чел) 23 %.

К четвертой категории прочий персонал лечебно-профилактического учреждения: бухгалтера, экономисты, юристы и другие, что составит (200 чел) 19 %.

Проанализируем среднюю заработную плату (в месяц) в таблице 2.15.

Таблица 2.15 – Анализ средней заработной платы

Показатели	2015 г.	2016 г.	Отклонения	
	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.	%
Средняя з/п в РКБ				
Врачи	49,1	54,0	4,9	9,9
Средний медицинский персонал	30,7	32,2	1,5	4,8
Младший медицинский персонал	18,0	18,3	0,3	1,6
Средняя з/п в РХ				
Врачи	40,0	42,8	2,8	7
Средний медицинский персонал	22,3	24,3	2	8,9
Младший медицинский персонал	15,0	15,2	0,2	1,3
Средняя з/п в России				
Врачи	59,0	60,2	1,2	2,0
Средний медицинский персонал	22,0	25,6	3,6	16,3
Младший медицинский персонал	14,2	16,7	2,5	17,6

При анализе таблицы 2.15 выявлено, что с 2015 по 2016 год произошло увеличение заработной платы по всем показателям. Особенно увеличилась в 2016 году заработная плата у врачей РКБ на 4,9 тыс. руб. (9,9 %), это связано с учетом повышения тарифов на платные услуги. По сравнению со средней заработной платой младшего медицинского персонала в РКБ и России, республика Хакасия имеет наименьшее отклонение 0,2 тыс. руб. (1,3 %). Заработная плата среднего медицинского персонала по России увеличилась на 3,6 тыс. руб. (16,3 %), ввиду реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

### 2.3 Заключительная оценка деятельности учреждения

В ходе выпускной работы выявлено, что республиканская больница по валюте баланса крупное от 28956,4 тыс. руб. С 2014 – 2016 гг. доход от оказанных платных медицинских услуг снизился на 12 %. Это связано с открытием диагностического центра «Абакан», что способствует конкуренции.

Основным источником финансирования является обязательное медицинское страхование, что составляет 996628,0 (91,7 %), но платные услуги занимают 2 место по кассовым поступлениям, хотя значительно ниже ОМС, что составляет 68269,3 (6,3 %). Таким образом, платные услуги, занимают огромную роль в деятельности учреждения и покрывают недостатки недофинансирования бюджета.

В учреждении, коэффициенты обновления основных средств осуществляется медленными темпами в 2016 году по сравнению с 2014 г. Коэффициент выбытия в 2016 году выше, чем коэффициент выбытия в 2014 году, это говорит о том, что происходит износ основных средств, которые не позволяют наиболее эффективно и качественно оказать медицинскую помощь.

Сумма расчетов по доходам увеличилась на 5536,5 тыс. руб. вследствие того, что увеличилась дебиторская задолженность по оказанным услугам. Прочие расчеты с дебиторами на начало года составляли – 312,5 тыс. руб. на конец года увеличились 1 061,5 тыс. руб., это связано с тем, что собственные средства учреждения находятся в залоге у других учреждений. В 2015 году учреждение должно было 3 752,4 тыс. руб. в 2016 году в разы меньше на – 95,5 %, это говорит о положительном моменте, где дебиторской задолженности больше, а кредиторской меньше.

За 2016 г. произошло понижение выручки на 3,2 %. Значение общей прибыли от продаж составило 11670,7 тыс. руб.

Наиболее рентабельными видами деятельности являются исследования, где уровень рентабельности 20 %, посещения 20 % и центр стерилизационного обслуживания 18 %, это связано с высоким спросом, эти виды услуг имеют максимальную рентабельность, так как существует приказ правительства, что в ГБУЗ начисляют не более 20 % на услуги.

Предприятия с таким уровнем рентабельности относятся к категории высокорентабельных.

## 2.4 Вопросы экологии

Настоящий Федеральный закон [21], определяет правовые основы обращения с отходами производства и потребления в целях предотвращения вредного воздействия отходов производства и потребления на здоровье человека и окружающую среду, а также вовлечения таких отходов в хозяйственный оборот в качестве дополнительных источников сырья.

Отходы производства и потребления (далее - отходы) – вещества или предметы, которые образованы в процессе производства, выполнения работ, оказания услуг или в процессе потребления, которые удаляются, предназначены для удаления или подлежат удалению в соответствии с Федеральным законом.

Зараженные болезнетворными микроорганизмами и вирусами отходы медицинских учреждений представляют опасность в эпидемическом и экологическом плане. Отсутствие в настоящее время в большинстве лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) организованной системы сбора, транспортировки и удаления медицинских отходов не исключает возможности обсеменения пациентов, персонала, функциональных помещений клиничко-диагностических отделений стационаров патогенными микроорганизмами, что может способствовать распространению инфекции за пределы медицинских учреждений. Сбор, транспортировка и захоронение на полигонах медицинских отходов осуществляются вместе с бытовыми, что создает реальную угрозу инфицирования и медицинского персонала, и населения, в то время как в мировой практике такие отходы собираются и уничтожаются отдельно [22].

В республиканской клинической больнице им Г. Я. Ремишевской, медицинские отходы относятся к классу А и Б.

Медицинские отходы класса Б:

- инфицированные и потенциально инфицированные отходы;
- материалы и инструменты, предметы загрязненные кровью или другими биологическими жидкостями;



– патологоанатомические отходы и органические операционные отходы (органы, ткани и т.д.);

– отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических, иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 3-4 групп патогенности;

– живые вакцины непригодные к использованию.

Утилизации медицинских отходов класса Б предшествует целый комплекс по правильному их сбору, хранению, транспортировке. Это обязательно плотная полиэтиленовая упаковка, пакеты хранятся в специальных контейнерах, из которых исключается протечка, выпадение мусора любой консистенции. Цвет упаковки или бирки на ней желтый.

Когда весь материал собран, упакован и готов к отправке на конечный пункт утилизации, ответственное лицо заполняет сопроводительный бланк. Документ извещает о характере отходов, месте сбора, дату и фамилию упаковщика.

К классу А относятся:

– канцелярские принадлежности;

– упаковка, мебель, инвентарь;

– пищевые отходы и отходы, не имеющие контакта с жидкостями пациентов.

Класс А рассматривается, как вторичное сырье по своему характеру приближенное к бытовому мусору. Сбор и утилизация отходов этой группы подразумевает обязательную упаковку в полиэтиленовые пакеты (нельзя использовать красные и желтые цвета), в дальнейшем этот мусор отправляется на обычный полигон, где хранится твердо бытовые отходы [23].

В РКБ им Г. Я. Ремишевской проверки санэпидстанции проходят успешно, без замечаний.

Чтобы улучшить конкурентоспособность больницы, необходимо ряд мер по усовершенствованию системы управления.

## ПРОЕКТНАЯ ЧАСТЬ 3 ПРОЕКТ РАСШИРЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

### 3.1 Анализ рынка платных медицинских услуг в Абакане

В настоящий момент каждый человек должен, осознано относиться к своему здоровью и пониманию того, что оно является самым дорогим удовольствием в жизни, на котором нельзя экономить. Поэтому многие люди полностью переходят на платные медицинские услуги. В настоящее время конкуренцию частным медицинским учреждениям составляют государственные учреждения, которые так же развивают платные медицинские услуги. На рынке г. Абакана в числе конкурентов будут являться диагностический центр «Абакан», Абаканская клиническая больница, Карпов и К. Рассмотрим факторы конкурентоспособности в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Факторы конкурентоспособности

Факторы конкуренции	РКБ им Г. Я. Ремишевской	Конкуренты		
		Диагностический центр «Абакан»	Карпов и К	Абаканская клиническая больница
Местонахождение	Оживленное место, близко от остановки	Непосредственно на остановке	Оживленное место, центр города	Оживленное место, центр города
Цены на услугу (УЗИ почек)	439	650	400	335
Качество обслуживания	высокое	высокое	низкое	среднее
Количество оказываемых услуг	820	725	248	626
Квалификация врачей	Высшее профессионально, кандидаты медицинских наук	Высшее образование	Высшее образование	Высшее образование
Репутация учреждения	Открылась с 1960г. Врачи высшей категории. Больница, имеет 24 отзыва из них 9 положительных *. К 2016 построился новый корпус	Дата основания 2014г. Новое здание, новое оборудование. Имеет 1 положительный отзыв *	Организация создана с 1993г. Имеется значительная доля врачей совместителей	Основана еще с дореволюционного периода в 1913г в Волостном селе Усть-Абакане (позднее переименованном в г.Абакан). Имеет 4 отзыва и все они отрицательные *

Из таблицы 3.1 делаем вывод, что республиканская клиническая больница имеет большие преимущества перед другими медицинскими учреждениями. В РКБ возможно так же предоставление бесплатной медицинской помощи в отличие от коммерческих учреждений, широкий спектр оказания услуг, как амбулаторный, так и параклиника и стационарная помощь. Отзывы исследованы на сайте: med-otzyv.ru. [24].

В больнице большой выбор высококвалифицированных специалистов, а также высокое федеральное финансирование. Конечно, есть конкуренты, как по ценам, так и по качеству. Но РКБ имеем ряд преимуществ.

Рассмотрим доли рынка в сегментах исследований (3.1), посещений (3.2) и стационара (3.3) на рисунках.

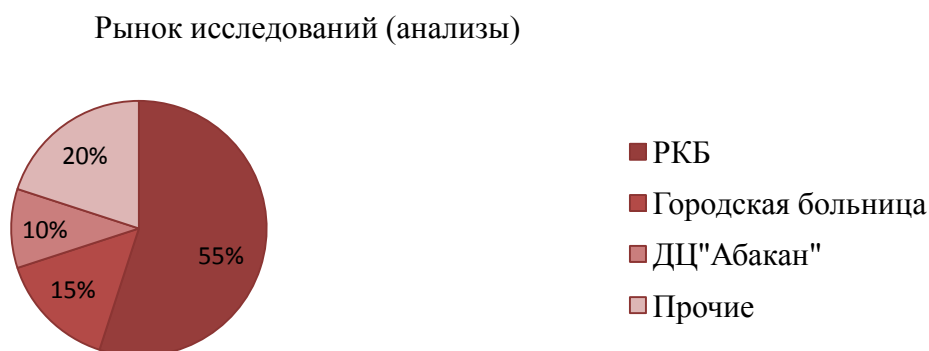


Рисунок 3.1 – Рынок исследований

На рисунке 3.1, рынок исследований считается самым востребованным сегментом на рынке платных услуг. Наибольшую долю в данном сегменте занимает РКБ – 55 %.

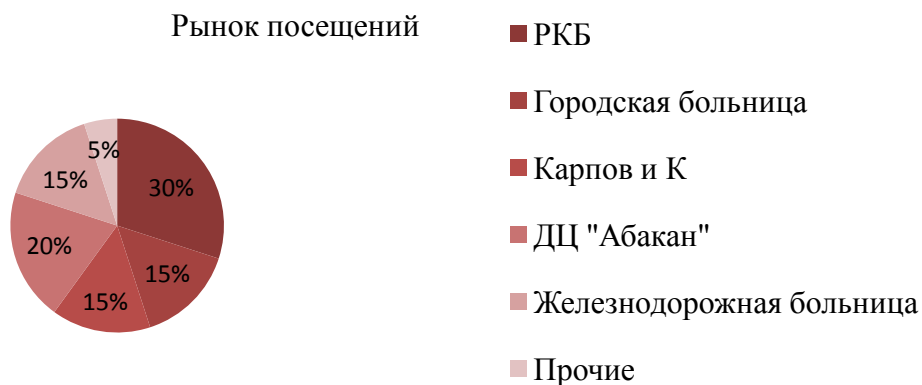


Рисунок 3.2 – Рынок посещений

На рисунке 3.2 видно, что РКБ занимает большую долю – 30 %, чем другие. Рынок посещений включает в себя количество пациентов побывавших в поликлинике на приеме у врача. На сегменте рынка посещений основными конкурентами являются городская больница, Карпов и К, ДЦ «Абакан» и железнодорожная больница.

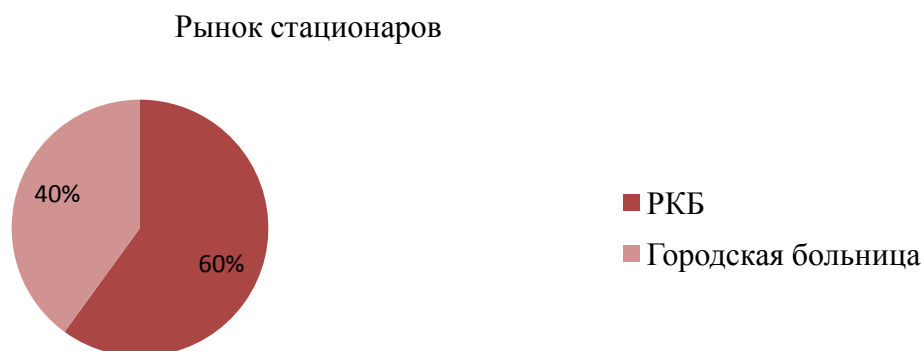


Рисунок 3.3 – Рынок стационаров

На рисунке 3.3 в сегменте стационаров у РКБ абсолютное преимущество 60 %, поскольку это сложный вид услуг. Рынок стационаров отсутствует на платной основе в коммерческих организациях, так как является дорогостоящей услугой.

Рассмотрим структуру источников финансирования платных медицинских услуг на рисунке 3.4.

Республиканская больница



Рисунок 3.4 – Источники финансирования платных медицинских услуг

На рисунке 3.4 большой доход приносят физические лица, что составляет 50 %.

Формирование рынка медицинских услуг связано с ростом конкуренции. Вне действия рыночного механизма находятся медицинские услуги, которые являются общественным коллективным благом, охватывающим своим потребительским эффектом всех пользователей. Приведем наиболее востребованные платные медицинские услуги, уровень качества которых оценен нами по 10-балльной шкале в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Характеристика платных медицинских услуг

	Магниторезонансная Томография (МРТ)	Компьютерная томография	Ультразвуковое исследование	Рентгенография
РКБ имени Г. Я. Ремишевской	10	10	10	10
Диагностический центр «Абакан»	10	9	10	10
Карпов и К	8	8	9	9
Абаканская клиническая больница	7	7	9	8

В таблице 3.2 при расстановке баллов учитывались основные 3 критерия: качество оборудования, сервис услуг и точность диагноза врача. Например,

услуга магниторезонансная томография в РКБ, удовлетворительна по всем трем критериям. ДЦ «Абакан» также удовлетворяет все три критерия. Карпов и К показывает, что точность диагноза врача не всегда является верным. Городская больница показывает уровень оборудования средний, сервис удовлетворительный, а установка диагноза не всегда соответствует действительности.

Республиканская больница, которая давно работает в системе здравоохранения или является базой для научных исследований, пользуется большим доверием у пациентов, чем частные, к которым относятся настороженно. Недоверие к частным учреждениям усугубляется тем, что в условиях демпинга со стороны государственных учреждений население не имеет представления о реальной стоимости услуг и считает ее завышенной.

Таким образом, в Республике Хакасия на рынке платных медицинских услуг наблюдаем, что невысокий уровень дохода населения не позволяет пользоваться платными услугами и поэтому конкуренция падает.

Рынок платных медицинских услуг в регионе активно растет, но по-прежнему далек от насыщения, так как предоставляется не весь спектр услуг и существует нехватка врачей.

### **3.2 Введение платной медицинской услуги «Дневной неврологический стационар»**

Для того чтобы повысить объем платных медицинских услуг, мы предлагаем ввести новую платную услугу «Дневной неврологический стационар». Рассмотрим в формате бизнес-планирования обоснование и расчет показателей данного проекта.

## Резюме

Дневной неврологический стационар (ДНС) предназначен для проведения лечебных и реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Вводим данную услугу, потому что в работе неврологического отделения значительная часть пациентов после операций нуждаются в реабилитационном курсе, а на бюджетной основе больница не может предоставить таких условий.

Дневной стационар будет рассчитан на амбулаторное лечение больных со следующей патологией:

1. Вертеброневрологические заболевания: нарушения в позвоночнике с неврологическими проявлениями, остеохондрозы, мышечные боли, радикулиты;
2. Заболеваниях периферической нервной системы: полиневриты, невриты, невриты лицевых нервов, тригеминальных невралгий и другие [25].

ДНС предлагается расположить в поликлинике на первом этаже, вместо администрации. Администрация переезжает в новый корпус на восьмой этаж. Площадь данного стационара будет 71,3 м<sup>2</sup>. Количество палат 5, всего 20 коек, одна ординаторская.

Перед открытием отделению требуется небольшой текущий ремонт (покрасить стены и побелить потолки). Имеется полная укомплектованность новым оборудованием.

Должность врача дневного стационара устанавливается из расчета: 1 должность на 10 коек, должность медицинской палатной сестры вводится из расчета: 1 должность на 10 коек. Должности палатных санитарок устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

## Маркетинговые исследования и маркетинговый план

В настоящее время на рынке услуг ДНС Республики Хакасия субъектами предложения услуг являются «Городская больница г. Абакана» и республиканская больница. Недостатком Городской больницы является предоставление услуг только за счет ОМС, платно не оказывают, хотя спрос высокий.

У республиканской больницы есть возможность выйти на рынок платных услуг ДНС.

Между тем, неврологические заболевания в республике, как и во всем мире, имеют тенденцию к росту, спрос на услуги дополнительного медицинского сопровождения растет.

Ежегодно пациентами неврологического отделения ГБУЗ становятся около 1700 человек, значительная часть которых нуждается в дополнительном лечении.

Предполагаем, что услугой ДНС смогут воспользоваться жители городов Абакана, Минусинска, Черногорска, Усть-Абакана, с. Белый Яр, а также Алтайского, Бейского, Аскизского, Усть-Абаканского, района и другие.

Привлечение потенциальных пациентов в дневной стационар планируется с использованием нескольких информационно-просветительских каналов:

- по рекомендации лечащего врача неврологического отделения ГБУЗ;
- по рекомендации лечащего врача в поликлинике;
- печатная просветительская реклама в стационаре и поликлинике в виде листовок в кармашках стенда;
- реклама на радио, телевидении, в газете.

Из предложенных вариантов самым эффективным и адресным каналом будет являться рекомендация врача, а из рекламных газета, так как она будет более подробно рассказывать, какие симптомы, куда и как обратиться и сколько стоит.



Рассмотрим возрастную структуру пациентов неврологического отделения в таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Возрастная структура

Возраст	Количество больных, чел	%
До 30 лет	3	1,3
От 31-40 лет	8	3,5
От 41-50 лет	33	14,7
От 51-60 лет	63	28,1
От 61-70 лет	60	26,8
Старше 70 лет	57	25,4
Всего:	224	

Из таблицы 3.3 можно увидеть, что наибольшее количество больных лечившихся в отделении, составили лица возрастной категории от 51 до 60 лет.

Маркетинговый план мероприятий представлен в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Маркетинговый план мероприятий на 2017 год

Мероприятия	План-max, руб.	План-min, руб.
1. Печать листовок 100шт. (1шт-3руб.max),(1шт-2руб.min)	300	200
2. Реклама на телевидении бегущая строка: а) Россия 5 сек, трансляция один раз в день (неделю); б) Интервью на канале ТНТ.	27 000 бесплатно	18 000 бесплатно
3. Рекламные статьи (2) в газете «Хакасия»	12 900	9 000
4. Интервью в газете «Хакасия»	бесплатно	бесплатно
5. Реклама на радио «Юг Сибири»	3 000	2 800
ИТОГО:	43 200	30 000

В таблице 3.4 видно, что маркетинговый план разработан в двух вариантах: широкая маркетинговая кампания потребует больших расходов за счет рекламы на телевидении и рекламных статей в газете, что составит 43 200 руб., минимальный маркетинг потребует 30 000 руб.

## Организационный план

Представим состав и соподчиненность сотрудников ДНС на рисунке 3.5.

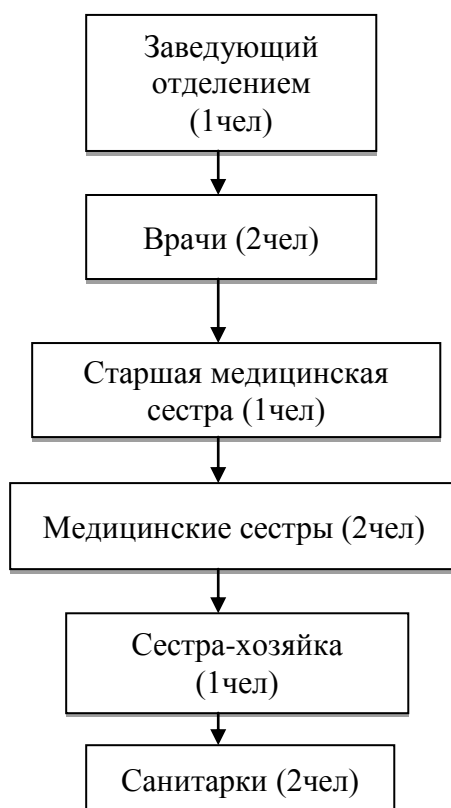


Рисунок 3.5 – Состав и соподчиненность сотрудников ДНС

На рисунке 3.5 представлена соподчиненность сотрудников во главе, которой заведующий отделением организует работу по оказанию первичной медико-санитарной помощи больным неврологического профиля, осуществляет постоянный контроль за введением медицинской документации.

Врачи оказывают квалифицированную медицинскую помощь, используя при этом современные методы диагностики, профилактики, лечения и последующей реабилитации пациента.

Старшая медицинская сестра рационально организует труд среднего и младшего медицинского персонала отделения; составляет графики работы и отпусков медицинского персонала отделения; составляет таблицу на заработную плату, оформляет листки временной нетрудоспособности сотрудников отделения.

Медицинские сестры подготавливают и передают в регистратуру листы самозаписи больных, талоны на прием к врачу на текущую неделю, а также подготавливают перед амбулаторным приемом врача-невропатолога рабочие места, контролируя наличие необходимой медицинской документации, оборудования, инвентаря, проверяя исправность аппаратуры и средств оргтехники.

Сестра-хозяйка руководит работой палатных санитарок и уборщиц по содержанию в порядке и чистоте всего отделения, контролирует качество уборки.

Санитарка осуществляет непрерывное круглосуточное наблюдение за пациентами, поддерживает чистоту в отделении.

В республиканской больнице повременной способ начисления заработной платы медицинскому персоналу. В ДНС персонал работает по совместительству с круглосуточным стационаром.

Форма оплаты труда работников ДНС является сдельно-повременная, так как будет зависеть от диагноза и количества больных в стационаре. Фонд оплаты труда формируется за счет штатного расписания по тарификации, где процент от выручки составит 22,5 % (без начисления на заработную плату).

Рассмотрим календарный план проекта ДНС в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Календарный план реализации проекта ДНС на прогнозный период

Мероприятие	Дата начала	Дата окончания
Текущий ремонт помещений	1.07.17	12.07.17
Разработка и утверждение Положения о ДНС	5.07.17	25.07.17
Оформление кадровых документов на совместительство	26.07.17	30.07.17
Рекламные акции: День открытых дверей	31.07.17, начало в 12	31.07.17, конец в 15
Прием больных	1.08.17	

В таблице 3.5 видно план по реализации проекта ДНС, где объем мероприятий реализуется с 1.07.17 по 1.08.17 г.

## План услуг

Рассмотрим план предоставления услуг дневного стационара в неврологическом отделении в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – План предоставления услуг ДНС

Показатель	Ед.измерения	1 прогнозный год	2 прогнозный год
Профилактический курс			
Количество договоров	договор	300	690
Цена (курс)	руб.	17 077,0	17 077,0
Сумма итого:	тыс. руб.	5 123,1	11 783,1

В таблице 3.6 планируется, что в первый прогнозный год количество заключенных договоров составит 300. Это является высоким показателем, так как спрос на ДНС большой, а коек всего 20. Данный показатель будет расти с каждым годом.

Во второй прогнозный год планируем повышение количества договоров в профилактическом курсе за счет увеличения койко-мест, что ведет за собой увеличение выручки.

Стандартный договор предусматривает услугу ДНС длительностью 12 дней.

Услуга включает консультации врача, наблюдение среднего медицинского персонала, пребывание в палате, постановку инъекций, расходные материалы, медикаменты, функциональные, ультразвуковые, рентгенологические и клинико-лабораторные методы исследования по показаниям (кроме дорогостоящих исследований и манипуляций).

Калькуляция расходов на стандартную услугу «Профилактический курс».

Годовой фонд заработной платы по тарификации:

Врач: 462 824,0 руб.

Средний персонал: 380 971,0 руб.

Младший персонал: 166 738,0 руб.

Итого ГФЗП по тарификации: 1 010 533,8 руб.

Отпускные: 142 248,5 руб.

Итого годовой ФЗП: 1 152 782,3 руб.

Среднемесячный ФЗП: 96 065,2 руб.

Командировочные расходы (каждый год проходит специализацию один врач)

Транспортные расходы (Абакан-Москва): 15 430 руб.

Командировочные 550\*30 дней = 16 500 руб.

Суточные 500руб\*30дней = 15 000 руб.

Стоимость обучения 5 000 руб.

Итого: 51 930 руб. на год. На 6 месяцев 25 965,0 руб.

Произведем расчет на медикаменты в таблице 3.7.

Таблица 3.7 – Расчет расходов на медикаменты

Профиль койки	Количество койко-дней в год	Затраты на медикаменты по стандарту	Сумма затрат
Профилактический курс	3 600	500	1 800 000

$300*12 = 3\,600$  койко-дней

$3\,600*500 = 1\,800\,000$  руб.

В таблице 3.7 показано, что сумма затрат составит 1 800 000 руб.

Рассчитаем на 1 случай, на среднее количество проведенных 12 дней:

$1\,800\,000/3\,600*12 = 6\,000$  руб.

Расчет на питание: 30 руб. (в день)\*12 = 360 руб. (на 1 человека, на среднее количество проведенных 12 дней).

Произведем расчет на мягкий инвентарь в таблице 3.8.

Таблица 3.8 – Расчет расходов на мягкий инвентарь

Наименование изделия	Количество на 1 ставку	На отделение	Цена за ед.	Сумма, руб.	Срок службы	Сумма затрат на 1 год
Белье нательное и постельное для больных						
Простыня	14	152,6	60	9 156	3	3 052
Пододеяльник	4	43,6	148	6 453	3	2 151

Подстилка (пеленка)	12	130,8	25	3 270	3	1 090
Наволочка подушек (верх)	8	87,2	80	6 976	3	2 325
Итого				25 855		8 617
Постельные принадлежности и прочие предметы для больных						
Матрац	1,5	16,35	400	6 540	4	1 635
Подушка перовая	2	21,8	330	7 194	10	719
Одеяло летнее	1	10,9	200	2 180	3	727
Мешки вещевые	0,3	3,27	40	131	4	33
Итого				16 043		3 113
Санитарная спецодежда врачи, медицинские сестры, санитарки						
Халат медицинский	4	78	380	29 640	3	9 880
Всего:				71 538		21 610

В таблице 3.8 видно, что большой расход идет на спецодежду 9 880 руб. Менее затратными являются постельные принадлежности, составит 3 113 руб.

Произведем расчет износа оборудования в таблице 3.9.

Таблица 3.9 – Расчет износа оборудования

Наименование оборудования	Количество	Сумма, руб.	Амортизация	Сумма амортизации 6 месяцев
Термометр медицинский	20	4 200	84	50,0
Негатоскоп	1	20 900	84	248,8
Аспиратор (отсасыватель) медицинский	2	46 600	84	554,7
Эхоэнцефалоскоп	1	127 000	84	1 512,0
Кушетка массажная	1	12 800	84	152,4
Анализатор глюкозы в крови (глюкометр), экспресс-анализатор портативный	1	4 710	84	56,0
Стабилограф компьютерный (устройство для диагностики функции равновесия)	1	425 000	84	5 059,5
Электроэнцефалограф	1	216 000	84	2 571,4
Итого:				10 204,8

Из таблицы 3.9 видно, что сумма амортизации за 6 месяцев составит, 10 204,8 руб.

### Калькуляция

расходов на оказание платной медицинской услуги

## «Профилактический курс в ДНС» (стандартный договор)

Расходы на оплату труда медицинскому персоналу – 1 152 782,3руб.

Косвенная заработная плата 19 % (заработная плата прачечной, пищеблока, ЦСО, прочего общепольничного персонала) – 219 028,6 руб.

Итого на оплату труда – 1 371 810,9 руб.

Начисления на заработную плату 30,2 % – 414 286,9 руб.

Накладные расходы 44 % (расходы на коммунальные услуги, услуги связи, услуги по содержанию имущества, на приобретение нефинансовых активов) – 603 596,8 руб.

Командировочные расходы (каждый год специализацию проходит один врач) – 25 965,0 руб.

Расходы на мягкий инвентарь – 10 805,0 руб.

Износ оборудования – 10 204,8 руб.

Арендная плата за год

Стоимость 1 м<sup>2</sup> в год – 860,0 руб.

71,3 м<sup>2</sup>\* 860,0 руб. = 61 318,0 руб. на год

30 659,0 на 6 месяцев.

Итого затрат в год – 2 467 328,4 руб. (без учета медикаментов и питания).

Рассчитываем, что сэкономим деньги и получим прибыль по итогам конкурсных процедур (согласно 44 Федерального закона «о закупках»), заключив контракты на поставку медикаментов дешевле.

$2\,467\,328,4 / 3\,000 * 12 = 9\,844,4$  руб.

$9\,844,4 * 1,3 = 12\,797,7$  руб. (закладываем максимальную прибыль 30%, более в медицинских учреждениях не допускается)

$9\,844,4 + 6\,000 + 360 = 16\,204,4$  руб. (с/с, затраты на 12 дней)

$9\,844,4$  (на рентабельность 30 %) =  $2\,473,3$  руб.

$16\,204,4 + 2\,473,3 = 18\,677,7$  руб. (стоимость с учетом прибыли)

## Инвестиционный план

Не приобретаем оборудование. Вся необходимая мебель имеется в стационаре.

### **Финансовый план**

Составленный нами ранее план услуг ДНС и рассчитанная калькуляция расходов на 1 стандартный договор позволяют приступить к разработке финансового плана на прогнозный период. Рассмотрим финансовый план в таблице 3.10.

Таблица 3.10 – Финансовый план ДНС

Показатели	1 прогнозный год	2 прогнозный год
	Сумма, тыс. руб.	Сумма, тыс. руб.
Выручка от продаж услуг ДНС	5 123,1	11 783,1
Себестоимость продаж услуг ДНС	4 381,3	10 077,0
Прибыль (убыток) от продаж	741,8	1 706,1
Текущий налог на прибыль	148,5	341,2
Чистая прибыль (убыток)	593,3	1 364,9

В таблице 3.10 при полной загрузке дневного стационара ожидается ежегодное увеличение выручки от платных услуг на 1 536,9 тыс. руб. (14,9 %) и чистой прибыли на 178,3 тыс. руб. (15,0 %).

Таким образом, при введении услуги ДНС в 1 прогнозный год ожидается увеличение выручки на 6,4 % во 2 прогнозный год на 14,8 %. Прибыль от продаж в 1 прогнозный год увеличится на 6,3 % и во 2 прогнозный год 14,6 %.

### **3.3 Система мер по усовершенствованию системы управления платными медицинскими услугами**

На основании проделанной работы и бухгалтерской отчетности были выявлены факторы затрудняющие управление системой платных медицинских услуг в лечебном заведении:



- снижение доходов от платных медицинских услуг;
- абсолютный дефицит медицинского персонала в регионе (врачей и медицинских сестер) приводит к ситуации, когда одни и те же сотрудники работают в ГБУЗ на бюджетной и внебюджетной основе, а также в частных медицинских центрах, что снижает качество медицинских услуг;
- значительный сегмент теневых услуг, инициаторами которых является медицинский персонал бюджетных учреждений, не позволяет использовать весь потенциал спроса в формате легальных платных услуг;
- медицинское оборудование, предназначенное для бесплатной медицинской помощи, используется и при оказании платных медицинских услуг, что ускоряет его износ;
- существуют проблемы ведения отдельного бухгалтерского (финансового и управленческого) учета и квалифицированного анализа данных;
- конкурентные позиции ГБУЗ на рынке платных медицинских услуг ослабляют такие факторы как ограниченные часы приема в течение дня, более скромные сервисные возможности, а также отсутствие эффективной рекламы;
- разные цели бесплатной и предпринимательской деятельности, что чаще всего приводит к трудностям их взаимодействия;
- недоверие потребителей к платной медицине;
- не предоставление отдельных помещений для оказания платных услуг;
- высокие цены на медицинские услуги;
- неразвитая система просветительского маркетинга.

Все эти проблемы препятствуют деятельности медицинских учреждений по оказанию платных медицинских услуг. Предложим систему мер по управлению системой платных медицинских услуг:

1. Создать центр платных услуг для координации действий отдельных подразделений в оказании платных услуг: заключения договоров с физическими и юридическими лицами на оказание платных услуг и страхование; организации оплаты медицинских услуг, развития функций маркетинга (см. рисунок 3.6).

Рассмотрим существующую структуру в республиканской больнице по платным услугам на рисунке 3.6.

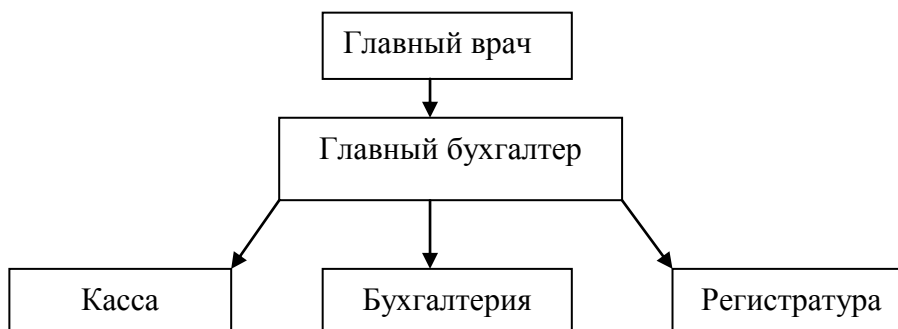


Рисунок 3.6 – Структура по предоставлению платных медицинских услуг

На рисунке 3.6 изображен фрагмент структуры республиканской больницы, где каждое подразделение выполняет часть функций, связанных с платными услугами. Предложим новую структуру с созданием центра платных услуг на рисунке 3.7.

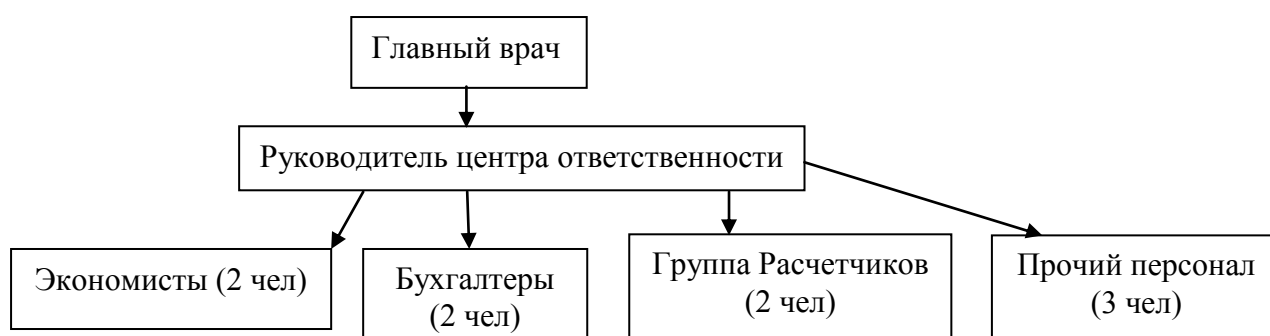


Рисунок 3.7 – Новая структура по предоставлению платных услуг

На рисунке 3.7 следует отметить, что создание Центра не приведет к дополнительным затратам. Специалисты, работающие в центре, переведены с основной работы бухгалтерии в центр. В дальнейшем при успешной деятельности данного отдела специалистам могут быть повышены оклады.

2. Создать отдельную регистратуру и приемное отделение, это поможет избежать пациентам больших очередей (что в свою очередь экономит время), обойтись без потери документов (амбулаторных карточек).

3. Выделить часы приема платных больных, с целью интенсификации использования имеющихся мощностей за счет их эксплуатации в вечернее время и в выходные дни.

4. Понизить цены на операции.

5. Ввести новую должность руководителя Центра по платным медицинским услугам. Данное нововведение позволит создать новый центр ответственности, координировать деятельность специалистов разного профиля.

Таким образом, предложенные мероприятия позволят повысить качество оказываемых услуг, увеличить объем и доход от платных медицинских услуг. А также создание новых условий в больнице позволит привлечь больше людей и поспособствует росту эффективности работы учреждения в целом.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проведенные в работе теоретические исследования позволили заключить следующее:

– в России созданы правила и порядок предоставления платных медицинских услуг, регламентируемые Федеральным законом. А также нормативные документы, позволяющие предоставлять платные услуги;

– стоимостный объем медицинского рынка в стране имеет тенденцию к росту (по итогам 2016 г. вырос на 4,7 % и достиг 2203,6 млрд. руб.). А в 2017 г. российский рынок медицинских услуг в стоимостном выражении достигнет 2267,6 млрд. руб., что на 2,9 % выше уровня 2016 г.;

– существуют различные проблемы в системе управления платными медицинскими услугами. В частности, серьезной проблемой является построение системы организации платных услуг, в том числе выбор между автономным существованием центра медицинских услуг и совмещением с бюджетными услугами.

На основании анализа финансово-хозяйственной деятельности можно сделать выводы:

– основным источником финансирования ГБУЗ является обязательное медицинское страхование, что составляет 996628,0 (91,7 %), но платные услуги занимают 2 место по кассовым поступлениям, хотя значительно ниже ОМС, что составляет 68269,3 (6,3 %). Таким образом, платные услуги восполняют недофинансирование бюджета;

– за 2016 г. произошло понижение выручки на 3,2 %, это связано с понижением использования платных медицинских услуг населением. Значение общей прибыли от продаж составило 11670,7 тыс. руб.;

– наиболее рентабельными видами деятельности являются исследования, где уровень рентабельности 20 %, посещения 20 % и центр стерилизационного обслуживания 18 %, это связано с высоким спросом, эти виды услуг имеют максимальную рентабельность, так как существует приказ правительства, что в ГБУЗ начисляют не более 20 % на услуги;

– в РХ происходит нехватка медицинских кадров отсюда врачи, и медицинские сестры подрабатывают в других больницах или платных центрах. Республиканская больница более обеспечена кадровым персоналом, но также нуждается в медицинских работниках по информации, представленной на портале здравоохранения в РХ, врачей требуется 11 человек, а медицинских сестер 6 человек.

В проектной части работы выполнены следующие исследования и разработки:

– для устранения выявленных проблем были разработаны системы мер по усовершенствованию системы платных медицинских услуг, а также ввели новую платную услугу «Дневной неврологический стационар»;

– при исследовании выявили, что снижение платных медицинских услуг в РКБ, происходит в виду большой конкуренции в связи с открытием частных медицинских клиник (Диагностический центр «Абакан», Карпов и К, Медлайн и др.);

– по результатам анализа, при введении услуги ДНС в 1 прогнозный год ожидается увеличение выручки на 6,4 % во 2 прогнозный год на 14,8 %. Прибыль от продаж в 1 прогнозный год увеличится на 6,3 % и во 2 прогнозный год 14,6 %.

Таким образом, предложенные мероприятия позволят повысить качество оказываемых услуг, увеличить объем и доход от платных медицинских услуг. А также создание новых условий в больнице позволит привлечь больше людей и поспособствует росту эффективности работы учреждения в целом.

Исходя из вышеизложенного цель выпускной работы была достигнута.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Конституция Российской Федерации : офиц. текст с учетом поправок от 21.07.2014г. №11 ФКЗ. – Москва, 2014.

2. Гражданский кодекс Российской федерации : в 1 ч. : по состоянию на 30.11.1994 (ред. от 07.02.2017). № 51 – ФЗ. – Москва, 1994.

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21. 11. 2011г. № 323 – ФЗ. – Москва, 2011. – 72 с.

4. О некоммерческих организациях : федер. закон от 12. 01. 1996 г. № 7 –

ФЗ. – Москва, 1996.

5. О бухгалтерском учете : федер. закон от 06.12.2011г. № 402 – ФЗ. – Москва, 2011.

6. Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг : постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006.

7. Правила предоставления платных медицинских услуг : приказ от 29.03.2016г. № 234. – Абакан, 2016.

8. Об утверждении форм первичных учетных документов и регистров бухгалтерского учета, применяемых органами государственной власти, органами местного самоуправления, органами управления государственными внебюджетными фондами, государственными учреждениями, и Методических указаний по их применению : Минфин России приказ от 30.03.2015г. №52н.

9. О требованиях к плану финансово-хозяйственной деятельности государственного учреждения : Минфин России приказ с изменениями от 29.08.2016г. № 142н.

10. Анализ финансово-хозяйственной деятельности предприятия : методические указания к курсовой работе / Т. И. Островских, М. А. Йоцене; Сиб. Федер. ун-т, ХТИ – филиал СФУ, - Абакан : Ред.-изд. сектор ХТИ – филиала СФУ, 2013. – 41с.

11. Голубева, М. Л. Медицинский менеджмент : специфика и подходы / М. Л. Голубева // Российское предпринимательство. – 2011. № 4 – 2(182). – С. 126 – 129.

12. Ковшевная, В. А. Управление и организационно-экономический механизм оказания платных медицинских услуг государственными лечебно – профилактическими учреждениями : автореф. дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 / Ковшевная Виктория Александровна. – Санкт – Петербург, – 2000. – 146 с.

13. Колядо, Е. В. Анализ норм действующего законодательства по предоставлению медицинскими организациями платных медицинских услуг / Е. В. Колядо [и др.]. Сибирский медицинский журнал. – 2014. – №2. – С. 138 – 141.
14. Кузнецов, О. И. Методическое обеспечение эффективности управления в здравоохранении / О. И. Кузнецов // Вестник Саратовского государственного социального – экономического университета. – 2010. – № 5. – С. 88–90.
15. Паперная, Г. Платные медицинские услуги / Г. Паперная // Журнал РБК. – 2016. – № 9. – С. 94 – 103.
16. Райзберг, Б. А. Современный экономический словарь : Инфра-М / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. – 2010. – 512 с.
17. Снегирева, Ю. Ю. Перспективы развития рынка платных медицинских услуг в Российской системе здравоохранения / Ю. Ю. Снегирева, Н. А. Ломакина, А. Б. Зудин // Труд и социальные отношения. – 2016. – № 2. – С. 3 – 20.
18. Уйба, В. В. Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба [и др.]. – Новосибирск ООО «Альфа – Ресурс», 2012. – 314 с.
19. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2012 – 2016гг, прогноз на 2017 – 2021гг [Электронный ресурс] : портал BusinessStat. – Москва, 2016. – Режим доступа: <http://businessstat.ru>.
20. ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им Г.Я. Ремишевской» [Электронный ресурс] : база данных содержит информацию о больнице. – Абакан. – Режим доступа: <http://resbol.mz19.ru/org/about/history.php>.
21. Об отходах производства и потребления [Электронный ресурс] : федер. закон от 24.06.1998 № 89 – ФЗ ред. от 28.12.2016 // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
22. Электронный каталог [Электронный ресурс] : база данных содержит сведения о новостях и технологиях в медицине. – Москва. – Режим доступа: <http://medbe.ru>.

23. Хлом [Электронный ресурс] : Всероссийский журнал о металлоломе. – Электрон. журн. – Режим доступа: <http://xlom.ru>.

24. Электронный каталог [Электронный ресурс] : база данных содержит информацию об отзывах больниц и врачей. – Режим доступа: <https://med-otzyv.ru>.

25. Федеральный сибирский научно-клинический центр ФМБА России [Электронный ресурс] : база данных содержит информацию о дневном стационаре неврологического отделения №5. – Режим доступа: <http://www.skcfmba.ru/polyclinic/departament/nevrologicheskoe-otdelenie-5/>.

26. Википедия [Электронный ресурс] : Свободная энциклопедия. – Режим доступа: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Актив\\_\(бухгалтерия\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Актив_(бухгалтерия)).

27. Академик [Электронный ресурс] : Словари и энциклопедии. – Режим доступа: <http://investments.academic.ru/1255/Пассив>.

28. Студопедия [Электронный ресурс] : Ваша школопедия. – Режим доступа: [http://studopedia.ru/1\\_115691\\_pokazateli-rentabelnosti.html](http://studopedia.ru/1_115691_pokazateli-rentabelnosti.html).

29. Инфопедия [Электронный ресурс] : Для углублений знаний. – Режим доступа: <http://infopedia.su/11x8c25.html>.

30. Электронный каталог [Электронный ресурс] : Малый бизнес шаг за шагом. – Режим доступа: <http://www.malb.ru/glossariy040.html>.