

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

Институт управления, экономики и природопользования
Кафедра менеджмента

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
_____ С.Л. Улина
«__» _____ 20__ г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

38.03.02.Менеджмент

38.03.02.02.08 Управление проектами (в организации)

Реализация проекта развития системы здравоохранения РФ
(на примере КБУЗ «Кежемская РБ»)

Руководитель	_____	ст. преподаватель	Яковлева Е.Ю.
	дата, подпись		
Консультант	_____	доцент	Курешов В.А.
	дата, подпись		
Выпускник	_____		Копытова Л.П.
	дата, подпись		

Красноярск 2017

Продолжение титульного листа БР по теме Реализация проекта кадрового обеспечения системы здравоохранения РФ(на примере КБУЗ «Кежемская РБ»)

Нормоконтролер

дата, подпись

Т.В. Вырупаева

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретические основы проектной деятельности в здравоохранении.....	9
1.1 Теория проектной деятельности.....	9
1.2 Управление реализацией проектов	14
2.3 Специфика проектной деятельности в здравоохранении	26
2 Анализ проектной деятельности объекта исследования.....	30
2.1 Анализ системы здравоохранения РФ	30
2.2 Внутренняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»	40
2.3 Внешняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»	51
3 Совершенствование проектной деятельности Кежемской РБ	56
3.1 Проблемы реализации государственного проекта развития системы здравоохранения.....	56
3.2 Предложения по совершенствованию процесса реализации проекта.....	60
3.3 Ожидаемый эффект от предложений.....	65
Заключение	71
Список использованных источников	73

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях хозяйствования проектная деятельность охватывает все сферы функционирования традиционного промышленного предприятия: производство, маркетинговую и инновационную деятельность, социальную сферу. Сложность и комплексность задач по управлению и реализацией проектов требует высокой компетентности, сочетание технических, технологических, экономических, правовых, организационных знаний и навыков и предопределяет актуальность разработки специфических методик, методов и приемов проектного менеджмента.

Проект рассматривается как ограниченный временными рамками процесс, имеющий определенное начало и конец, как правило, ограничен датой (но также может ограничиваться финансированием или достижением результатов), который осуществляется для реализации уникальных целей и задач, как правило, чтобы привести к выгодным изменениям или созданию добавленной стоимости.

Управление проектами предусматривает выполнение проекта, наиболее эффективно учитывая объем, качество, временные, ресурсные и финансовые ограничения. Сейчас управление проектами выделяется в специфическую область знаний по планированию, организации и управления ресурсами с целью успешного достижения целей и завершения задач проекта, объединяющую инвестиционные, промышленные, строительные, консалтинговые и инжиниринговые аспекты деятельности.

Управление проектом выступает циклом решения проблемы. Очень часто проект возникает как ответ на существующие проблемы предприятия. В этом случае реализация проекта рассматривается как совокупность следующих шагов: ощущение проблемы, сбор данных, определение проблемы, разработка возможных решений, оценка решений, выбор решения, план выполнения, внедрение.

Часто выполнения тех или иных задач тесно переплетена со стадиями жизненного цикла проектного менеджмента. Согласно одному из самых распространенных подходов жизненный цикл разбивают на четыре большие фазы: формулирование проекта, планирование, осуществление, завершение и осуществляют управление проектом в соответствии с особенностями каждой из указанных фаз. Проекты представляют собой динамические системы, которые постоянно развиваются, изменяются, следовательно, управление проектами - это искусство руководства и координации человеческих и материальных ресурсов на протяжении жизненного цикла проекта путем внедрения системы современных методов и техники управления для достижения определенных в проекте результатов по составу и объему работ, стоимости работ, времени, затраченного на работу, качеству работы и удовлетворению участников проекта.

Управление проектами является частью системы менеджмента организации.

Здравоохранение РФ – новое направление в проектной деятельности. Развитие системы здравоохранения Российской Федерации было и будет актуальным в связи с тем, что оно обусловлено объективной реальностью и существенным образом затрагивает жизнь и здоровье, права и законные интересы, как жителей государства, так и самой системы здравоохранения.

Рыночные отношения активно вторгаются в систему здравоохранения, изменяя и придавая медицинским учреждениям все больше самостоятельности. Тем самым, ставя перед системой здравоохранения сложные и, казалось бы, несвойственные ей задачи, происходит разрастание прав и обязанностей медицинских учреждений, и система становится более гибкой и готовой к переменам в обществе. Кардинальным изменениям подвергаются все уровни системы здравоохранения: федеральный, региональный, муниципальный. Особую важность при этом приобретает оценка проблем правовых и экономических связей на муниципальном уровне. На муниципальный уровень возлагается основная часть функций по решению проектов развития

здравоохранения РФ. Это способствует развитию местных структур, так как происходит вливание в бюджет дополнительных государственных средств и развитие. В современных условиях все чаще внимание исследователей стало уделяться реабилитации инвалидов, граждан пожилого и старческого возраста, как важной социальной проблеме.

Происшедшие в последние годы социально-экономические и другие изменения потребовали пересмотра многих принципов организации медицинской помощи. Тем не менее, в значительном количестве территорий медицинская служба продолжает работать с устаревшими подходами к проблеме, не пересматриваются структура существующих медицинских и социальных учреждений, состояние материальной базы и кадрового обеспечения и муниципальных инициатив в области здравоохранения.

В целях устойчивого социально-экономического развития страны, одним из приоритетов является сохранение и укрепление здоровья населения, формирования здорового образа жизни и доступной качественной медицинской помощи. В рамках государственных гарантий и в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного и зарубежного опыта был разработан проект развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года.

Основными задачами проекта развития системы здравоохранения РФ являются:

- создание условий, возможностей и побуждение населения для ведения здорового образа жизни;
- улучшение системы организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;

- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;
- развитие медицинской науки;
- информатизация здравоохранения.

В последние годы государством были сделаны крупные вложения в здравоохранение, но груз накопленных проблем остается весьма значительным. Отставание здравоохранения от западных стран ощущается значительно сильнее, чем многих других ключевых отраслей экономики. Чтобы противостоять новым вызовам, необходимо модернизировать систему здравоохранения, повысив ее технологический, организационный и профессиональный уровень. Для этого требуется заметное повышение места здравоохранения в системе бюджетных приоритетов на всех уровнях власти.

Первый этап проекта развития системы здравоохранения РФ был введен в 2012 году и показал неплохие результаты. Произошло частичное укрепление материально – технической базы, внедрение современных информационных систем, внедрение стандартов медицинской помощи, совершенствование медицинской помощи больным, с сердечно – сосудистой патологией. В это же время выявилось ряд проблем, которые планируется решить при помощи второго этапа проекта развития здравоохранения РФ.

Второй этап планируется до конца реализовать до 2020 года. Финансирование происходит за счет перераспределения средств внутри государственной программы «Развитие здравоохранения» с концентрацией этих средств на наиболее важных приоритетах.

Объектом исследования является реализация проекта развития системы здравоохранения на примере Краевого Государственного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Кежемская Районная Больница», далее КГБУЗ «Кежемская РБ».

Предметом деятельности является проектная деятельность КГБУЗ «Кежемская РБ».

Целью исследования является выявление проблем в Краевом Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Кежемская Районная Больница» при реализации государственного проекта развития системы здравоохранения.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- проанализировать специфику проектной деятельности в здравоохранении Российской Федерации;
- показать место РБ в системе здравоохранения;
- изучить подпрограммы проекта развития системы здравоохранения Российской Федерации;
- проанализировать влияние подпрограмм на Краевое Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Кежемская Районная Больница»;
- внести предложения для совершенствования процесса реализации проекта

Теоретической основой исследования послужила государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников.

1 Теоретические основы проектной деятельности в здравоохранении

1.1 Теория проектной деятельности

Проектная деятельность – важный элемент современной системы менеджмента в России. Проектный менеджмент используется для улучшения качества производимого продукта, увеличения прибыли и снижения расходов.

В современном мире происходит постепенная переориентация организаций и предприятий в компетентностные модели, которые предлагают не только знания, но и умение грамотно ими пользоваться. Важнейшей задачей в проектной деятельности является умение ориентироваться в информационном пространстве, применять добытые знания на практике. Необходимо научиться планировать действия, обдумывать принимаемые решения и сотрудничать с компетентными сотрудниками.

Роль управления проектной деятельностью в здравоохранении говорит о повышении качества межведомственного взаимодействия по охране здоровья населения, прозрачности и экономии бюджетных средств. Переход к управлению проектами помогает ускорить результаты поставленных задач, сократить потери, упростить получение вложений из бюджета Российской Федерации и разработать меры по защите от возможных потерь.

Проектвуправленческой деятельности (англ. Project от лат. Projectus — брошенный вперед, выступающий, выдающийся вперед) — временное предприятие, направленное на создание уникального продукта, услуги или результата.¹

Основные принципы проектного управления

В качестве результата обобщенного опыта и системного явления управление проектами руководствуется определенными принципами. Принципы управления проектами происходят из закономерностей, которые в свое время привели к успеху многочисленные решения. Имея специфические особенности, они также ориентированы и на общеуправленческие принципы. Состав основных принципов:

- принцип дифференцированного подхода. При координации и регулировании обязательно следует учитывать и использовать разнообразные стороны проектной инфраструктуры. К ним относятся ожидания и вклады участников, специализированные стандарты projectmanagement и особенности реализации проектов по их типам;

- принцип экономической целесообразности. Данный принцип предполагает опережающий рост отдачи от реализации всего портфеля проектов компании в сравнении с совокупностью бюджетов на их реализацию и расходами на содержание проектного офиса. Все ресурсы, задействованные в реализации, находятся под контролем благодаря описанным в процессах процедурам. Действия вне будущей экономической целесообразности в рамках проектной деятельности не допустимы;

- принцип гибкости. Предполагается оперативное и гибкое реагирование команды на все вызовы и изменения внутренней и внешней ситуации по отношению к проекту. В отдельных случаях руководство уникальной задачей гибко реагирует и на изменения в компании в целом. При этом гибкость несколько не исключает достаточное жесткое соблюдение процессуальных процедур проектной деятельности;

- принцип конкурентоспособности. В условиях ограниченности трудовых и финансовых ресурсов направления реализации задач подлежат ранжированию и отбору на конкурсной основе во внутрикорпоративной конкурентной среде. Выбор проектов производится, исходя из условий важности (соответствия стратегии), проблемности и ресурсобеспеченности;

- принцип разделения полномочий. Процессная концепция менеджмента, которая применяется при управлении проектами, требует соблюдения принципа принадлежности каждого процесса единственному владельцу. Владелец процесса отвечает за этапы внутрипроцессных работ и достижение итогового результата;

- принцип открытости. Допускается, что текущая проектная практика может не соответствовать предписаниям стандартов. В таком случае

предполагается и рекомендуется перепроверить основные положения процедур. В этом заключается открытость стандартов управления проектами для их развития;

- принцип bestpractices. Руководство компании обязано поощрять своих менеджеров, команды на применение лучшего отечественного и мирового опыта в сфере управления проектами. Основные аспекты лучших практик подлежат заимствованию из всех доступных источников.¹

Основные элементы проекта:

- Направленность на достижение целей. Проекты нацелены на получение определенных результатов - иными словами, они направлены на достижение целей. Именно эти цели являются движущей силой проекта, и все усилия по его планированию и реализации предпринимаются для того, чтобы эти цели были достигнуты.

- Проект обычно предполагает целый комплекс взаимосвязанных целей. Тот факт, что проекты ориентированы на достижение цели, имеет огромный внутренний смысл для управления ими. Прежде всего, он предполагает, что важной чертой управления проектами является точное определение и формулирование целей, начиная с высшего уровня, а затем постепенно опускаясь до наиболее детализированных целей и задач. Кроме того, отсюда следует, что проект можно рассматривать как преследование тщательно выбранных целей, и что продвижение проекта вперед связано с достижением целей все более высокого уровня, пока, наконец, не достигнута конечная цель.

- Координированное выполнение взаимосвязанных действий. Проекты сложны уже по самой своей сути. Они включают в себя выполнение многочисленных взаимосвязанных действий. В отдельных случаях эти взаимосвязи достаточно очевидны (например, технологические зависимости), в других случаях они имеют более тонкую природу. Некоторые промежуточные

¹<http://projectimo.ru/upravlenie-proektami/osnovy-upravleniya-proektami.html>

задания не могут быть реализованы, пока не завершены другие задания; некоторые задания могут осуществляться только параллельно, и так далее. Если нарушается синхронизация выполнения разных заданий, весь проект может быть поставлен под угрозу. Если немного задуматься над этой характеристикой проекта, становится, очевидно, что проект - это система, то есть единое целое, складывающееся из взаимосвязанных частей, причем система динамическая, и, следовательно, требующая особых подходов к управлению.

- Ограниченная протяженность во времени. Проекты выполняются в течение конечного периода времени. Они временны. У них есть более или менее, четко выраженные начало и конец. Проект заканчивается, когда достигнуты его основные цели. Значительная часть усилий при работе с проектом направлена именно на обеспечение того, чтобы проект был завершён в намеченное время.

- Отличие проекта от производственной системы заключается в том, что проект является однократной, не циклической деятельностью. Серийный же выпуск продукции не имеет заранее определенного конца во времени и зависит лишь от наличия и величины спроса. Когда исчезает спрос, производственный цикл кончается. Производственные циклы в чистом виде не являются проектами. Однако в последнее время проектный подход все чаще применяется и к процессам, ориентированным на непрерывное производство. Проект как система деятельности существует ровно столько времени, сколько его требуется для получения конечного результата. Концепция проекта, однако, не противоречит концепции фирмы или предприятия и вполне совместима с ней. Иногда проект часто становится основной формой деятельности фирмы.

- Уникальность. Проекты - мероприятия в известной степени неповторимые и однократные. Основные источники уникальности, могут быть заложены в специфике конкретной производственной ситуации, специфических требованиях к проекту, жестких ресурсных и/или временных ограничениях.

При реализации проекта часто приходится делать то, что никогда раньше не делалось. И поскольку прошлый опыт может в данном случае лишь ограниченно подсказывать, чего можно ожидать при выполнении проекта, проект полон риска и неопределенности.²

Основные этапы управления проектной деятельностью:

1. Инициализация проекта начинается от образования идеи проекта и заканчивается принятием решения участия или не участия компании в этом проекте. Инициализация проекта включает в себя стадии, которые могут реализовываться одновременно друг с другом.

Стадии инициализации:

- создание концепции определенного проекта (определение задач и целей, сбор данных, анализ потребностей, анализ проблемы в проекте);
- рассмотрение и утверждение концепции проекта;
- решение о начале проекта (назначение ответственного лица, решение об обеспечении ресурсами).

2. Планирование проекта. Происходит определение точных задач, которые должны привести к поставленной цели с учетом всех факторов его реализации. Планирование включает в себя процессы непосредственной разработки планов и вспомогательные мероприятия. Основным результатом этого этапа является план проекта. В состав плана входят: бюджет мероприятия, календарный план, планирование возможных рисков и ряд других документов.

3. Организация проекта. Входит организация людей, также создание структуры, которая требуется для реализации плана и входит подбор материальных, финансовых, людских ресурсов для выполнения запланированной работы.

²Фунтов В. Н. Основы управления проектами в компании : учебное пособие по дисциплине, специализации, специальности "Менеджмент организации". – М. – СПб. [и др.] : Питер , 2011. – 394 с.Свердловская ОУНБ; ЕФ; Шифр 65.05; Авторский знак Ф948; Инв. номер 2317748-ЕФ

4. Контроль. После того, как все объединится в единую структуру, необходимо провести контроль процесса реализации проекта, системы отчетности о состоянии проекта в определенные его жизненные циклы.

5. Изменения. После обнаружения проблемы, которая может внести изменения в план работы, руководитель проекта может внести изменения.³

Проекты можно классифицировать по нескольким признакам:

По масштабу (размеры, стоимость, количество участников) проекты могут быть поделены на монопроекты, мультипроекты, мегапроекты.

По типу проекты могут быть поделены на: технические, экономические, организационные, социальные, юридические и другие типы (в зависимости от отрасли главной цели проекта).

По длительности проекты могут быть поделены на: краткосрочные (до 1 года), среднесрочные (от 1 года до 5 лет), долгосрочные (свыше 5 лет).

По сложности проекты могут быть поделены: простые, сложные, очень сложные.

Проекты могут быть классифицированы по видам в зависимости от характера предметной области проекта.

Таки образом, проектную деятельность можно рассматривать, как набор процедур, которые используются для планирования и контроля заданий, основной целью которого является получение результата в установленные сроки и в рамках выделенных бюджетных средств.

1.2 Управление реализацией проектов

К факторам, способствующим успешной реализации проекта, относятся:

- четко поставленные цели. Приверженность заявленным целям;
- компетентный руководитель проекта. Грамотный, коммуникабельный руководитель, имеющий необходимый технический и административный опыт;

³<http://vernikov.ru>

- поддержка со стороны руководителей высшего звена. Все заинтересованные стороны должны знать об этой поддержке и ее чувствовать;
- компетентные члены проектной группы. Успех проекту обеспечивает грамотная и подготовленная группа исполнителей;
- достаточное ресурсное обеспечение. Финансовые, кадровые, материальные и другие ресурсы в достаточном количестве;
- адекватное информационное сопровождение. Наличие необходимой для реализации проекта информации о целях, статусе, изменениях, организационных условиях и потребностях клиентов;
- механизмы управления. Механизмы управления происходящими событиями и выявления отклонений от плана;
- обратная связь. Все заинтересованные стороны по проекту должны иметь возможность изучать положение дел и вносить соответствующие предложения и коррективы;
- отзывчивость к клиентам. Все потенциальные пользователи проекта получают информацию о состоянии дел по проекту;
- механизмы поиска и коррекции отклонений. Система мер по поиску проблем и устранению их причин;
- неизменность состава участников проекта. Кадровая составляющая проекта на весь срок его реализации должна в максимально возможной степени оставаться постоянной. Частая смена кадров может привести к распылению накопленного группой опыта.⁴

Для управления проектами существуют несколько типов организационных структур: линейная, функциональная, матричная.

Линейная структура управления схематично представлена на рисунке 1. Ответственным за вверенное подразделение является руководитель. В

⁴⁴Фунтов В. Н. Основы управления проектами в компании : учебное пособие по дисциплине, специализации, специальности "Менеджмент организации". – М. – СПб. [и др.] : Питер , 2011. – 394 с.Свердловская ОУНБ; ЕФ; Шифр 65.05; Авторский знак Ф948; Инв. номер 2317748-ЕФ

линейной структуре предполагается, что каждый работник подчинен определенному руководителю, и вся связь с вышестоящим начальством происходит через него. В данной структуре очень выражена ответственность, которая гарантирует быструю реакцию на приказ.

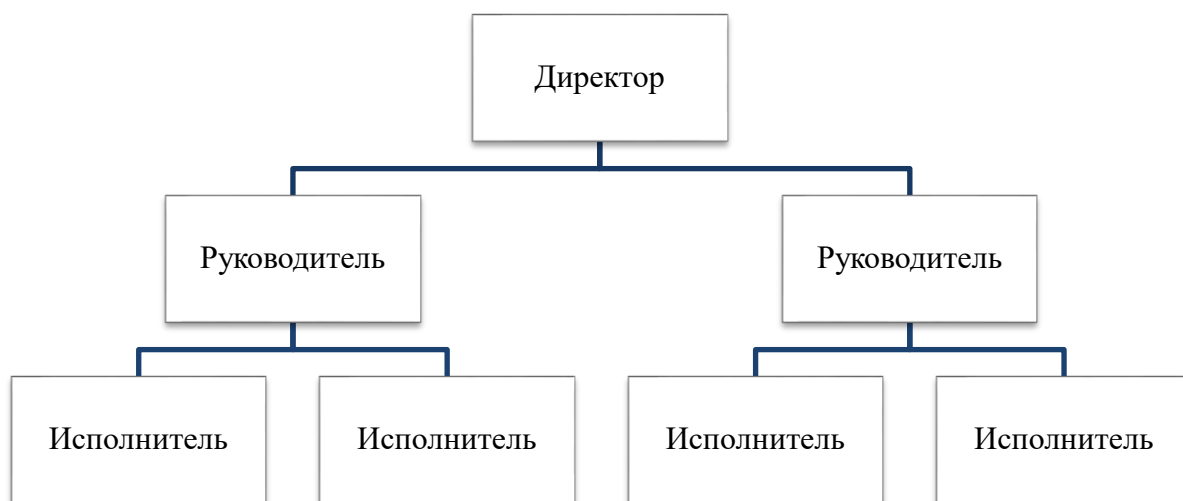


Рисунок 1- Линейная структура управления

Преимущества: согласованность действий, повышение ответственности руководителя за вверенное ему подразделение, четкость приказов, оперативность принятия решений, личная ответственность руководителя за конечный результат его подразделения.

Недостатки: высокие требования к руководителю, большая перегрузка информацией, документацией, множество контактов со смежными организациями и подчиненными.

Линейная структура подходит мелким фирмам и средним организациям, ведущим несложное производство.

В функциональной структуре управления происходит разделение управленческого труда по функциям управления. По каждому из направлений можно назначить заместителя директора и передать ему определенные ресурсы

и полномочия. Схематично функциональная структура представлена на рисунке 2.

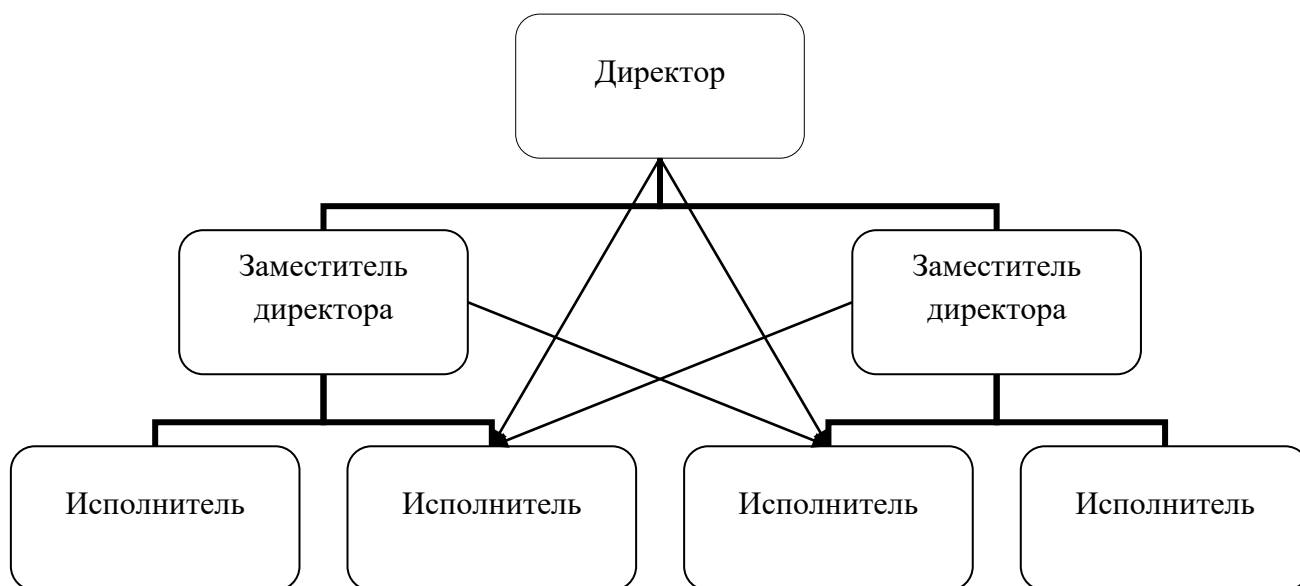


Рисунок 2 – функциональная система управления

Преимущества: высокая компетентность заместителей директора, высвобождение руководителя для оперативного линейного управления.

Недостатки: иерархия в структуре взаимоотношений, очень длительное принятие решений, отсутствие взаимопонимания и единства, снижение ответственности у исполнителей за работу, дублирование и несогласований приказов.

Функциональная структура приемлема для учреждений и фирм с большим количеством персонала и определенным видом деятельности.

Для управлением реализацией проектов, помимо структуры важен и жизненный цикл проекта.. Начало жизненного цикла проекта совпадает по времени с началом проекта, а его окончание - с завершением проекта.

Любой проект проходит через определенные фазы в своем развитии. Фазы жизненного цикла проекта могут различаться в зависимости от сферы деятельности и принятой системы организации работ. Однако у каждого проекта можно выделить начальную стадию, стадию реализации проекта и

стадию завершения работ по проекту. Понятие жизненного цикла проекта является одним из важнейших для менеджера, поскольку именно текущая стадия определяет задачи и виды деятельности менеджера, используемые методики и инструментальные средства.⁵

Наиболее традиционным является разделение проекта на четыре крупных этапа: разработка концепции проекта, планирование (разработка), реализация и завершение. Уровень усилий, прилагаемых для успешного осуществления проекта, возрастает до стадии реализации проекта, а затем постепенно уменьшается. Изменение уровня усилий по фазам проекта показано на рисунке 3.⁶



Рисунок 3 - Фазы жизненного цикла проекта

Рассмотрим фазы жизненного цикла проекта:

1. Концепция проекта. Разработка концепции проекта, по существу подразумевает функцию выбора проекта. Проекты инициируются в силу возникновения потребностей, которые нужно удовлетворить. Однако в

⁵Лапыгин Ю. Н. Оценка эффективности проектного управления // Экономический анализ : теория и практика. - 2011. - N 15. - С. 50-53

⁶ <http://projectimo.ru/upravlenie-proektami/zhiznennyj-cikl-proekta.html>

условиях дефицита ресурсов невозможно удовлетворить все потребности без исключения. Решения принимаются исходя из наличия ресурсов, и в первую очередь - финансовых возможностей, сравнительной важности удовлетворения одних потребностей и игнорирования других, сравнительной эффективности проектов. Решения по отбору проектов к реализации тем важнее, чем масштабнее предполагается проект, поскольку крупные проекты определяют направление деятельности на будущее (иногда на годы) и связывают имеющиеся финансовые и трудовые ресурсы.

Для сравнительного анализа проектов на данном этапе применяются методы проектного анализа, включающие в себя финансовый, экономический, коммерческий, организационный, экологический, анализ рисков и другие виды анализа проекта.

2. Планирование(разработка) в том или ином виде производится в течение всего срока реализации проекта. В самом начале жизненного цикла проекта обычно разрабатывается неофициальный предварительный план. Решение о выборе проекта в значительной степени основывается на оценках предварительного плана. Формальное и детальное планирование проекта начинается после принятия решения о его реализации. Определяются вехи проекта, формулируются задачи работы и их взаимная зависимость. Именно на этом этапе используются системы, предоставляющие руководителю проекта набор средств разработки формального плана: средства построения иерархической структуры работ, сетевые графики и диаграммы Ганта, средства назначения и гистограммы загрузки ресурсов.

Как правило, план проекта не остается неизменным, и по мере осуществления проекта подвергается постоянной корректировке с учетом текущей ситуации.

3.Реализация (осуществление). По мере осуществления проекта, руководители обязаны постоянно контролировать ход работ. Контроль заключается в сборе фактических данных о ходе работ и сравнении их с плановыми. Основной задачей является анализ возможного влияния

отклонений в выполненных объемах работ на ход реализации проекта в целом и в выработке соответствующих управленческих решений

4. Завершение. Проект заканчивается, когда достигнуты поставленные перед ним цели. Иногда окончание проекта бывает внезапным и преждевременным. Когда проект заканчивается, его руководитель должен выполнить ряд мероприятий, завершающих проект. Конкретный характер этих обязанностей зависит от характера самого проекта.

Процессы управления проектом.

Процесс - это совокупность действий, приносящая результат. Процессы проекта обычно выполняются людьми и распадаются на две основные группы:

- процессы управления проектами - касающиеся организации и описания работ проекта;
- процессы, ориентированные на продукт - касающиеся спецификации и производства продукта.

Эти процессы определяются жизненным циклом проекта и зависят от области приложения и представлены на рисунке 4.⁷

⁷<http://projectimo.ru/upravlenie-proektami/zhiznennyj-cikl-proekta.html>

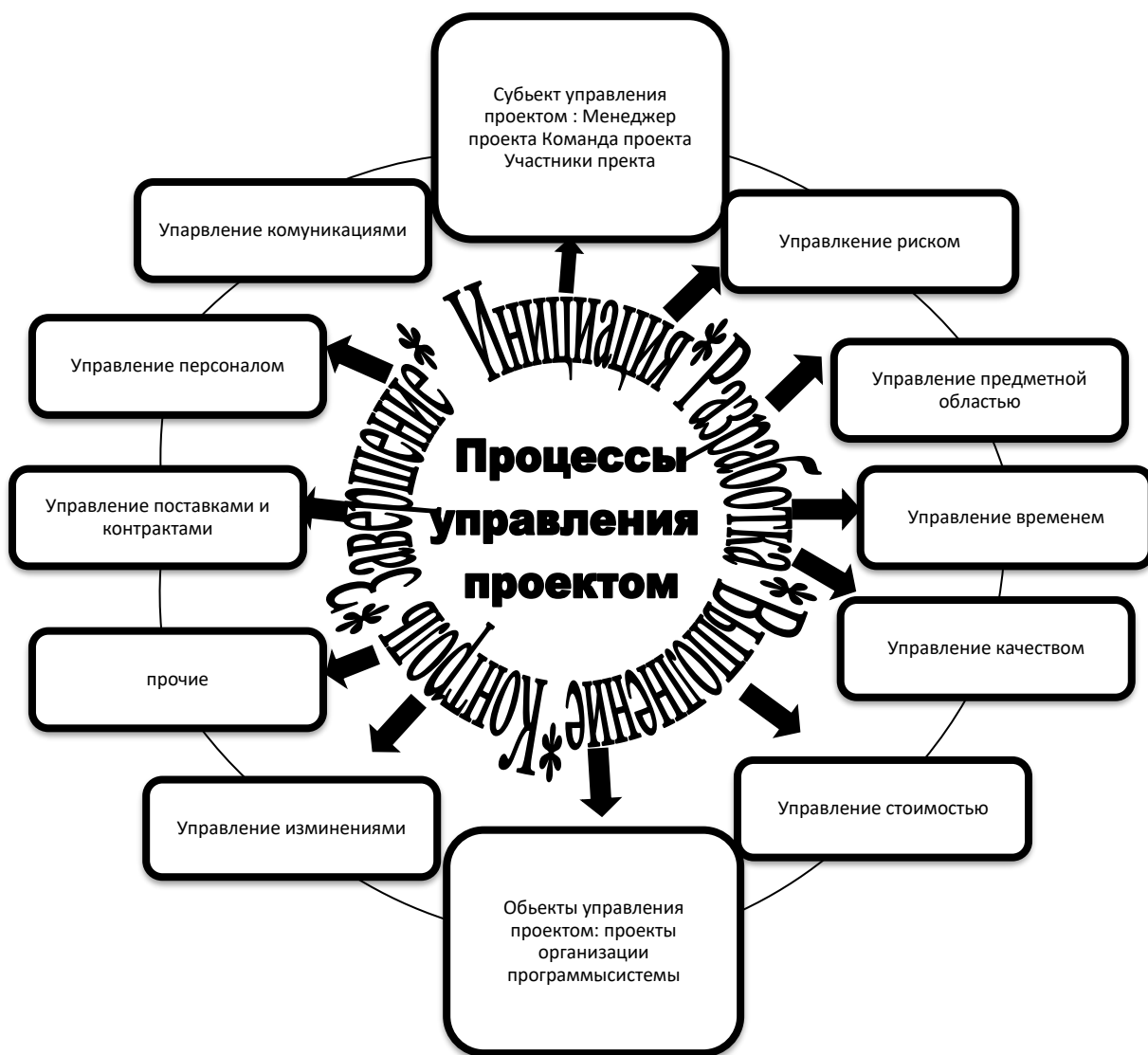


Рисунок 4 - Процессы управления проектами

В проектах процессы управления проектами и процессы, ориентированные на продукт, накладываются и взаимодействуют. В частности, цели проекта не могут быть определены при отсутствии понимания того, как создать продукт.

Процессы управления проектами могут быть разбиты на шесть основных групп, реализующих различные функции управления:

1. Процессы инициации - принятие решения о начале выполнения проекта;

2. Процессы планирования - определение целей и критериев успеха проекта и разработка рабочих схем их достижения;

3. Процессы исполнения - координация людей и других ресурсов для выполнения плана;

4. Процессы анализа - определение соответствия плана и исполнения проекта поставленным целям и критериям успеха и принятие решений о необходимости применения корректирующих воздействий;

5. Процессы управления - определение необходимых корректирующих воздействий, их согласование, утверждение и применение;

6. Процессы завершения - формализация выполнения проекта и подведение его к упорядоченному финалу.

В реальном проекте фазы могут не только предшествовать друг другу, но и накладываться.

Повторение инициации на разных фазах проекта помогает контролировать актуальность выполнения проекта. Если необходимость его осуществления отпала, очередная инициация позволяет вовремя это установить и избежать излишних затрат.

Планирование имеет большое значение для проекта, поскольку проект содержит то, что ранее не выполнялось.

Планирование включает сравнительно много процессов. Однако не следует считать, что управление проектами это в основном планирование. Усилия, прилагаемые для планирования, следует соизмерять с целями проекта и полезностью полученной информации.

В ходе исполнения проекта процессы планирования многократно повторяются.

Изменениям могут подвергнуться цели проекта, его бюджет, ресурсы. Кроме того, планирование проекта - это не точная наука. Различные команды проекта могут разработать различные планы для одного и того же проекта. Основываясь на вышесказанном, выделяются основные и вспомогательные процессы планирования.

Основные процессы планирования.

Некоторые из процессов планирования имеют четкие логические и информационные взаимосвязи и выполняются в одном порядке практически во всех проектах.

К основным процессам планирования относятся: планирование целей, декомпозиция целей, определение состава операций (работ) проекта, определение взаимосвязей, оценка длительностей или объемов работ, определение ресурсов (людей, оборудования, материалов) проекта, назначение ресурсов, оценка стоимостей, составление расписания выполнения, оценка бюджета, разработка плана исполнения проекта - интеграция результатов остальных подпроцессов для составления полного документа.

Процессы исполнения и контроля. Под исполнением подразумеваются процессы реализации составленного плана. Исполнение проекта должно регулярно измеряться и анализироваться для того, чтобы выявить отклонения от намеченного плана и оценить их влияние на проект. Регулярное измерение параметров проекта и идентификация возникающих отклонений далее также относится к процессам исполнения и называется контролем исполнения. Контроль исполнения следует проводить по всем параметрам, входящим в план проекта.

К основным процессам исполнения можно отнести сам процесс исполнения плана проекта.

К вспомогательным процессам относятся: учет исполнения, подтверждение, подготовка предложений, выбор поставщиков, контроль контрактов, развитие команды проекта.

Процессы анализа включают как анализ плана, так и анализ исполнения проекта.

Анализ плана означает определение того, удовлетворяет ли составленный план исполнения проекта предъявляемым к проекту требованиям и ожиданиям участников проекта. Он выражается в оценке показателей плана командой и другими участниками проекта. На стадии планирования результатом анализа

плана может быть принятие решения о необходимости изменения начальных условий и составления новой версии плана, либо принятие разработанной версии в качестве базового плана проекта, который в дальнейшем служит основой для измерения исполнения. В дальнейшем изложении анализ плана не выделяется в качестве отдельной группы процессов, а включается в группу процессов планирования, делая эту группу процессов по своей природе итеративной. Таким образом, под процессами анализа в дальнейшем понимаются процессы анализа исполнения.

Процессы анализа исполнения предназначены для оценки состояния и прогноза успешности исполнения проекта согласно критериям и ограничениям, определенным на стадии планирования. В силу уникальности проектов эти критерии не являются универсальными, но для большинства проектов в число основных ограничений и критериев успеха входят цели, сроки, качество и стоимость работ проекта. При отрицательном прогнозе принимается решение о необходимости корректирующих воздействий, выбор которых осуществляется в процессах управления изменениями.

Процессы анализа также можно подразделить на основные и вспомогательные.

К основным относятся те процессы анализа, которые непосредственно связаны с целями проекта и показателями, характеризующими успешность исполнения проекта: анализ сроков, анализ стоимости, анализ качества, подтверждение целей.

Вспомогательные процессы анализа связаны с анализом факторов, влияющих на цели и критерии успеха проекта. Эти процессы включают: исполнения, анализ ресурсов.

В результате анализа либо принимается решение о продолжении исполнения проекта по намеченному ранее плану, либо определяется необходимость применения корректирующих воздействий.

Управление исполнением проекта - это определение и применение необходимых управляющих воздействий с целью успешной реализации

проекта. Если исполнение проекта происходит в соответствии с намеченным планом, то управление фактически сводится к исполнению - доведению до участников проекта плановых заданий и контролю их реализации. Эти процессы включаются в процессы исполнения. Другое дело, если в процессе реализации возникли отклонения, анализ которых показал, что необходимо определение и применение корректирующих воздействий. В этом случае требуется найти оптимальные корректирующие воздействия, скорректировать план оставшихся работ и согласовать намеченные изменения со всеми участниками проекта.

Итак, процессы управления предназначаются для определения, согласования и внесения необходимых изменений в план проекта. Такие процессы управления часто называются управлением изменениями и иницируются процессами анализа.

К основным процессам управления, встречающимся практически в каждом проекте, относятся: общее управление изменениями, ресурсами, целями, качеством.

Среди вспомогательных процессов управления стоит отметить: управление рисками, контрактами.

Завершение проекта сопровождается следующими процессами: закрытие контрактов, административное завершение.⁸

Из вышесказанного можно сделать вывод, что управление проектами призвано обеспечить такие условия и такую организацию работы, чтобы были соблюдены сроки, бюджет и достигнуты поставленные цели.

К инструментам управления проектами относятся не только способы мотивации людей, но и методы управления временем, качеством, издержками, методы мониторинга и контроля. Эти методы могут быть применимы в проектной деятельности здравоохранения, и могут помочь увеличить эффективность отдельно взятого сотрудника или отдела. Несмотря на многие

⁸Бетанова И. Роль HR в управлении проектами // Справочник по управлению персоналом. - 2011. - N 4 (апрель). - С. 47-52.

стандартизированные рекомендации, не может быть единой методологии, которая бы гарантировала успех проекта.

2.3 Специфика проектной деятельности в здравоохранении

Государственная политика в области здравоохранения направлена на создание таких условий для системы здравоохранения, которые позволяют осуществлять проектную деятельность в области санитарного просвещения населения, профилактики заболеваний, оказания медицинской помощи гражданам, проведении научных исследований в области здравоохранения и подготовки медицинских и фармацевтических работников, поддержания и развития материально - технической базы системы здравоохранения.

Государственная политика в области здравоохранения ориентирована на проектную деятельность и строится на принципах: поддержки мер по сохранению и укреплению здоровья населения; отнесения здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности; соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья населения и обеспечение связанных с правами государственных гарантий; приоритетности финансирования системы здравоохранения; обеспечения системы здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами; разграничения полномочий и предметов ведения в области здравоохранения между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления; соблюдения единства интересов граждан и государства в области здравоохранения; доступности медицинской помощи гражданам на территории всей Российской Федерации, приоритетности мер по профилактике заболеваний, обеспечению санитарно - эпидемиологического благополучия населения, санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни; преемственности действий медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи; равных условий деятельности организаций здравоохранения; государственной поддержки научных исследований в области

разработки новых методов профилактики заболеваний, диагностики и лечения; участия населения в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также управления здравоохранением; развития международного сотрудничества в области здравоохранения.⁹

Перед рабочей группой была поставлена задача подготовки проектов, направленных на решение наиболее актуальных вопросов организации медицинской помощи населению РФ.

С 2007 года по настоящее время Министерство здравоохранения во главе с Правительством развивает проектную деятельность в стране для создания условий, возможностей и мотивации населения РФ для ведения здорового образа жизни и совершенствует систему организации медицинской помощи населению.

В 2007 году был создан национальный проект «Здоровье», действие которого было направлено на решение самых неотложных задач здравоохранения и создание условий для последующего проекта. Национальный проект должен был снизить смертность от трёх основных причин: сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии, травмах при ДТП

Благодаря началу развития проектной деятельности здравоохранения РФ с 2008 года были открыты 54 региональных сосудистых центра и 145 первичных сосудистых отделений (они оснащены по современным порядкам оказания медицинской помощи, специалисты прошли переподготовку, а помощь, оказывается, по современным стандартам).

В итоге за четыре года (2008-2013 гг.) смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 10,4% и на 7,1% только за 2013 год (по сравнению с 2012 годом). Смертность от инфарктов снизилась на 1,3% за 12 месяцев 2012 года по сравнению с 2008 годом. С 2008 года по 2012 год смертность от инсультов снизилась на 15,1%.

⁹<http://www.chescrb.ru/poleznaya-informaciya/zakonodatelstvo/gosudarstvennaya-politika-v-oblasti-zdravoohraneniya>

На данный момент основным проектным направлением в области здравоохранения является проекта развития здравоохранения РФ до 2020 года:

Государственная программа Российской Федерации «Проект развитие здравоохранения РФ до 2020 г.» постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

Целью Госпрограммы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

«В Государственной программе сформулированы основные приоритеты проектного развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в среднесрочной перспективе, - говорит Министр Вероника Скворцова –проектная деятельность Программы отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли».¹⁰

Реализация мероприятий Госпрограммы предусмотрена в два этапа: первый этап – с 2013 по 2015 годы, второй этап – с 2016 по 2020 годы.

Госпрограмма включает 11 подпрограмм:

1. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»;
2. «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»;
3. «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения, а также основ персонализированной медицины»;
4. «Охрана здоровья матери и ребенка»;

¹⁰ <http://www.chesrb.ru/poleznaya-informaciya/zakonodatelstvo/gosudarstvennaya-politika-v-oblasti-zdravoohraneniya>

5. «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»;
6. «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»;
7. «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»;
8. «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»;
9. «Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья»;
10. «Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан»;
11. «Управление развитием отрасли».¹¹

Таким образом, к приоритетным целям государственного проекта развития здравоохранения РФ можно отнести такие подпрограммы, как профилактика здорового образа жизни, охрана жизни и здоровья матери и ребенка, обеспечение кадровыми ресурсами. Государственная программа определяет цели, задачи, основные направления и основные мероприятия развития здравоохранения РФ, финансовое обеспечение и механизмы реализации предусматриваемых мероприятий, показатели их результативности с учетом региональной специфики размещения учреждений здравоохранения, населения, а также статистических показателей заболеваемости и смертности на территории РФ.

¹¹Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (с изменениями и дополнениями)

2 Анализ проектной деятельности объекта исследования

2.1 Анализ системы здравоохранения РФ

Здравоохранение - государственная отрасль, организующая и обеспечивающая охрану здоровья населения.

Система здравоохранения - это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главной целью которых является улучшение здоровья населения. Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, оборудование и материалы, информация, транспорт, коммуникации, а также управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.¹²

Общее руководство системой управления в здравоохранении осуществляется Президентом и Правительством Российской Федерации в лице Министра здравоохранения. С 12 мая 2012 года им является Скворцова Вероника Игоревна.

Здравоохранение считается стратегической отраслью и является одним из приоритетных направлений безопасности нации, то есть является высшим приоритетом цивилизованного государства. Низкий уровень развития здравоохранения может привести к деградации нации, именно здесь должен быть реализован проект развития системы здравоохранения с увеличением как государственных, так и негосударственных расходов.

Данные проблемы обозначены в проекте развития здравоохранения Российской Федерации.

1. Финансирование системы здравоохранения.

Результаты деятельности в любой сфере здравоохранения представлены на рисунке 5 и оцениваются по таким критериям, как показатель здоровья

¹²http://www.medknigaservis.ru/uploaded_files/shop_images/page_examples/history_medisini.pdf

населения и демографическим показателям, в том числе по общему коэффициенту смертности (ОКС) и ожидаемой продолжительности жизни (ОЖС).

В период с 2008 по 2010 г. величина общего коэффициента смертности практически не менялась, снижение составило всего 3% (14,6 — 2008 г., 14,2 — 2009 г., 14,2 — 2010 г.).

В 2011 г. государственные расходы на здравоохранение были увеличены на 14% (за счет увеличения на 2% тарифов страховых взносов в систему обязательного медицинского страхования). Смертность населения в 2011 г. по сравнению с 2010 г. сократилась на 100 тыс. человек и общий коэффициент смертности снизился на 5% (с 14,2 до 13,5). Также показана величина общего коэффициента смертности — 11,0, которая принята за основную единицу долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. При снижении общего коэффициента смертности до уровня 11,0 к 2020 году будет спасено 2,5 миллионов жизней наших граждан. Однако для этого потребуется гораздо более интенсивное развитие системы здравоохранения¹³

Несмотря на предполагаемый рост и ВВП, и расходов на здравоохранение, прогнозируется очень скромная динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

В таблице 1 показано, что предполагается, что ожидаемая продолжительность жизни с 2005 года по 2020 год увеличится на 7,8 года, ожидаемый темп прироста составит 112 %. Также ожидается, что за эти 15 лет валовой внутренний продукт с 21,6 увеличится до 94,6 трлн. руб. а расходы на здравоохранение возрастут с 0,797 до 5,8 трлн. рублей.

В 2017 году предполагается, что ожидаемая продолжительность жизни увеличится почти на 7 лет, расходы на здравоохранение в 2017 году составят 4881,7 млрд. рублей и цепной прирост составит 100,4%.

С 2005 года по 2017 год расходы на здравоохранение увеличились на более чем на 4млрд.рублей.

¹³<chrome-extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojfohoefgiehjai/index.html>

Таблица 1 – Ожидаемая продолжительность жизни в РФ

Год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), оба пола				Финансовые показатели	
	ОПЖ, лет	Абсолютный цепной прирост	Абсолютный базисный Прирост	Темп прироста цепной	ВВП, млрд. руб.	Расходы на здравоохранение, млрд. руб.
2005	65,3				21609,9	797,1
2006	66,6	1,3	1,3	102,0	26917,2	962,2
2007	67,51	0,91	2,21	101,4	33247,5	1381,5
2008	67,88	0,37	2,58	100,5	41277,0	1546,3
2009	68,67	0,79	3,37	101,2	38786,0	1653,0
2010	68,98	0,31	3,68	100,5	44939,0	1708,8
2011	70,3	1,32	5,0	101,9	54369,1	2990,3
2012	70,5	0,2	5,2	100,3	57848,7	3181,6
2013	70,8	0,3	5,5	100,4	61551,0	3385,3
2014	71,2	0,4	5,9	100,6	65490,3	3602,0
2015	71,5	0,3	6,2	100,4	69681,6	3832,5
2016	71,9	0,4	6,6	100,5	74071,6	4592,4
2017	72,2	0,3	6,9	100,4	78738,1	4881,7
2018	72,5	0,3	7,2	100,4	83698,6	5189,3
2019	72,8	0,3	7,5	100,4	88971,6	5516,2
2020	73,1	0,3	7,8	100,4	94576,	5863,7

В таблице 2 можно увидеть итоги исследований американского агентства финансово-экономической информации Bloomberg. Выяснилось, что страной с самой эффективной системой здравоохранения является Сингапур.

Средняя продолжительность жизни граждан составляет 82,1 года, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 2,426, доля расходов на здравоохранение — 4,5% от ВВП. За Сингапуром идут такие страны, как Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея, Австралия, Израиль, Франция, Объединённые Арабские Эмираты и Великобритания. Высокие позиции в

рейтинге у Мексики (12 место), Эквадора (13 место), Ливии (25 место). Это обусловлено очень низкой стоимостью медицинских услуг на душу населения

Таблица 2 – Показатели эффективности национальных систем здравоохранения за 2014 год.

Рейтинг	Страна	Показатель	
		Ожидаемая продолжительность жизни, лет	Расходы на медицинские услуги на одного гражданина, \$
1	Сингапур	82,1	2,426
2	Гонконг	83,5	1,944
3	Италия	82,9	3,032
4	Япония	83,1	4,752
5	Южная Корея	81,4	1,703
6	Австралия	82,9	6,140
7	Израиль	81,7	2,289
8	Франция	82,6	4,690
9	ОАЭ	77	1,343
10	Великобритания	81,59	3,647
12	Мексика	77,1	618
13	Эквадор	76,2	361
25	Ливия	75,2	578
44	США	78,7	8,895
51	Россия	71,2	887

При детальном рассмотрении таблицы рейтинга, можно сказать о несовершенстве рейтинговой методики, так как эффективность систем здравоохранения, в Соединённых Штатах Америки, которые заняли лишь 44 место выше, чем в указанных странах. Вместе с тем, из таблицы видно, что США тратят больше всех других развитых стран на здравоохранение. Последнее место в рейтинге заняла Россия. Сейчас средняя продолжительность

жизни граждан страны составляет 71,2 лет, стоимость медицинских услуг на душу населения — \$ 887, доля расходов на здравоохранение — 6,3% от ВВП. Доминирующим показателем, несомненно, является ожидаемая продолжительность жизни той или иной страны.

По таблице видно, что Российскую Федерацию можно назвать «догоняющей» по этому критерию. Здесь же можно увидеть, что в Сингапуре продолжительность жизни выше на 11.6 лет, а траты на одного гражданина превышают почти в 3 раза.

2. Кадровые проблемы в системе здравоохранения.

Очень ярко выраженной проблемой кадров является нехватка высококвалифицированных кадров.

По состоянию на 1 января 2016г. в медицинских организациях системы Минздрава России в субъектах Российской Федерации показатель соотношения числа врачей и средних медицинских работников в Российской Федерации составил 1 к 2,4. Число работников увеличилось по отношению к 2015 году на 0,2% Обеспеченность населения Российской Федерации (на 10 тыс.) врачами составляет 40,3, средними медицинскими работниками – 100,0 [2]. В таблице 3 отмечено, что согласно данным Счетной палаты, в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей.

Таблица 3 – Численность работников в сфере здравоохранения РФ по данным Росстата за 2015-2016 годы

Персонал	2015 год, чел.	2016 год, чел.	Сокращение, чел.
Врачи	578 783	565 939	- 12 844
Средний медицинский персонал	1 442 157	1 401 660	- 40 498
Младший медицинский персонал	687 139	650 464	- 36 675

Согласно, аудиторской проверке Счетной палаты [3] существует потребность во врачах в количестве 55 тысяч человек и среднем медицинском персонале в количестве 88 тыс. человек. Таким образом, реализуемые мероприятия по сокращению численности медицинских работников не соответствуют фактической ситуации в регионах и сложившейся потребности. Требуется анализ проводимых кадровых мер, и по итогам возможная их корректировка.

Проблемы в кадровой политике. Согласно предварительным данным Росстата, размер средней заработной платы врачей за 2016 года составляет 50667 рублей, среднего медицинского работника 28174 рублей, младшего медицинского персонала 18462 рубля и по сравнению с 2015 годом выросла на 2794 рубля у врачей, среднего медицинского работника на 1174 рубля и младшего медицинского персонала на 1643 рубля.

Если сравнить уровень оплаты труда врача в Российской Федерации с аналогичным уровнем оплаты труда врача в "новых" странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5–2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

В стране существует проблема с подготовкой кадров, вследствие, чего происходит низкое оказание медицинской помощи. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в других развитых странах.

Население России все больше стало пользоваться коммерческими услугами. Отмечено увеличение роста объема платных услуг. Причем эти услуги стали единственной группой услуг, объем которых в I квартале 2016 года на 4,3% превысил показатель аналогичного периода 2015 года.¹⁴

3. Снижение влияния и контроля современной политики.

¹⁴Бюллетень социально-экономического кризиса России, №15, июль 2016 г.

Также экспертным сообществом были выделены следующие аспекты: низкое качество препаратов Российского производства, зависимость от иностранных партнеров, низкое качество оказываемых услуг, недоступность некоторых услуг и препаратов, неоднозначное отношение людей к современной медицине, низкий уровень оснащенности медицинских учреждений, низкий уровень инноваций, неэффективное распределение времени во время оказания медицинских услуг.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что существуют как проблемы, так и перспективные решения повышения эффективности работы системы здравоохранения Российской Федерации. Все направления должны быть связаны друг с другом и сопровождаться финансовыми, экономическими, медицинскими, управленческими механизмами и инструментами, которые позволят сформировать системный подход к развитию системы здравоохранения Российской Федерации.

Проект развития здравоохранения до 2020 года определяет цели, задачи, основные направления развития здравоохранения Российской Федерации, также механизмы, мероприятия и финансовое обеспечение.

Целью Государственной программы является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В задачи Государственной программы входят:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе, скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;

- повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- обеспечение высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении;
- повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья;
- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

Динамика бюджетных ассигнований выделенных на проект Государственной программы представлена в рисунке 5. Всего выделено 6067519580,1 тыс.руб.

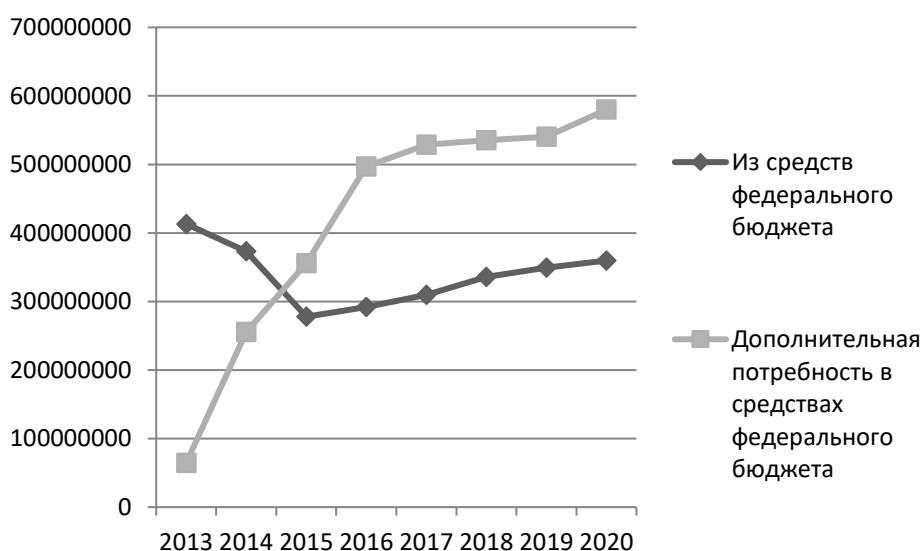


Рисунок 5 -Динамика бюджетных ассигнований Государственной программы, тыс.руб.

Из рисунка номер 5 видно, сколько бюджетных средств выделено из федерального бюджета на реализацию проекта развития системы здравоохранения РФ и какой % составляет бюджетирование каждой подпрограммы от общей суммы.

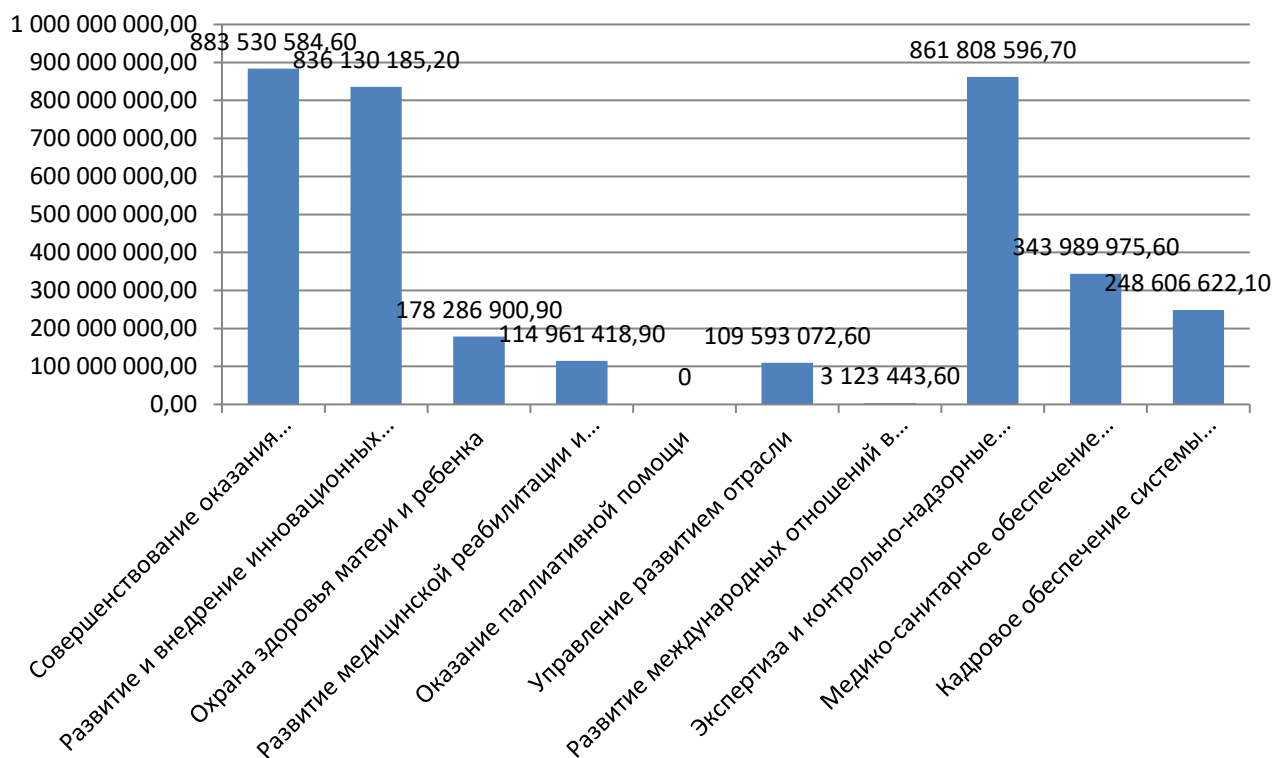


Рисунок 6 - Приоритетные подпрограммы развития здравоохранения РФ, %

Из рисунка видно, что основные приоритеты в подпрограммах Государственной программы отданы 25% развитию и внедрению инновационных методов диагностики и лечения, 23% экспертизе и контрольно-здорового образа жизни, развитию медико-санитарной помощи, совершенствованию высокотехнологической помощи и разработке инновационных методов, также охране здоровья матери и ребенка, развитию медицинской реабилитации, медико-санитарному обеспечению отдельных граждан. К наименее эффективным мерам отнесли внедрение основ

персонализированной медицины, кадровое обеспечение системы здравоохранения в соответствии с современными запросами и оказание паллиативной помощи населению.

На рисунке 7 показаны уровни здравоохранения РФ.



Рисунок 7 - Уровни здравоохранения РФ

Для того чтобы убедиться в работе подпрограмм на муниципальном уровне системы здравоохранения проведем анализ проекта развития системы здравоохранения Российской Федерации на примере Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кежемская районная больница».

2.2 Внутренняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кежемская районная больница», до 1014 года Кежемская центральная районная больница (КГБУЗ «Кежемская ЦРБ»). Зарегистрировано КГБУЗ «Кежемская РБ» по адресу: Россия, 663491, Красноярский край, Кежемский район, г. Кодинск, ул. Гидростроителей, 16. Контакты (34143) 7-08-03. E-mail: mail@kecrb.ru, официальный сайт КГБУЗ «Кежемская РБ»: <http://kecrb.ru>.¹⁵

Прикреплённое к лечебно - профилактическому учреждению обслуживаемое население Кежемского района составляет около 16 тысяч человек. Кроме жителей Кежемского района, здесь так же могут получить помощь и все жители прилегающих районов.

Контролирующую функцию «Кежемской РБ» осуществляют Министерство здравоохранения Красноярского края, территориальный орган Росздравнадзора по Красноярскому краю и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края.

Внутренней средой КГБУЗ «Кежемская РБ» являются факторы, на которые воздействуют ситуации внутри КГБУЗ «Кежемская РБ»

На внутреннюю среду КГБУЗ «Кежемская РБ», при необходимости, может влиять главный врач, который очень хорошо должен ориентироваться во внутренних переменных организации.

К внутренним переменным КГБУЗ «Кежемская РБ» относятся ситуационные факторы КГБУЗ «Кежемская РБ», которые являются результатом управленческих решений.

Внутренняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ» состоит из элементов, к которым относятся цели, задачи, люди, технологии, информация, структура, организационная культура и другие составляющие.

КГБУЗ «Кежемская ЦРБ» является некоммерческой организацией, финансируемой полностью или частично за счет средств бюджета

¹⁵<http://kecrb.ru>

Красноярского края. Осуществляет свою деятельность на основании Устава с изменениями и дополнениями, имеет самостоятельный баланс, расчетные и иные счета в банке, бланки, печать с гербом Российской Федерации.

Цели КГБУЗ «Кежемская ЦРБ».

Цель – достижение желаемого результата или конкретное состояние, которое стремится добиться коллектив, работая сообща.

На рисунке 8 показаны цели КГБУЗ «Кежемская РБ», которые подразделяются на внешние и внутренние.

К внутренним относятся: оптимизация численности персонала, повышение производительности труда, повышение образования персонала. К внешним относятся: снижение заболеваемости, уменьшение смертности, обеспечение пациентов качественными медицинскими услугами.

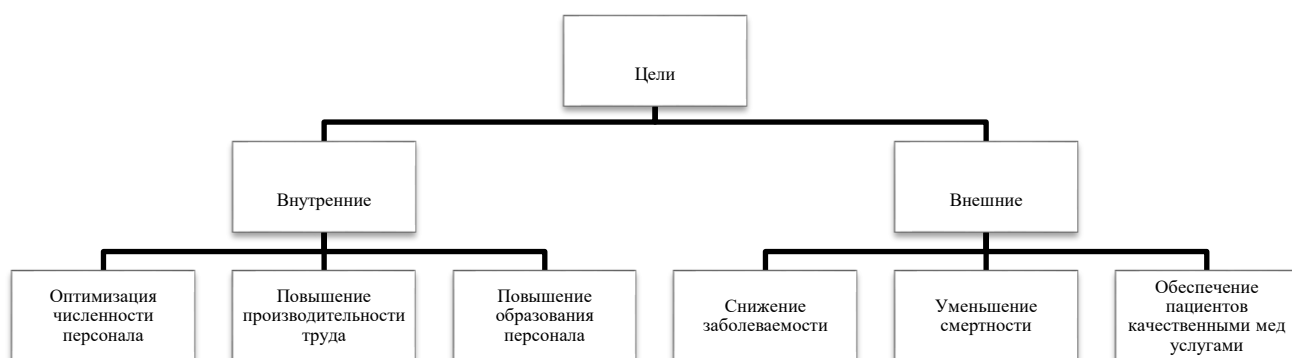


Рисунок 8– Цели КГБУЗ «Кежемская РБ»

К задачам КГБУЗ «Кежемская РБ» на рисунке 9, относится серия работ, которая должна выполняться в определенные сроки и заранее установленным способом.

На базе «Кежемской РБ» предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий, так и коммерческие медицинские услуги.

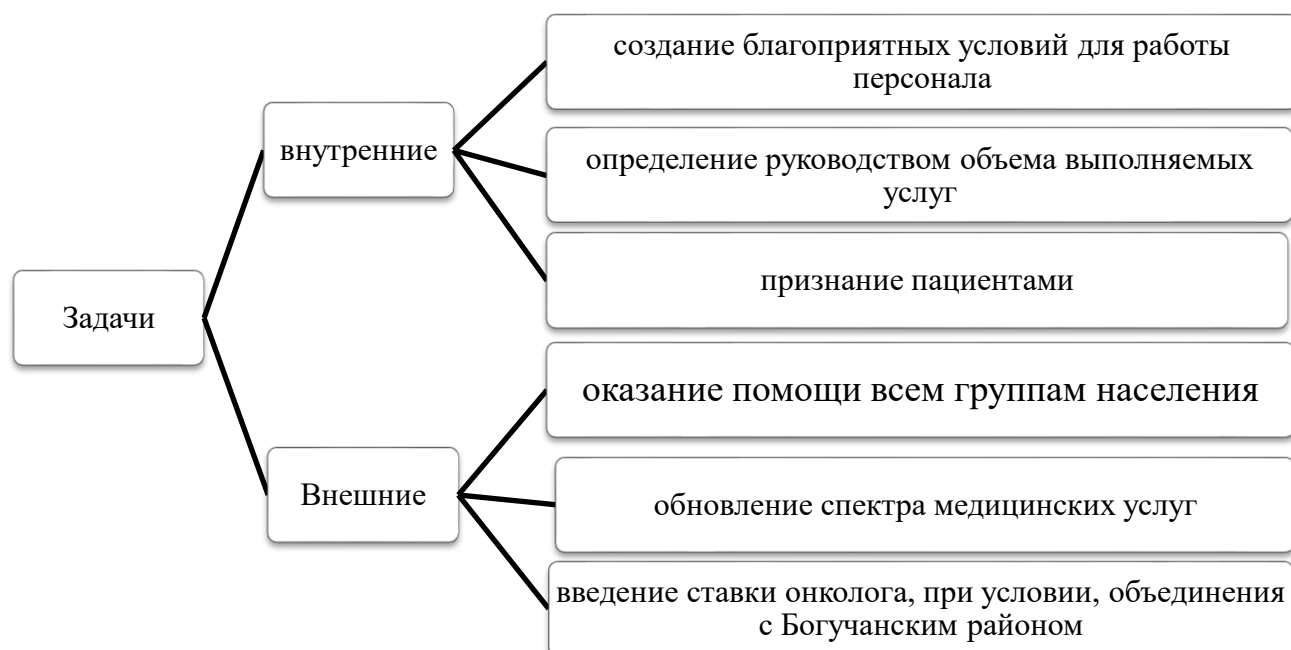


Рисунок 9 - Задачи КГБУЗ «Кежемская РБ»

На рисунке 10 видно, какие услуги можно получить в рамках коммерческих услуг КГБУЗ «Кежемская РБ».

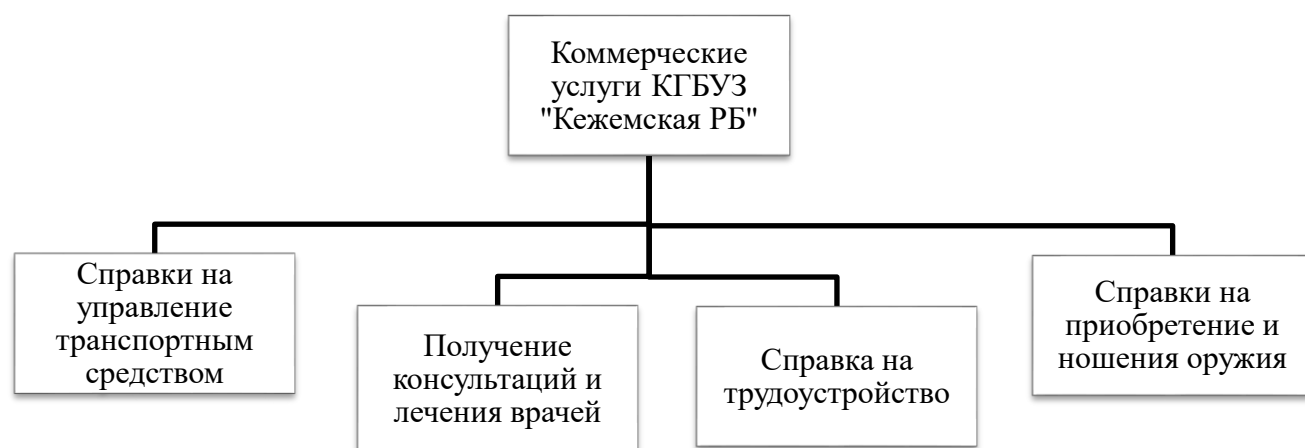


Рисунок 10 – Услуги коммерческой медицины

В структуре КГБУЗ «Кежемской РБ», в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный круглосуточный стационар, стационар дневного пребывания при поликлинике, кабинеты врачей общей практики, отделение скорой медицинской помощи. Для обслуживания сельского

населения – фельдшерско-акушерские пункты. Диагностическую службу представляют клиничко-диагностическая (общеклиническая и биохимическая) лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, кабинеты флюорографии, рентгенологический кабинет, службы лечебной физкультуры и физиотерапии.

Управление КГБУЗ «Кежемская районная больница» осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Уставом учреждения.

Высшим должностным лицом является его руководитель – главный врач, назначаемый и освобождаемый Управлением здравоохранения по согласованию с Администрацией города. Главный врач действует на основании законодательства Российской Федерации и Устава учреждения.

Функция управления деятельностью учреждения реализуется подразделениями и отдельными работниками, которые при этом вступают в экономические, организационные, социальные, психологические отношения друг с другом.

На рисунке 11 видно, что в КГБУЗ «Кежемская районная больница» используется линейно-функциональная структура управления.

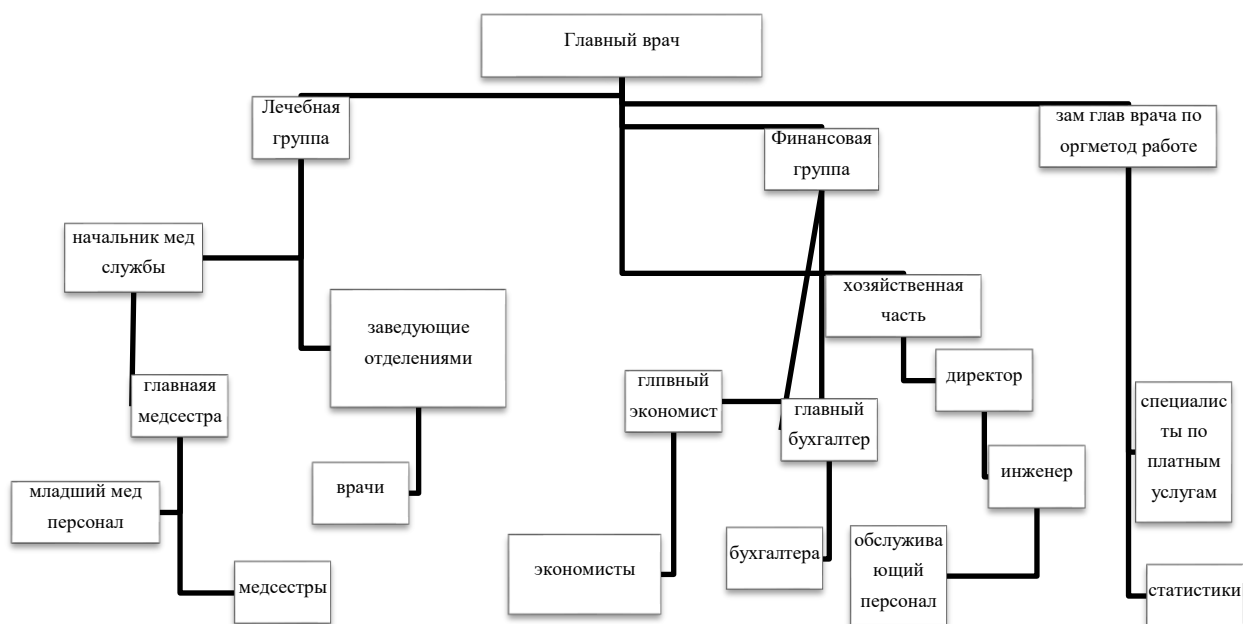


Рисунок 11 – Структура управления КГБУЗ «Кежемская РБ»

Благодаря такой структуре, работа построена четко и слаженно. Структура КГБУЗ «Кежемская РБ» связана со специализированным разделением труда для работников. Это означает, что работа закреплена за определенным специалистом.

За 2016 год среднесписочная численность врачей составила 58 человек, из них: 39 врачей с высшей квалификационной категорией, 12 человек с первой категорией, 7 врача со второй категорией. Это свидетельствует о том, что в учреждении высокий уровень образования врачебного персонала. Имеется большой кадровый потенциал в передаче наработанного опыта и знаний молодому поколению докторов. Молодых врачей-специалистов (специалистов со стажем работы менее 5 лет) 9 человек.

Анализ изменения штатного расписания и численности физических лиц представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Анализ изменения штатного расписания и численности физических лиц по КГБУЗ «Кежемская РБ» 2016-2017 гг.

	По состоянию на 01.01.2016 г., чел.		По состоянию на 01.01.2017 г.	
	Штатные единицы	Физические лица	Штатные единицы	Физические лица
Врачи	92	58	89	57
Медсестры	263	192	260	191
Санитарки	95	83	91,5	82
Прочий персонал	288	248	258,2	233
Из них руководящих должностей	67	62	61	60

Из таблицы видно, что в 2016 году штат был укомплектован:

- врачи на 63%, в 2017 – на 64%, при условии, что по подпрограмме 2 произошло сокращение 3 штатных единиц;

- медицинские сестры в 2016 году - 73% и в 2017 году 73% ,при сокращении 3 штатных единиц;

- санитарки в 2016 году - 87%, в 2017 году - 89,6% ,при сокращении 4 штатных единиц;

- прочий персонал в 2016 году 86%, в 2017 году 90,2% ,при сокращении 30 штатных единиц;

- руководящие должности в 2016 году - 98,3%, в 2017 году - 92,5% ,при сокращении 6 штатных единиц.

Характеристика квалификации врачей КГБУЗ «Кежемская РБ» представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Характеристика квалификации врачей

Категория	2016 год, чел.	2017 год, чел.
Высшая	39	39
Первая	12	12
Вторая	7	6
Всего	58	57

Можно предположить, что врачебный состав не поменялся, и работают лица с большим стажем работы и вливания в коллектив молодых специалистов не было, и даже подпрограмма не смогла внести лепту в виде достаточного количества молодых специалистов.

Характеристика квалификации среднего медицинского персонала представлена в таблице 6.

Таблица 6 - Характеристика квалификации среднего медицинского персонала

Категория	2015 год, чел.	2016 год, чел.
Высшая	92	87
Первая	50	54
Вторая	50	50

Из таблицы видно, что состав среднего медицинского персонала преобладает с высшей категорией, но и можно предположить, что произошло омоложения состава, в связи с выходом на пенсию сотрудников с высшей категорией и договоренностью с медицинским колледжем г. Красноярск о предоставлении молодых специалистов на определенных условиях.

В таблице 7 представлен анализ текучести кадров.

Таблица 7 - Текучесть кадров в КГБУЗ «Кежемская РБ» за 2015-2016 гг.

Кадры	Принято, чел.	Уволено, чел.
Врачи	3	4
Медсестры	9	10
Санитарки	10	11
Прочий персонал	10	25
Всего	32	50

В КГБУЗ «Кежемская районная больница» главный врач определяет численность, квалификационный и штатный составы. Он же назначает и освобождает от должности работников, заключает с ними договоры. Из таблицы можно сделать вывод, что причиной повышения текучести в 2016г. - временный характер работы в связи с низкой оплатой труда, недовольством и жалобами пациентов.

Подбирают персонал через объявления в газетах или проводят отбор сами, на основе присылаемых резюме. Так же есть возможность устроиться на работу через родственников или знакомых.

Формы повышения квалификации

Врачи и средний медицинский персонал каждые 5 лет проходят курсы усовершенствования квалификации. Кроме того проводятся теоретические и практические занятия в отделениях по выполнению стандартов деятельности медицинской сестры.

Индексация заработной платы сотрудника производится в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами.

Проблема кадровой политики – это не проблема отдельно взятого района, а проблема всей страны.

Анализ экономической деятельности

Источниками формирования финансов КГБУЗ «Кежемская районная больница» являются:

1. средства федерального бюджета;
2. средства, полученные от приносящей доход деятельности, включающие в себя:

- средства от выполнения программ обязательного медицинского страхования в соответствии с заключенными договорами обязательного медицинского страхования;

- средства от выполнения программ добровольного медицинского страхования;

- безвозмездные благотворительные поступления, добровольные пожертвования;

- гранты, полученные из внебюджетных источников;

- иные источники в соответствии с законодательством РФ.

3. Средства, выделенные обязательным медицинским страхованием.

Все средства, поступающие в учреждение, в установленном законодательством порядке направляются на цели и предмет деятельности, КГБУЗ «Кежемская РБ»

Не допускается нецелевое использование ассигнований, предусмотренных сметами доходов и расходов, утвержденными в установленном порядке.

На рисунке 12 представлено основное финансирование КГБУЗ «Кежемская РБ» за 2015 и 2016 годы.

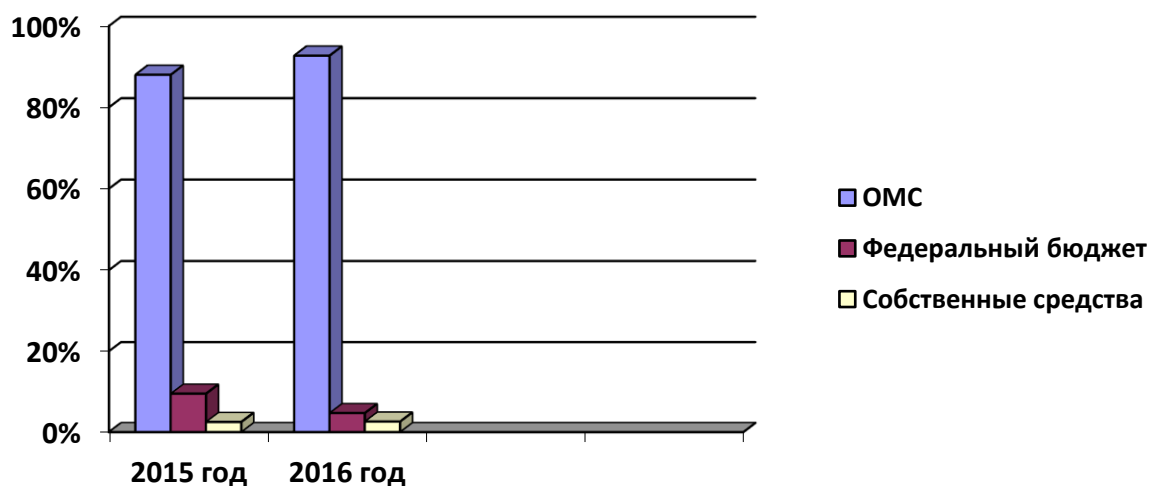


Рисунок12 - Финансирование КГБУЗ «Кежемская РБ» в2015 - 2016 год

На рисунке представлено, что основное финансирование КГБУЗ «Кежемская РБ» в 2016 году происходило за счет средств ОМС (92,7% от общего дохода – 339,15 млн. руб.), за счет средств федерального бюджета (4,7% от дохода, что соответствует 17.2 млн. руб.), в рамках средств приносящих доход в рамках обеспечения выполнения государственного задания (2,6% от общего дохода – 9,67 млн. руб.).

Платные медицинские услуги – это комплекс услуг, оказываемых населению города сверх Программы госгарантий за плату за счет собственных средств граждан, либо средств организаций.

Учреждение расходует средства, полученные от платных услуг, в соответствии с действующим законодательством и в строгом соответствии со сметой доходов и расходов утвержденной в установленном порядке.

Финансирование по системе обязательного медицинского страхования. Для создания экономических условий реализации приоритетов. С 2013 года правительством обозначен переход на одноканальное финансирование. Такое финансирование предполагает на переходном этапе сочетание бюджетного финансирования и финансирования из средств ОМС с преобладающей долей средств ОМС.

Одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ. Во-первых, оно обеспечивает финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат. Во-вторых, одноканальное финансирование нацелено на обеспечение принципа доступности медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от места жительства.

В современных условиях успешная деятельность КГБУЗ «Кежемская районная больница» во многом определяется деятельностью экономической службы. Это связано не только с недостаточным финансированием, но и с изменением условий хозяйствования. Не случайно, в 2017 году штатное расписание медицинских учреждений органами здравоохранения рекомендована должность заместителя главного врача по экономическим вопросам.

Таблица 8 - Финансово-экономическая деятельность КГБУЗ «Кежемская районная больница» за 2016 г., доходы

Источник финансирования	Сумма (тыс. рублей)		Отклонение % к 2015 г.
	2015 г.	2016 г.	
ФОМС	15869,4	14699,3	95,48%
Бюджет	3883	5553,15	143,01%
Субвенция участковой службы	1875,7	1701,1	90,75%
Диспансеризация	1385,9	810,7	58,50%
Углубленные медицинские осмотры	141,1	0	0,00%
Социально-значимые заболевания	34,4	16,9	49,13%
Родовые сертификаты	411	477	116,06%
Итого:	34137,40	33398,85	97,55%

Из таблицы можно сделать вывод: бюджет доходов 2016 г. по сравнению с бюджетом доходов 2015г. выполнен на 97,55%, что на 838,55 тыс. рублей меньше, чем в 2015г.

В 2016 году объем поступлений внебюджетных средств составил 4011,9 т.р., что на 159,8 т.р. или на 3,8% меньше, чем в 2015 г.

Доля дохода от внебюджетной деятельности в общем объеме финансирования в 2016 г. составила 10,7 %

Анализ производственной и проектной деятельности КГБУЗ «Кежемская РБ»

Организация деятельности КГБУЗ «Кежемская РБ» приобретает особое значение на современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации. Условием соответствующего развития является осознанность того факта, что учреждения здравоохранения являются продуцентами особого товара в форме медицинских услуг. Специфика управления учреждениями здравоохранения заключается в том, что здравоохранение - особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов деятельности. Одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения в КГБУЗ «Кежемская РБ» становится доступность медицинской помощи за счет эффективного использования ограниченных финансовых, материальных, трудовых и иных ресурсов здравоохранения в условиях быстро растущей конкуренции на рынке медицинских услуг и повышение качества предоставляемых услуг.

КГБУЗ «Кежемская РБ» имеет особые характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления.

Результатом деятельности КГБУЗ «Кежемская РБ» является медицинская услуга, что предполагает прямой контакт с потребителем и вовлечение его в процесс оказания этой услуги. Пациенты являются основным элементом внешней среды для КГБУЗ «Кежемская РБ», и реагируют на оказываемое воздействие и тем самым непосредственно влияют на весь процесс работы. Отсюда вытекает сложность оценки качества и необходимости оказываемых медицинских услуг и, соответственно, результатов деятельности КГБУЗ «Кежемская РБ» в целом и труда сотрудников данного медицинского учреждения.

Медицинские услуги относятся к социальным услугам. Но в тоже время, общество признает важность получения гражданами медицинских услуг и свою роль в их обеспечении медицинским обслуживанием.

В 2016 - 2020 гг. планируется выйти нужный объем мероприятий для постепенного увеличения потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%. При этом уровень распространенности употребления табака и объемов потребления в Российской Федерации должен снизиться в 2 раза.

Система здравоохранения Кежемского района представлена одним краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Кежемская районная больница»: в состав, которого входят следующие подразделения: стационар, взрослая и детская поликлиники, участковая больница, две врачебных амбулатории и восемь фельдшерско - акушерских пунктов. На декабрь 2016 года общее число коек в учреждении составляет 152, в т.ч.: 116 коек стационара круглосуточного пребывания; 26 коек стационара дневного пребывания; 10 коек отделения сестринского ухода. Это на 30 коек меньше, чем на декабрь 2015 года.

2.3 Внешняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»

Источником, который питает необходимыми ресурсами КГБУЗ «Кежемская РБ» является внешняя среда. Организация находится в постоянном взаимодействии с внешней средой для поддержания внутреннего потенциала и возможности выжить в сложных экономических условиях. Но на ресурсы внешней среды претендуют и другие организации, которые находятся в той же среде.

Внешние факторы подразделяются на факторы прямого и непрямого воздействия.

Факторы прямого воздействия влияют непосредственно на медицинскую организацию, увеличивая или уменьшая эффективность ее работы, приближая или отдаляя достижение ее целей.

1. Поставщики. КГБУЗ «Кежемская РБ» проводит анализ поставщиков, который направлен на выявление тех аспектов в деятельности субъектов, снабжающих организацию различным сырьем, оборудованием, энергетическими и информационными ресурсами, финансами и т.п., от которых зависит эффективность работы организации, себестоимость и качество выполняемых услуг.

Факторы, влияющие на конкурентную способность поставщиков:

- важность для поставщика объема продаж;
- величина стоимости для поставщика;
- степень специализированности покупателя в приобретении определенных ресурсов;
- концентрированность поставщика на работе с конкретными клиентами;
- уровень специализированности поставщика.

При изучении поставщиков больницы в первую очередь обращает внимание на следующие характеристики их деятельности:

- временной график поставки товаров;
- стоимость поставляемого товара;
- гарантия качества поставляемого товара;
- пунктуальность и обязательность выполнения условий поставки товара.

Важная задача КГБУЗ «Кежемская РБ» в процессе взаимодействия с внешней средой - выбрать поставщиков, способных обеспечить наилучшее соотношение цены, качества и сроков снабжение клиники необходимыми ресурсами. Здесь важно анализировать взаимосвязи с поставщиками. Поставщиками КГБУЗ «Кежемская РБ» могут являться любые организации,

которые выиграли тендер на торгах и с кем заключен договор на поставку определенной услуги. Основным поставщиком лекарственных средств это ГПКК «Губернские аптеки»- государственная аптечная сеть

2. Изучение конкурентов занимает особое и очень важное место в стратегическом управлении КГБУЗ «Кежемская РБ». Такое изучение направлено на то, чтобы выявить слабые и сильные стороны конкурентов и на базе этого построить свою стратегию конкурентной борьбы. Кроме того, на конкурентную среду организации оказывают заметное влияние покупатели ее продукта и поставщики, которые, обладая силой к торгу, могут заметно ослабить позицию организации.

В связи с удаленностью района и трудностью выезда конкуренции нет, что не очень хорошо влияет на развитие КГБУЗ «Кежемская РБ». Все платные услуги предоставляет КГБУЗ «Кежемская РБ».

3. Потребители. Потребителями услуг КГБУЗ «Кежемская РБ» являются жители Кодинска, жители прилегающих деревень и сел, жители Красноярского края, гости города, приехавшие из других регионов России.

4. Кадровые ресурсы. Без нужного количества специалистов невозможно использовать специализированное оборудование.

5. Государственные законы. Вся работа КГБУЗ «Кежемская РБ» основана на регламентирующих документах, которые устанавливают стандарты лечения пациентов, нормы потребления лекарственных средств. Также происходит контроль за осуществлением медицинской деятельности и выдачи лицензий.

Здесь же происходит контроль по нормам и условиям работы сотрудников. К ним относятся: Федеральные законы Российской Федерации, Приказы Минздрава Российской Федерации, Приказы Минздравпрома РФ, Приказы Роспотребнадзора, Постановления Главного санитарного врача.

К среде косвенного воздействия относятся:

1. Социально-культурные факторы.

Пришло то время, когда помимо лечебной деятельности лечебное учреждение должно выглядеть эстетично. Имеются стандарты по оформлению поликлиник и стационаров. Так как первое и основная деятельность лечебных учреждений направлена на профилактику и выявление заболеваний, то висят стенды с соответствующей информацией, везде расставлены уютные диванчики для уединения и познания себя и отделения оформлены в едином стиле.

2. Технологические факторы. Для медицинских организаций крайне важно иметь оборудование, по технологическим факторам соответствующее сегодняшнему дню.

3. Состояние экономики РФ и политические факторы, и их влияние. Руководство организации должно уметь оценивать экономическую и политическую обстановку в стране. И уметь в определенное время сдерживать рост издержек с учетом увеличения запаса в определенное время. Важно отметить, что спад экономики может по-разному воздействовать на организацию.

Один из пунктов оптимизации здравоохранения связан с сокращением больничных коек в стационаре.

На данном этапе в КГБУЗ «Кежемская РБ» в 2013-2016 гг. сократили 15 койко-мест в терапевтическом отделении, 5 койко-мест в хирургическом отделении, 10 койко-мест в гинекологическом отделении.

Происходит постепенное сокращение койко-мест, что негативно скажется на работе КГБУЗ «Кежемской РБ» и здоровье социально - необеспеченных граждан Кежемского района.

По словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, «в странах с эффективной системой здравоохранения 70 % пациентов решают свои проблемы со здоровьем в поликлиниках, и лишь 30 % в стационарах

Трехуровневая система здравоохранения представлена на рисунке 13.

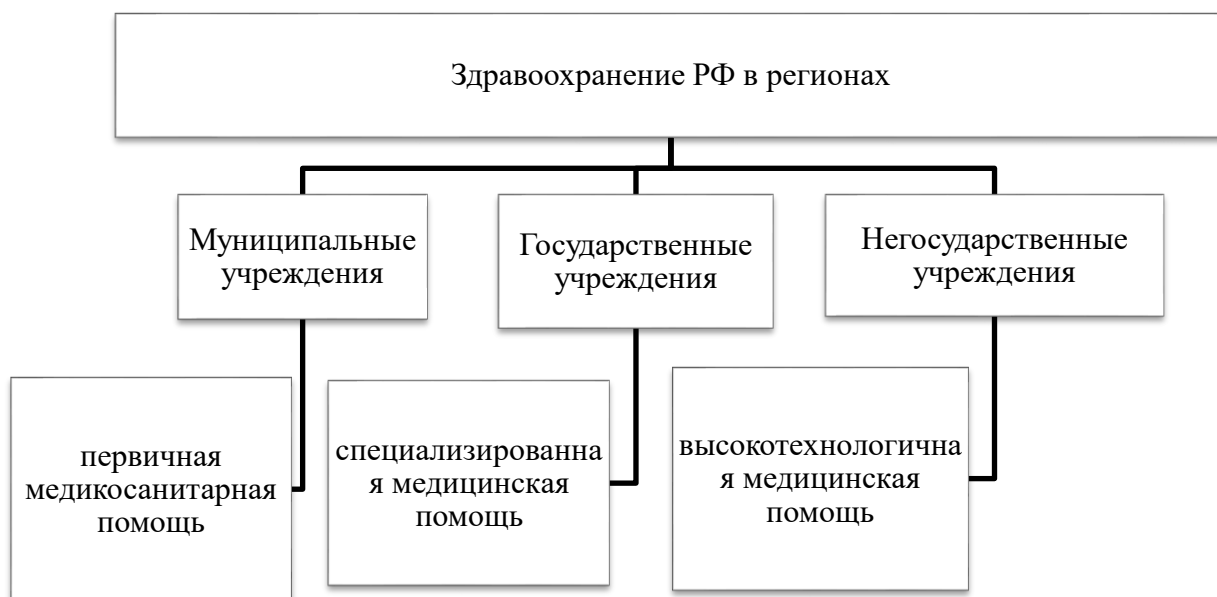


Рисунок 13–Трехступенчатая модель здравоохранения РФ

Анализ факторов внешней среды представляет собой оценку состояния и перспектив развития важнейших для организации факторов деловой среды, а также факторов макроокружения, на которые организация не может оказывать непосредственного влияния.

Основными целями анализа факторов внешней среды организации являются предвидение потенциальных угроз со стороны внешней среды и выявление новых возможностей для организации, которые она открывает.

3 Совершенствование проектной деятельности Кежемской РБ

3.1 Проблемы реализации государственного проекта развития системы здравоохранения

С 2012 года государство стало усиленно уделять внимание здравоохранению, путем увеличения расходов финансирования и внедрения проектов развития здравоохранения РФ.

Правительством и Министерством Здравоохранения на 2013-по 2016 гг. было установлено государственное задание в отношении Красноярского края по оказанию медицинских услуг. И анализ исполнения на 2016 год показал, что Государственный заказ выполнен на уровне установленных цифр.¹⁶

Основными жизненно важными проблемами, которые встали перед здравоохранением, являются создание условий для обеспечения профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни граждан и желание граждан заниматься своим здоровьем. Исходя из отчетов за 2015 – 2016 гг. можно понять, что план по диспансеризации детей выполнен на 100 %, то у взрослого населения всего на 80%. Одной из причин отказа является неинформированность местного населения об истинных причинах диспансеризации, неудовлетворенность пациентов вследствие недостаточной информированности о целях оптимизации здравоохранения. Нет информации для жителей Кежемского района о развитии и внедрении подпрограмм. Жителей отдаленных деревень волнует прекращение работы санитарной авиации, одной из причин является сокращение численности населения в связи с затоплением территорий Кежемского района.

Понимание жителей должно включать наличие не только обязательств со стороны государства по обеспечению охраны здоровья и государственных гарантий, но и обязательства граждан заботиться о собственном здоровье,

¹⁶http://www.kraszdrav.ru/project/programma_«razvitie_zdravoohraneniya_krasnoyarskogo_kraya_na_2013_2020_godi».

соблюдать определенные нормы и правила. Такая культура в значительной мере должна повлиять на улучшение здоровья населения, обеспечив недопущение вреда здоровью или его коррекцию на самых ранних стадиях, что одновременно снизит темпы увеличения нагрузки на звено стационарной медицинской помощи и позволит направить дополнительные финансовые ресурсы на увеличение объема государственных гарантий оказания медицинской помощи в сложных медицинских случаях.

Диспансеризация – это плановое мероприятие, которое следует проводить регулярно. Оно предполагает всестороннее обследование здоровья и развития ребенка. Основная задача диспансеризации – выявить возможные заболевания и патологии, оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка, а также профилактика болезней и выявление возможной предрасположенности к ним.¹⁷

Таблица 8 - «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» детей в КГБУЗ «Кежемская РБ» за 2015 -2016 гг.

	2015 год, чел.		2016 год, чел.	
	план	Факт	План	Факт
Диспансеризация				
Дети до 4 лет	250	250	241	241
Дети 10 лет	280	280	270	270
Дети до 14 лет	420	420	427	427
Дети до 18 лет	616	616	636	636

Из таблицы видно, что родители стремятся быть информированными о здоровье своих детей и поэтому диспансеризация детей до 18 лет проходит на должном уровне.

¹⁷ <https://www.kp.ru/guide/dispenserizatsija-detei.html>

Диспансеризация работающего населения Кежемского района в 2015 год позволило охватить осмотрами 67,1%, а в 2016 году уже 80,1% из числа работающих граждан. Такие показатели диспансеризации на фоне достаточного финансирования данной подпрограммы говорят о низкой мотивации населения к здоровому образу жизни. Отсутствие в поликлиниках кабинетов по здоровому образу жизни. В школьной программе выделено всего 5 ученических часов на ведение лекций медицинскими работниками. Большое количество семей ведущих асоциальный образ жизни.

Вторая важная кадровая проблема – нехватка квалифицированных кадров. Несоответствие региональной системы подготовки кадров потребностям трехуровневой организации медицинской помощи, в том числе первичной медико-санитарной, профилактической, высокотехнологичной. Низкая привлекательность работы в сфере здравоохранения в отдаленных районах. Недостаточное количество узких специалистов с высшим образованием (5 человек), специалистов со средним образованием (10 человек). Но при оптимизации медицинского персонала происходит введение ставки заместителя главного врача по экономическим вопросам. Сокращение ставок из-за нехватки количества населения на 1 специалиста, при условии недостаточного количества нужных специалистов на 16000 населения. Социальный норматив обеспеченности врачами на 10 тысяч человек – 41,0, средним медицинским персоналом – 114,3 установлен распоряжением Правительства Российской Федерации от 03.07.1996 № 1063-р.

Третьей проблемой является дефицит финансового обеспечения. По данным бухгалтерского отчета за 2015- 2016 год произошло перераспределение средств за счет недофинансирования системы обязательного медицинского страхования, связанное с платежами органов исполнительной власти за неработающее население в связи с переходом на трехэтапную этапную модель здравоохранения. Сейчас страховщиком ОМС является Федеральный фонд ОМС. Подразумевается, что при переходе на страховые принципы, часть ответственности за устойчивость финансовой модели перейдет к страховым

медицинским организациям. Это постепенный процесс, который не может быть самоцелью. Главная цель реформирования финансовой модели ОМС – улучшение качества медицинской помощи. Главное препятствие в развитии рискованной модели ОМС – отсутствие конкуренции на рынке медицинских услуг. Даже в Москве негосударственные медицинские организации не в состоянии предложить весь необходимый спектр видов медицинской помощи. Кроме того, коммерческая медицина не заинтересована в работе по действующим тарифам ОМС.

Несогласованность действий на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Необеспеченность системы диспансеризации на уровне первичного звена. Невозможность самостоятельно перераспределить план работы без согласования с федеральным либо региональным уровнем, с сохранением количества выполняемого объема обязательств.

Из данных проблем вытекают угрозы для человека. Для исправления сложившейся ситуации, укрепления первичного звена медицинской помощи, развития профилактики и диспансеризации, повышения доступности высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, улучшение медицинского обслуживания беременных, и были разработаны основные подпрограммы проекта развития системы здравоохранения РФ.

Данный проект был разбит на несколько этапов. На первом этапе было принято решение о поддержке именно первичного звена медицинской помощи, на которое ложится наибольшая нагрузка по первому контакту с пациентом, раннему выявлению заболеваний, профилактике, ведению хронически больных, а также активному посещению пациентов на дому.

Для повышения эффективности реализации проекта развития системы здравоохранения до 2018 года на территории Российской Федерации будет проведен эксперимент по переходу учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование (т.е. объединение всех источников финансирования через систему ОМС) и оплату по результатам труда (т.е. за объёмы и качество оказанной медицинской помощи). Результатом

данного эксперимента должны стать повышение оплаты труда медицинских работников стационаров, улучшение условий их работы и повышение качества медицинской помощи пациент

Подпрограммы проекта развития системы здравоохранения РФ начали работать с 2013 года и должны стать продолжением государственной политики в усовершенствовании системы здравоохранения и решить насущные проблемы на всех уровнях системы здравоохранения.

3.2 Предложения по совершенствованию процесса реализации проекта

На основе вышесказанного, были разработаны предложения, которые помогут усовершенствовать процесс реализации проекта развития здравоохранения РФ.

Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»

В целях формирования здорового образа жизни предлагаю организовать действующие школы здоровья по основным факторам риска на муниципальном уровне. Обеспечить мониторинг и конкретное финансовое обеспечение на конкретную программу, например, «Школа по снижению потребления алкоголя и табака». В интересах здоровья граждан выделить четверть ставки, кабинет и соответствующую литературу для работы в кабинете. Также рассмотреть график работы «Школы по снижению потребления алкоголя и табака» не менее 1 раза в неделю по субботам в удобное для посетителей время.

Долю обследований для беременных женщин довести до 100 %. Разработать мероприятия для получения квоты на обследование для незащищенных слоев населения и жителей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Выделение дополнительных средств за счет подпрограммы на покупку аппаратуры по выхаживанию недоношенных детей, выделить четверть ставки на работу врача и четверть ставки на работу медицинской сестры,

обустроить кабинет и ввести школы материнства со строгой отчетностью. Пригласить по договору работника коммерческой организации для занятия с беременными женщинами дыхательной гимнастикой и йогой.

Ввести постоянную рубрику в средствах массовой информации муниципального уровня о реализации программы развития здравоохранения, о положительных эффектах оптимизации. В интересах муниципалитета учредить постоянную медицинскую рубрику, которая будет выходить 1 раз в месяц муниципальной газете «Советское Приангарье», выпускаемая в Кежемском районе. Назначить ответственным за распространение материала по здоровому образу жизни специалиста по связям с общественностью. Внести изменения в должностные обязанности в связи с расширением сферы деятельности данного специалиста.

Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

В КГБУЗ «Кежемская РБ» работает три бригады скорой помощи, почти все сотрудники со стажем работы от 10 до 20 лет, следовательно, заработная плата и оклад, почти одинаковые и составляют 4200 рублей при разном отношении к работе.

Имеются следующие надбавки и доплаты:

- территориальный коэффициент 15 % к заработной плате ежемесячно;
- надбавка за непрерывный медицинский стаж к тарифной ставке ежемесячно при стаже работы 5 лет и более – 30%.

Необходимо ввести денежную надбавку стимулирующего характера за быстрое реагирование бригад скорой помощи на вызов, отсутствие жалоб пациентов и смертей в размере 10 % от оклада за счет средств экономии заработной платы.

В связи с опасными для здоровья и тяжелыми условиями труда к тарифной ставке ежемесячно 5 % от оклада за счет выделения средств на

развитие подпрограммы, надбавка стимулирующего характера к заработной плате.

Провести модернизация наркологической службы Кежемского района

Произвести открытие кабинета консультирования и диагностики предрасположенности к наркологической патологии в КГБУЗ «Кежемская РБ»

Перепрофилирование 5 коек круглосуточного пребывания в койки дневного пребывания при наркологическом стационаре;

Создание наркологического отделения на 30 коек и отделения неотложной наркологической помощи на 10 коек с палатой интенсивной терапии на базе имеющихся наркологических отделений, что позволит снизить сроки пребывания и стоимость лечения.

Оснащение компьютерной техникой наркологического кабинета из средств, выделенных на реализацию подпроекта.

Произвести обучение на курсах переподготовки и усовершенствования одного врача-нарколога, одного медицинского психолога.

Подпрограмма «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики лечения, а также основ персонализированной медицины»

Для сокращения сроков ожидания к врачам до трех дней ввести круглосуточную систему электронной записи. Система электронной записи уже установлена, надо только провести обучение сотрудников и утвердить список мероприятий при отказе работать с системой электронной записи. Довести до сведения Минздрава РФ, формирующим предложения Правительству РФ о сроках ожидания медицинской помощи. В 2017 году сделать ремонт в помещении архива и ввести в работу кабинет медицинской профилактики, как для детского, так и для взрослого населения. Для этого выделены ставки врача и медицинской сестры.

На базе кабинета женской консультации ввести ставку фельдшера смотрового кабинета, для которого уже подготовлен кабинет и специальный инструментарий.

В детской поликлинике заработает кабинет неотложной медицинской помощи, что поможет снизить нагрузку врачей-педиатров.

Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»

100 % охват реабилитационной помощью детей – инвалидов, охват санаторно – курортным лечением пациентов из числа нуждающихся. Создание честной электронной очереди. Распределение очередности путем внесения нуждающихся в лист ожидания с учетом потребностей и возможности медицинской организации. Ответственными за исполнение назначить заведующих поликлинической службой и внести изменения в должностные обязанности.

Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»

Предлагается организовать службу оказания помощи с выездами на дом. Увеличить койко-места из расчета на 100 тыс. населения до 15 (на данный момент 10.коек, для детей 2 койки в связи с сокращением терапевтических коек). Организовать отряд волонтеров для предоставления помощи одиноким людям. Ответственным назначить медицинского психолога с внесением дополнительных обязанностей в трудовой договор и определить финансовую надбавку в размере четверти ставки от оклада. Отчет о работе группы волонтеров предоставлять в кабинет статистики ежемесячно.

Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»

Выделить средства муниципалитета на создание и поддержку медицинских классов, для ориентировки будущих абитуриентов в сторону медицины.

При поступлении в медицинское образовательное учреждение оплата дополнительной стипендии за счет средств бюджетных источников.

Приоритет квалифицированным медицинским кадрам. Привлечение молодых специалистов, путем выделения дополнительной денежной выплаты в размере 10% от должностного оклада в течение первых 5 лет работы.

Отработать механизм дополнительной надбавки к оплате труда, обеспечив тем самым заинтересованность в повышении качества оказываемой медицинской услуги.

Пересмотреть нагрузку на участковых врачей по количеству времени, т.е. принимать пациента столько сколько нужно, но придерживаясь норматива в 15 минут.

Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»

За счет выделения средств на развитие подпрограммы была закуплена программа выписки рецептов через компьютерный ресурс. Произвести обучение выписки электронных льготных рецептов вне рабочее время и начать их выдачу, что существенно сократит время выписки. Обучение произвести в краткосрочный период. Ответственным за обучение назначить специалиста по информационным технологиям КГБУЗ «Кежемская РБ».

Единовременная выдача льготного рецепта не менее чем на 2 месяца. Возможность отсрочки получения лекарственного средства не более чем на 10 дней.

Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»

В период 2013–2016 гг. медицинские организации до уровня центральных районных больниц, обеспечены компьютерным и серверным оборудованием, сетевой инфраструктурой, общесистемным и специализированным программным. Нужно внедрить региональные медицинские информационные системы с функциями ведения электронной истории болезни, справочно-информационной поддержки принятия врачебных решений, оперативного доступа к диагностическим исследованиям, обеспечения лекарственными средствами и внедрение личного кабинета для каждого пациента. Это сложно, так как основной контингент работающих медицинских работников превысил возраст 60 лет и, следовательно, их трудно склонить к чему – либо новому и ответственному.

Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Красноярского края»

Для организации и сбора информации о потребностях регионального муниципального уровня здравоохранения предлагаю разрешить сообщать свои просьбы о потребностях и возможностях в Министерство Здравоохранения. Предлагаю производить, а не навязывать согласование окончательного плана диспансеризации населения, с регионами исходя из его потребностей.

Таким образом, хотелось бы сказать, что помимо проблем имеется ряд перспективных методов повышения эффективности работы системы здравоохранения. Указанные мероприятия позволят улучшить сценарий проекта развития здравоохранения РФ и изменить существующую модель управления

3.3 Ожидаемый эффект от предложений

На данном этапе развития и реализации Государственной программы проводится оптимизация, которая должна повысить эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений.

С 2014 по 2020 гг. оптимизация коснется почти все медицинские организации страны. Предположительно, должно произойти сокращение в 2018 году больниц на 11,2%, а поликлиник на 7,2% от общего количества учреждений в Российской Федерации.

Также планируется сократить фельдшеров и заменить их врачами общей практики. С 2014 по 2016 гг. произошло сокращение коечного фонда, что неблагоприятно сказалось на некоторых слоях населения.

Происходит постепенное сокращение штата работников здравоохранения. С 2013 года произошло сокращение штата более чем на 90 тысяч человек, хотя с другой стороны, имеется потребность во врачах и среднем медицинском персонале в количестве 55 тысяч и 88 тысяч специалистов, соответственно. [11]

Можно предположить, что мероприятия по сокращению штата не соответствуют ситуациям в регионах страны.

Если Министерство здравоохранения обратит внимание на рекомендации с муниципальных уровнях, то произойдет корректировка планов и Государственная программа пройдет более успешно.

Корректировка реализации программы развития здравоохранения привлечет квалифицированные кадры, увеличится объем профилактических мероприятий, повысится экономический эффект. Показатели подпрограмм будут достигнуты в срок.

Основываясь на вышесказанном, можно сделать вывод о том, что проект развития системы здравоохранения Российской Федерации постоянно совершенствуется и преобразовывается с учетом ошибок прошлых лет. Происходит переориентация проекта развития здравоохранения Российской Федерации на более важные социальные программы. Медленно, но происходит повышение качества услуг, которые зависят от финансового обеспечения этой отрасли.

Разработчики проекта развития системы здравоохранения понимают и анализируют степень ответственности реализации подпрограмм. Также важно для современной системы здравоохранения, чтобы осуществлялся доступ к полному спектру оказываемых услуг любому слою населения. В январе 2017 года в проект реализации развития системы здравоохранения было дополнительно выделено две подпрограммы:

- подпрограмма Д. - «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации»

- подпрограмма И. - «Развитие скорой медицинской помощи».

Изменены и уточнены задачи; количество соисполнителей и участников проектов Госпрограммы; изменены состав и динамика значений ряда целевых показателей с 2017 по 2020 годы, уточнены их наименования.¹⁸

¹⁸<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>

Подпрограммы проекта развития системы здравоохранения РФ начали работать с 2013 года и должны стать продолжением государственной политики в усовершенствовании системы здравоохранения и решить насущные проблемы на всех уровнях системы здравоохранения.

Ожидаемый эффект от предложений по совершенствованию реализации проекта развития здравоохранения.

Согласно подпрограмме «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» к 2018 году показатели оплаты труда медицинских работников увеличатся в 1,5 раза. В 2017 году в Кежемском районе средняя заработная плата врачей составляет 58605 руб.; среднего персонала 32371 руб.; младшего - 18476 руб. (рост заработной платы по младшему персоналу обусловлен увеличенной региональной выплатой (МРОТ) в Кежемском районе – 13571 руб. на одну ставку). Привлечено на работу в Кежемскую РБ 6 врачей-специалистов (врач-терапевт (со специализацией кардиолога); врач-акушер-гинеколог (оперирующий); 3 врача-хирурга; врач-оториноларинголог; врач-педиатр). За 2016г. повысили свой профессиональный уровень 12 докторов, 24 средних медицинских работника, в том числе в г. Казань – врач-хирург по эндоскопии; в г. Санкт-Петербург – врач-невролог (по психотерапии) и заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения (по контролю качества медицинской помощи).

КГБУЗ «Кежемская РБ» всегда приветствуется обучение врачей смежным специальностям, необходимым для более эффективного и качественного исполнения обязанностей, так методами УЗИ владеют в учреждении 7 врачей, из них: на основной ставке работают два врача, остальные работники совместители (по основной должности: терапевты, педиатры, гинекологи).

В 2016 году обучился врач-эндоскопист, который в настоящий момент по основной должности работает врачом-хирургом. На 2017 год так же запланировано обучение по эндоскопии еще одного врача хирурга.

В планах привлечь на работу в 2017 году врачей: инфекциониста, терапевта, физиотерапевта, стоматолога, клинической лабораторной диагностики, врача ультразвуковой диагностики.

В целях привлечения медицинского персонала органами местного самоуправления предоставлено работникам учреждения 36 благоустроенных квартир на условиях социального найма.

За счет дополнительных площадей и работы кабинета неотложной помощи в поликлинике перераспределились потоки пациентов для исключения загруженности коридоров и фойе, а так же разместили в отдельные кабинеты службу по санитарно – просветительной работе.

Благодаря организованному на базе поликлиники для взрослого населения кабинет УЗИ, кабинет неотложной помощи, доврачебный кабинет будет оказываться медицинская помощь пациентам, которым необходимо оказание технологичной медицинской помощи с использованием современной диагностической техники и высокотехнологичных методов исследования и лечения по узким профилям.

С целью повышения качества оказания медицинской помощи детям и взрослым, проведена работа по созданию школ по здоровому образу жизни.

Организована работа наркологического кабинета. Данное мероприятие позволят на ранних этапах выявлять семейную наркологическую отягощенность и применять превентивные меры профилактического характера. Внедрение в лечебно-реабилитационный процесс методики определения рисков развития наркологического заболевания позволит определять степень генетической отягощенности при формировании семейных отношений и повысить уровень первичного консультирования условно здоровых лиц.

Для создания соответствующих условий и увеличения мощности отделения выхаживания новорожденных проведен ремонт отделения патологии новорожденных с расширением мощности отделений. Поставлено реанимационное и иное диагностическое и лечебное оборудование. В рамках подпрограммы в каждый межрайонный центр поставлены педиатрический

набор для проведения эндоскопических лечебных и диагностических процедур.

Мероприятия по информатизации системы здравоохранения. Произошла закупка персональных компьютеров в количестве 25 штук, сервера, коммутационного оборудования, необходимого для создания информационно-коммуникационной инфраструктуры КГБУЗ «Кежемская РБ».

В целях повышения удовлетворенности населения медицинской помощью и ликвидации очередей в КГБУЗ «Кежемская РБ» внедрена технология записи к врачу в электронном виде и работа электронной регистратуры.

Реализована запись к врачу в электронном виде через веб-сайты.

Благодаря внедрению кабинета неотложной снизилась нагрузка на участковых врачей, что хорошо отразилось на производительности специалистов.

Благодаря выделенным койкам для паллиативной медицинской помощи сократилось число жалоб в министерство здравоохранения на невыполнения целей подпрограммы.

В рамках льготного обеспечения лекарственными препаратами произошла стандартизация программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами с использованием программного обеспечения «Поликлиника» и «Hospital», которые позволяют автоматизировать следующие задачи:

- организация оперативного получения и анализа информации;
- автоматизация выписки рецептов;
- отпуск лекарственных препаратов;
- прием-передача и обработка данных по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами;
- контроль исполнения заявки.

Данные мероприятия повысят доступность оказания амбулаторно-поликлинической помощи и помогут подтолкнуть жителей населения обратить основное внимание на профилактику здорового образа жизни.

Происходит повышение не только доступности, но и повышение качества предоставляемых медицинских услуг. Сократится количество жалоб пациентов на длительное ожидание приема специалистов и участковых на переработку рабочего времени.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что здравоохранение – это развивающаяся область. Чтобы улучшить здоровье граждан необходимо обеспечить полную модернизацию системы здравоохранения РФ. Решением этих задач и занимается проект развития системы здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из задач, поставленной перед здравоохранением РФ, является создание условий для обеспечения реализации проекта развития системы здравоохранения РФ на период до 2020 года. Так как деятельность проекта направлена на проведение мер по социальной защите населения и обеспечение жизненно-важных потребностей населения. В Российской Федерации, как и во всем мире, формируется запрос на улучшенное качество медицины. Требуется создание новых методов диагностики и методов лечения, которые характеризуются дистанционностью, безопасностью, высокой эффективностью. К основным направлениям, которые формируют облик нового здравоохранения относятся:

- развитие медико – санитарной помощи;
- развитие высокотехнологической помощи;
- разработка инновационных методов;
- усовершенствование кадровой политики.

Мероприятия, которые можно предложить для повышения или доступности медицинских услуг для населения в рамках реализации проекта «Развитие системы здравоохранения»:

- создание стимулов для работы медицинского персонала;
- избегать перегрузок и переработки врачами за счет привлечения кадров;
- ориентация не на покупку нового оборудования, а на подготовку высококвалифицированных кадров;
- пересмотр отраслевых норм на одного пациента;
- повышение управленческой грамотности руководителей;
- пересмотр основных показателей, которые отражают состояние дел в сфере здравоохранения (показатели средней заработной платы врачей прямо

пропорционально зависят от показателей продолжительности жизни и смертности населения);

- развитие санаторно-курортного лечения, в том числе среди детей;
- достаточное финансовое обеспечение и разработка эффективности расходования средств выделенных в ходе реализации проекта «Развитие системы здравоохранения».

На втором этапе реализации проекта развития здравоохранения РФ в основных действующих подпрограммах и предлагается решение данных проблем. Предлагается создание кадрового ресурса здравоохранения и информатизации отрасли и дальнейшее внедрение инновационных технологий, которые разрабатываются с учетом приоритетов инновационного развития здравоохранения РФ. Включение скорой медицинской и высокотехнологичной помощи в систему обязательного медицинского страхования. Создание лекарственного обеспечения граждан в системе в амбулаторных условиях в рамках обязательного медицинского страхования.

В целом реализация всех направлений реализации проекта развития здравоохранения РФ обеспечит формирование здорового образа жизни у всех жителей к 2020 году, также создаст систему здравоохранения, позволяющую оказывать доступную качественную медицинскую помощь на основе единых требований и подходов с учетом передовых достижений научно – технического прогресса, которая будет являться залогом экономического успеха нашей страны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Правительство российской федерации постановление от 15 апреля 2014 г. п 294 об утверждении государственной программы российской федерации "Развитие здравоохранения"
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05 февраля 2016 г. № 164-р «Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»
3. Приказ Минздрава России от 29 января 2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»
4. Постановление Правительства РФ от 08.10.2012 № 1028 (ред. от 06.03.2015) «О Совете при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере» (вместе с «Положением о Совете при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфер
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
6. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»
7. Приказ Министерств здравоохранения РФ от 23 апреля 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».
8. Распоряжение от 30.03.2013 г. №487-р «Об утверждении плана мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы организаций».
9. Приказ Министерств здравоохранения РФ от 23 апреля 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».

10. Приказ от 31.10.2013 г. №810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».

11. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

12. Федеральный закон от 10 июля 1992 года № 3266-1 «Об образовании»;

13. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

14. - Постановление Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 года № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации»;

15. Банин, С.А. Здравоохранение России: вопросы финансирования и пути решения // Вестник Красноярского государственного университета, 2012. – #3(19) – 112–117

16. Каграманян, И.Н. О кадровом обеспечении системы здравоохранения Российской Федерации // Образование и подготовка медицинских кадров, 2014. – 277-280

17. Отчёт Министерства здравоохранения Российской Федерации “Об итогах работы министерства здравоохранения российской федерации в 2014 году и задачах на 2015 год”, Москва, апрель 2015 г.

18. Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, в Глотова И.И., Хлопянова К.В., Анастасова М.Г. Здравоохранение России: вопросы финансирования и перспективы развития // Сборник статей по материалам XIII международной научно-практической конференции «Наука вчера, сегодня, завтра», 9 июня 2014 г.

19. 11.Грицюк М. Счетная палата проверила доступность качественной медпомощи и образования//<http://www.rg.ru/>дата обращения 15.04 2015.

20. Проект развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015-2030 г.г.
21. Беляева С. А. Роль планирования в процессе управления инновационными проектами // Организатор производства. - 2012. - N 4. - С. 84-87.
22. Бетанова И. Роль HR в управлении проектами // Справочник по управлению персоналом. - 2011. - N 4 (апрель). - С. 47-52.
23. Бетанова И. Роль HR в управлении проектами // Справочник по управлению персоналом. - 2011. - N 5 (май). - С. 49-54.
24. Гончаренко С. Управление проектами // Управление качеством. - 2011. - N 8. - С. 44-46.
25. Емельянов Ю. Управление инновационными проектами в компании // Проблемы теории и практики управления. - 2011. - N 2. - С. 26-39.
26. Конференции ПМСОФТ по управлению проектами // Проблемы теории и практики управления. - 2011. - N 7. - С. 102.
27. Кузнецов А. А. Процессное управление проектами на предприятии // Менеджмент сегодня. - 2011. - N 4. - С. 206-212.
28. Фунтов В. Н. Основы управления проектами в компании : учебное пособие по дисциплине, специализации, специальности "Менеджмент организации". – М. – СПб. [и др.] : Питер , 2011. – 394 с.Свердловская ОУНБ; ЕФ; Шифр 65.05; Авторский знак Ф948; Инв. номер 2317748-ЕФ
29. Дедова В.Е. Особенности управления персоналом при организации проектного управления // Современные научные исследования и инновации. 2014. № 5. Ч. 2
30. Базарова Т.Ю. Управление персоналом. Учебник. Гриф МО РФ. Издательство «Юнити». 2005г.
31. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ) // «Собрание законодательства РФ», 2009. – 445 с.

32. Лапыгин Ю. Н. Оценка эффективности проектного управления // Экономический анализ : теория и практика. - 2011. - N 15. - С. 50-53.
33. Мазур И. И. Управление инвестиционно-строительными проектами: международный подход. – М.: Омега-Л, 2011. - 736 с. Свердловская ОУНБ; КХ; Инв. номер 2314485-КХ
34. Мыльников Л. А. Микроэкономические проблемы управления инновационными проектами // Проблемы управления. - 2011. - N 3. - С. 2-11.
35. Озерова Т. Системная триада как основа управления проектами на предприятиях общественного питания // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. - 2011. - N 2. - Ч. 1. - С. 35-38.
36. Пигалов В. Секреты успешного управления проектной командой // БОСС. Бизнес: организация, стратегия, системы. - 2011. - N 7. - С. 64-65.
37. Уланов С. Анализ рисков при управлении инвестиционными проектами // РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. - 2011. - N 1. - Ч. 2. - С. 645-650.
38. Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
39. Аширов Д.А. Управление персоналом: учеб, пособие. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2015. – 432 с.
40. Арутюнов, В.В. Управление персоналом: учеб. пособие /В.В. Арутюнов, И.В. Волынский. – Ростов-на-Дону, 2014. – 448с.
41. Базаров Т.Ю. Управление персоналом: Учебное пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений / Т.Ю. Базаров. – 4-е изд., М.: Издательский центр "Академия", 2015. – 224 с.
42. Управление персоналом: учебник / Под ред. Т.Ю. Базарова, Б.Л. Еремина.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ЮНИТИ, 2010. – 560 с.
43. Балабанов И.Т. Основы финансового менеджмента. - М.: Финансы и статистика, 2015 г. - 478 с.

44. Велиева А. Д. Влияние факторов внешней среды на деятельность частной медицинской организации // Молодой ученый. — 2015. — №13. — С. 366-368.