

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 кадрового обеспечения системы здравоохранения РФ
(на примере КБУЗ «Кежемская РБ»)

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

Красноярск 2017

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

Нормоконтролер

дата, подпись

Т.В. Вырупаева

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Теоретические основы проектной деятельности в системе здравоохранения	7
1.1 Понятие и сущность проекта	7
1.2 Проектная деятельность в управлении персоналом.....	18
1.3 Особенности проектной деятельности в системе здравоохранения.....	26
2. Анализ и место КГБУЗ «Кежемская РБ» в системе здравоохранения РФ ..	33
2.1 Система здравоохранения РФ.....	33
2.2 Внутренняя среда КГБУЗ « Кежемская РБ»	41
2.3 Внешняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»	46
3 Реализация проекта кадрового обеспечения КГБУЗ «Кежемская РБ»	48
3.1 Анализ проблем реализации	48
3.2 Мероприятия по реализации проекта	55
3.3 Ожидаемый эффект от мероприятий	58
Заключение	61
Список использованных источников.....	63

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире большую роль приобретает проблема полного использования кадровых ресурсов организации. В настоящее время учреждения здравоохранения сталкиваются с нехваткой кадровых ресурсов, увеличивающихся под воздействием демографических, политических, социально – экономических, технологических, эпидемиологических изменений. Особенно проблематичны в кадровой сфере представляются вопросы правильного планирования кадровых ресурсов, их численности, системе распределения опытных (квалифицированных) работников.

Вопросы кадрового обеспечения в медицинском учреждении показывают необходимость применения конкретных способов набора и использования кадров. Главная цель и задачи кадрового обеспечения состоит в следующем:

Обеспечение дальнейшего планирования кадров, повышение профессионального уровня работников, повышение уровня жизни работников, правовая и социальная защита работников, увеличение эффективности мероприятий по охране труда.

Важность темы связана с возрастающей ролью персонала в развитии современной организации.

Вопросы кадровой политики в современной организации это сложное, многоуровневое явление.

Кадровая политика медицинского учреждения подтверждает потребность применения на практике конкретных способов набора, расстановки и использования кадров. Главная цель и концептуальные задачи по реализации кадровой политики в здравоохранении состоят в следующем:

1. Обеспечение дальнейшего развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов с учётом структуры потребности отрасли, их рационального размещения и эффективного использования.

2. Повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования, совершенствования системы государственных образовательных стандартов подготовки специалистов.

3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения, приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.

4. Обеспечение правовой и социальной защиты работника отрасли, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.

5. Проведение реформы кадровой службы здравоохранения в соответствии с принципами и требованиями современной теории научного управления человеческими ресурсами.

Осуществление поставленных задач должно обеспечить наилучшее равновесие процессов обновления и сохранения количественного и качественного состава работников структуры, развитие кадровых ресурсов в соответствии с потребностями практического здравоохранения, требованиями действующего законодательства и состоянием рынка труда.

Целью выполнения работы является анализ обеспеченности КГБУЗ «Кежемская РБ» и разработка рекомендаций по улучшению показаний обеспеченности кадрами.

Чтобы достичь поставленной цели, необходимо решение следующих задач:

- рассмотреть теоретические вопросы, связанные с кадровым обеспечением организации;
- изучить правовое регулирование кадрового обеспечения деятельности медицинских учреждений;
- проанализировать динамику показателей кадрового обеспечения на примере КГБУЗ «Кежемская РБ»

- выявить недостатки в существующей системе кадрового обеспечения в учреждении здравоохранения;
- разработать рекомендации по совершенствованию системы кадрового обеспечения данного учреждения;

Предметом исследования являются теоретические, методические и практические стороны кадрового обеспечения организации.

Объектом исследования является КГБУЗ «Кежемская РБ»

Работа состоит из трех глав, введения, заключения.

1 Теоретические основы проектной деятельности в системе здравоохранения

1.1 Понятие и сущность проекта

Хотя понятия "проект", "управление проектами" давно и прочно вошли в нашу жизнь, не существует общепринятого толкования этого термина. Считается, что слово "проект" (project) происходит от латинского *proiacere* – продвигать что-то вперед (*pro* – заранее; *iacere* – продвигать, бросать вперед). Под проектом в российском менеджменте понимается совокупность, комплекс задач и действий, имеющих следующие отличительные признаки: четкие конечные цели, взаимосвязи задач и ресурсов, определенные сроки начала и окончания проекта, известная степень новизны целей и условий реализации, неизбежность различных конфликтных ситуаций вокруг и внутри проекта.

Существует множество определений понятия «проект». Вот некоторые из них. Проект - «это что-либо, что задумывается или планируется, например, большое предприятие»¹, это временное предприятие, предназначенное для создания уникальных продуктов или услуг.

Проект - уникальная деятельность, предполагающая координированное выполнение взаимосвязанных действий для достижения определенных целей в условиях временных и ресурсных ограничений.

Из этого определения можно сделать вывод о том, что всем проектам присущи три важные характеристики:

1. Наличие дат начала и завершения (у каждого проекта обязательно есть начало и конец, этим проектная деятельность отличается от операционной, рутинной деятельности предприятия).

2. Результат каждого проекта – уникальный продукт или услуга. Этим проектная деятельность также отличается от операционной. Так, разработка нового лекарства является проектом, а его серийный выпуск будет составлять

¹http://orags.narod.ru/manuals/html/ito/ito_51.htm

предмет операционной деятельности предприятия. При этом степень уникальности результата проекта может значительно варьироваться от одного проекта к другому.

3. Направленность проекта на достижение определенных целей. Как правило, причиной появления проекта является некоторая проблема, требующая решения, либо благоприятная ситуация, требующая усилий для того, чтобы предприятие могло опередить конкурентов. Успешным считается проект, который с учетом ресурсных ограничений позволяет полностью реализовать поставленные цели.

Современная организация способна существовать и успешно конкурировать на рынке лишь при условии постоянного развития и адаптации под изменяющиеся условия ведения бизнеса. Ритм жизни в современном мире, изменчивость со среды, окружающей организацию, усиливает нестабильность функционирования компаний, что приводит к частым и быстрым изменениям, необходимости подстраиваться под изменения внешних условий. Справляться с этой задачей позволяет проектная деятельность.

Управление проектом в организации - это управленческая деятельность, которая основывается на скрупулезной разработке модели мероприятий для реализации конкретных задач и достижения цели. Этот вид управления может применяться по отношению к любому виду деятельности.

Основным условием для применения проектного управления является цель, которая должна содержать в себе определенную часть новизны. Цель делится на составные части, в соответствии с которыми определяются дальнейшие виды работ. В дальнейшем данные виды работ на основе моделирования примеряются к сложившимся условиям, в результате чего рассчитываются риски и также возможные варианты решений.

Впоследствии данная модель (новация) воплощается на практике, при этом подвергаясь дальнейшим корректировкам, т. е. идет своеобразная "обкатка" разработанного проекта. После того как проект окончательно

утвержден и реализован, проводится контроль соответствия запланированных показателей реальным. Отклонения между ними фиксируются документально. На основе этой оценки определяется уровень достижения намеченных целей.

Итогом проектной деятельности является создание фактической модели (инновации)определение достигнутых результатов и социально-экономической эффективности проекта.

Проект имеет свою структуру, которая характеризуется окружающей средой (совокупностью факторов, напрямую не участвующих в реализации проекта, но взаимодействующих с его отдельными элементами). Она рассматривается с точки зрения непосредственного и дальнего окружения объекта.

Непосредственное окружение объекта включает факторы, напрямую влияющие на проект, дальнейшее окружение - факторы, влияющие на проект опосредованно.

Управление проектами за последнее время завоевало признание как наилучший метод планирования и управления реализацией инвестиционных проектов.

Работа в плане проекта представляет некоторую деятельность, необходимую для достижения конкретных результатов (конечных продуктов нижнего уровня). Таким образом, работа является основным элементом (дискретной, компонентой) деятельности на самом нижнем уровне детализации, на выполнение которого требуется время, и который может задержать начало выполнения других работ. Момент окончания работы означает факт получения конечного продукта (результата работы). Работа является базовым понятием и предоставляет основу для организации данных в системах управления проектами. На практике для ссылки на детальный уровень работ часто используется термин задача. В общем смысле эти два термина являются синонимами.

Проект, определение которого не имеет аналогов, называют новшеством или новинкой. А если в ближайшем будущем не возникнет необходимости повторять выполнение каких-либо пунктов проекта (или не нужно будет решать никогда), его называют одноразовым. Если конечный результат должен быть получен к заранее оговоренному сроку, значит, отличительная черта данного проекта – лимит времени. А когда для претворения проекта в жизнь необходимо участие специалистов из разных сфер, определение проекта может «уместиться» в одном слове – интердисциплинарность.

Риски и сложности в разработке и управлении проектом возникают, главным образом, в том случае, если подобные задачи ранее не решались. Рискованность проекта напрямую зависит от его масштабов и экипировки исполнителей (наличия необходимой техники, материалов и инструментов). Множество рисков, например, несёт инвестиционный проект, определение источников которого невозможно без получения необходимых знаний.

Любой проект характеризуется следующими особыми признаками:

- Уникальность, неповторимость условий, инновационность результата или продукта.

Признак неповторимость - Неповторимость относится не к отдельным составляющим частям проекта, а к проекту в целом. Даже в проектах с высокой степенью новизны, несомненно, имеются процессы, которые характерны не только для данного проекта, но и используются во многих других проектах. В проекте также может встретиться мероприятие повторного характера, например мелкосерийное производство, входящее в него.

Признак «уникальности» может быть характеристикой проекта в целом и отдельных его составляющих. Уникальным может быть назначение строящегося здания, но при использовании типовых решений, и наоборот, типовое здание может строиться в особых климатических условиях. К

уникальности можно отнести новое проектное окружение и ограничения, принципиально отличный набор требуемых технологических решений и т. д.

Можно выделить типовые проекты с малыми признаками уникальности и нетиповые, одноразовые проекты с высокой уникальностью. Уникальность ведет к появлению в проекте рисков, а значит, необходимости организации управления ими. Если при реализации нетипового проекта в его смету и календарный график не заложены резервы по затратам и по времени, то он обречен на дополнительные расходы и задержки. Даже в проектах с высокой степенью новизны, несомненно, имеются процессы и процедуры, которые по типовому регламенту используются во многих других проектах. Деятельность по организации управления может быть определена типовыми документами и инструкциями, в то время как объекты и субъекты управления (люди, процессы создания продукта проекта, окружение) будут новыми и уникальными. Типовые подходы уменьшают количество рисков, а уникальность их увеличивает. В борьбе и единстве этих противоположностей и заключается особенность проектной деятельности.

Управление проектами — это редкое и необычайно эффективное сочетание творчества, жестких процедур и сложных человеческих отношений. Четкая и конкретная цель, достигаемая с помощью выбора оптимальной стратегии и ее структуризации в виде комплекса определенных работ.

- Признак «наличие цели» относится ко всем проектным намерениям. Признак наличие цели - определение цели стоит, несомненно, и перед всей организацией в целом, в рамках которой осуществляется проект. Но цели проекта ограничены во времени. При успешном завершении проекта целевая установка, данная руководителю проекта заказчиком, отпадает.

Цель может состоять из подцелей, в таком случае проект завершается, когда достигаются все подцели. Если хотя бы одна из подцелей не может быть достигнута, проект считается неудачным. Стратегия достижения может включать в себя микростратегии выполнения конкретных работ, которые

могут меняться и фиксируются перед началом детального планирования проекта. Отметим наличие единства цели, стратегии и конкретных работ.

При первоначальной разработке проекта невозможно предусмотреть точно все работы, сроки, ресурсы и затраты. Очевидно, что, находясь на разных этапах, можно обладать информацией неодинаковой степени точности. Поэтому необходимо избегать чрезмерной детализации плана до конца проекта. Результаты такой затратной работы становятся бесполезными уже через короткое время при появлении новых вводных данных и первых изменений. В начале осуществления проекта все очень неопределенно, в плане формулируются в основном лишь ограничения (не позднее конкретной даты, не выше указанной суммы, иные жесткие ограничения). Последующие шаги дают больше информации, и планирование становится более детальным. И наконец, по мере завершения проекта проясняются последние детали. Такая постепенная конкретизация данных является неотъемлемой частью управления любым проектом и влияет на решения, принимаемые на каждом очередном этапе. Этот вид планирования способом последовательной разработки, при котором работа, которую надо будет выполнить в ближайшей перспективе, планируется подробно, а далеко отстоящая работа планируется укрупненно, называется методом набегающей волны.

- Признак «ограниченности во времени» означает, что любой проект имеет определенное начало и конец, которые ограничивают его продолжительность.

Начало проекта связано с авторизацией проекта. Завершение проекта наступает при достижении целей заказчика или когда становится ясно, что достичь этого невозможно никаким образом. Фиксированное начало предполагает использование планирования от начала. Фиксированное окончание — планирование от конца проекта. Программа в отличие от проекта может не иметь четкого окончания.

- Признак «ограниченности ресурсов» подразумевает, что количество используемых в проекте ресурсов всегда будет недостаточным.

Признак ограниченность требуемых ресурсов - В каждом проекте используются различные ресурсы: финансы, люди, техника, оборудование, материалы и др. Объем выделяемых на проект ресурсов тесно связан с бюджетом и всегда конечен. Объем ресурсов в ряде случаев может быть изначально жестко лимитирован, и тогда при заданных ограничениях на ресурсы могут быть определены сроки и продолжительность проекта. В случае жестко заданных сроков может быть определено необходимое количество требуемых ресурсов. Суть этого признака в том, что во всех случаях утвержденный вариант реализации проекта имеет спецификацию и график потребления ресурсов.

- Признаки «комплексности и разграничения» означают учет всех внутренних и внешних факторов, прямо или косвенно влияющих на развитие и результаты проекта, управление всеми его областями.

Каждый проект имеет четко определенные рамки своей предметной области и должен быть отделен от других проектов или предприятий. Этот признак позволяет рассматривать проект как целостную комплексную систему с определенными характеристиками.

Это позволяет рассматривать проект как целостную комплексную систему с конкретными характеристиками. В то же время каждый проект имеет четко определенные рамки своей предметной области и должен быть разграничен с иными видами деятельности компании, другими проектами, ресурсами, работами, счетами и т. д. Очевидным вариантом разграничения является формирование выделенных команд, когда группа участников полностью вовлекается в проект, тем самым отделяя себя от типовой деятельности компании.

- Признак «особой организации проекта», или, другими словами, специфическая для проекта организация управления и взаимодействия означает, что сложные и важные проекты не могут быть выполнены в рамках существующих организационных структур (при условии, что это не проектно-ориентированные структуры).

Поэтому для проекта необходимо создание особой организационной формы структуры. Для отдельных мелких или относительно простых проектов создание специальной формы организации требуется не всегда или не оправдано.

- Признак «наличия руководителя и команды проекта» определяет обязательного ответственного за выполнение всего проекта и его помощников.

И если первый для любого проекта обязателен, команда появляется при возрастании масштаба проекта.

Структура проекта призвана определить продукцию, которую необходимо разработать или произвести, и связать элементы работы, которую предстоит выполнить, как между собой, так и с конечной целью проекта. Формирование структуры начинается с разделения целей проекта на значительно меньшие блоки работ, вплоть до достижения самих мелких позиций, подлежащих контролю (дерево целей). Такая древообразная структура позволяет разбить общий объем работ по проекту на поддающиеся управлению независимые блоки. Таким образом, устанавливается логическая связь между ресурсами и объемами работ, которые предстоит осуществить.

Структурирование проекта должно включать разделение проекта по следующим признакам:

- компоненты продукции проекта;
- этапы жизненного цикла;
- элементы организационной структуры.

Процесс структуризации является неотъемлемой частью процесса планирования проекта, а также этапом подготовки сводного плана проекта и матрицы распределения ответственности и обязанностей. К основным задачам структуризации относятся:

- разбивка проекта на поддающиеся управлению блоки;
- распределение ответственности за различные элементы проекта с учетом структуры организации и имеющихся ресурсов;

- точная оценка необходимых затрат – финансовых, временных, материальных;
- создание единой базы для планирования, составления смет, контроля за затратами;
- увязка работ по проекту с системой ведения бухгалтерского учета;
- конкретизация целей проекта по подразделениям компании;
- определение подрядов.

Основная задача структуризации – определить вещественные компоненты проекта. В результате получается подпродуктовая структура.

Структуризация проекта по этапам жизненного цикла называется структурой процесса.

Структуризация проекта по видам выполняемых функций создает организационную структуру проекта.

Разработка организационной структуры обычно включает в себя следующие шаги:

- устанавливаются цели и задачи экономической деятельности;
- определяются функции, которые должно осуществлять предприятие для достижения указанных целей (общее руководство, финансы, финансовый контроль, управленческий и бухгалтерский учет, управление персоналом, маркетинг, продажа и сбыт, снабжение, производство, бизнес-планирование, экономический анализ);
- функции группируются или взаимосвязываются;
- выявляются структурные подразделения, отвечающие за реализацию функций. Если на предприятии создается новое подразделение, необходимо учитывать, какую функцию оно будет выполнять, т.е. функции должны быть спроецированы на структурные звенья;
- анализируются, планируются и описываются все основные виды работ;
- составляется программа набора и обучения персонала для новых подразделений.

Основные типы структур, используемых при управлении проектами, – функциональная, матричная и проектная.

Функциональная система характеризуется линейной организационной моделью руководства. Руководитель производит управление через группу подчиненных ему функциональных руководителей. Когда этот тип используется при управлении проектами, то при нем чаще всего назначается один или несколько координаторов, осуществляющих связь между функциональными подразделениями.

Матричная структура характеризуется созданием временных проектных групп, возглавляют которые руководители проектов. Взаимодействие руководителя проекта с функциональными отделами осуществляется по горизонтали, и эти связи, накладываясь на традиционные вертикальные связи иерархической функциональной структуры, образуют матрицу взаимодействия. За все конкретные результаты работы по проекту отвечает руководитель проекта, который не располагает непосредственной административной властью над членами своей проектной группы.

В проектной структуре для решения конкретных задач, связанных с проектом, создается рабочая группа, которая распускается после завершения работы над проектом. Персонал и ресурсы, ранее привлеченные к работе, возвращаются в свои функциональные подразделения. Для решения задач перспективного развития в составе предприятия создается специальное подразделение.

При организационном проектировании необходимо уделять внимание основным аспектам оптимизации организационной структуры, среди которых:

- диапазон управления, т.е. число работников, подчиненных руководителю подразделения или его внутренней организационной единицы;
- количество уровней управления;

- детализация деятельности по работам, процессам, видам оборудования, месторасположению, продукции или категориям потребителей;
- регламентация и распределение обязанностей и полномочий².

Организационная структура проектной команды должна соответствовать основным видам деятельности по реализации проекта.

Процесс структуризации проекта может быть представлен в виде следующей совокупности стандартных шагов.

1. Определение проекта. Подразумевает четкую формулировку характера, целей и содержания проекта, а также определение всех конечных продуктов проекта с их характеристиками. Здесь же должна быть составлена иерархия целей.
2. Уровень детализации. На этом шаге рассматриваются различные уровни детализации плана и выявляется оптимальное количество уровней элементов структуры.
3. Структура процесса. Разрабатывается схема жизненного цикла проекта.
4. Организационная структура, т.е. организационная схема проекта, охватывающая все группы участников или отдельных участников, занятых в проекте, включая лиц из внешнего окружения, заинтересованных в реализации проекта.
5. Структура продукта – схема разбивки конечного продукта по подсистемам или компонентам, включая материальное, программное, информационное, сервисное обеспечение, если необходимо, то и территориальное распределение.
6. Система бухгалтерских счетов организации – предполагает разработку системы кодов, применяемых при структурировании проекта. Должна основываться на существующем в организации плане бухгалтерских счетов и на системе внутреннего учета.
7. Структура разбивки проекта. Результаты шагов с 3 по 6 объединяются в единую структуру проекта.

²http://studme.org/1698090421040/menedzhment/struktura_proekta

8. Генеральный сводный план проекта. Может в дальнейшем подвергаться дальнейшей детализации в процессе поиска критического пути.

9. Матрица распределения ответственности. В результате анализа отношений между элементами структуры проекта и организационной структурой строится матрица, где элементы структуры проекта становятся строками, а элементы организационной структуры компании – столбцами. В ячейках матрицы уровни ответственности обозначаются при помощи условных различных обозначений или кодов.

Для структуризации проектов используется ряд специальных моделей

- 1) дерево целей;
- 2) дерево решений;
- 3) дерево работ;
- 4) организационная структура исполнителей;
- 5) матрица ответственности;
- 6) сетевая модель;
- 7) структура потребляемых ресурсов;
- 8) структура затрат;
- 9) структура стоимости.

Методы структуризации принципиально сводятся к двум: "сверху вниз", т.е. к определению общих задач с последующей детализацией, и "снизу вверх" – определение частных задач с последующим их обобщением³.

1.2 Проектная деятельность в управлении персоналом

В любой крупной организации происходит как основная деятельность, так и решение ряда крупных задач, непосредственно стоящих перед компанией. Именно такие задачи позволяют делать скачки в развитии, помогают оставаться компании на плаву, также – открывать новые горизонты в бизнесе.

³http://revolution.allbest.ru/management/00774099_0.html

В управлении персоналом используются принципы, формы влияния, механизмы, направленные на развитие и дальнейшее использование персонала организации, для реализации деятельности предприятия, которая приведет к улучшению работы компании.

Управление человеческими ресурсами проекта включает в себя процессы по организации команды проекта и управления ей. Команда проекта состоит из людей, каждому из которых назначена определенная роль и ответственность за выполнение проекта.

Кроме вопросов организации команды проекта и формирования ее профессиональной деятельности существует вопросы, решаемые в системе управления персоналом в современном процессе.

Основу понятия управления персоналом проекта в современном обществе составляют растущая значимость личности работника, знание его мотивационных установок, умение их выражать и направлять согласно с задачами, стоящими перед организационной структурой управления проектом. Из зарубежного и отечественного опыта можно выявить главные задачи системы управления персоналом в современных условиях:

- определение общей стратегии формирования команды проекта;
- планирование обеспечения проекта человеческими ресурсами;
- привлечение, отбор и оценка персонала;
- повышение квалификации и переподготовка персонала команды проекта
- система продвижения по службе (управление карьерой);
- их эффективное использование в плане организации работ, рабочих мест, условий труда, социальных условий;
- управление заработной платой и затратами на персонал.⁴

⁴http://revolution.allbest.ru/management/00547978_0.html

Для того чтобы проект был успешен, необходимо эффективное управление персоналом. Для инвесторов персонал управления проектом (команда менеджеров) это основной фактор удачной реализации проекта.

Для успешного управления персоналом проекта применяются методы, процедуры, программы управления процессами, связанные с человеческими ресурсами, и обеспечивающее их постоянное совершенствование. В объединении эти методы, программы представляющие систему управления персоналом проекта, характеризующуюся следующими параметрами:

1. соответствие персонала целям и миссии проекта (уровень образования, квалификация, понимание миссии, отношение к работе);
2. эффективность системы работы с персоналом -- соотношение затрат и результатов, потребность в инвестициях, выбор критериев оценки результатов работы с персоналом;
3. избыточность или недостаточность персонала, расчет потребности, планирование количества и качества;
4. сбалансированность персонала по определенным группам профессиональной деятельности и социально-психологических характеристик;
5. структура интересов и ценностей, господствующих в группах персонала управления, их влияние на отношение к труду и его результаты;
6. ритмичность и напряженность деятельности, определяющие психологическое состояние и качество работы.
7. интеллектуальный и творческий потенциал персонала управления, отражающий подбор и использование персонала, организацию системы его развития⁵.

Результативность управления персоналом формируется показателем реализации общих целей проекта. Результативность использования всех членов команды зависит от их способности выполнить необходимые функции и мотивации, с которой эти функции выполняются.

⁵http://www.sapanet.ru/UMM_1/3957/im_up_2015.pdf

Под способностью выполнять соответствующие функции считается существование специалиста, способного выполнить данные функции и обладающего необходимыми профессиональными навыками, знаниями, опыта, обладающего достаточным уровнем образованности.

Проект – это комплекс логически взаимосвязанных задач, направленных на создание нового уникального продукта/процесса/услуги в условиях заданных требований и ограничений. По мере выполнения проекта профессиональный и численный состав членов команды проекта может меняться.

Команды проекта – группа сотрудников, занимающаяся выполнением проекта, каждому из которых назначена определенная роль и ответственность за выполнение проекта⁶.

Для эффективного контроля выполнения проекта и распределения обязанностей и ответственности среди участников команды проекта проектные роли закрепляются в положении о проектных ролях.

Проектное управление предполагает использование трехуровневой модели управления: стратегический уровень, управленческий уровень, технический уровень. На техническом уровне происходит выполнение исполнителями основных задач проекта в соответствии с планом проекта и контроль правильности и своевременности реализации администратором проекта.

На управленческом уровне происходит решение проблемных задач, выходящих за рамки компетенций администратора проекта и контроль исполнения проекта в целом. На данном уровне определяются основные цели проекта, необходимые ресурсы и участники команды проекта.

На стратегическом уровне происходит планирование портфеля проектов, расставление приоритетности при выборе необходимых проектов и дальнейший систематичный контроль портфеля проектов. На рисунке 1 представлена схема управления проектом.

⁶<http://originaltm.com/upravlenie-personalom-v-proektnoy-deyatelnosti/>

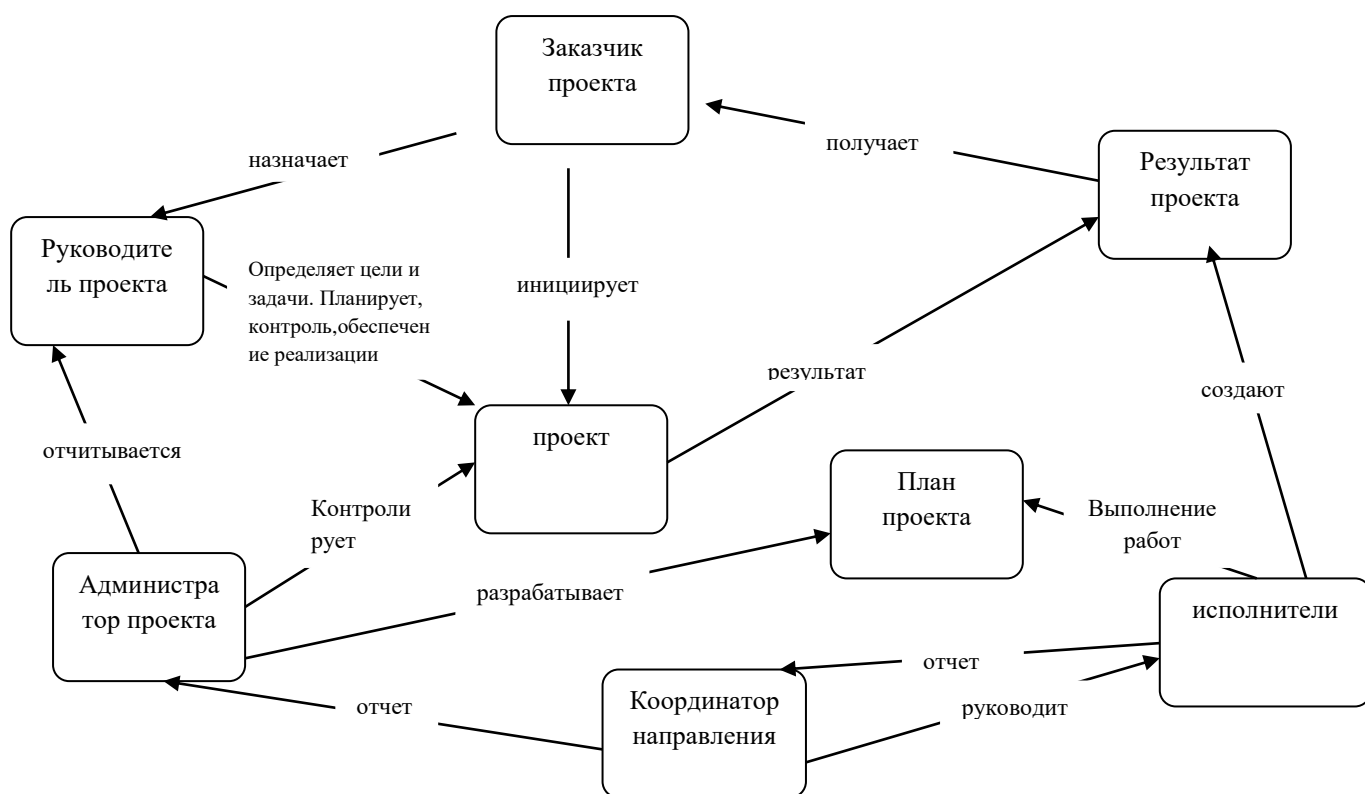


Рисунок 1 -схема управления проектом

Для всех участников команды проекта необходимо четко определить обязанности и закрепить ответственность. Участниками команды проекта являются:

Заказчик определяет требования к проекту, основные его цели, принимает результат проекта.

Обязанности:

- определяет цели проекта;
- согласует требования к продукту проекта (представленные в концепции);
- контролирует процесс реализации проекта (сроки выполнения проекта, качество);
- принимает результаты проекта.

Ответственность:

- соответствие результата проекта требованиям

Руководитель проекта утверждается Заказчиком проекта, определяется исходя из того, кто в дальнейшем будет являться владельцем результата проекта.

Обязанности:

- анализирует промежуточные и конечные результаты проекта на предмет соответствия целям и срокам проекта;
- представляет интересы проекта перед координаторами направлений проекта;
- работает с изменениями содержания проекта;
- анализирует риски проекта на предмет возможности срыва сроков и качества выполнения проекта и принимает возможные корректирующие мероприятия;
- инициирует изменение целей проекта;
- инициирует процедуру приостановления проекта;
- осуществляет разрешение конфликтов по проекту с участием менеджеров высшего звена, координаторов направлений;
- предоставляет дополнительные ресурсы для выполнения задач, осуществляет поддержку внедрения документов;
- информирует заказчика проекта о ходе исполнения проекта.

Ответственность:

- сроки выполнения работ;
- соответствие результатов проекта первоначально поставленным целям;
- соответствие задач плана проекта его целям;
- своевременное предоставление отчетной информации по проекту в рамках установленной системы отчетности;
- эффективное решение конфликтных ситуаций на уровне менеджмента высшего звена.

Администратор проекта обеспечивает реализацию задач проекта в срок, осуществляет взаимодействие с исполнителями. В рамках руководства

проектом администратор проекта находится в подчинении руководителя проекта.

Обязанности:

- уведомляет проектную команду о проведении и результатах совещаний рабочих групп в виде протокола;
- осуществляет контроль сроков выполнения задач проекта и текущее состояние проекта в целом;
- осуществляет своевременное взаимодействие с координаторами направлений на предмет срывов сроков выполнения задач сотрудниками подчиненного подразделения;
- производит анализ и оценку рисков проекта, мероприятий по их снижению;
- осуществляет совместно с командой проекта детальное планирование проекта;
- формирует план проекта;
- следит за соблюдением требуемого качества результатов проекта;
- не реже двух раз в месяц отчитывается о результатах проекта перед руководителем проекта;
- принимает решения по оперативным вопросам в проекте;
- инициирует процедуру изменения плана проекта;
- организует документооборот команды проекта;
- организует обработку и своевременное предоставление отчета о состоянии проекта;
- готовит совещания участников команды проекта (рассылка повестки, резервирование помещения при необходимости и пр.);
- обеспечивает наличие протоколов совещаний рабочих групп.

Ответственность:

- сроки выполнения работ;

- своевременное предоставление отчетной информации по проекту в рамках установленной системы отчетности;
- соответствие проектной документации требованиям и нормам;
- эффективное взаимодействие и информационное обеспечение всех участников проекта.

Координатор направления определяет назначение и функциональные требования к функциональной области проекта, он участвует в разработке детального плана проекта в рамках участия в проекте своего структурного подразделения, также осуществляет определение необходимости и подбор персонала своего подразделения для реализации проекта. В проекте может присутствовать несколько координаторов направлений.

Обязанности:

- формирует функциональные требования к результату проекта;
- участвует в разработке детального плана проекта в рамках участия в проекте своего структурного подразделения;
- обеспечивает ресурсы своего подразделения для реализации проектов в рамках своих профессиональных компетенций;
- инициирует изменение сроков по задачам плана проекта;
- согласовывает результаты выполнения задач плана проекта в рамках своего подразделения;
- отчитывается о деятельности сотрудников своего структурного подразделения по задачам проекта.

Ответственность:

- своевременность и качество выполнения задач своего структурного подразделения;
- своевременное предоставление отчетной информации по задачам проекта администратору проекта в согласованные сроки.

Исполнители проекта назначаются координаторами направлений в рамках своего структурного подразделения, осуществляют непосредственное выполнение задач плана проекта.

Обязанности:

- исполняет задачи плана проекта в рамках своих профессиональных компетенций, необходимые для получения результата проекта;
- передает координатору направления промежуточные и окончательные результаты проекта согласно действующего плана проекта и данные о выполнении задач проекта.
- ответственность:
- своевременность и качество выполнения задач, которые закреплены за исполнителем⁷.

Современная структура управления проектами подразумевает распределение всех работ в организации на проекты, определенные по срокам и плановые показатели. Одновременно происходит формирование команды каждого проекта и группа проектных менеджеров, отчитывающихся руководителю о процессе выполнения своего проекта. Поэтому проектное управление применяется в различных организациях. Проектное управление применяется и в области здравоохранения.

1.3 Особенности проектной деятельности в системе здравоохранения

По определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): система здравоохранения - это совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общинах, в физическом и психосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах⁸.

⁷<http://hr-portal.ru/article/upravlenie-personalom-v-proektnoy-deyatelnosti>

⁸<https://ru.wikipedia.org/wiki/Энциклопедия>

Основное направление социальной политики государства направлено на охрану здоровья его населения, предоставления качественной, квалифицированной медицинской помощи. Одной из приоритетных задач государства является сфера здравоохранения.

Здравоохранение - это одна из ветвей государственной деятельности, которая призвана обеспечивать доступный медицинский сервис для населения на соответствующем уровне. Безусловно, это одна из важнейших ветвей деятельности государства, ведь только физически здоровое общество способно созидать прочное государство⁹.

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 Игоревна¹⁰.

Трехуровневую систему здравоохранения РФ, которую разрабатывают с учетом плотности населения, географических, климатических, транспортных, демографических и других факторов, планируют окончательно сформировать до середины 2018 года.

Об этом сообщила на круглом столе "Повышение эффективности управления здравоохранением - гарантия высокого качества медицинской помощи и здоровья населения России" в рамках Российского инвестиционного форума в Сочи министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Первый уровень – поликлиники, ФАПы, районные стационары.

Второй уровень – многопрофильные стационары (направлен на лечение острых заболеваний).

Третий уровень – учреждения. В которых оказывается специализированная и высокотехнологическая помощь.

⁹: <http://fb.ru/article/166514/zdravooohranenie---eto-sistema-i-uchrejdeniya-zdravooohraneniya>

¹⁰<http://government.ru/department/23/events/?dt.since>

Правительство РФ предлагает включить здравоохранение в число наиболее значимых направлений, по которым будут реализованы приоритетные проекты.¹¹ Основной блок проектов нацелен на решение самых чувствительных для жизни людей вопросов. При этом проектная работа должна быть организована без ущерба для текущей деятельности министерств и ведомств.

Пять приоритетных проектов в здравоохранении определены в ходе прошедшего 31 августа заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Об этом сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на брифинге по итогам заседания. Выделено пять направлений, с реализацией которых в ближайшие годы Минздрав планирует достичь улучшения таких ключевых показателей, как доступность медицинской помощи и демографическая ситуация.

Первое направление – снижение материнской и младенческой смертности. В 27 регионах РФ будет сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным женщинам, женщинам в период родов, после родов и новорожденным детям. Создадут 28 новых перинатальных центров и оснастят их хорошо подготовленными кадрами численностью более 3400 человек. Изменится логистика оказания медицинской помощи на первичном и вторичном уровнях. Это позволит снизить в 2018 году материнскую и младенческую смертность не ниже, чем на 11%.

Второй проект – повышение доступности оказания медицинской помощи в труднодоступных регионах. Это 34 субъекта РФ, где на существенном отдалении от региональных и муниципальных центров проживает более 8 млн человек. Сделанный Минздравом анализ показал, что среди них около 1 млн человек находятся в риске неполучения своевременной помощи, прежде всего скорой и экстренной специализированной помощи. Поэтому предложено развивать в этих районах

¹¹<https://www.medvestnik.ru/content/news/Zdravoohranenie-budet-vklucheno-v-prioritetnye-proekty.html>

вертолетную санитарную авиацию. Поставлена задача довести ежегодное количество вылетов с нынешних 17 тыс. (это примерно 80% от всех санитарных вылетов на территории страны) до 26 тыс. вылетов. Для этого необходимо будет создать дополнительно 34 вертолетные площадки и помочь регионам в получении авиационных технических услуг у соответствующих предприятий. Это поможет существенно увеличить число пациентов, в течение первых суток госпитализируемых при жизнеугрожающих состояниях, снизить летальность при таких состояниях.

Третье направление – ликвидация дефицита участковых терапевтов и педиатров в первичном звене здравоохранения по всей стране и повышение качества подготовки медработников, прежде всего врачей. Для их обеспечения необходимой квалификацией будет выстроена система непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных модулей обучения. Минздрав планирует, что количество таких модулей в 2017 году достигнет 1 тыс., а в 2018 году – 2 тыс. Планируется наращивать число врачей, которые находятся в федеральной системе непрерывного медицинского образования. Параллельно ежегодно будут развиваться новые системы допуска к профессиональной деятельности. За несколько лет все врачи должны пройти через систему аккредитации и реаккредитации. Важно, что все образовательные программы и аккредитационные тесты основаны на уже созданных клинических руководствах и протоколах лечения больных, на профессиональных стандартах для всех основных специальностей, подчеркнула Вероника Скворцова.

Четвертое направление – широкое развитие цифровых технологий в медицине. Все государственные и муниципальные медицинские организации будут подсоединены к Единой государственной информационной системе здравоохранения (ЕГИСЗ). Это позволит внедрить электронный документооборот не только в отдельно взятом учреждении, но и между медицинскими организациями, сформировать на портале государственных услуг личный кабинет пациента «Мое здоровье». Через личный кабинет

каждый пациент сможет узнавать о возможности получения медицинской помощи, записаться к врачу, вызвать врача на дом, получать доступ к собственным медицинским документам, а также оценивать уровень оказания медицинских услуг. С каждым годом будет увеличиваться количество активных пользователей системы. Этот проект осуществляется совместно с Министерством связи, которое должно обеспечить широкополосную интернет-связь на всей территории страны, для всех медицинских организаций.

Кроме того, реализация данного проекта даст возможность в течение нескольких лет тотально присоединить автоматизированные рабочие места врачей к ЕГИСЗ, что позволит сократить время, расходуемое врачом на заполнение документации, и высвободить не менее 30% его рабочего времени на непосредственную работу с больным. Врач получит неограниченный доступ ко всем информационным базам, к электронной медицинской библиотеке, к системам помощи в принятии решений, а кроме того, к возможности телемедицинских консультаций с федеральными и региональными организациями необходимого профиля.

Министр отметила, что комплекс этих мер скажется на качестве оказания медпомощи, сроках ожидания и устранении очередей в медучреждениях. «У пациента должно быть ощущение партнерства с медицинскими организациями. Для нас очень важно, чтобы упростилось взаимодействие человека с медицинским сообществом, с медицинской организацией, в том числе по дистанционным направлениям работы. Скажем, мы хотели бы резко снизить такой показатель, как снижение обращений за медицинскими документами. Это можно будет сделать, если выписки, справки, все необходимые документы можно будет получать через личный кабинет пациента».

Пятое направление— новый уровень контроля за государственными и муниципальными закупками лекарственных препаратов. Предполагается переход на референтное ценообразование для государственных закупок

лекарственных препаратов и уменьшение при закупках отклонений от референтной цены. Как показывают прогнозные расчеты, это позволит государству существенно экономить, а сэкономленные ресурсы направить на увеличение охвата всех групп населения, нуждающихся в лекарственном обеспечении¹².

Кроме того, в рамках данного проекта планируется введение маркировки лекарственных препаратов – не только для того, чтобы прослеживать их путь от производителя к покупателю, но и для выявления контрафакта и фальсификата. «За последние годы мы резко, во много раз, уменьшили количество фальсификата на российском рынке. У нас сейчас фальсификата всего одна сотая процента, наша задача – превратить этот показатель в ноль процентов. Для полного вытеснения фальсификата с рынка предлагаются разные методы. Например, чтобы любой покупатель с мобильного телефона мог фиксировать код и проверить истинность препарата», - сказала глава Минздрава.

Все отобранные проекты планируется реализовать в два этапа: первый этап – до 2018 года включительно, второй этап – до 2025 года. Финансировать их собираются за счет перераспределения средств внутри государственной программы «Развитие здравоохранения» с концентрацией этих средств на наиболее важных приоритетах. Для развития санитарной авиации будут изысканы дополнительные ресурсы. Вероника Скворцова воздержалась от озвучивания конкретных сумм. «Коллеги не возражали против этих данных, они должны быть дополнительно обоснованы и представлены на рассмотрение председателя правительства и президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам»¹³.

Государственные медицинские программы необходимы для решения проблем в области охраны здоровья граждан. С 2012года идет реализация

¹²<https://rg.ru/2017/02/27/reg-ufo/trehurovneviuu-sistemu-zdravoohraneniiia-rf-sformiruiut-za-15-goda.html>

¹³<https://www.medvestnik.ru/content/news/Opredeleny-pyat-prioritetnyh-proektov-v-zdravoohranenii.html>

«Госпрограмма развития здравоохранения России». В дополнение утверждена программа государственных гарантий, которая дает гарантию бесплатной медицинской помощи гражданам. Медицинская помощь оказывается бесплатно, происходит формирование тарифов. Программа была утверждена на 2014 год и плановые 2015-2016 годы. Согласно этой программы оказывается:

1. первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная.

2. специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;

3. скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;

4. паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях¹⁴.

¹⁴http://www.ncagip.ru/medical-services/help/state_guarantees.php

2 Анализ и место КГБУЗ «Кежемская РБ» в системе здравоохранения РФ

2.1 Система здравоохранения РФ

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

Система здравоохранения - это совокупность всех государственных ресурсов, институтов и мероприятий, которые должны совершенствовать уровень медицинских услуг в стране.

Основные принципы охраны здоровья в России:

- 1) Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
- 2) Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья.
- 3) Доступность медико - социальной помощи.
- 4) Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
- 5) Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций, независимо от формы собственности должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья¹⁵.

Таким образом, государство гарантирует охрану здоровья каждого человека.

В законе прописано, что охрана здоровья граждан – это комплекс мер политического, экономического, правового, социально - культурного, научно - медицинского, санитарно - гигиенического, и противоэпидемического характера. Ориентированных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья, с обеспечением ее доступности и высокой квалификации.

¹⁵<https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>

При этом подчеркивается, что основными являются профилактические меры в области охраны здоровья.

Система медицинского обслуживания населения развивалась не стихийно. Всегда ее уровень зависел от социально – экономических и политических факторов в стране. И все же государство в течении многих лет придерживалось основных принципов в системе здравоохранении России. Эти принципы были разработаны еще после 1917г. И были востребованы в развивающемся советском союзе и на протяжении всей истории существования СССР, эти принципы сохранены и по настоящее время.

В перечень основных принципов здравоохранения РФ входит:
ответственность государства и общества за укрепление и охрану здоровья своих граждан;

- создание интегрированной системы здравоохранения, включающей в себя организации и учреждения различных форм собственности, которые гарантируют поддержание на должном уровне медицинских услуг населению.
- сохранение и дальнейшее развитие социально-профилактической направленности отечественного здравоохранения;
- обеспечение граждан квалифицированной общедоступной медицинской помощью;
- интеграция практики и науки;
- участие населения в осуществлении программ по охране здоровья;
- активная подготовка необходимых врачебных и сестринских кадров, придерживающихся правил и норм медицинской этики.

Правовые основы Российского Законодательства о здравоохранении:

- Соответствующие положения Конституции Российской Федерации
- Закон «Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», «О медицинском страховании граждан» и др.
- Указы и другие нормативные акты Президента России

- Постановления Правительства Российской Федерации
- Приказы, Инструкции и Положения Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Правовые акты субъектов Российской Федерации

Кроме перечисленных нормативных актов, являющихся правовыми основами законодательства о здравоохранении, деятельность медицинских работников постоянно соприкасается со многими отраслями права.

К таким отраслям права относятся:

- гражданское законодательство (регулирует имущественные и личные неимущественные отношения);
- трудовое законодательство (регулирует общественные отношения, связанные с трудовой деятельностью граждан);
- законодательство о браке и семье (определяет юридические основы семейно - брачных отношений);
- природоохранительное законодательство (закрепляет нормы природопользования и экологической безопасности);
- административное законодательство (регулирует отношения в процессе исполнительно - распорядительной деятельности органов государственной власти и управления);
- уголовное законодательство (регулирует отношения по защите граждан от преступных посягательств на их права)¹⁶.

Необходимо учесть, что исходным юридическим началом законодательства о здравоохранении является Конституция Российской Федерации и Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

В Конституции Российской Федерации (1993) отдельная статья 41 посвящена праву граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь.

¹⁶<http://www.studfiles.ru/preview/2616303/page:3/>

- 1) Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.
- 2) В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно - эпидемиологическому благополучию.
- 3) Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

Общие положения в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);
- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода. Концепция разработана 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.

Цели Концепции развития здравоохранения:

1. Превышение финансирования здравоохранения к 2020 году 5% от ВВП.
2. Остановка убыли населения к 2011 году и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году.
3. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет.
4. Снижение общего коэффициента смертности до 10 (общий коэффициент смертности — это число умерших от всех причин на 1000 человек в год).
5. Формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространённости употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения.

Главная цель — обеспечить население бесплатной, гарантированной государством, качественной медицинской помощью.

Задачи Концепции развития здравоохранения:

В смысловой части Концепции выделены два больших раздела:

Первый раздел – это сохранение здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни.

Второй – это гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.

- Создание условий, возможностей и мотивации населения для ведения здорового образа жизни.
- Совершенствование 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 здравоохранения¹⁷.

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее – Госпрограмма) утверждена 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 развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует

¹⁷<http://www.studfiles.ru/preview/5134538/page:87/>

работать в среднесрочной перспективе, - говорит Министр Вероника Скворцова. - Программа 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».

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»;
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».

В соответствии с действующей редакцией Госпрограммы непосредственными результатами её реализации в 2020 году будут:

- снижение смертности от всех причин (на 1 000 населения) до 11,4 в 2020 году;

- снижение младенческой смертности (случаев на 1 000 родившихся живыми) снизится с 7,8 в 2016 году до 6,4 в 2020 году;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) до 622,4 в 2020 году;
- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения) до 10,0 в 2020 году;
- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения) до 190,0 в 2020 году;
- снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 году;
- снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) (литров на душу населения в год) до 10,0 в 2020 году;
- снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения (процент) до 26,0 в 2020 году;
- количество зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, активный туберкулез (на 100 тыс. населения) снизится до 61,6 в 2020 году;
- увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 40,2 в 2020 году;
- увеличение количества среднего медицинского персонала, приходящегося на 1 врача, до 3,0 в 2020 году;
- отношение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации составит 200 % к 2018 году;

- отношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации составит 100 % к 2018 году;
- отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) к средней заработной плате по субъекту Российской Федерации составит 100 % к 2018 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет в 2020 году¹⁸.

В 2017 году подготовлены изменения в действующую редакцию Госпрограммы.

В структуре проекта Госпрограммы дополнительно выделены две новые подпрограммы: подпрограмма Д. «Организация обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» и подпрограмма И. «Развитие скорой медицинской помощи». Изменены и уточнены задачи; количество соисполнителей и участников Госпрограммы; изменены состав и динамика значений ряда целевых показателей с 2016 по 2020 годы, уточнены их наименования.

В составе проекта Госпрограммы отражены приоритетные проекты по направлению «Здравоохранение» и сформирован специальный раздел по опережающему развитию Дальнего Востока и Байкальского региона¹⁹.

2.2 Внутренняя среда КГБУЗ « Кежемская РБ»

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кежемская районная больница» (КГБУЗ «Кежемская РБ») 663491, Красноярский край, Кежемский район, г. Кодинск, ул.

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

¹⁹<https://www.zdrav.ru/news/1086150-qqn-17-m4-10-04-2017-2-novye-podprogrammy-po-oms-i-razvitiyu-smp>

Гидростроителей д. 26 Телефон: (39143)7-08-03
Факс: (39143)7-46-55 E-mail:mail@kecrb.ru сайт КГБУЗ.

Кежемская РБ оказывает медицинскую помощь жителям города и района включает в себя 22 объекта здравоохранения. Пять из них расположены в городе Кодинске: это детская и взрослая поликлиники, стационар, зубопротезный кабинет и лечебно- диагностический центр (в нем в 2008 году возобновили работу кабинеты водо- и грязелечения). Остальные 17 структурных подразделений рассредоточены по району – 13- ФАПов, 3- участковые больницы, 1- врачебная амбулатория.

Одной из приоритетных задач РБ является подготовка и проведение мероприятий по лицензированию медицинской деятельности.

Виды оказываемой медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Также в РБ производятся платные услуги с целью более полного удовлетворения в потребности в медицинской помощи. Платные медицинские услуги в Кежемской ЦРБ оказываются в период с 2003 года по настоящее время. Кежемская РБ оказывает медицинские услуги на основании лицензии выданной Министерством Здравоохранения Красноярского края от 23.06.2011г.

Платные услуги:

- обследования (узи , анализы),
- медицинские осмотры (предварительные – при приеме на работу, периодические – обязательные медосмотры).

Контроль за качеством платных медицинских услуг оказываемой РБ осуществляет администрация РБ, а также министерство здравоохранения Красноярского края в пределах своей компетенции.

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

Обладая квалифицированным кадровым составом и высокотехнологичным оборудованием Кежемская РБ оказывает широкий спектр услуг населению района: обследование пациентов, новейшее оборудование операционных, полный комплекс амбулаторных услуг и др. Кежемская РБ предлагает свои услуги предприятиям, учреждениям и организациям, индивидуальным предпринимателям, а также жителям Кежемского района. Для большего удобства граждан, обратившихся за помощью, осуществляется электронная запись на прием. Записаться можно лично, либо по сети интернет в любое время суток

Предоставление медицинской помощи осуществляется в рамках Территориальной программы.²⁰

В Кежемской РБ линейная структура управления. На рисунке 2 представлена организационная структура управления КГБУЗ «Кежемская РБ»

²⁰<http://prom-nadzor.ru/content/dolzhnostnaya-instrukciya-glavnogo-vracha-medicinskoy-organizacii>

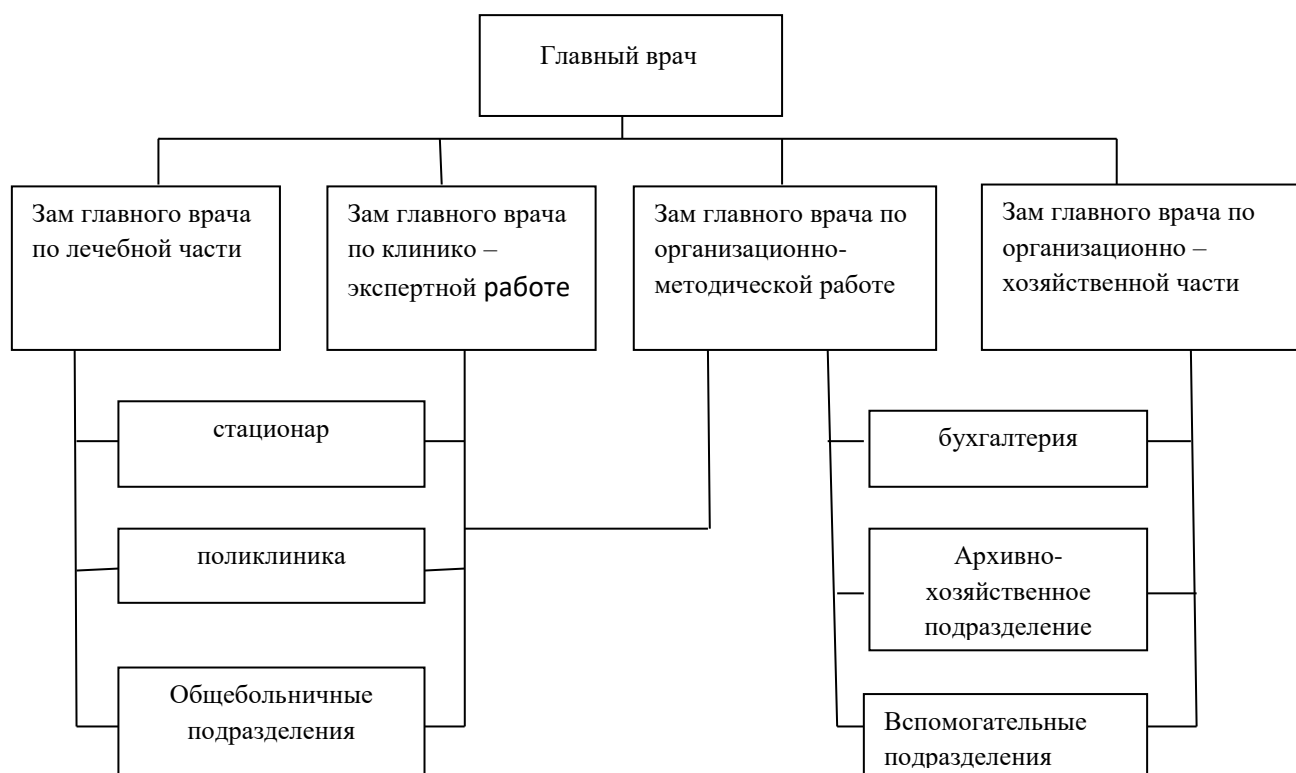


Рисунок2 - организационная структура управления

Организует всю работу учреждения главный врач, оперативно подчиняются главному врачу замы главного врача, осуществляет учет средств учреждения и хозяйственных операций с материальными и денежными ресурсами главный бухгалтер, возглавляет подготовку проектов перспективных и годовых планов экономист.

Все остальные службы и отделы работают согласно должностной инструкции, разработанной РБ, четко знают свои функциональные обязанности, специализируются в работе.

В учреждении централизованы также важнейшие функции, как материально техническое снабжение, медикаментозное обеспечение, транспортное обеспечение, капитальный ремонт электро-, водо-, теплоснабжение, питание.

В состав аппарата управления учреждением – Кежемская РБ входят:
 Главный врач Кежемской РБ больницы;
 Заместитель главного врача по лечебной части;
 Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части;

Заместитель главного врача по организационно-методической работе;

Главная медицинская сестра;

Главный бухгалтер.

Медицинский персонал учреждения 240 чел,

АУП-33чел,

Хозяйственная служба-120чел,

Медицинский персонал-97чел.

Главный врач РБ обеспечивает руководство учреждением в соответствии с действующим законодательством.

Любая организация находится и функционирует в рамках внешней и внутренней сред. Они определяют успешность функционирования компании, накладывают определенные ограничения на операционные действия и в какой-то степени, каждое действие компании возможно только в том случае, если среда допускает его осуществление.

Внутренняя среда организации - это ситуационные факторы внутри организации.

Основная программа медучреждения являются программа амбулаторно-поликлинического обслуживания и стационарного обслуживания.

Основная задача руководства: создать оптимальные условия для развития профессиональных навыков работников, своевременно реагировать в кадровой работе на изменения внешней и внутренней среды организации.

Задача руководства:

1. Разработка и реализация программ по повышению квалификации работников.
2. Осуществление контроля за изменениями внутренней и внешней среды.
3. Корректировка принципов кадровой политики по мере изменения внешней и внутренней среды.
4. Соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

5. Дополнительное профессиональное обучение медицинского персонала.

2.3 Внешняя среда КГБУЗ «Кежемская РБ»

Внешние факторы подразделяются на факторы прямого воздействия и косвенного воздействия. Среда прямого воздействия включает факторы, непосредственно влияющие на деятельность организации:

I. Поставщики.

Поставщики лекарственных средств для РБ - это ГПКК "Губернские аптеки" - Государственная аптечная сеть.

II. Потребители.

Потребителями услуг являются жители г. Кодинска и Кежемского района а также временно проживающие в городе.

III. Конкуренты.

Для Кежемской РБ в городе нет конкурентов, т.к. это единственное предприятие, работающее в городе.

IV. Законодательство и государственные органы.

1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов.

2. «О реализации государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае», Законом Красноярского края от 02.12.2015 № 9-3931

3. Законом Красноярского края от 02.12.2015 № 9-3973 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2016 год и плановый период 2017 и 2018 годов».

V. Научно-технический прогресс.

Современные операционные оснащены новой электронной и оптической аппаратурой, компьютерами, комплексами для гипербарической оксигенации (использование кислорода под повышенным давлением), в

хирургии используются атомная энергия, достижения иммунологии, химии, кибернетики и др.

Современная анестезиология является основой научно-технического прогресса в медицине и нашла широкое применение в практике.

С помощью электронной микроскопии удается детально рассмотреть вирусы, исследовать функции отдельной клетки, ее тончайшие структуры²¹.

VI. Социально-культурные факторы.

Для обеспечения улучшения качества проводится:

Улучшение комфорта и сервиса в поликлинике

Доброжелательность персонала

Информирование граждан с помощью стендов, информационных стоек.

Снижение времени ожидания пациентов (в регистратуре, сроки ожидания планового приема врача и диагностических услуг, в очереди на прием)

Улучшение качества обслуживания на приеме в связи с электронной записью

Среда косвенного воздействия состоит из факторов, которые не оказывают прямого и немедленного воздействия на деятельность организации:

а) Состояние экономики страны. Руководство организации должно учитывать экономическую ситуацию в той стране.

б) Научно-технический прогресс. Технические новшества повышают производительность труда, способствуют улучшению качества предоставляемых услуг.

в) Политические факторы. К ним относятся экономическая политика административных органов государства.

²¹<http://refleader.ru/poljgernaqaspol.html>

3 Реализация проекта кадрового обеспечения КГБУЗ «Кежемская РБ»

3.1 Анализ проблем реализации

В системе здравоохранения проблема укомплектования кадрами является важной проблемой. Для того, чтобы решить данную проблему, необходимо своевременное планирование кадров. По словам Вероники Скворцовой за последнее время, несмотря на мероприятия принимаемые министерством, общий дефицит среднего медперсонала в России составляет 270 тыс. человек, а дефицит врачей - 40 тыс. человек по следующим специальностям анестезиология-реаниматология - 33%; неонатология - 35%; онкология - 14%; наркология - 32%; патологическая анатомия - 35%; педиатрия - 27%; фтизиатрия - 33%. Каждый год из российского здравоохранения уходят 8-10% врачей. Только 2-2,5% из них выходят на пенсию, остальные разочаровываются в профессии или в условиях работы.

По заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации при поддержке Национальной медицинской палаты в 2015 году в пяти субъектах проведено социологическое исследование, которое показало, что одной из причин, по которой образуется дефицит кадров, является небольшой уровень привлекательности работы.

При опросе только 14% медицинских работников ответили, что морально и материально удовлетворены своей деятельностью, 17% собирались сменить место работы, 47% не хотели бы, чтобы их дети стали врачами²².

Особенно чувствительной группой с точки зрения кадров считаются выпускники медицинских учреждений медицинского образования. В последние годы такие учреждения выпускают около 30 тыс. врачей в год. Этого было бы достаточно при условии, что все выпускники останутся работать в здравоохранении. Однако, по данным проведенных опросов, 11% студентов уже в процессе обучения не планируют работать в медицине по

²²<http://novainfo.ru/article/11261>

окончании ВУЗа, 25% хотели бы работать в коммерческих медицинских учреждениях, 22% - высказывают намерение продолжить образование за рубежом, половина из них хотят остаться там работать.

Растущий дефицит медицинских кадров и снижение укомплектованности медицинским персоналом оказывают негативное влияние на деятельность муниципального здравоохранения. Причинами этого является:

- несоответствие заработной платы затрачиваемому труду и условиям проживания в сельской местности,
- социальной незащищенностью медицинских работников,
- отменой системы распределения,
- снижением престижа профессии,
- повышением требований к качеству медицинской помощи на фоне увеличения объема работы и нагрузки,
- переходом кадров из бюджетной системы здравоохранения в коммерческие структуры и т.д.²³.

Все это понижает доступность и качество бесплатной медицинской помощи, наиболее остро ощущающееся в сельской местности, проявляющееся невозможностью выполнения стандартов, и также оказания медицинской помощи на необходимом уровне.

Отсутствует мотивация к работе, маленькая заработная плата, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения приводит к снижению притока молодых специалистов в отрасль здравоохранения и «старению» врачебных кадров.

Недостаточное техническое оснащение рабочих мест, слабая поддержка со стороны управляющего персонала, устаревшие принципы работы кадровых служб, непривлекательная социальная инфраструктура сельских населенных пунктов также является проблемой.

²³<http://novainfo.ru/article/11261>

В настоящее время реализуется программа «Сельский доктор», эффективность которой могла бы быть намного выше путем реализации системных мер.

В результате количество медработников в сельской местности за 2012-2015 гг. выросло на 11,3%, против падения на 4% в 2007-2011 гг.

С учетом предыдущего оттока, чистый прирост немного превышает 5%, что явно недостаточно для нынешних реалий.²⁴

Максимальный возраст участников был увеличен с 35 до 50 лет, что позволяет привлекать к работе зрелых врачей. Кроме того, действие программы было расширено на поселки городского типа.

Безусловно, солидные подъемные – весомый стимул, но молодые специалисты выбирают территории, привлекательные с точки зрения условий труда, профессионального роста, перспектив жизнеустройства.

Подпрограммой «Развитие кадрового потенциала» на 2013-2017 годы предусмотрены следующие мероприятия:

- совершенствование учебно-методической работы и качества профессионального образования в средних профессиональных медицинских учреждениях образования;
- развитие системы среднего профессионального образования для подготовки специалистов по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Лабораторная диагностика», «Стоматология ортопедическая», «Фармация» с учетом введения государственного образовательного стандарта нового поколения;
- методическое обеспечение учебных программ и образовательных учреждений;
- повышение эффективности последипломого образования с использованием дистанционных методов обучения;

²⁴<http://2017god.com/programma-zemskij-doktor-na-2017-god/>

- осуществление целевой подготовки врачебного персонала; осуществление послевузовской подготовки (ординатура, переподготовка) врачей;
- организация стажировок врачей края в ведущих зарубежных клиниках; обеспечение социальных гарантий медицинским работникам²⁵.

Обеспечение медицинского учреждения кадрами определяется путем сравнения фактического количества с плановой потребностью. Здесь наиболее важно укомплектование врачебными кадрами.

Анализ численности работающих и их профессиональный состав представлены в таблице 1.

Таблица 1- Анализ численности работающих и их профессиональный состав

Категории должностей	Шт. норматив	Утверждено штатов	% к шт.нормат 2015	Число физических лиц	Коэффициент укомплектованности		
					2014	2015	2016
Врачи	57,5	43,75	95,4	31	0,66	0,69	0,71
Ср. мед перс.	97,5	64,25	96,5	56	0,85	0,92	0,87
Мл.мед. Перс.	37,5	19,75	104,2	17	0,8	1,01	0,86
Прочие	51,5	29	88	25	0,83	0,97	0,86
Всего	244	156,75	95,4	129	0,79	0,87	0,82

Из таблицы видно, что в 2014 году штат был укомплектован на 79%, в 2015 – на 87%, в 2016г. – на 82%.

Так как обнаруживается дефицит врачебных кадров, то сотрудникам необходимо совмещать должности со своими прямыми обязанностями. По законодательству сотрудники медицинских учреждений имеют право работать по совмещению по своей специальности на своем месте работы.

Характеристика врачебного состава по квалификации представлена в таблице 2.

²⁵<http://novainfo.ru/article/11261>

Таблица 2 - Характеристика врачебного состава

Категория	2015г чел	2016г чел
Высшая	23	19
Первая	30	33
Вторая	3	4
Всего	56	56

Из таблицы видно, что в 2016 году стало меньше врачей с высшей категорией, также увеличилось количество врачей с первой категорией, а вот со второй категорией не уменьшилось, значит практически нет движения кадров, работают все те же врачи. Молодые врачи не приходят в КГБУЗ.

Характеристика среднего медицинского персонала представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Характеристика среднего медицинского персонала

Категория	2015г чел	2016г чел
Высшая	94	95
Первая	65	60
Вторая	28	31
Всего	187	186

Из таблицы видно, что у среднего медицинского персонала изменилось количество лиц со второй квалификационной категорией, поэтому можно сделать вывод, что пришли молодые сотрудники. Но также иное исключает, что у сотрудники – пенсионеры не смогли пройти квалификацию на высшую категорию.

Далее проанализируем текучесть кадров в КГБУЗ «Кежемская РБ». для анализ текучести кадров представлен за два года. Таблица 4 текучесть кадров в КГБУЗ «Кежемская РБ»

Таблица 4 - Текучесть кадров

Кадры	Принято	Уволено	% текучести 2015	% текучести 2016
Врачи	3	3	13	11
Средний мед. Персонал	9	3	15	5
Младший мед. Персонал	3	3		18
Прочий персонал	10	8	28	33
Всего	25	17	11	14

Причины повышения текучести в 2016г. - временный характер работы в связи с замещением основных работников ушедших в декретный отпуск, учебные отпуска, ежегодные отпуска.

Одна из основных проблем в медицинской организации это нехватка кадров. КГБУЗ «Кежемкая РБ» не является исключением, здесь также наблюдается дефицит кадров. Невысокая оплата труда подталкивает совмещать должности, однако это сказывается на качестве предоставляемых услуг. Так как медицинская помощь это множество факторов, подтверждающих качество медицинской помощи, соответствующих потребностям пациента, и его ожиданиям современному уровню оказываемых услуг. В КГБУЗ один из врачей - УЗИ кабинета находится в длительном отпуске, поэтому процедуры УЗИ приходится проводить совместителям. Для того, чтобы выявить эффективность медицинской помощи, я провела анкетирование пациентов о качестве предоставляемой услуги у врачей - совместителей. Анкетирование было анонимное. В анкетировании принимали участие 50 человек. В таблице 5 представлен анализ работы врачей - совместителей.

Таблица 5 - Анализ анкет

	Удовлетворен предоставляемой услугой	Не удовлетворен качеством предоставляемых услуг	Затрудняюсь ответить	Не удалось попасть на прием
прием пациентов	20	23	7	0
УЗИ обследование	18	0	6	26

Таким образом из обработанных анкет можно сделать вывод, что при совмещении нет полной эффективности работы. Это может быть связано с усталостью специалиста, и невозможностью освоить весь объем работы.

Одной из целей концепции здравоохранения является формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространённости употребления табака до 25%.

По статистике Россия находится на первом месте по количеству курящих. В результате опроса, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения, за минувший год количество курильщиков составляет 32%. В это количество входят в том числе и подростки. При этом в России за последние годы идет активная борьба против курения. В высших учебных заведениях курят 75% парней и 64% девушек. А возраст постоянно курящих детей 11 -12 лет и в этом возрасте начинают курить 89%, затем количество курящих детей сокращается, и в 14- 15 лет курящих детей 68%.

Сокращение курящих детей происходит в том числе и благодаря профилактической работе. В связи с этим кабинету профилактики необходимо чаще проводить пропаганду здорового образа жизни.

3.2 Мероприятия по реализации проекта

Для того, чтобы обеспечить население доступной и качественной медицинской помощью необходимо обеспечить учреждение кадрами (врачи, средний медицинский персонал) с должным уровнем профессиональной подготовки.

Основными показателями являются:

1. занятость штатных единиц,
2. показатели численности специалистов,
3. показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами,
4. текучесть кадров,
5. квалификация медицинских кадров,
6. своевременное повышение профессионального уровня.

Одна из проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения это предпенсионный (12.8%) и пенсионный возраст (25.8%) сотрудников. Работающих пенсионеров среди врачей - 37.4%, среди средних медицинских работников - 27.5%. Основная причина - нежелание выпускников образовательных учреждений работать в медицинском учреждении, вследствие его непривлекательности с точки зрения выпускника - отдаленность от краевого центра, сельская местность.

Отменена существующая ранее система распределения выпускников высших и средних образовательных учреждений, слабая экономическая выгода, хотя молодым специалистам высших учебных заведений предоставляется служебные квартиры, неудовлетворенность социально-бытовыми условиями сохраняется, привели к проблеме укомплектования учреждений здравоохранения медицинскими кадрами из числа молодых специалистов, особенно сельской местности.

Доля молодых специалистов с высшим медицинским образованием в учреждениях здравоохранения составила 13,7 % от общей численности работающих врачей, со средним медицинским образованием – 21,3%²⁶.

Для бесперебойной работы медицинского учреждения необходим постоянный мониторинг медицинского персонала. В связи с дефицитом кадров идет понижение качества оказываемой медицинской помощи.

Для решения кадрового вопроса возможно предпринять следующее:

1. На официальном сайте здравоохранения Красноярского края разместить заявку на необходимых специалистов в графе вакансии. Также необходим постоянное отслеживание и своевременная подача объявлений.

2. Необходимо заключать взаимовыгодные отношения с образовательными учреждениями Красноярского края, выпускники которых будут готовы трудоустройству по открытым вакансиям. В данный момент КГБУЗ «Кежемская РБ» сотрудничает с КРАСГМУ, Красноярским медицинским колледжем. Обычно это организация встреч работодателей и выпускников. Я марки вакансий проводится в течении учебного года.

3. Также необходимо привлечение молодых специалистов для работы в КГБУЗ, что приведет к омоложению кадров. Для привлечения молодых специалистов в системе здравоохранения проводятся программы поддержки молодых специалистов на федеральном и региональном уровнях.

Для молодых специалистов в области здравоохранения предлагают следующие варианты поддержки:

- Государственная поддержка составляет 1 000 000 рублей. Она предоставляется всем медицинским специалистам с высшим образованием, которые решают отправиться работать в сельскую местность;

- Также предоставляются льготы в размере 30-50% на проезд в общественном транспорте.²⁷

²⁶<http://novainfo.ru/article/11261>

При условии успешного внедрения предложенных мероприятий по улучшению системы кадрового обеспечения КГБУЗ будет наблюдаться положительный эффект и эффективность предложений.

В настоящее время идет пропаганда здорового образа жизни, поэтому считаю нужным открыть кабинет профилактики в КГБУЗ «Кежемская РБ». Сотрудники которого смогут выходить в школы, детские сады для работы с организованными детьми в плане пропаганда.

Для профилактики табакокурения в КГБУЗ «Кежемская РБ» необходимо разработать план регулярных лекций с привлечением врачей – педиатров в школе. Также разработать брошюры и раздать в поликлинике как наглядную информацию. На информационных стендах обновлять информацию о вреде курения. Пропаганда против курения в СМИ. Для этого необходимо привлечение кабинета профилактики.

Занятия спортом – это лучшая пропаганда здорового образа жизни. В младших классах необходимо чаще предлагать занятия в спортивных секциях, танцевальных секциях. Для этого в фойе школы необходимо регулярно размещать информацию о действующих секциях. Для детей более старшего возраста организовывать соревнования по волейболу, баскетболу, футболу между классами. Территория школы должна быть свободной от курения. В школе необходимо проводить дискуссии на тему вреда курения, возможно с привлечением родителей. Для того, чтобы эти мероприятия воплотить в жизнь необходима поддержка педагогического состава школы.

Также необходимо привлекать для профилактики родителей.

Родители - основной пример для подражания ребенка. Необходимо проводить профилактические беседы о вреде курения для будущих и молодых родителей.

²⁷<http://votposobie.ru/lgoty-i-vyplaty/molodym-specialistam-lgoty-i-vyplaty/kakie-lgoty-polozheny-molodym-specialistam.html>

3.3 Ожидаемый эффект от мероприятий

Для того, чтобы деятельность учреждения была эффективной, необходимо вовремя пополнять кадровый состав предприятия. Основная задача кадрового обеспечения учреждения - это закрытие вакантных должностей. Так как в КГБУЗ имеется нехватка специалистов, то предложенные меры по привлечению кадров должны помочь в привлечении необходимых кадров. Решение кадрового вопроса повлечет за собой эффективность работы с пациентами. Также в коллективе будет положительный психоэмоциональный настрой на работу. Обстановка в коллективе спокойная. И как следствие ответственное отношение к работе. Главной задачей кадровой политики является необходимость закрытия всех вакансий, для этого необходимо использовать все методы. Такие как:

1. На официальном сайте здравоохранения Красноярского края разместить заявку на необходимых специалистов в графе вакансии. Для привлечения необходимых специалистов в учреждение. Также необходим постоянное отслеживание и своевременная подача объявлений.

2. Необходимо заключать взаимовыгодные отношения с образовательными учреждениями Красноярского края, выпускники которых будут готовы трудоустройству по открытым вакансиям (для этого заключается договор с администрацией о том, что администрация оплачивает обучение студента, а он по окончании обучения должен приехать работать в учреждение). Для привлечения студентов в учреждение, и ознакомления с учреждением.

3. Также необходимо привлечение молодых специалистов для работы в КГБУЗ, что приведет к омоложению кадров. Для привлечения молодых специалистов в системе здравоохранения проводятся программы поддержки молодых специалистов на федеральном и региональном уровнях.

Для привлечения молодых специалистов идет предоставление муниципального жилья, а также обеспечение вне очереди детским садом по необходимости.

Для пенсионеров, работающих в отрасли, при условии из замены молодым специалистом, необходимо подготовить замещающую должность, консультанта или возможно эксперта, с возможностью замещения на предыдущем месте работы по их желанию. В этом есть необходимо на период отпуска, больничного или декретного отпуска молодого специалиста.

В формировании здорового образа жизни у подростков немаловажную роль играют родители, поэтому имеется необходимость профилактической работы у молодых родителей. Профилактику курения необходимо проводить еще с детского сада ведь именно тогда идет формирование ценностей жизни у ребенка, если привить отрицательное отношение у ребенка к курению еще в дошкольном возрасте, придя в школу ребенок не поддастся влиянию старшеклассников, и детей из неблагополучных семей.

В школе профилактику курения проводить еще с младших классов, объяснять о вреде курения, активное привлечение детей в различные спортивные, танцевальные секции повлечет за собой более здоровых и некурящих подростков и как следствие здоровых молодых родителей. Спортивные секции должны быть доступны для всех желающих, занятия в секциях бесплатным. В школе большую роль необходимо отводить педагогическому составу в деле профилактики курения, ведь именно они могут провести различные беседы, с привлечением родителей, школьных и больничных психологов, а пришкольная территория должна стать зоной свободной от табачного дыма. Для старшеклассников для наглядности можно провести различные КВНы в школе с тематикой вреда курения с привлечением врачей и известных людей. Для работы по профилактике курения необходимо постоянное привлечение родителей. Беседы родителей о вреде курения должны быть спокойными в доверительной обстановке, ведь родители знают своего ребенка лучше чем учитель или медицинский

работник. Поэтому проще в домашней обстановке выяснить знания ребенка о проблеме и его отношение к ней. Далее будет проще строить беседу, и высказывать свою точку зрения. Таких бесед не должно быть слишком много, но и игнорировать эту тему также нельзя.

Именно прививание положительных привычек, таких как занятия в спортивных секциях, формирования своей точки зрения необходимо для того, чтобы ребенок устоял перед соблазном курения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ обеспеченности кадров занимает одно из главных направлений во всех организациях. В основе управления системой здравоохранения лежит обеспечение населения качественной и доступной медицинской помощью. Кадры в системе здравоохранения играют важнейшую роль в функционировании и развитии системы здравоохранения. Кадровое обеспечение отрасли остается одним из основных направлений региональной политики в сфере здравоохранения.

В ходе выполнения данной работы были рассмотрены теоретические основы системы кадрового обеспечения организации. Также была изучена кадровое обеспечение в учреждении здравоохранения, рассмотрены некоторые методы факторного анализа, которые позволили проанализировать влияние факторов и их показатели.

В связи с вышесказанным, мероприятиями, направленными на улучшение кадровой политики в КГБУЗ «Кежемская РБ» могут быть следующие:

- Для выпускников медицинских учреждений проводить регулярно ярмарки вакансий.
- Для студентов, обучающихся за счет бюджетов системы здравоохранения применять вопрос распределения.
- Регулярное прохождение специализации, взаимодействие с КРАСГМУ.
- Регулярный анализ медицинских кадров.
- Увеличение роли администрации в решении кадровых проблем в КГБУЗ (целевые направления, индивидуальные контракты для врачей, предоставление жилья, и т. д.).

От того, насколько эффективно будет осуществляться реализация направлений кадровой политики, а, значит, и управление персоналом в организации, зависит будущее развитие медицинских учреждений и отрасли здравоохранения в целом. Необходимость продолжения исследований

кадровой политики в муниципальных учреждениях здравоохранения очевидна.

Во всем мире ежегодно отмечается Всемирный день без табака 31 мая, который учрежден ВОЗ для привлечения к табачной эпидемии и ее последствиям. Профилактика курения самый важный элемент борьбы с никотиновой зависимостью. Именно поэтому проще убедить человека не начинать курить, чем отучить от вредной привычки. И чем раньше начать профилактику, тем эффективность будет выше. Нельзя недооценивать роль родителей в формировании здорового образа жизни ребенка. Так как сколько бы не читали ребенку лекций о вреде курения, если в семье курящие родители, никакие правильные слова не смогут оказать должного воздействия потому что родители являются примером для ребенка.

Именно поэтому профилактика курения является наиболееважной и первостепенной.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Дедова В.Е. Особенности управления персоналом при организации проектного управления // Современные научные исследования и инновации. 2014. № 5. Ч. 2
2. Федосеев В.Н., Капустин С.Н. Управление персоналом организации. М.: “Экзамен”, 2003.
3. Базарова Т.Ю. Управление персоналом. Учебник. Гриф МО РФ. Издательство «Юнити». 2005г.
4. 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.
5. Кибанов А.Я. Основы управления персоналом: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 447 с.
6. О.А. Лобановой, Л.Н. Пановой Справочник по управлению персоналом. - М.: Вестник НСК, 2014. - №6. - 127с.
7. А.М. Горбатова, Н.Н. Шиян, Н.Г. Соляника. Служба кадров и персонал. - М.: Охрана труда и социальное страхование, 2014. - №1. - 127с.
8. Вотякова И.В., Брендаков В.Н. Оценка эффективности инвестиций в кадровый потенциал при формировании стратегии инновационного развития кадрового потенциала организации // Управление персоналом. - 2014. - № 6. - 127с.
9. Богданов, В. В. Управление проектами. Корпоративная система — шаг за шагом. — М. Манн, Иванов и Фербер, 2012. — 248 с.
10. В.Э. Зайковский, Т.А. Ларина. Создание корпоративной системы управления проектами на производственном предприятии [Электронный ресурс]
11. Руководство к своду знаний по управлению проектами (руководство РМВОК®)/ 4-е изд. – М.: 2010

- 12.Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012)
"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- 13.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 14.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 15.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 16.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 17.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 18.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 19.Информационные технологии управления проектами: учебное пособие/
Н.М. Светлов, Г.Н. Светлова. - 2 - е изд., перераб. И доп. - М.: ИНФРА-
М,2012
- 20.Кожевникова, Е. Анализ эффективности использования персонала
предприятия / Е. Кожевникова // Планово-экономический отдел. - 2011. - №
8. - С. 40-45.
- 21.Леонов, С.А. Характеристика врачебных кадров разного профиля в
субъектах Российской Федерации / С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев В.Г. Акиншин
// Социальные аспекты здоровья населения, научный журнал. – 2010. - №1. –
С. 24.

22.Щепин, О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 592 с.

23.Шаповалов Юрий Викторович. Совершенствование кадровой политики муниципального учреждения здравоохранения: диссертация кандидата экономических наук / Ю.В. Шаповалов. - Омск, 2009.- 248 с.

24.Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»

25.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».

26. Распоряжение от 30.03.2013 г. №487-р «Об утверждении плана мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы организаций».

27.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».

28.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».

29.Горюнова, О. Подбор персонала своими силами или через кадровое агентство? / О. Горюнова // Управление персоналом. - 2010. - № 9. - С. 9-13

30.Вторушин, Д.В. Состояние и пути укрепления кадрового обеспечения муниципального здравоохранения: дис. к. мед. н / Д.В. Вторушин, Москва. – 2010. – 183 с.

31.Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.03.2001 г. № 15-12/200 «О направлении концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации»

32. Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации от 03.07.2002 г. №210.

33. Блохин А.Б. К проблемам эффективности управления лечебно-профилактическими учреждениями // Здравоохранение РФ. 2005. С.24-27

34. Вотякова И.В., Брендаков В.Н. Оценка эффективности инвестиций в кадровый потенциал при формировании стратегии инновационного развития кадрового потенциала организации // Управление персоналом. - 2014. - № 6. - 127с.

35. Арутюнов, В.В. Управление персоналом: учеб. пособие /В.В. Арутюнов, И.В. Волынский. – Ростов-на-Дону, 2014. – 448с.

36. Мазур И. И. Управление инвестиционно-строительными проектами: международный подход. – М.: Омега-Л, 2011. - 736 с. Свердловская ОУНБ; КХ; Инв. номер 2314485-КХ

37. Пигалов В. Секреты успешного управления проектной командой // БОСС. Бизнес: организация, стратегия, системы. - 2011. - N 7. - С. 64-65

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

39. Управление персоналом: учебник / Под ред. Т.Ю. Базарова, Б.Л. Еремина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ЮНИТИ, 2010. – 560 с.

40. Кузнецов А. А. Процессное управление проектами на предприятии // Менеджмент сегодня. - 2011. - N 4. - С. 206-212.