

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.

Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ Е.А. Сергеева

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук


_____ О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин

протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК


_____ Е.В. Говердовская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК


_____ М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата) 4
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата) 10
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)..... 15
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа 53
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....182
6. Методические указания по выполнению контрольной работы по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения» для студентов 4 курса направления 38.03.02 «Менеджмент» (заочная форма)231

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для преподавателей
по дисциплине «Управление системой здравоохранения.
Ресурсы здравоохранения»**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Медицинская организация и ее структура.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков проектирования структуры медицинской организации.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

- Проектирование организационных структур медицинской организации;
- Выявление проблем структурирования медицинской организации.
- Выбор и адаптация различных моделей структур управления.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения
- Понятие «группа сотрудников» организации
- Структурные и ситуационные характеристики группы организации
- Социально-экономический климат коллектива
- Лидерство
- Стиль руководства
- Мотивация
- Подсистемы организации
- Внутренняя и внешняя среда организации
- Ресурсы организации
- Организационная структуры организации
- Проектирование организационных структур
- Проблемы структурирования медицинской организаций для разработки и построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления.
- Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления
- Матричная организационная структура.

Формируемые компетенции: ОПК-6; ПК-10

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения; Понятие «группа сотрудников» организации; Структурные и ситуационные характеристики группы организации; Социально-экономический климат коллектива; Лидерство; Стиль руководства; Мотивация; Подсистемы организации; Внутренняя и внешняя среда организации; Ресурсы организации; Организационная структура организации; Проектирование организационных структур; Проблемы структурирования медицинских организаций для разработки и построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления; Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления; Матричная организационная структура.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Управление организациями здравоохранения.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков процесса управления в медицинской организации.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- Применения процедур системного анализа в организациях здравоохранения.
- Принятие решений в проектном управлении организации здравоохранения.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
- Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения.
- Решения в процессе управления.
- Коммуникативное поведение в организации.
- Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления.

Формируемые компетенции: ОПК-6; ПК-10

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10

2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации. Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения. Решения в процессе управления. Коммуникативное поведение в организации. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Материальные и трудовые ресурсы системы здравоохранения в РФ.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков использования материальных и трудовых ресурсов в системе здравоохранения.

Место проведения: учебная аудитория.

Трудоемкость: 2 часа

Перечень практических навыков:

- Применение методов анализа использования трудовых ресурсов в организации здравоохранения;
- Обоснование и отбор методов оценки эффективности использования материальных ресурсов в системе здравоохранения.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Классификация видов ресурсов здравоохранения.
- Трудовые ресурсы.
- Эффективный отбор кадров.
- Показателей производительности труда.
- Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
- Материальные ресурсы здравоохранения.
- Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.

- Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений.

Формируемые компетенции: ОПК-6; ПК-10

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Классификация видов ресурсов здравоохранения. Трудовые ресурсы. Эффективный отбор кадров. Показателей производительности труда. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала. Материальные ресурсы здравоохранения. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения. Финансовые ресурсы здравоохранения. Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 1.1	Колесин, И.Д.	Колесин, И.Д. Стратегии управления в медико-социальных системах [Электронный ресурс]: учебное пособие / И.Д. Колесин, Е.А. Губар, Е.М. Житкова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014. – 128с. – Режим доступа:	СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014.	

		https://biblioclub.ru		
Л 1.2.	Мишин, В.М.	Мишин, В.М. Исследование систем управления [Электронный ресурс]: учебник для вузов / В.М. Мишин. – 2-изд., стереотип. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 527с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015.	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 2.1	Самсонова, М.В.	Самсонова, М.В. Управление процессами [Электронный ресурс]: учебно-практическое пособие / М.В. Самсонова. – Ульяновск.: УлГТУ, 2014. – 187с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Ульяновск.: УлГТУ, 2014.	
Л 2.2	Привалова, Г.Ф.	Привалова, Г.Ф. Управление социальными системами [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г.Ф. Привалова. – Кемерово.: КемГУКИ, 2014. – 220с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Кемерово.: КемГУКИ, 2014.	
Л 2.3	Салмина, Н.Ю.	Салмина, Н.Ю. Моделирование социально-экономических систем и процессов / Н.Ю. Салмина ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ И РАДИОЭЛЕКТРОНИКИ (ТУСУР), Кафедра автоматизации обработки информации. – Томск : ТУСУР, 2016. – 198 с. : ил.. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Томск : ТУСУР, 2016.	
7.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Колесин, И.Д.	Стратегии управления в медико-социальных системах [Электронный ресурс]: учебное пособие / И.Д. Колесин, Е.А. Губар, Е.М. Житкова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014. – 128с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.	
2	Решетников А.В.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник / А.В. Решетников - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru)	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399 000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.	
7.3. Программное обеспечение				

1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.
2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий.
3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.
4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017
5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.
8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»
9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017
10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»
11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)

Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.

7.4. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. ecsosman.edu.ru/ - библиотека экономической литературы
2. www.cefir.ru/projects.html - ЦЭФИР - центр экономических и финансовых исследований
3. www.gks.ru/ - Госкомстат России
4. www.beafnd.org/ - Фонд Бюро Экономического Анализа
5. www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных).
6. www.scorus.com – крупнейшая в мире единая реферативная база данных (профессиональная база данных).
7. <http://pruss.narod.ru/lybr.html> - электронные библиотеки, журналы, правовые системы и словари.
8. <http://www.gsom.spbu.ru/library/> - высшая школа менеджмента.
9. <http://www.knigashop.ru/> - электронная библиотека «Книгашоп».
10. Кластер Биомедицинских технологий. (Biomedical Cluster – Scolcovo Community)
11. <https://gateway.euro.who.int/ru/themes/health-system-performance-quality-costs-accessibility-equity-and-refor/> - Европейский портал информации здравоохранения

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для студентов
по дисциплине «Управление системой здравоохранения.
Ресурсы здравоохранения».**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: Медицинская организация и ее структура.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков проектирования структуры медицинской организации.

Перечень практических навыков:

- Проектирование организационных структур медицинской организации;
- Выявление проблем структурирования медицинской организации.
- Выбор и адаптация различных моделей структур управления.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения
- Понятие «группа сотрудников» организации
- Структурные и ситуационные характеристики группы организации
- Социально-экономический климат коллектива
- Лидерство
- Силь руководства
- Мотивация
- Подсистемы организации
- Внутренняя и внешняя среда организации
- Ресурсы организации
- Организационная структуры организации
- Проектирование организационных структур
- Проблемы структурирования медицинской организаций для разработки и построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления.
- Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления
- Матричная организационная структура.

Краткое содержание темы:

Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения; Понятие «группа сотрудников» организации; Структурные и ситуационные характеристики группы организации; Социально-экономический климат коллектива; Лидерство; Силь руководства; Мотивация; Подсистемы организации; Внутренняя и внешняя среда организации; Ресурсы организации Организационная структуры организации; Проектирование организационных структур; Проблемы структурирования медицинской организаций для разработки и построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления; Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления; Матричная организационная структура.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля

3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: Управление организациями здравоохранения.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков процесса управления в медицинской организации.

Перечень практических навыков:

- Применения процедур системного анализа в организациях здравоохранения.
- Принятие решений в проектном управлении организации здравоохранения.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара:

- Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
- Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения.
- Решения в процессе управления.
- Коммуникативное поведение в организации.
- Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления.

Краткое содержание темы:

Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации. Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения. Решения в процессе управления. Коммуникативное поведение в организации. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: Материальные и трудовые ресурсы системы здравоохранения в РФ.

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков использования материальных и трудовых ресурсов в системе здравоохранения.

Перечень практических навыков:

- Применение методов анализа использования трудовых ресурсов в организации здравоохранения;

- Обоснование и отбор методов оценки эффективности использования материальных ресурсов в системе здравоохранения.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Классификация видов ресурсов здравоохранения.
- Трудовые ресурсы.
- Эффективный отбор кадров.
- Показателей производительности труда.
- Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
- Материальные ресурсы здравоохранения.
- Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.
- Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений.

Краткое содержание темы:

Классификация видов ресурсов здравоохранения. Трудовые ресурсы. Эффективный отбор кадров. Показателей производительности труда. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала. Материальные ресурсы здравоохранения. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения. Финансовые ресурсы здравоохранения. Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 1.1	Колесин, И.Д.	Колесин, И.Д. Стратегии управления в медико-социальных системах [Электронный ресурс]: учебное пособие / И.Д. Колесин, Е.А. Губар, Е.М. Житкова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014. – 128с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014.	
Л 1.2.	Мишин, В.М.	Мишин, В.М. Исследование систем управления [Электронный ресурс]: учебник для вузов / В.М. Мишин. – 2-изд., стереотип.	М.: ЮНИТИ-ДАНА,	

		– М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 527с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	2015.	
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 2.1	Самсонова, М.В.	Самсонова, М.В. Управление процессами [Электронный ресурс]: учебно-практическое пособие / М.В. Самсонова. – Ульяновск.: УлГТУ, 2014. – 187с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Ульяновск.: УлГТУ, 2014.	
Л 2.2	Привалова, Г.Ф.	Привалова, Г.Ф. Управление социальными системами [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г.Ф. Привалова. – Кемерово.: КемГУКИ, 2014. – 220с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Кемерово.: КемГУКИ, 2014.	
Л 2.3	Салмина, Н.Ю.	Салмина, Н.Ю. Моделирование социально-экономических систем и процессов / Н.Ю. Салмина ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ СИСТЕМ УПРАВЛЕНИЯ И РАДИОЭЛЕКТРОНИКИ (ТУСУР), Кафедра автоматизации обработки информации. – Томск : ТУСУР, 2016. – 198 с. : ил.. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Томск : ТУСУР, 2016.	
7.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Колесин, И.Д. Стратегии управления в медико-социальных системах [Электронный ресурс]: учебное пособие / И.Д. Колесин, Е.А. Губар, Е.М. Житкова. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2014. – 128с. – Режим доступа: https://biblioclub.ru	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Решетников А.В. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебник / А.В. Решетников - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru)	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399 000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
12. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. 13. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. 14. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. 15. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017				

16. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
17. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
18. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.
19. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»
20. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017
21. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»
22. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)

Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.

7.4. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

12. ecsosman.edu.ru/ - библиотека экономической литературы
13. www.cefir.ru/projects.html - ЦЭФИР - центр экономических и финансовых исследований
14. www.gks.ru/ - Госкомстат России
15. www.beafnd.org/ - Фонд Бюро Экономического Анализа
16. www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных).
17. www.scopus.com – крупнейшая в мире единая реферативная база данных (профессиональная база данных).
18. <http://pruss.narod.ru/lybr.html> - электронные библиотеки, журналы, правовые системы и словари.
19. <http://www.gsom.spbu.ru/library/> - высшая школа менеджмента.
20. <http://www.knigashop.ru/> - электронная библиотека «Книгашоп».
21. Кластер Биомедицинских технологий. (Biomedical Cluster – Scolcovo Community)
22. <https://gateway.euro.who.int/ru/themes/health-system-performance-quality-costs-accessibility-equity-and-refor/> - Европейский портал информации здравоохранения

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Е.А. Сергеева

**Методические материалы (указания, разработки, рекомендации)
для самостоятельной работы студентов
по дисциплине « Управление системой здравоохранения.
Ресурсы здравоохранения »**

Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

Тема 1: Системное содержание управления здравоохранением.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Основные направления развития системного подхода в охране здоровья
2. Теория формирования здоровья человека
3. Функционально-структурный подход к изучению здоровья человека
4. Основные составляющие определения «общественное здоровье»
5. Субъект общественного здоровья и его функции

Вопросы для самопроверки:

1. Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?
3. Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?
4. Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.
5. Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».
6. Что представляет собой субъект общественного здоровья?
7. Назовите функции субъекта общественного здоровья.

Практические задания

1. Теория формирования здоровья человека заключается в _____

2. В сфере охраны здоровья развитие системного подхода идет по 3 направлениям:

I. _____

II. _____

III. _____

3. Функционально-структурный подход к изучению состояния здоровья и его охраны базируется на _____

Темы докладов:

1. Основные направления развития системного подхода в охране здоровья
2. Теория формирования здоровья человека

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:
а) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения

- б) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
- в) это система мероприятий по охране здоровья населения.

2. *Общественное здоровье и здравоохранение - это:*

- а) гигиеническая наука
- б) клиническая наука
- в) интегративная наука
- г) общественная наука

3. *При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:*

- а) исторический
- б) статистический
- в) экспериментальный
- г) экономический
- д) социологический
- е) все вышеперечисленные.

4. *Предметом изучения общественного здоровья является*

- 1. состояние здоровья населения и отдельных групп;
- 2. влияние социально-экономических факторов на общественное здоровье и здравоохранение
- 3. методы укрепления и охраны общественного здоровья
- 4. формы и методы управления здравоохранением

А) правильны ответы 1,2и 3

Б) правильны ответы 1 и 3

В) правильны ответы 2 и 4

Г) правильны ответы 4

Д) правильны ответы 1,2,3и 4

5. *Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:*

- а) статистический анализ состояния здоровья населения
- б) изучение общественного мнения
- в) решение кадровых вопросов
- г) системный управленческий подход
- д) решение финансовых вопросов

6. *Система здравоохранения в России является*

- а) государственной
- б) смешанной
- в) страховой
- г) частной

7. *Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению являются:*

- 1. развитие первичной медико-санитарной помощи на базе государственного (муниципального) здравоохранения
- 2. перераспределение части объёмов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический

3. развитие стационарзамещающих технологий.

4. рост числа республиканских, краевых, областных больниц

А) *правильны ответы 1 и 3*

Б) – *правильны ответы 1,2и 3*

В)- *правильны ответы 2 и 4*

Г)- *правильны ответы 4*

Д)- *правильны ответы 1,2,3и 4*

8. *Приоритетное направление в национальном проекте «Здоровье» предполагает:*

а) снижение смертности от предотвратимых причин

б) снижение заболеваемости болезнями, обозначенными, как «социально обусловленные»

9. *Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам РФ устанавливаются на уровне:*

а) лечебно-профилактического учреждения

б) региональном

в) федеральном

10. *Критериями оценки состояния здоровья населения являются:*

1. общая заболеваемость и по отдельным группам болезней, травматизм

2. показатели физического развития

3. показатели смертности, в том числе предотвратимой

4. самооценка здоровья пациентами

А) *правильны ответы 1 и 3*

Б) – *правильны ответы 1,2и 3*

В)- *правильны ответы 2 и 4*

Г)- *правильны ответы 4*

Д)- *правильны ответы 1,2,3и 4*

11. *Здоровье населения рассматривается (изучается) как:*

а) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

б) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды

в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды

г) оценка показателей естественного движения населения

д) оценка показателей общей смертности и инвалидности

12. *Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:*

а) генетические

б) природно-климатические

в) уровень и образ жизни населения

г) уровень, качество и доступность медицинской помощи

д) все вышеперечисленное

13. *Формирование здорового образа жизни — это комплекс мероприятий, направленных на:*

1. сохранение здоровья и увеличение продолжительности активной жизни;

2. мотивацию граждан к личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей,
3. разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе у детей,
4. борьбу с факторами риска развития ХНИЗ,
 - а) *правильны ответы 1 и 3*
 - б) – *правильны ответы 1,2и 3*
 - в)- *правильны ответы 2 и 4*
 - г)- *правильны ответы 4*
 - д)- *правильны ответы 1,2,3и 4*

14. *Основной целью социально-гигиенического мониторинга является:*

1. получение достоверной и объективной информации об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения
- 2.обеспечение государственных органов, предприятий, учреждений, а также граждан информацией о состоянии окружающей среды и здоровья населения
3. установление, предупреждение и устранение или уменьшение факторов и условий вредного влияния среды обитания на здоровье человека
4. подготовка предложений по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения
 - а) *правильны ответы 1 и 3*
 - б) – *правильны ответы 1,2и 3*
 - в)- *правильны ответы 2 и 4*
 - г)- *правильны ответы 4*
 - д)- *правильны ответы 1,2,3и 4*

15. *Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской*

помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме

- а) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- б) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- в) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- г) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

16. *Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:*

- а) мигранты
- б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
- в) БОМЖ
- г) дети, пожилые, беременные

17. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- а) все население, за исключением неработающих граждан
- б) дети и подростки
- в) беременные женщины
- г) работающие граждане

18. Целью эпидемиологических исследований является:

1. характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения
2. разработка мер профилактики и оценка их эффективности
3. планирование профилактических мероприятий
4. оценка распространенности естественного течения заболеваний

19. Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого обозначенного элемента левой колонки выберите цифровой компонент правой колонки.

Факторы риска, влияющие на здоровье Их доленое участие (в %)

А	образ жизни
Б	внешняя среда
В	генетические факторы
Г	уровень развития системы здравоохранения
1	10-15
2	15-20
3	20-25
4	55-60

Тема 2. Характеристика и свойства системы здравоохранения.

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Здравоохранение как система.
2. Закономерности и принципы системы здравоохранения.
3. Системное решение проблем охраны здоровья;
4. Закономерности и принципы системы здравоохранения для принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельности на уровне основных хозяйствующих субъектов.

Вопросы для самопроверки:

1. Что входит в понятие «свойства системы»?
2. Назовите основные свойства системы.
3. Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.
4. Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.
5. В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?
6. Назовите характерные признаки функционирования системы здравоохранения.
7. Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?
8. Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.

Практические задания:

1. Дайте краткую характеристику современной концепции здравоохранения.
2. Дайте определение понятия «здоровье» (определение ВОЗ).
3. Перечислите задачи, поставленные ВОЗ в основу деятельности систем здравоохранения.
4. Перечислите факторы, вредно влияющие на здоровье людей.
5. Назовите основную задачу современного здравоохранения.

6. Назовите цели и задачи, связанные с развитием прав пациентов в Европе.
7. Перечислите основные составляющие процесса здоровье-болезнь и возможности вмешательства.
8. Кратко охарактеризуйте структуру комплексной программы деятельности системы здравоохранения.
9. Назовите цель и задачи деятельности системы здравоохранения.
10. Перечислите народно-хозяйственные системы, ответственные за охрану здоровья населения.
11. Что понимается под теорией здоровья человека?
12. Что такое общественная закономерность?
13. В чем выражается закономерность устойчивости системы?
14. Дайте характеристику структурной устойчивости системы.
15. В чем заключается закономерность функциональной иерархии системы?
16. Что такое признак целостности системы здравоохранения?
17. Охарактеризуйте структуру подсистем системы здравоохранения.
18. Назовите элементы функционирующей системы здравоохранения.
19. Охарактеризуйте основные условия определения цели решения проблемы.
20. Назовите условия решения проблемы.
21. Что входит в понятие «решение проблемы»?
22. Какими характеристиками определяется эффективность использования ресурсов?
23. Назовите основные составляющие процесса принятия решений.
24. Перечислите мероприятия по решению проблем реформирования системы здравоохранения в новых социально-экономических условиях.

Темы докладов:

1. Здравоохранение как система
2. Закономерности и принципы системы здравоохранения
3. Системное решение проблем охраны здоровья

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

001. При оказании медико - социальной помощи пациент имеет право

- а) на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении
- б) на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- в) на отказ от медицинского вмешательства
- г) на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
- д) на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи
- е) на допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя
- ж) все вышеперечисленное

002. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

- а) право на ОМС и ДМС
- б) выбор страховой медицинской организации
- в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса

д) все вышеперечисленное

003. Куда может обратиться пациент с жалобой в случае нарушения его прав

- а) к руководителю ЛПУ
- б) к другому должностному лицу ЛПУ
- в) в орган управления ЗО
- г) в страховую медицинскую организацию
- д) в профессиональную медицинскую ассоциацию
- е) в лицензионно - аккредитационную комиссию
- ж) в общество по защите прав потребителей
- з) в суд
- и) в любую из названных выше инстанций

004. В каких случаях, согласно действующему законодательству, пациент обязан дать расписку в медицинской документации

- а) при согласии на медицинское вмешательство
- б) при отказе от медицинского вмешательства

005. Граждане могут обжаловать действия лиц, ущемляющих их права и свободы в области охраны здоровья

- а) в вышестоящих государственных органах
- б) вышестоящим должностным лицам
- в) в суде
- г) все вышеперечисленное

006. Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если

- а) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей
- б) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
- в) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

007. Медицинская этика:

- а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- в) это наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- г) верно все перечисленное
- д) нет правильного варианта

008. Понятие “медицинская этика” включает в себя

- а) форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников
- б) форму правовой регуляции деятельности медицинских работников

009. Понятие “медицинская этика” включает в себя

- а) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников
- б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников

010. Какая на приведенных ниже моделей взаимоотношений “врач-пациент” наиболее рациональная с позиции интересов пациентов?

- а) “инженерно-техническая модель” - врач как специалист
- б) “патерналистская модель” - врач как “духовный отец”
- в) “кооперативная модель” - сотрудничество врача и пациента
- г) “договорная модель” - врач как “поставщик”, а пациент - “потребитель медицинских услуг”

011. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии

- а) взаимоотношения врача и пациента
- б) взаимоотношения врача и родственников пациента
- в) взаимоотношения в медицинском коллективе
- г) взаимоотношения медицинских работников и общества
- д) все названное

012. Что составляет предмет врачебной тайны

- а) сведения о состоянии пациента в период его болезни
- б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
- в) все вышеперечисленное

013. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- а) защиты внутреннего мира человека, его автономии
- б) защиты социальных и экономических интересов личности
- в) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений “врач-пациент”
- г) поддержания престижа медицинской профессии
- д) все перечисленное верно.

Тема 3. Организация и управление охраной здоровья.

Вопросы выносимые на обсуждение:

- Методы финансового менеджмента оптимизации финансовой структуры капитала
- Государственная политика в области охраны здоровья населения. Сущность и содержание управления.

Вопросы для самопроверки:

1. Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.
2. Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?
3. Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.
4. Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.
5. Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.

6. Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.
7. Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.
8. Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.
9. Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.
10. Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.
11. В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?
12. Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.
13. Дайте определение понятия «управление».
14. Перечислите основные виды управления.
15. Охарактеризуйте понятие «самоуправление».
16. Дайте характеристику организации управления.
17. Укажите виды управленческих отношений.
18. Охарактеризуйте понятие «лидерство».
19. Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.
20. Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.
21. Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.
22. Дайте определение понятия «результативность управления».

Практические задания:

1. Заполните таблицу:

Цели реформирования и развития здравоохранения

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения

2. Заполните пробелы:

Цели формируют определенные задачи. Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

1. _____
2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Перечень тем рефератов:

1. Сущность и содержание управления

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

001. Внедрение стандартизации медицинских услуг осуществлено:

- а) в 1998 г.
- б) в 1999 г.
- в) в 2001- 2000 г.

002. Реорганизация деятельности федеральных и ведомственных учреждений ЗО в соответствии с Концепцией завершена

- а) в 2010 г.
- б) продолжается
- в) в 2000 г.

003. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают

- а) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения , психические заболевания
- б) болезни системы кровообращения , новообразования , травмы и отравления
- в) новообразования , травмы и отравления , болезни органов дыхания

004. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении

- а) развитие ПМСП
- б) развитие сети диспансеров
- в) повышение роли стационаров
- г) повышение роли санаторно-курортной помощи

005. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким

- а) стационарная
- б) амбулаторно-поликлиническая
- в) скорая медицинская помощь
- г) санаторно-курортная

006. Какова наиболее выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении

- а) сокращение средней продолжительности лечения
- б) снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами
- в) сокращение коечного фонда
- г) сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год

007. Укажите наиболее точное определение понятия “Политика здравоохранения”

- а) политика ЗО - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- б) политика ЗО - совокупность идеологических принципов по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- в) политика ЗО - совокупность практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве

008. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо

- а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходами финансовых средств
- б) совершенствовать систему учета средств
- в) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг
- г) все вышеперечисленное верно

009. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

К каким программным направлениям по реализации кадровой политики относятся следующие мероприятия

Программные направления

А. Развитие системы управления кадрами

Б. Подготовка кадров ЗО

- а) мониторинг системы управления кадрами
- б) развитие системы непрерывного обучения кадров
- в) обеспечение выпуска необходимых учебных материалов и наглядных пособий
- г) развитие кадровой службы ЗО
- д) развитие и совершенствование системы высшего и среднего медицинского образования
- е) проведение научных исследований в кадровой политике

010. Укажите неправильные методы проведения региональной политики в здравоохранении

- а) развитие принципа федерализма и проведение на его основе регионализации и децентрализации
- б) согласительные - договорные процедуры обеспечивающие интересы регионального развития
- в) селективная поддержка депрессивных региональных систем
- г) директивное планирование и распределение ресурсов федеральным центром

- д) федеральная и региональная интервенция
- е) формирование соответствующей правовой базы
- ж) формирование региональных систем ЗО

011. Укажите неверный показатель для оценки развития кадровой политики в здравоохранении

- а) количественное соотношение между населением и медицинским персоналом
- б) количественное соотношение между врачами и средним медицинским персоналом
- в) количественное соотношение между ВОП и врачами - специалистами
- г) количественное соотношение медицинского персонала и больничных коек

012. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий

- а) улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
- б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
- г) все вышеперечисленное

Тема 4. Миссия и цели медицинской организации.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Значение и основные признаки миссии организации.
- Структура содержания миссии.
- Достижимость, конкретность и стабильность целей деятельности организации.
- Критерии целей.
- Требования к принятию управленческого решения.
- Этапы выработки целей организации.

Вопросы для самопроверки:

1. В чем заключается значение миссии организации?
2. Назовите основные признаки миссии организации.
3. Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.
4. Назовите структуру содержания миссии.
5. Укажите цели деятельности организации.
6. Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.
7. Назовите критерии целей.
8. Перечислите основные требования к принятию управленческого решения.
9. Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.

Практические задания

1. Заполните таблицу

Классификация целей организации:

Критерии	Группы целей по видам и типам
Период установления	
Содержание	
Функциональные	
Среда	
Приоритетность	
Измеримость	
Повторяемость	

Иерархия	
Стадии жизненного цикла	

2. Дайте определения:

Миссия

Хорошо сформулированная миссия предусматривает обычно

НИОКР –

Перечень тем рефератов:

1. Целеполагание в управленческой деятельности
2. Концепция управления по целям, ее сущность и принципы

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Характеристики, которыми должны обладать цели, согласно принципа SMART:

- а) приемлемость
- б) измеримость
- в) определенность во времени, сроках достижения
- г) достижимость
- д) гибкость
- е) сопоставимость
- ж) взаимная поддержка
- з) конкретность
- и) согласованность

2. По очередности достижения цели делятся на ...

- а) большие и малые
- б) краткосрочные, промежуточные и долгосрочные
- в) конкурирующие, независимые и дополнительные
- г) экономические и неэкономические

3. Цель медицинской организации – это ...

- а) философия и предназначение, смысл существования организации
- б) предписанная работа, серия работ или часть работы, которая должны быть выполнена заранее установленным способом в заранее оговоренные сроки
- в) конкретные конечные состояния системы или желаемый результат, которого стремиться добиться группа, работая вместе

4. Решающее из восьми ключевых пространств установления целей

- а) положение на рынке
- б) инновации
- в) производительность
- г) ресурсы
- д) доходность (прибыльность)
- е) управленческие аспекты
- ж) персонал: выполнение трудовых функций и отношение к работе
- з) социальная ответственность

5. Уровень целеобразования, которому, по мнению А.И. Пригожина, соответствует реактивный (приспособительный) стиль управления

- а) телеономия
- б) целенаправленному
- в) целеустремленному

6. Строительство или приобретение новых магазинов и складских помещений, реконструкция или модернизация действующих магазинов, формирование эффективного портфеля финансовых инструментов и т.п. – это ... цели.

- а) маркетинговые
- б) финансово-экономические
- в) инвестиционные
- г) инновационные
- д) организационные

7. Стадии жизненного цикла, на которых используется стратегическая модель развития предприятия «ускоренный рост»

- а) рождение
- б) детство
- в) юность
- г) ранняя зрелость
- д) окончательная зрелость (стабильность)
- е) старение

8. Определение миссии в узком понимании О.С. Виханского

- а) предназначение организации, определение ее роли в обществе, экономике
- б) цель, для которой организация существует и которая должна быть выполнена в плановом периоде. Миссия является комплексной целью, она включает как внутренние, так и внешние ориентиры деятельности фирмы
- в) сформулированное утверждение относительно того, для чего или по какой причине существует организация
- г) четко выраженная общая цель деятельности организации

9. Элементы, которые, по мнению Э.А. Уткина, должна включать миссия организации

- а) описание продуктов
- б) основные заинтересованные группы
- в) характеристика рынка
- г) цели организации
- д) стратегическое намерение или видение
- е) технология

- ж) внутренняя концепция
- з) внешний образ компании, ее имидж

10. Оценка стоимости стратегических программ элементарным методом предполагает ...

- а) сравнение с аналогичными программами, реализовавшимися в прошлом б) на самой фирме или со стоимостью аналогичных программ, реализуемых конкурентами
- в) калькуляцию затрат на каждый из видов работ, входящих в программу
- г) выделение элементов затрат по их видам в целом по программе

Тема 5. Медицинская организация и ее структура.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения
- Понятие «группа сотрудников» организации
- Структурные и ситуационные характеристики группы организации
- Социально-экономический климат коллектива
- Лидерство
- Силь руководства
- Мотивация
- Подсистемы организации
- Внутренняя и внешняя среда организации
- Ресурсы организации
- Организационная структуры организации
- Проектирование организационных структур
- Проблемы структурирования организаций
- Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления
- Матричная организационная структура

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте определение понятия «медицинская организация».
2. Перечислите основные принципы построения организации.
3. Назовите основные элементы потенциала организации.
4. Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.
5. Перечислите структурные характеристики группы организации.
6. Назовите ситуационные характеристики группы организации.
7. Охарактеризуйте понятие «социально-экономический климат коллектива».
8. Охарактеризуйте понятие «конфликт» в организации.
9. Дайте определение мотивации и стимулирования мотивации.
10. Охарактеризуйте понятия «лидер» и «лидерский потенциал».
11. Охарактеризуйте понятие «силь руководства».
12. Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.
13. Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.
14. Перечислите ресурсы организации.
15. Назовите алгоритм системы мер по снижению издержек организации.
16. Дайте характеристику организационной структуры организации.
17. Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.
18. Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.
19. Назовите этапы проектирования организационных структур.
20. Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.

21. Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.
22. Охарактеризуйте функциональную структуру управления.
23. Охарактеризуйте дивизиональную структуру медицинской организации.
24. Дайте характеристику проектных организационных структур.
25. Охарактеризуйте матричную организационную структуру.

Практические задания

1. Назовите основные элементы потенциала организации. Представьте их графически.
2. Охарактеризуйте основные ресурсы внутренней среды организации.
3. Какие вы знаете факторы построения организационных структур?
4. Составьте перечень типичных проблем структурирования организаций.

5. Дайте определения:

Конфликт

Мотивация

Лидер

Медицинская

организация

Ресурсы организации -

Перечень тем рефератов:

1. Структурные и ситуационные характеристики группы организации
2. Подсистемы организации
3. Внутренняя и внешняя среда организации
4. Проблемы структурирования организаций
5. Проектирование организационных структур

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Управление-это

- а) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
- б) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
- в) целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении

2. Целью управления является

- а) научно обоснованное планирование и анализ деятельности учреждения

- б) руководство выполнением решений
- в) целенаправленное и эффективное использование ресурсов
- г) обеспечение ресурсами, подготовка документов и организация работы учреждения
- д) все выше перечисленное

3. Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме

- а) субъекта
- б) объекта
- в) производительных сил
- г) способов взаимодействия между субъектом и объектом

4. Под ресурсами управления понимают

- 1) кадры
 - 2) информацию
 - 3) финансы
 - 4) основные фонды, материальное оснащение, сырье
- а) верно 1), 2), 3) и 4)
 - б) верно 1), 2) и 3)
 - в) верно 4)

5. Объектом управления являются

- а) ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс
- б) взаимоотношения между работниками
- в) процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками

6. К методам управления относят

- а) организационно-распорядительные, экономические, социально-психологические
- б) организационно-распорядительные, экономические, социально-психологические, правовые

7. Системный подход в управлении включает следующие элементы

- а) создание рациональной структуры объекта управления
- б) применение рациональных механизмов управления
- в) совершенствование управленческого процесса
- г) определение целей, задач управления
- д) все перечисленные

8. Не относят к мотивационным факторам

- а) интерес к работе
- б) признание и успех
- в) продвижение по службе
- г) увеличение нагрузки
- д) рост и развитие
- е) личное участие

9. Функции управления включают

- а) прогнозирование и планирование
- б) проектирование и организацию
- в) учет, контроль, анализ и регулирование
- г) все вышеперечисленное
- д) все перечисленное не соответствует истине

10. Под типом руководства понимают

- а) формы управляющего воздействия

- б) степень свободы участия коллектива в выработке решений
 - в) сложившуюся систему отношений в коллективе
11. Децентрализация в управлении – это
- а) передача прав и ответственности на другие уровни
 - б) предоставление подчиненному полной свободы действия
 - в) все вышеперечисленное
12. Требования к проведению децентрализации не предусмотрено
- а) обеспечение полной свободы действий лицу, которому делегированы полномочия
 - б) формулирование принципов
 - в) разработка стандартов
 - г) формализацию отношений на основе письменной документации
13. Делегирование полномочий – это
- а) наделение подчиненного определенной свободой действий
 - б) наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
 - в) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
14. К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме
- а) полной самостоятельности
 - б) диапазона контроля
 - в) фиксированной ответственности
 - г) соответствия прав и обязанностей
 - д) передача ответственности на возможно более низкий уровень
 - е) отчетности по отклонениям
15. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме
- а) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикале
 - б) отсутствие нормативной базы в здравоохранении
 - в) децентрализация бюджетного финансирования
 - г) поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне
 - д) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений
16. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни за исключением:
- а) федеральный
 - б) территориальный
 - в) городской
 - г) муниципальный
17. Установите соответствие функции управления
- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| а) планирование | 1) общие |
| б) мотивация | 2) конкретные |
| в) маркетинг | |
| г) управление кадрами | Ответ: 1-а б д ж ; 2- в г е |
| д) контроль | |
| е) управление финансами | |
| ж) анализ | |
18. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме
- а) определение цели, перспектив, проблем
 - б) выделение приоритетов
 - в) организацию работы по достижению цели

- г) удовлетворение потребности управлять
 - д) обеспечение мотивации сотрудников
19. Не являются методами мотивации
- а) экономическая заинтересованность
 - б) целевой подход в управлении
- в) меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении
- г) качественное расширение выполняемой работы
 - д) участие работников в управлении учреждением
20. Управленческий цикл включает следующие элементы:
- а) анализ ситуации и принятие решения
 - б) определение приоритетов, принятие решения, контроль
 - в) анализ ситуации, принятие решения, организация управления, контроль
21. Основными позитивными элементами централизованной информационной системы в управлении являются
- 1) своевременность поступления информации
 - 2) быстрота обработки данных
 - 3) применение единого алгоритма
 - 4) оптимальный вариант принятия решения
 - 5) обеспечение контроля за выполнением решения
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 2), 3) и 5)
 - в) верно 4)
22. В понятие “децентрализованное информационное обеспечение” входит:
- а) учетные документы
 - б) медицинская документация
 - в) отчеты
23. Не относится к видам управленческих решений
- а) приказы
 - б) распоряжения
 - в) план работы
 - г) методические рекомендации
24. Основными формами организации выполнения решения являются:
- 1) определение лиц, ответственных за выполнение решения
 - 2) разработка целей, задач и методов выполнения решения
 - 3) установление сроков для его выполнения
 - 4) финансовое обеспечение
 - 5) контроль за его выполнением
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 3), 4) и 5)
 - в) верно 3), 4) и 5)
25. Контроль за выполнением решения осуществляется следующими методами:
- а) личный контроль руководителя
 - б) коллективный контроль
 - в) автоматизированная система контроля
 - г) все вышеперечисленное
 - д) нет правильного ответа
26. Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются:
- а) личного контроля руководителя
 - б) комиссионного контроля

- в) контроля за использованием документов
 - г) общественного контроля
27. Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включает
- а) работу с кадрами
 - б) определение целей и задач деятельности подразделений
 - в) организация деятельности подразделений
 - г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
 - д) контроль совместных и индивидуальных действий
28. Организация делопроизводства в медицинском учреждении включает:
- 1) наличие номенклатуры дел и правил хранения документов
 - 2) раздельную регистрацию входящих и исходящих документов
 - 3) рассмотрение руководителем каждого входящего документа
 - 4) распределение документов между исполнителями
 - 5) контроль за полнотой и своевременностью исполнения документа
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 2), 4) и 5)
 - в) верно 1), 2), 3) и 4)
29. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путем формирования следующих видов планов:
- а) долгосрочного плана
 - б) текущего планирования
 - в) территориальной программы обязательного медицинского страхования
 - г) тематического планирования
30. Виды контроля за деятельностью медицинских учреждений не включают
- а) плановый контроль за деятельностью медицинского учреждения
 - б) контроль за выполнением приказов, планов работы
 - в) проверку работы медицинского учреждения по сигналам населения, сотрудников
 - г) оценку объема и качества деятельности медицинского учреждения в процессе лицензирования
31. К социально-психологическим методам в управлении не относится:
- а) тестирование
 - б) анкетирование
 - в) лидерство
 - г) мотивация
32. Современные требования к руководителю включает все, кроме
- а) принципиальности
 - б) высокого профессионализма
 - в) организаторских способностей
 - г) склонности к конкуренции
 - д) высоких нравственных качеств
33. Авторитет руководителя зависит от стиля управления, который включает:
- 1) самостоятельность принятия решений
 - 2) использование науки и достижений практики
 - 3) оценку труда сотрудников
 - 4) общую ответственность за результаты
 - 5) ориентир на решение проблемы
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 2), 3) и 5)
 - в) верно 4)

34. Выбор стиля руководства зависит:
- 1) от личностных качеств руководителя
 - 2) от степени его профессиональной подготовки
 - 3) от указаний свыше
 - 4) от уровня развития коллектива
 - 5) от ситуации, окружающих условий
- а) верно все перечисленное
б) верно 3)
в) верно 1), 2), 4) и 5)
35. Благоприятный социально- психологический климат коллектива определяет все, кроме
- а) организованности
 - б) благодушия
 - в) коллективизма (сплоченности)
 - г) информированности
 - д) ответственности
36. Причинами нарушения межличностных отношений в коллективе являются:
- 1) недостатки в организации труда
 - 2) нечеткое распределение обязанностей, ответственности
 - 3) неправильный подход к расстановке кадров
 - 4) наличие разных мнений
 - 5) различный уровень профессиональной подготовки руководителя и коллектива
- а) верно все перечисленное
б) верно 1), 2), 3) и 5)
в) верно 4)
037. Методы мотивации в управлении коллективом включают
- а) содержание и условия труда
 - б) экономическое стимулирование
 - в) состояние социально-психологического климата
 - г) обучение, повышение квалификации
 - д) конкуренцию
38. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:
- а) четкая организация труда
 - б) оптимальный подбор и расстановка кадров
 - в) согласованность в руководстве
 - г) низкая культура общения в коллективе

Тема 6. Структурирование деятельности по охране здоровья.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья.
- Род деятельности.
- Сфера деятельности.
- Элемент деятельности.
- Основные части деятельности по охране здоровья.
- Общая, родовая и сферная структуры элементов деятельности по охране здоровья

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте характеристику трехмерного представления структуры деятельности по охране здоровья.

2. Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».
3. Назовите основные части деятельности по охране здоровья.
4. Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
5. Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.
6. Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
7. Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».
8. Дайте определение инфраструктуры.

Практические задания

1. Представьте в графическом виде трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья
2. Представьте в графическом виде основные составные части деятельности по охране здоровья

3. Дайте определения:

Общие кадры –

Особенные кадры –

Специальные кадры –

Перечень тем рефератов:

1. Основные части деятельности по охране здоровья

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

1. Общественное здоровье и здравоохранение - это:
 - а) Наука об организационных, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения
 - б) Общественная, научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения
 - в) Наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.
2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются
 - а) Генетические
 - б) Природно-климатические
 - в) Уровень и образ жизни населения
 - г) -Уровень, качество и доступность медицинской помощи
 - д) Все вышеперечисленное
3. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме
 - а) Страховых медицинских организаций
 - б) Филиалов территориальных фондов ОМС
 - в) Органов управления здравоохранением
4. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении

а) Развитие первичной медико-санитарной помощи

б) Развитие сети диспансеров

в) Повышение роли стационаров

г) Повышение роли санаторно-курортной помощи

5. Здоровье населения рассматривает (изучается) как: 1) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды; 2) совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма; 3) все вышеперечисленное

а) 1

б) 2

в) 3

6. Общественное здоровье-это:

а) Наука о социологии здоровья

б) Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

в) Наука о социальных проблемах медицины

г) Наука о закономерностях здоровья населения

д) Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

7. Здравоохранение – это:

а) Наука о социологии здоровья

б) Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

в) Наука о социальных проблемах медицины

г) Наука о закономерностях здоровья населения

д) Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

8. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

а) Показатели заболеваемости

б) Обращения за медицинской помощью

в) Показатели инвалидности

г) Показатели физического развития

д) Демографические показатели

е) Все ответы правильные

ж) Верно а, в, г, д

9. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

а) Экологические

б) Биологические

в) Образ жизни

г) Уровень организации медицинской помощи

д) Качество медицинской помощи

10. Демографическая ситуация в Российской Федерации в настоящее время характеризуется:

а) Увеличением естественного прироста

б) Нулевым естественным приростом

в) Отрицательным естественным приростом

г) Демографическим взрывом

д) Волнообразностью демографического прогресса

11. Предметом изучения социальной гигиены (медицины) в обобщенном виде является:

а) Здоровье индивидуума

б) Общественное здоровье и факторы, влияющие на него

в) Эпидемиология заболеваний

г) Здоровье работающего населения

д) Экономика здравоохранения

12. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:
- а) Недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
 - б) Использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
 - в) Сохранения общественного сектора здравоохранения
 - г) Увеличения кадрового потенциала
 - д) Повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения
13. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме:
- а) Страховых медицинских организаций
 - б) Филиалов территориальных фондов ОМС
 - в) Органов управления здравоохранением
14. Основной фигурой в системе профилактики являются:
- а) Врачи центра медицинской профилактики
 - б) Специалисты центров Роспотребнадзора
 - в) Участковые врачи поликлиники
 - г) Врачи психоневрологического диспансера
15. Вторичная профилактика - это:
- а) Предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний
 - б) Предупреждение обострений заболевания
 - в) Предупреждение возникновения инвалидности
 - г) Все вышеперечисленное
 - д) Нет правильного ответа
16. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все, кроме:
- а) Создания позитивных для здоровья факторов
 - б) Повышения эффективности деятельности служб здравоохранения
 - в) Активизации позитивных для здоровья факторов
 - г) Устранения факторов риска
 - д) Минимизации факторов риска
17. Документы, дающие право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ:
- а) Диплом об окончании высшего или среднего мед. (фарм.) учебного заведения
 - б) Сертификат специалиста
 - в) Лицензия
 - г) Свидетельство об окончании интернатуры
 - д) Свидетельство об окончании курсов профессиональной переподготовки
 - е) а, б, в
18. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:
- а) Проведения прививок
 - б) Проведения медицинских осмотров
 - в) Выявления заболеваний
19. Первичная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:
- а) Проведения прививок
 - б) Мероприятий, предупреждающих развитие заболеваний
 - в) Выявления заболеваний
 - г) Повышения материального благосостояния
20. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:
- а) Острых заболеваний
 - б) Инфекционных заболеваний

- в) Несчастных случаев
- г) Хронических заболеваний
- д) Всех перечисленных

21. К стратегическому уровню управления в здравоохранении относятся следующие функции:

- а) Прогнозирование
- б) Учет
- в) Контроль
- г) Планирование
- д) Регулирование
- е) Верно а, г
- ж) Верно б, г

22. Не включаются в систему здравоохранения (государственную, муниципальную) следующие структуры

- а) Орган управления
- б) Учреждения здравоохранения
- в) Образовательные учреждения
- г) Фонды медицинского страхования

Тема 7. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.
- Формы собственности в здравоохранении.
- Коммерческий сектор в здравоохранении.
- Некоммерческий сектор в здравоохранении.
- Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения

Российской Федерации

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».
2. Дайте краткую характеристику юридического лица.
3. Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.
4. Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».
5. Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.
6. Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.
7. Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.
8. Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.
9. Что такое коммерческая организация?
10. Назовите основные признаки коммерческой организации.
11. Что такое акция?
12. Что такое балансовая прибыль?
13. Что такое чистая прибыль?
14. Что такое уставный капитал?
15. Что такое некоммерческая организация?
16. Назовите формы некоммерческих организаций.
17. Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация,

объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.

18. Что понимается под регулярными поступлениями от учредителей?

19. Что понимается под добровольными имущественными взносами?

20. Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.

21. Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.

22. Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.

23. Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

24. Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.

25. Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.

26. Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.

27. Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.

Перечень тем рефератов:

1. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. В Российской Федерации признаются формы собственности, кроме

а) государственной

б) муниципальной

в) частной

г) вещных прав на имущество лиц (фактически и юридически)

2. Что включается в понятие “юридического лица”?

а) наличие у медицинского учреждения собственности

б) право оперативного управления обособленным имуществом

в) наличие у медицинского учреждения самостоятельного баланса или сметы

г) Устава (Положения)

д) все вышеперечисленное

3. Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения при работе учреждения в условиях медицинского страхования регулируется всем ниже перечисленным, кроме

а) Конституции РФ

б) Кодекса Законов о труде

в) дополнительных условий заключения или расторжения трудового договора (контракта), не предусмотренными Кодексом Законов о труде

008. Кто имеет право быть лечащим врачом?

а) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении

б) обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования

в) окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и

получивший сертификат

4. *Не включается в систему здравоохранения (государственную, муниципальную) следующие структуры*

- а) орган управления
- б) учреждения здравоохранения
- в) образовательные учреждения
- г) фонды медицинского страхования

5. *Объектами собственности в здравоохранении не могут быть*

- а) здоровье индивидуума
- б) средства производства медицинского труда
- в) медицинская технология
- г) продукция медицинской промышленности
- д) ресурсы учреждений здравоохранения
- е) медицинские открытия

6. Укажите правильный ответ

Юридические лица, основной целью деятельности которых, является получение прибыли, называются:

- а) Коммерческие организации
- б) Предприниматели
- в) Принципалы
- г) Дилеры
- д) Кооператоры

7. Укажите правильные ответы

Формы хозяйственных обществ:

- а) Акционерное общество
- б) Общество с ограниченной ответственностью
- в) Товарищество с ограниченной ответственностью
- г) Общество с дополнительной ответственностью
- д) Общественной организации
- е) Общество кооператоров
- ж) Дочернее или зависимое общество

8. Укажите правильные ответы

Организация, являющаяся юридическим лицом:

- а) Имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество
- б) Отвечает по своим обязательствам имуществом
- в) Может от своего имени приобретать имущество
- г) Может осуществлять свою деятельность только на основании лицензии
- д) Несет обязанности и может быть истцом и ответчиком в суде
- е) Действует на основе положения о данном предприятии

9. Укажите правильный ответ

Объединение граждан, не являющихся предпринимателями, которое создано ими для совместной, хозяйственной деятельности на базе личного трудового участия и объединение некоторых имущественных взносов называется:

- а) полное товарищество
- б) товарищество на вере
- в) АО
- г) общество с дополнительной ответственностью
- д) производственный кооператив

Тема 8. Управление организациями здравоохранения.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
- Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения.
- Решения в процессе управления.
- Коммуникативное поведение в организации.
- Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления

Вопросы для самопроверки:

1. Кратко охарактеризуйте понятия: «цель», «ситуация», «проблема», «решение», «результат».
2. Кратко охарактеризуйте внутреннюю организацию цикла процесса управления.
3. Что подразумевается под анализом деятельности организации?
4. Назовите принципы системного анализа.
5. Кратко охарактеризуйте структуру системного анализа.
6. Дайте краткую характеристику этапов анализа: декомпозиции; анализа; синтеза.
7. Какие этапы включает в себя методология системного анализа системы здравоохранения?
8. Дайте определение понятия «решение проблемы».
9. Перечислите составляющие методологии системного решения проблем.
10. Перечислите основные мероприятия по решению проблем реформирования здравоохранения.
11. Назовите и кратко охарактеризуйте составляющие процесса решения проблемы.
12. Перечислите определения управленческого решения.
13. Назовите и кратко охарактеризуйте этапы подготовки и принятия управленческого решения.
14. Дайте характеристику координации как центральной функции управления.
15. Дайте краткую характеристику взаимосвязи факторов и условий управления решением проблем общественного здоровья.
16. Охарактеризуйте основные составляющие процесса коммуникации.
17. Назовите и дайте краткую характеристику факторов, влияющих на межличностные коммуникации.
18. Охарактеризуйте невербальные средства общения.
19. Дайте краткую характеристику жестов.
20. Дайте краткую характеристику дистанции общения.
21. Назовите основные советы общения с пациентом.
22. Перечислите и кратко охарактеризуйте содержание групповых коммуникаций.
23. Перечислите виды проектирования.
24. Назовите типы проектов.
25. Дайте определение проектированию как процессу.

Перечень тем рефератов:

1. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления

2. Коммуникативное поведение в организации.

Фонд тестовых заданий по теме № 8:

1. Какое из определений менеджмента является верным?:

- 1) искусство управлять социально-экономическими процессами в целях наиболее эффективной производственной деятельности, используя труд, интеллект, мотивы поведения людей;
- 2) вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена
- 3) работа с рынком ради осуществления обменов, цель которых – удовлетворение человеческих нужд и потребностей

- A) 1
B) 2
B) 3

2. Преимущества рыночных отношений – это:

- A) направление ресурсов на производство необходимых обществу товаров
B) гибкая приспособляемость к потребительскому спросу
B) заинтересованность в охране окружающей среды

3. Экономическая эффективность здравоохранения выражается в:

- A) достижении поставленных целей в области профилактики заболевания
B) улучшении состояния пациента
B) снижении уровня заболеваемости
Г) увеличении продолжительности жизни
D) оцененном вкладе в рост производительности труда

4. Здравоохранение – это система мероприятий:

- A) медицинских
B) социально-экономических
B) социально-экономических и медицинских
Г) экономических и медицинских

5. Здравоохранение, как отрасль национального хозяйства, относится к сфере производства:

- A) материальных благ и материальных услуг
B) материальных и нематериальных услуг
B) нематериальных благ и нематериальных услуг

6. Фирма-производитель медицинских услуг в условиях рынка должна руководствоваться в своей деятельности в первую очередь интересами:

- A) медицинскими
B) социальными
B) экономическими

7. Цель менеджмента некоммерческих ЛПУ:

- 1) повышение конкурентоспособности оказываемых услуг любым способом;
- 2) предоставление услуг высокого качества мало защищенным слоям населения;
- 3) получение прибыли

- A) 1

- Б) 2
- В) 3

8. Укажите распределение управленческих решений по времени:

- А) краткосрочные
- Б) среднесрочные
- В) долгосрочные
- Г) все вышеперечисленное

9. Назовите, какими методами управления целесообразно пользоваться заведующему структурным подразделением поликлиники:

- А) организационно-распорядительными
- Б) социально-психологическими
- В) экономико-математическими
- Г) все вышеперечисленное

10. Перечислите основные формы устной информации в управлении:

- А) деловая беседа
- Б) прием сотрудников и населения
- В) деловые совещания
- Г) все вышеперечисленное

11. Укажите, какому стилю руководства следует отдать предпочтение:

- 1) административно-командному;
 - 2) коллегиальному (демократическому) с преобладанием элементов сотрудничества;
 - 3) исполнительскому (руководство практически отсутствует)
- А) 1
 - Б) 2
 - В) 3

12. Как известно, план здравоохранения всегда комплексный. Какой метод планирования обеспечивает взаимосвязь всех разделов плана?

- А) нормативный
- Б) балансовый
- В) аналитический

13. В отделении медицинского учреждения численность работников составляет 21 человек со средней зарплатой 430 рублей. Для расчета какого раздела комплексного плана необходимы эти данные?

- А) медицинские кадры
- Б) план по труду
- В) капиталовложения

14. Управление – это:

- 1) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации;
 - 2) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю;
 - 3) целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении
- А) 1

- Б) 2
- В) 3**

15. Целью управления является:

- 1) научно обоснованное планирование и анализ деятельности учреждения;
- 2) руководство выполнением решений;
- 3) целенаправленное и эффективное использование ресурсов;
- 4) обеспечение ресурсами, подготовка документов и организация работы учреждения

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4

Д) все вышеперечисленное

16. Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме:

- А) субъекта
- Б) объекта
- В) производительных сил**
- Г) способов взаимодействия между субъектом и объектом

17. Под ресурсами управления понимают:

- 1) кадры;
- 2) информацию;
- 3) финансы;
- 4) основные фонды, материальное оснащение, сырье

- А) 1,2,3,4**
- Б) 1,2,3
- В) 4

18. Объектом управления являются:

- 1) ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс;
- 2) взаимоотношения между работниками;
- 3) процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками

- А) 1**
- Б) 2
- В) 3

19. К методам управления относят:

- 1) организационно-распорядительные;
- 2) экономические;
- 3) социально-психологические;
- 4) правовые

- А) 1,2,3**
- Б) 1,2,3,4

20. Функции управления включают:

- А) прогнозирование и планирование
- Б) проектирование и организацию

- В) учет, контроль, анализ и регулирование
- Г) все вышеперечисленное**
- Д) нет правильного ответа

21. Децентрализация и управление – это:

- А) передача прав и ответственности на другие уровни**
- Б) предоставление подчиненному полной свободы действий
- В) все вышеперечисленное

22. Понятие «децентрализация управления здравоохранением в новых условиях» входят следующие составляющие, кроме:

- 1) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали;
- 2) отсутствие нормативной базы в здравоохранении;
- 3) децентрализация бюджетного финансирования;
- 4) поступления средств на ОМС на территориальном уровне;
- 5) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений

- А) 1
- Б) 2**
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5

23. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни, за исключением:

- А) федерального
- Б) территориального
- В) городского**
- Г) муниципального

24. Не относятся к видам управленческих решений:

- А) приказы
- Б) распоряжения
- В) план работы
- Г) методические рекомендации**

25. Основными формами организации выполнения решения являются:

- 1) определение лиц, ответственных за выполнение решения;
- 2) разработка целей, задач и методов выполнения решения;
- 3) установление сроков для его выполнения;
- 4) финансовое обеспечение;
- 5) контроль за его выполнением

- А) все вышеперечисленное

- Б) 1,3,4,5**
- В) 3,4,5

26. Контроль за выполнением решения осуществляется следующими методами:

- А) личный контроль руководителя
- Б) коллективный контроль
- В) автоматизированная система контроля
- Г) все вышеперечисленное**

Д) нет правильного ответа

27. Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются все, кроме:

- А) личного контроля руководителя
- Б) комиссионного контроля
- В) контроля за исполнением документов
- Г) общественного контроля**

28. Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включают:

- А) работу с кадрами
- Б) определение цели и задач деятельности учреждения
- В) организации деятельности подразделения**
- Г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
- Д) контроль совместных и индивидуальных действий

29. Организация делопроизводства в медицинском учреждении включает:

- 1) наличие номенклатуры дел и правил хранения документов;
 - 2) отдельную регистрацию входящих и исходящих документов;
 - 3) рассмотрение руководителем каждого входящего документа;
 - 4) распределение документов между исполнителями;
 - 5) контроль за полнотой и своевременностью исполнения документа
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,4,5**
 - В) 1,2,3,4

30. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путем формирования следующих видов планов кроме:

- А) долгосрочного плана
- Б) текущего планирования
- В) территориальной программы ОМС**
- Г) тематического планирования

31. Виды контроля за деятельностью медицинских учреждений не включают:

- 1) плановый контроль за деятельностью медицинского учреждения;
 - 2) контроль за выполнением приказов, планов работы;
 - 3) проверку работы медицинского учреждения по сигналам населения, сотрудников;
 - 4) оценка объема и качества деятельности медицинского учреждения в процессе лицензирования
- А) 1
 - Б) 2
 - В) 3
 - Г) 4**

32. К социально-психологическим методам в управлении не относится:

- А) тестирование
- Б) анкетирование
- В) лидерство**
- Г) мотивация

33. Современные требования к руководителю включают, кроме:

- А) принципиальности
- Б) высокого профессионализма
- В) организаторских способностей
- Г) склонности к конкуренции**
- Д) высоких нравственных качеств

34. Авторитет руководителя зависит от стиля управления, который включает:

- 1) самостоятельность принятия решений;
 - 2) использование науки и достижений практики;
 - 3) оценка труда сотрудников;
 - 4) общую ответственность за результаты;
 - 5) ориентир на решение проблемы
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,3,5**
 - В) 4

35. Выбор стиля руководства зависит от:

- 1) личностных качеств руководителя;
 - 2) степени его профессиональной подготовки;
 - 3) указаний свыше;
 - 4) уровня развития коллектива;
 - 5) ситуации, окружающих условий
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 3
 - В) 1,2,4,5**

36. Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме:

- А) организованности
- Б) благодушия**
- В) коллективизма
- Г) информированности
- Д) ответственности

37. Причинами нарушения межличностных отношений являются:

- 1) недостатки в организации труда;
 - 2) нечеткое распределение обязанностей, ответственности;
 - 3) неправильный подход к расстановке кадров;
 - 4) наличие разных мнений;
 - 5) различный уровень профессиональной подготовки руководителя и коллектива
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,3,5**
 - В) 4

38. Методы мотивации в управлении коллективом не включают:

- А) содержание и условия труда
- Б) экономическое стимулирование
- В) состояние социально-психологического климата

Г) обучение, повышение квалификации

Д) конкуренцию

39. Созданию благоприятного социально-психологического климата в коллективе не способствует:

А) четкая организация труда

Б) оптимальный подбор и расстановка кадров

В) согласованность в руководстве

Г) низкая культура общения в коллективе

40. Структура органов управления здравоохранением не включает следующие подразделения:

А) функциональные

Б) отраслевые

В) коллегиальные

Г) вспомогательные

Тема 9. Материальные и трудовые ресурсы системы здравоохранения в РФ.

Вопросы выносимые на обсуждение

- Классификация видов ресурсов здравоохранения.
- Трудовые ресурсы.
- Эффективный отбор кадров.
- Показателей производительности труда.
- Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
- Материальные ресурсы здравоохранения.
- Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.
- Финансовые ресурсы здравоохранения
- Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений

Вопросы для самопроверки:

1. Назовите и охарактеризуйте внутренние факторы, влияющие на потребность организации в кадрах
2. Какие вы знаете методы, используемые для развития потенциала работников? Назовите наиболее эффективные на Ваш взгляд методы. Обоснуйте свой выбор.
3. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по форме выражения результата
4. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по способу выражения
5. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по уровню производительности труда
6. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по учету живого и овеществленного труда
7. Назовите основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала

Практические задания

1. Заполните пробелы:

К внутренним факторам, влияющим на потребность организации в кадрах, прежде всего относятся :

–
К внешним факторам относятся:

–
Методы, используемые для развития потенциала работников:

Внутренние резервы :

Внешние резервы

Перечень тем рефератов:

1. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
2. Материальные ресурсы здравоохранения.
3. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.

Фонд тестовых заданий по теме №9:

1. Организация работы по подбору медицинских кадров в новых условиях не включает:

- А) направление на обучение кадров на контрактных условиях
- Б) свободный прием специалистов

В) проверку знаний и умений специалистов при их приеме на работу

2. Организация работы с резервом руководящих кадров включает все нижеперечисленное, кроме:

- 1) подбора резерва на руководящие должности в здравоохранении;
- 2) привлечение лиц, состоящих в резерве, к практической работе по управлению здравоохранением;
- 3) выбора руководителя медицинского учреждения коллективом;
- 4) повышение квалификации специалистов резерва по организации здравоохранения

А) 1

Б) 2

В) 3

Г) 4

3. Последипломное обучение медицинских кадров осуществляется в следующих учебных заведениях, кроме:

- А) институтов усовершенствования врачей
- Б) академий последипломного образования
- В) ФУВ при медицинских институтах

Г) курсовой подготовки на базе областных медицинских учреждений

4. Организация последипломного обучения медицинских кадров включает следующие виды, кроме:

- 1) периодического обучения на курсах усовершенствования в системе последипломного образования;
- 2) участие в семинарах, симпозиумах, конференциях;
- 3) обучение в ординатуре, аспирантуре

А) 1

Б) 2

В) 3

5. Компьютерная программа работы с кадрами не включает:

- А) полицейской учет специалистов
- Б) движение кадров
- В) сведения об аттестации и переподготовке, повышения квалификации

Г) семейное положение и его изменения

Д) полицейской учет поощрений и наказаний

6. Мощность палатного отделения (количество коек) стационара рассчитывается с учетом нагрузки:

- а) на заведующего отделением
- б) на врача-ординатора
- в) на медицинскую сестру процедурного кабинета
- г) на дежурную постовую медицинскую сестру
- д) на санитарку
- е) на сестру-хозяйку

7. Наличие материальных ценностей в структурных подразделениях учреждений здравоохранения отражают перечисленные основные документы:

- а) акты на списание материальных ценностей
- б) требования на получение материальных ценностей со склада
- в) приемно-передаточные накладные
- г) инвентаризационная (сличительная) ведомость
- д) книга учета движения материальных ценностей

8. Как называются средства производства, функционирующие в течении производственного цикла и переносящие свою стоимость на услугу целиком

- а) фонд обращения
- б) оборотные средства
- в) основные фонды

9. Фондовооруженность труда определяется

- а) отношением стоимости предоставленных услуг за год к среднегодовой стоимости основных фондов
- б) отношением стоимости основных фондов к стоимости услуг, предоставленных в течение года
- в) отношением среднегодовой стоимости основных фондов к средней численности работников

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Авторы: Сергеева Е.А.

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы
здравоохранения».
направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)**

Пятигорск 2020

В основе системной концепции охраны здоровья лежат представления о человеке как открытой системе с ее принципами целостности и организации. Давно известно, что человеческий организм - открытая система, которая остается постоянной при непрерывном изменении входящих в нее веществ и энергии (так называемое состояние подвижного равновесия).

Это является исходной предпосылкой для разработки общесистемной теории здоровья и его охраны на основе взаимосвязей между различными научными дисциплинами, использования понятий и гипотез, методов и результатов исследований в единой научной области и применяемых в других (смежных) областях. И в этом смысле указанные исходные положения можно рассматривать как своеобразную теорию здоровья и системы его охраны.

Системные исследования состояния общественного здоровья легли в основу научной теории, концепции и методов, в которых объект исследования - здоровье человека и отрасль здравоохранения рассматриваются как система в виде множества взаимосвязанных элементов, выступающих в качестве единого целого. Иначе говоря, объект этого исследования представлен сложной динамической системой, состоящей из большого числа взаимодействующих феноменов, свойств, категорий, а также служб, звеньев, секторов и подразделений.

Это множество взаимосвязанных компонентов (элементов) выступает как единое целое со всеми присущими ему внутренними и внешними связями с окружающей средой.

Методологически важно разграничить понятия «объект» и «предмет» изучения при использовании их в организационно-управленческой практике здравоохранения. Здоровье как объект изучения - это та реальность, которая исследуется и охраняется и которая всегда отлична от имеющегося в данный момент ограниченного, относительного знания о ней. Предмет изучения здоровья, его охраны и управления им формируется самим исследователем и организатором здравоохранения - специалистом в области управления.

Здоровье человека обладает одновременно разными характеристиками, свойствами, параметрами, функциями, что требует поиска специфических механизмов взаимосвязи различных его уровней с факторами окружающей среды. Нахождение конкретной формы реализации этой взаимосвязи осо-

бенно важно для построения адекватной системы организации и управления здравоохранением.

Источник реформируемых преобразований системы здравоохранения, ее функций, таким образом, лежит в самой этой системе, поскольку это связано с целесообразным характером ее функционирования. Существенная черта охраны здоровья как системного объекта состоит в том, что это не просто система, а самоорганизующаяся система, обладающая множеством индивидуальных характеристик, функций и связей.

В сфере охраны здоровья развитие системного подхода идет по 3 направлениям:

1. Теория формирования здоровья человека.
2. Системный анализ как методология изучения здоровья и организации системы здравоохранения.

3. Системотехника как медико-профилактическая и эколого-гигиеническая практика.

Под теорией формирования здоровья человека можно понимать:

- методы системного исследования окружающей среды (явлений, факторов) и ее влияние на индивидуальное и популяционное здоровье, процессы реформирования медико-социальной системы;

- службы, сектора, подотрасли охраны здоровья различной специализации и назначения (профилактические, лечебно-диагностические, фармацевтические, санитарно-гигиенические, страховые, санаторно-курортные и др.). Все они изучаются, реформируются и развиваются с позиции целостного (интегрированного) восприятия происходящих

процессов формирования общественного здоровья, выявления присущих этим процессам общих и частных закономерностей и использования их для анализа, познания и реформирования действующих систем здравоохранения, создания более совершенных организационно-управленческих структур, обеспечивающих более эффективное достижение поставленных целей охраны здоровья человека.

Целостный подход к решению этих проблем базируется на едином понимании существа, роли, значения и взаимозависимости здоровья человека и факторов окружающей среды. Тем самым он позволяет комплексно и всесторонне изучать и решать проблемы, выделять приоритеты и оптимизировать основные параметры системы здравоохранения.

Теория формирования здоровья человека - теоретико-прикладное направление развития социальной гигиены и организации здравоохранения, рассматривающее методологические и практические проблемы охраны, поддержания и воспроизводства здоровья на основе системных организационно-управленческих технологий. Комплексный подход включает ряд методов эмпирического порядка, не имеющих своих принципов, поэтому он отражает организационно-методологический подход в исследовании и проектировании оздоровительных программ, организации медицинской помощи, производстве лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения. В связи с этим комплексный подход является только частью системного, более всестороннего подхода.

Если комплексный подход вырабатывает стратегию и тактику, то системный - методологию и методы. Системный подход имеет дело со здоровьем и его охраной как системами, состоящими из компонентов здоровья (биофизического, социального, психического, генетического и т.д.), а

также закономерно структурированных и функционально организованных образований (служб, звеньев, секторов) отрасли.

Получение объективных знаний о здоровье и его охране требует достижения органичной взаимосвязи усилий специалистов всех этих функционально существующих, действующих и участвующих в изучении оздоровительных, лечебно-диагностических, эколого-природоохранных процессов, их организации и реформирования для достижения единой цели. Лишь при этом условии тесного межфункционального содружества или комплексного подхода и может быть получен не конгломерат (социальнопроизводственных) комплексов, а всестороннее, цельное, конкретное знание об объекте исследования, эффективное при решении сложных задач системы управления здравоохранением.

Функционально-структурный подход к системе здравоохранения рассматривается как часть общесистемного подхода с точки зрения ее функций и структур. Это следует из характера взаимосвязи между функцией и структурой как между философскими категориями - содержанием и формой. Другими словами, функция - это содержание, структура - форма системы здравоохранения как типичные взаимосвязи диалектических противоположностей, преодоление которых является источником развития и познания систем.

Изменение потребностей пациентов, потребителей ЛС, изделий медицинского назначения, изменение взаимодействия здоровья и системы его охраны с внешней средой приводят к изменению соответствующих функций. В свою очередь, это ведет к перестройке структуры, ее реформированию и обновлению. Но структура состояния здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности, демографических сдвигов) оказывает решающее воздействие на функцию системы здравоохранения, в результате чего структура перестает соответствовать функции. Здесь прослеживается ситуационный подход.

Таким образом, функционально-структурный подход к изучению состояния здоровья и его охраны базируется на взаимозависимости функции и структуры в процессе

реформирования и развития системы здравоохранения при определяющей роли функции системы по отношению к ее структуре. Функционально-структурный подход:

- учитывает диалектические взаимосвязи функции и структуры изучаемых систем здоровья и его охраны;
- отличается целостным подходом к анализу (декомпозиции) и синтезу (воссоединению, целого из частей) многокомпонентных и многоуровневых систем здоровья и его охраны, органичной общностью этих двух сторон медико-социального познания;
- учитывает вещественные, энергетические, ресурсные и информационные связи между их компонентами (элементами), а также связи с внешней средой;
- рассматривает эти сложные системы в динамике;
- характеризует единство междисциплинарного и специального знаний, проявляющихся в совместном использовании общих закономерностей развития систем здоровья и его охраны.

В алгоритме функционально-структурного подхода разработаны и используются понятия дерева функций и противоречий системы. Первое представляет собой декомпозицию функций системы - основную функцию и функцию уровней. Дерево противоречий системы отражает противоречия между содержанием и формой, между состоянием здоровья определенного качества и сложностью управления его охраной.

В динамичной среде перехода отрасли здравоохранения к рыночной совокупности важных, актуальных факторов и обстоятельств, влияющих на функционирование, реформирование и развитие системы охраны здоровья населения, отражает понятие «ситуация». Это система условий, совокупность целей и средств органов и учреждений здравоохранения, с одной стороны, и окружающих их субъектов экономической и социальной сферы, эколого-гигиенической ситуации - с другой. Поэтому системный подход как способ познания изучаемой системы, применяемый к охране здоровья, приобретает специфику и в своем развитии становится ситуационным.

Системный подход выделяет наиболее важные, актуальные факторы, влияющие как на состояние здоровья, так и на систему его охраны. Поскольку строгое осуществление системного подхода требует определения не только актуальных факторов, но и подсистем (экономической, социальной, эколого-гигиенической, политической), для упрощения всей совокупности наиболее значимых системных параметров целесообразно использование ситуационного подхода.

Ключевыми при этом остаются: определение целей, интересов и потребностей всех взаимосвязанных субъектов как внутри системы здравоохранения (ее служб, звеньев, секторов), так и за ее пределами. Цель является системообразующим, интегрирующим фактором, объединяющим отдельные компоненты здоровья, а также структурные подразделения здравоохранения в целостность, в систему. Необходимость подобного объединения обусловлена тем, что разрозненные их части (объекты) далеко не всегда могут служить достаточными средствами для оптимизации целей в области профилактической и лечебной помощи населению, а также управления этой сферой деятельности, в то время как в объединенном виде они приобретают качественно новое, системное, интегральное свойство.

Таким образом, системный подход позволяет применить при рассмотрении общественного здоровья категорию системы. Как известно, система есть совокупность элементов и связей между ними, организованных таким образом, что достижение целей системы осуществляется в некотором (достаточно широком) диапазоне изменения внешних условий.

Общественное здоровье понимается как суммарная характеристика совокупности процессов здоровья и его охраны, протекающих в определенных условиях природной среды и жизнедеятельности людей.

Термин «общественное здоровье» возник сравнительно недавно. Будучи обязанным своим происхождением мышлению по аналогии, он не имеет исходного «естественного» содержания и является абстракцией управленческой действительности, которую можно и нужно рационально конструировать и реконструировать, исходя из конкретных целей осуществляемых и подлежащих управлению деятельности. Чтобы эта работа имела практическое значение, необходимо осуществить объединение понятия «общественное здоровье» с окружающей реальностью.

В первоначальном смысле здоровье является атрибутом человека, предметом его заботы. Состояние здоровья - результат жизнесохраняющей деятельности человека в ряду других видов осуществляемой им деятельности. При этом данный вид деятельности является базовым, исходно необходимым, на фоне которого осуществляются все другие ее виды. Текущее состояние здоровья играет роль исходного условия для осуществления жизнесохраняющей деятельности и для управления этой деятельностью.

Таким образом, здоровье является одновременно и инструментальной, и фундаментальной ценностью. Оно поддается весьма относительному «накоплению» в пределах одной человеческой жизни и в пределах рода. При этом течение времени работает против «накопления» здоровья. Пользуясь метафорой Льюиса Кэрролла, можно сказать, что с возрастом приходится «бежать все быстрее, чтобы оставаться на месте». Поэтому сохранение здоровья и является основной проблемой жизнедеятельности людей.

Деятельность всегда осуществляет кто-то, и этот кто-то есть субъект деятельности. Продолжая ряд аналогий, естественно предположить, что общественное здоровье является атрибутом некоего абстрактного **субъекта общественного здоровья**, предметом его заботы. Текущее состояние общественного здоровья оказывается текущим результатом жизнесохраняющей деятельности этого абстрактного субъекта. Обращение к категории субъекта позволяет сопоставить цели общественного здравоохранения с целями, которые ставит себе каждый отдельный человек, заботясь в той или иной степени о собственном здоровье (самоуправление, самоорганизация). Это позволяет придать построению стратегий здравоохранения «человеческое» измерение.

Конечно, на уровне ежедневной практики органов управления здравоохранением представление о текущем состоянии общественного здоровья будет компоноваться в виде набора измеримых параметров. Однако при подходе к проблеме общественного здоровья как к целостности конкретный набор ее параметров может осуществляться в виде последовательно проводимых системных исследований с тем, чтобы на основе полученной информации можно было принимать обоснованные решения на всех уровнях структуры управления здравоохранением и при необходимости выдавать обоснованные рекомендации другим государственным службам.

Объединение проблематики здравоохранения с логикой системного подхода дает понимание общественного здоровья как динамики не только текущего, но и прогнозируемого состояния субъекта общественного здоровья, обладающего волей и способностью к изменениям. Временные горизонты прогнозирования во многом зависят от текущего состояния медицины и смежных наук. Они неизбежно влияют на эффективность разрабатываемых стратегий в здравоохранении.

Воля является неотъемлемым свойством человека, в том числе и как субъекта общественного здоровья. Ее наличие служит необходимым условием движения к поставленным целям. Учет этого человеческого фактора отличает осуществляемый подход от кибернетического, в котором традиционно рассматриваются только информационные и ресурсные связи, причины же проявления активности отсутствуют.

Субъект общественного здоровья представляется многоуровневой структурой, включающей международный, федеральный, региональный, муниципальный, местный и индивидуальный уровни. Особенность данной структуры состоит в том, что обозначенные

уровни как бы наслаиваются друг на друга. Каждый конкретный человек может занимать некоторые позиции и играть соответствующую им роль на нескольких упомянутых уровнях.

Функции субъекта общественного здоровья различны на разных уровнях. На международном уровне - это мониторинг общемировой ситуации, построение стандартов и рекомендаций. На государственном уровне - выстраивание приоритетов, мегапроектов, стратегии, тактики, институтов, бюджетов, их реализация. На региональном, муниципальном, местном уровнях - институциональный подход (планирование и реализация планов), а также проектный подход (проектирование и реализация проектов). На индивидуальном уровне - прежде всего построение и реализация важнейшего из собственных проектов - образа жизни.

Под жизнесохраняющей политикой понимается организация распределения усилий, ресурсов, а также организация взаимодействия частей (институтов всех уровней субъекта общественного здоровья) - как между собой, так и с окружающей средой. Ведь здоровье отдельного человека зависит от степени и направления активности указанных институтов - как во взаимодействии с человеком, так и между собой.

Необходимость взаимодействия между отраслями («секторами») научной, производственной и хозяйственной деятельности на каждом уровне субъекта общественного здоровья предопределяет межсекторальность применяемого подхода.

Тема 2. Характеристика и свойства системы здравоохранения

Деятельность любой системы осуществляется через выявление основных присущих ей характеристик и свойств. С этой точки зрения система рассматривается как набор элементов (служб, звеньев, подразделений), имеющих определенные свойства, и набор связей между этими элементами и их свойствами, объединенных единой целью деятельности. Параметрами являются вход, процесс, выход, управление с помощью обратной связи и ограничение.

Важным средством характеристики системы являются ее свойства, которые проявляются через целостность, взаимодействие и взаимозависимость через ее функциональность, структуру, связи, внешнюю среду. Свойства - это качество параметров объектов и факторов, т.е. внешние проявления способа, с помощью которого получают знания об этих объектах и фак-

торах внешней среды. Свойства дают возможность описывать объекты и факторы системы количественно, выражая их в единицах определенной размерности.

Свойства - это внешние проявления того процесса, с помощью которого получают знания об объекте, ведут за ним наблюдение. Свойства обеспечивают возможность описывать объекты системы количественно, выражая их в единицах, как имеющие определенную размерность.

Свойства объектов системы здравоохранения изменяются под воздействием лечебно-оздоровительных мероприятий. В этом контексте принято выделять следующие основные свойства системы:

- совокупность ее компонентов в виде структурных преобразований субъектов системы здравоохранения;
- наиболее существенные между ними связи;
- особенности ее организации, определяющие возможность ее создания. Среди этих факторов - социально-экономические и экологоклиматогеографические, условия труда и т.д., а также организации здравоохранения и их количественные связи;
- интегративные свойства, присущие системе в целом, но не свойственные ни одному из ее компонентов в отдельности. Поэтому, разделяя систему на отдельные части, нельзя познать все ее свойства в целом.

Касаясь условий, присущих системе здравоохранения, отметим следующее:

- она функционирует во времени и пространстве, находясь в движении и в процессе реформирования;
- структурные подразделения системы относительно автономны в организационном отношении и зависимы друг от друга в функциональном;
- для системы характерно наличие единого основания классификации ее подразделений;
- система обладает единством.

Функционируя в окружении среды и испытывая на себе ее воздействие, здравоохранение, в свою очередь, все больше влияет на экономические результаты и социальные преобразования, достигаемые в стране, регионах, хозяйственных отраслях. Взаимосвязь среды и сферы здравоохранения можно считать одной из основных особенностей функционирования этой системы, внешней ее характеристикой, в значительной степени определяющей ее свойства (т.е. внутренние характеристики).

Важнейшее свойство рассматриваемой сферы - ее целостность, заключающаяся в несводимости ее свойств к свойствам ее структурных подразделений, и наоборот.

Системе здравоохранения присущи свойства реформироваться и развиваться, адаптироваться к новым социально-экономическим условиям. Это достигается через реформирование действующих структур и их элементов, путем создания новых связей и инноваций, форм медицинской деятельности со своими локальными целями и средствами их достижения.

Важнейшими из этих свойств системы здравоохранения являются целостность и обособленность. Если каждая часть системы так соотносится с каждой другой частью, что изменения в некоторой части вызывают изменения во всех других частях и в системе в целом, то говорят, что система ведет себя как целостность.

Подотраслям системы здравоохранения присущи основные свойства сложных систем, требующие применять к их анализу и синтезу системный подход, а именно сложность, подвижность, адаптивность. В развернутом виде совокупность этих подотраслей характеризуется такими признаками, как:

- наличие большого числа составных компонентов;
- сложный характер взаимодействия между ними;
- сложность функций, выполняемых этими подотраслями;
- наличие сложноорганизованного управления;
- воздействие на систему большого количества системообразующих факторов внешней среды.

Под адаптивностью, реформируемостью и реструктуризацией системы здравоохранения понимают способность системы изменять свою структуру и необходимость для организаторов здравоохранения выбирать оптимальные варианты поведения согласно с новыми целями здравоохранения под воздействием факторов внешней среды. От них зависит способность приспособления отрасли к изменяющимся условиям и факторам внешней среды. Системная инерция отрасли определяет время, необходимое для ее перевода из одного состояния в другое при заданных параметрах управления ею.

Выделим несколько основных признаков изучаемой системы: ее целостность, интегративность, преобладание целостного свойства над суммой свойств составных элементов, наличие совокупностей составных компонентов, их взаимосвязей и отношений, наличие обмена ресурсами, информацией, основными фондами с другими системами и со средой.

Принципиальной особенностью системы здравоохранения является то, что неотъемлемой ее частью выступают пациент, проблемы его здоровья, повышение качества оздоровительной и лечебной помощи. Это предполагает наличие у системы

здравоохранения особых свойств, принципиально отличающих ее функционирование от такового других систем, работающих в соответствии с жестко заданными законами. В отличие от последних, системе здравоохранения присущи следующие особенности:

- информативность происходящих оздоровительных и лечебных процессов;
- изменчивость отдельных параметров системы;
- уникальность и предсказуемость происходящих процессов в конкретных условиях;
- наличие у системы предельных возможностей, определяемых имеющимися ресурсами;
- способность изменять, реформировать свою структуру, сохраняя целостность, и формировать варианты поведения;
- способность противостоять разрушающим систему тенденциям и адаптироваться к изменяющимся условиям;
- способность и стремление к целеобразованию, в отличие от закрытых систем, которым цели задаются извне;
- ограниченность формализованного описания.

Эти особенности целесообразно принимать за основу при разработке моделей и методик системного анализа служб, звеньев и секторов здравоохранения. При этом надо учитывать целостность системы, различные типы связей (в том числе системо- и факторообразующие), структуру и организацию, многоуровневость и наличие иерархии уровней, управление, цель и целесообразный характер функционирования, самоорганизацию, функционирование, реформирование и развитие здравоохранения. Важно знать, какая неопределенность в постановке задачи имеет место на начальном этапе ее реформирования и рассмотрения.

Системный анализ организаций здравоохранения и состояния здоровья людей выявляет высокую степень взаимозависимости различных элементов и аспектов социально-экономического и политического развития. Эти аспекты становятся все более тесно взаимосвязанными, о чем можно судить по результатам анализа уровня здоровья и демографических процессов в экономически развитых странах мира. Эффективное развитие системы здравоохранения вызывает позитивные последствия в других секторах национальной экономики.

Общесистемное свойство этой сферы жизнеобеспечения заключается в том, что изменение (ослабление) любого ее элемента, например профилактического звена, оказывает негативное воздействие на все другие ее службы и подразделения, приводят к ухудшению работы системы в целом. И наоборот, любое позитивное изменение профилактического звена резко улучшает деятельность всех компонентов системы.

Наиболее характерные признаки, присутствующие во многих определениях системы здравоохранения, сводятся к следующим:

- движение к целостности и функциональному единству;
- увеличение разнообразия структурных подразделений системы и выполняемых ими функций;
- усложнение процессов реформирования и функционирования;
- наличие и расширение связей: количественных и качественных, положительных и отрицательных, одноплановых и многоплановых, внутрисистемных и межсистемных;
- сложность (полифункциональность) поведения, нелинейность характеристик;
- повышение уровня информатизации;
- нерегулярное, статистически не распределенное во времени поступление воздействий (факторов внешней среды);
- многоаспектность: медико-социальная, экономическая, психологическая, экологическая, технико-технологическая;

- контринтуитивность (причина и следствие жестко однозначно не связаны ни во времени, ни в пространстве);
- нелинейность.

Для полноты параметров и свойств системы здравоохранения необходимо выделить еще организационно-управленческие характеристики. Создание управляемой системы здравоохранения требует выявления таких элементов и отношений между ними (структурного устройства системы), которые реализуют целенаправленное ее функционирование. Элементы любого содержания, необходимые для реализации функции, называются частями или компонентами системы. Совокупность частей (компонентов) системы образует ее элементный (компонентный) состав. Упорядоченное множество отношений между частями, необходимое для реализации функции, образует структуру (строение, расположение, порядок) системы, т.е. совокупность ее элементов и взаимосвязей между ними. При этом понятие «связи» может характеризовать одновременно и строение (статику), и функционирование (динамику) системы.

Материальная структура является носителем конкретных типов и параметров элементов системы и их взаимосвязей. Под формальной структурой понимается совокупность функциональных элементов и их отношений, необходимых и достаточных для достижения системой поставленных целей.

Организационная структура системы - одно из основных понятий теории управления здравоохранением. Эта структура определяется как совокупность служб, секторов, подсистем, объединенных иерархическими взаимосвязями. Они осуществляют распределение функций управления между руководителями служб, подотраслей (главными специалистами), с одной стороны, и подчиненными им структурами для достижения целей системы - с другой.

Организационная структура объединяет кадровые, материальнофинансовые ресурсы, задействованные в управлении подразделениями отрасли; упорядочивает связи между ними. Организационно структуру системы здравоохранения определяют следующие характеристики:

- звено (отдел) - это один из организационно-обособленных, относительно самостоятельных органов управления, выполняющий определенные функции управления. Связи между звеньями одного уровня иерархии называются горизонтальными и выражают отношение взаимодействия (координации);

- уровень (ступень) иерархии - это группа звеньев, в которых организаторы здравоохранения имеют примерно одинаковые полномочия. Связи между уровнями иерархии называются вертикальными и выражают отношение подчинения нижних уровней верхним. Для каждого звена управления связи со всеми подчиненными уровнями называют внутренними, а остальные - внешними. Иногда уровень иерархии определяется как отношение числа исходящих связей к числу входящих;

- степень централизации (децентрализации) управления. Система управления называется централизованной, если принятие решений осуществляется только в центральном (старшем) органе системы. Центральный орган управления имеет право распоряжаться всеми материальными, финансовыми и кадровыми ресурсами системы, принимать решения, перераспределять ресурсы из одной части системы в другую, координировать деятельность всех ее частей.

Система управления называется децентрализованной, если решения принимаются отдельными элементами (уровнями) системы независимо от других элементов и не корректируются центральным органом управления. Децентрализованная система обладает тем преимуществом, что в ней органы управления максимально приближены к объектам управления.

В реальной действительности часть решений принимается централизованно, а часть - децентрализованно.

При неправильном делении системы на звенья, сектора, а также нарушении управленческих связей между подсистемами, расположенными на различных иерархических уровнях, возникают так называемые патологические структуры. Их простейший пример - двойное подчинение, когда для некоторых медико-производственных (фармацевтических) организаций существуют две системы управления, существенно снижающие эффективность их работы.

В природе традиционно выделяют системы биологические (индивид), социально-экономические (организация) и санитарно-экологические (природа), а также механические. Система, системный подход, системный анализ и др. являются важными категориями при изучении здравоохранения, какую бы его подсистему, службу, звено или элемент мы не рассматривали. В настоящее время, наряду с такими качествами руководителя здравоохранения (менеджера), как знания, умения, навыки, особенно актуализируется такая категория, как системное мышление. Можно утверждать, что наши успехи связаны с тем, насколько мы системно мыслим и подходим к решению тех или иных проблем охраны здоровья, а наши неудачи вызваны отступлением от системности. Данное утверждение особенно актуализируется для врачебного сообщества, всех работников системы здравоохранения, ее руководителей. Именно они имеют дело со всеми известными системами: биологическими, социальными, экономико-управленческими, технико-кибернетическими, информационными.

Цельность системы не означает ее однородности и неделимости: наоборот, в системе можно различать определенные составные части - службы, звенья, подотрасли, их элементы.

Делимость системы охраны здоровья на части не означает изолированности ее структур друг от друга. Цельность этой системы основана на том, что внутренние связи частей (служб, звеньев), образующих структуру системы, в определенном отношении сильней, существеннее, важнее, чем их внешние связи.

Целостность системы обусловлена тем, что как единое целое она обладает такими свойствами, которых нет и не может быть у составляющих ее частей и элементов. Изъятие или ослабление работы какого-либо звена (например, профилактического) приводят к утрате его существенных системных свойств.

Открытость системы здравоохранения означает, что она входит в какую-то большую систему - экономическую, социальную, политическую.

Внутренняя и внешняя целостность систем обобщаются, объединяются, синтезируются в понятие цели, которая как бы диктует и структуру, и функции системы... Структура системы выступает при этом как вариант реализации цели.

Системы, особенно здравоохранения, не являются застывшими. Они находятся в динамике (жизненный цикл: развитие - рост - равновесие - убыль - деградация; рождение - жизнь - смерть) и др.

Необходимость объединения различных служб, секторов и подотраслей, сфер деятельности, направленных на укрепление и охрану здоровья в единую систему, обусловлена общностью целей их деятельности и тесными взаимоотношениями, существующими между ними. Функционирование здравоохранения в новых условиях хозяйствования еще более способствует установлению взаимосвязей и взаимодействий между ее составными подсистемами и элементами. В первую очередь такие связи возникают между такими взаимодополняющими друг друга подсистемами, как лечебно-профилактическая, лекарственная и санаторно-курортная помощь, санэпиднадзор, медицинская промышленность, протезно-ортопедическая и др.

Эффективное обеспечение охраны и укрепления здоровья нации в значительной степени зависит от того, насколько согласованно развиваются все перечисленные выше подсистемы и службы единой системы здравоохранения страны. Любое рассогласование в их функционировании грозит обществу дополнительными социальными и экономическими потерями. Поэтому при определении путей развития каждого элемента этой народнохозяйственной системы нельзя не учитывать ее взаимосвязь с другими службами и секторами здравоохранения.

Решение проблемы оптимальной стратегии функционирования отрасли здравоохранения невозможно без создания системной концепции ее развития. В свою очередь, научно обоснованная концепция развития здравоохранения не может быть разработана без системного подхода к всеобъемлющим мерам по охране, поддержанию и укреплению здоровья нации, улучшению демографической политики. Существующий же пока бессистемно-фрагментарный, дезинтеграционный подход к развитию здравоохранения на государственном уровне приводит к снижению эффективности предлагаемых мер в этой социально значимой сфере деятельности как на федеральном, так и на региональном и местном уровнях.

Системный подход к реформированию и развитию здравоохранения необходим с точки зрения учета потребностей населения в конкретных формах и видах медицинской помощи, распределения ресурсов как между всеми подсистемами и элементами отрасли, так и между отдельными лечебно-профилактическими организациями; повышения эффективности и точности оценки объемов лечебно-диагностических процедур в зависимости от функционального назначения объектов и структурных образований единой системы здравоохранения. Объединенные межэлементными связями и механизмами, ее службы и сектора, отдельные подсистемы тесно взаимодействуют между собой. Любые существенные изменения в одних из них неизменно порождают соответствующие изменения в других подсистемах. По законам диалектики, такой подход предполагает взаимодополнение, взаимоподдержку взаимодействующих подотраслей и подсистем, а неизбежно возникающий при этом эффект становится дополнительным источником развития здравоохранения в целом, более качественной лечебно-профилактической помощи населению. Интегрированные подсистемы создают предпосылки для наиболее полного раскрытия способности здравоохранения к изменению, реформированию и развитию.

Известно, что расширение номенклатуры лекарственных средств и повышение их эффективности, появление новых уникальных препаратов и образцов медицинского оборудования (а иногда и просто улучшение их клинических параметров) - действенный стимул к разработке более совершенных лечебно-диагностических и оздоровительно-реабилитационных технологий. При этом существенно повышается устойчивость системы здравоохранения к воздействию негативных факторов: сокращению объемов бюджетного финансирования, ограничению факторов риска возникновения заболеваний и их «вклада» в формирование уровня здоровья граждан и т.д.

Для единой системы здравоохранения характерно наличие определенных интегральных свойств, принадлежащих ей как системе, но не присущих ни одной из ее подсистем - так называемый синергический эффект. **Система** - это совокупность взаимосвязанных элементов, образующая целостность или **целое, состоящее из частей, упорядоченных по определенному закону или принципу**. При этом целое не является арифметической суммой частей. Взаимодействие элементов в системе для достижения определенных целей позволяет получить совершенно новое качество.

Понятно, что качество здоровья населения, медико-демографических процессов в стране, хотя во многом зависит от эффективной работы отдельных структурных элементов

и подсистем системы здравоохранения, от их функциональных характеристик, однако полностью ими не определяются.

Таким образом, формирование и развитие системы здравоохранения требуют системного и комплексного подходов в рамках национальной экономики к ресурсам, организационно-правовым формам функционирования, реализации возможностей поиска и осуществления эффективных вариантов медико-социальной и лечебно-профилактической помощи. При таком подходе возможны преодоление узковедомственной направленности управления здоровьем населения и достижение более эффективного развития взаимосвязанных между собой отраслей и сфер деятельности в здравоохранении.

Алма-атинская конференция ВОЗ (1978) по первичной медицинской помощи кардинально изменила парадигму здравоохранения во всем мире и привела к разработке новой концепции здравоохранения - **концепции, определяющей границы ответственности государства за здоровье населения**. Это позволило ВОЗ в 70-х годах прошлого века сформировать такие концепции, как «Здоровья для всех», «Охрана здоровья», «Здоровый город» и др., которые определили новые направления деятельности системы здравоохранения и показали, что здравоохранение - это не только медицинское обслуживание, а широкий комплекс разнообразных мероприятий профилактического характера.

Одна из основных проблем современного здравоохранения - **обеспечение его доступности и высокого качества** с учетом ограниченных ресурсов, демографической структуры (постарение населения) и состояния окружающей природной и социальной среды.

По определению ВОЗ (1960-е годы), **здоровье есть состояние полного физического, духовного и социального благополучия, позволяющее максимально реализовать имеющиеся функциональные возможности человека**.

В 1977 г. ВОЗ расширила определение здоровья, дополнив его понятием **социальной и экономической продуктивности индивида**, и поставила задачу достижения к 2000 г. такого состояния здоровья населения всего мира, при котором народы смогут вести продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь.

В 1995 г. ВОЗ, учитывая, что в развивающихся странах меняются демографические, политические и экономические условия, а в развитых странах увеличиваются потребности систем здравоохранения, призвала весь мир принять обязательство «добиться значительного прогресса к улучшению здоровья и обеспечить соответствующее развитие медицинских служб», для чего были определены следующие задачи:

- превратить проблемы здравоохранения и условий жизни в аспект политического мировоззрения;
- обеспечить больным общедоступную медицинскую помощь;
- активизировать деятельность в области охраны здоровья;
- заняться профилактикой и контролем социальных болезней.

Эти положения вошли в основу деятельности всех национальных систем здравоохранения.

Здоровье отдельных людей и целых популяций определяется не только их генетическими свойствами, но и воздействием патогенных факторов и доступностью медицинской помощи.

Взаимосвязь бедности, плохих санитарных условий труда и быта и уровней заболеваемости населения ни у кого не вызывает сомнений. Однако считалось, что наличие общедоступной медицинской помощи должно сгладить региональные и классовые различия в состоянии здоровья. Тем не менее на примере Великобритании, где существует общедоступное медицинское обслуживание, в начале 80-х годов прошлого века было доказано, что, несмотря на наличие гарантированной общедоступности в медицинской

помощи, люди из бедных слоев общества болеют значительно чаще, чем более обеспеченное население.

Это заставило серьезно пересмотреть роль социальных факторов и определить 3 важнейших составляющих социально-экономического статуса людей, оказывающих большое косвенное влияние на здоровье: образование, род занятий, уровень доходов.

К факторам, усиливающим влияние на здоровье перечисленных выше составляющих социально-экономического статуса, относятся: рискованное поведение, социально-психологические стрессы, вредные для здоровья условия труда и быта, отсутствие самоконтроля за собственным здоровьем, неадекватная поддержка семей и социально незащищенных групп населения со стороны властных структур и общественных организаций.

Отсюда следует вывод, что в современном здравоохранении к задачам по обеспечению доступности медицинской помощи добавляются задачи по ограничению воздействия на людей вредных социальных, физических и психологических факторов, обучению людей формам и методам укрепления здоровья и самоконтроля в отношении собственного здоровья, активному вовлечению населения в решение вопросов здравоохранения.

В связи с этим основными задачами современного здравоохранения являются **эффективное управление системами здравоохранения при активном участии правительственных и неправительственных (общественных) организаций и защита прав всех социальных групп населения на получение высококачественной медицинской помощи.**

С учетом этих обстоятельств на проводившемся ВОЗ в 1994 г. в Амстердаме Европейском совещании была принята «Декларация о развитии прав пациентов в Европе». В Декларации говорится, что концепция здравоохранения, принятая в данном документе, основана на принципах резолюции о здоровье для всех Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 1977 г.) и соответствующей модели здравоохранения, представленной на Алма-атинской конференции ВОЗ (сентябрь 1978 г.), т.е., таким образом, в здравоохранение входит полный круг служб, охватывающий такие направления деятельности, как укрепление и охрана здоровья населения, профилактика заболеваний, диагностика, лечение, уход и реабилитация. В разделе Декларации «Цель документа» говорится, что по своей сути и направленности данный документ отражает стремление людей не только к улучшению качества получаемой ими лечебно-профилактической помощи, но и к более полному признанию их прав как пациентов.

Формулирование прав пациентов способствует более полному осознанию людьми своей доли ответственности как при обращении за медицинской помощью, так и в ходе получения такой помощи. Это, в свою очередь, служит гарантией обоюдной поддержки и уважения во взаимоотношениях пациентов и работников здравоохранения.

Пациенты должны знать, что они тоже могут вносить важный практический вклад в улучшение деятельности системы здравоохранения.

Роль пациентов в повышении качества лечебно-профилактической помощи приобретает особое значение в современных условиях, когда существующие сложные системы здравоохранения финансируются в значительной мере из коллективных источников и когда работники здравоохранения и пациенты могут быть в равной мере заинтересованы в экономном и справедливом использовании имеющихся ресурсов.

Цели и задачи Декларации:

- подтвердить основные права человека в области здравоохранения и обеспечить защиту достоинства и целостности пациента как личности;

- предложить странам-членам ВОЗ общие принципы, лежащие в основе прав пациентов, которые могут быть использованы при пересмотре политики национальных систем здравоохранения;
- содействовать пациентам в получении максимальной пользы при контактах с системой здравоохранения;
- способствовать развитию атмосферы взаимной поддержки в отношениях между пациентами и работниками здравоохранения;
- усилить взаимоотношения (диалог) между организациями, представляющими интересы пациентов, работниками здравоохранения, органами управления здравоохранением, властными структурами;
- развивать международное сотрудничество в этой области;
- гарантировать защиту основных прав человека и способствовать гуманизации помощи всем категориям пациентов, особенно наиболее уязвимым, таким, как дети, пациенты психиатрического профиля, тяжелобольные.

Таким образом, деятельность любой современной системы здравоохранения должна быть прежде всего основана на неукоснительном соблюдении прав пациентов с учетом их ответственности за свое здоровье.

Важным аспектом понимания сущности деятельности здравоохранения является рассмотрение вопросов, касающихся возможностей вмешательства здравоохранения в процесс **здоровье-болезнь** (рис. 1).

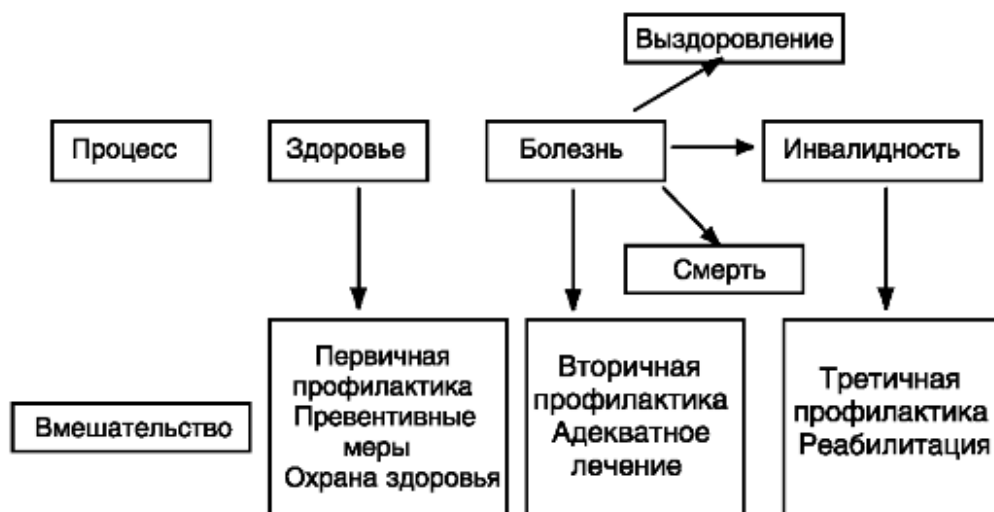


Рис. 1. Процесс здоровье-болезнь и возможности вмешательства в него

В соответствии с возможностями вмешательства здравоохранения в процесс здоровье-болезнь на уровне государства, его региональных структур разрабатывается комплексная программа охраны здоровья населения, в рамках которой система здравоохранения осуществляет свою деятельность.

В структуру комплексной программы входят разделы:

- **Управление и охрана здоровья** - комплекс законодательных, социальных и экономических мер, направленных на устранение или ограничение факторов риска болезней, травматизма и смерти на уровне индивида, социальной группы и общества в целом.
- **Первичная профилактика** включает меры, направленные на предотвращение болезней:
 - санитарно-гигиенические мероприятия по устранению неблагоприятных факторов труда, быта, экологических нарушений;
 - санитарно-противоэпидемические мероприятия (вакцинация, карантинные меры, бактериологический инфекционный контроль, дезинфекция, дезинсекция);

- санитарное просвещение; пропаганда здорового образа жизни;
- оздоровление здоровых людей.

• **Вторичная профилактика** - активное выявление и эффективное лечение болезни на ранних стадиях. Центральное место при проведении мероприятий вторичной профилактики занимает диспансерный метод (диспансеризация групп населения с высоким риском заболевания: дети, подростки, беременные, работники вредных для здоровья производств, лица, проживающие в неблагоприятных экологических условиях).

• **Третичная профилактика** - предотвращение осложнений у лиц, перенесших тяжелые заболевания, а также диспансеризация лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, с целью предупреждения обострения их течения. Исходя из перечисленных выше направлений деятельности системы здравоохранения, можно схематично представить ее основные структуры (рис. 2).

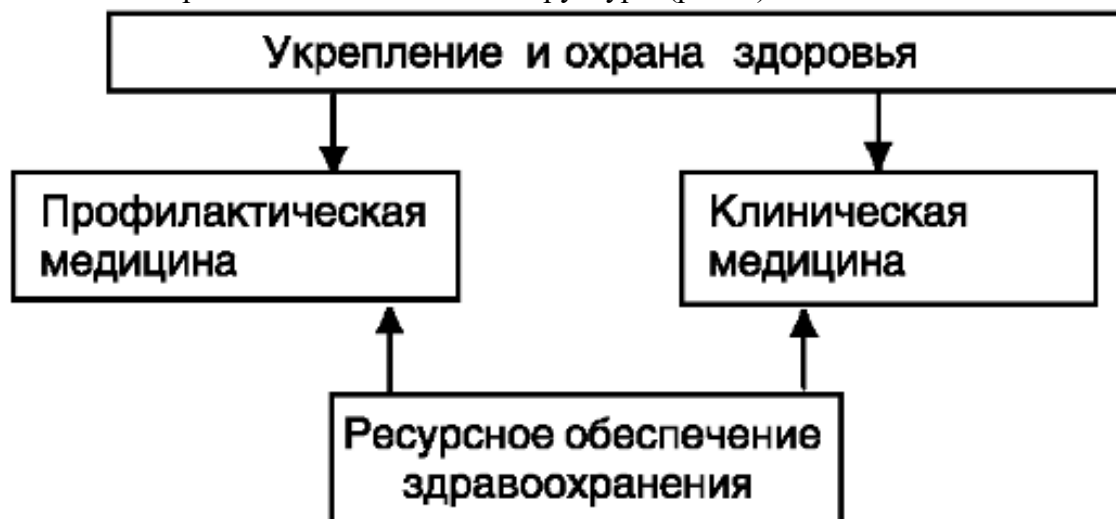


Рис. 2. Связь между основными компонентами здравоохранения

Однако, если данную структуру системы здравоохранения рассмотреть с точки зрения функций субъектов (организаций системы), разделение будет достаточно условным, поскольку практически все они активно взаимодействуют между собой. Например, организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам, одновременно с клинической деятельностью проводят большую профилактическую работу (вакцинация, диспансеризация, санитарное просвещение).

Важнейшим аспектом в деятельности здравоохранения является определение критериев необходимости и масштабности вмешательства в функционирование системы.

Естественно, что для разных социальных групп и государств критерии и масштабы вмешательства будут различными, исходя из различий социально-экономических, климато-географических, экологических и социокультурных условий, тем не менее имеются научно выработанные критерии вмешательства, характерные для здравоохранения многих стран мира.

Политика в здравоохранении и последующая разработка конкретных программ всегда предполагают определение задач и приоритетов, поскольку в условиях ограниченных ресурсов развитие одного направления неизбежно происходит в ущерб другим. Определение приоритетов, в свою очередь, зависит от оценки состояния здоровья населения и его наиболее проблемных аспектов.

Таким образом, можно сказать, что **здравоохранение** - есть система, целью деятельности которой является снижение заболеваемости и смертности населения.

Задачи для достижения цели:

- проведение мероприятий медицинской профилактики;

- восстановление утраченного здоровья людей;
- производство ресурсов, необходимых для деятельности системы (подготовка медицинских кадров, производство медикаментов и медицинских изделий, разработка медицинских технологий).

Решение данных задач обуславливает необходимость взаимодействия системы здравоохранения с другими государственными системами, ответственными за охрану здоровья населения.

Таковыми системами являются:

- обеспечение питьевой водой и продуктами питания;
- охрана окружающей природной среды;
- физическая культура и спорт;
- охрана труда (учеба);
- жилищно-коммунальное хозяйство;
- социальная защита населения.

При анализе результатов деятельности этих систем определяется закономерность, свидетельствующая о том, что в случае слабой работы всех государственных систем влияние роли системы здравоохранения на здоровье людей значительно возрастает. Соответственно этому резко растут расходы на здравоохранение.

Успешное решение проблем охраны здоровья предполагает развитие социальной гигиены, клинических дисциплин и организацию управления. Выявление всеобщей связи человеческого организма с окружающим миром позволяет поддерживать его здоровье оздоровительными технологиями. В самой природе медицины, социальной гигиены, организации и управления здравоохранением заложены единство и синтез знания.

Понимаемый как процесс рождения нового, синтез системного знания возникает на основе определенных типов объединения или взаимодействия его структурно-организационных и управленческих форм. В процессе дифференциации медико-социальных, эколого-гигиенических знаний возникают научные дисциплины и направления, содержание которых связано с выявлением общих закономерностей и принципов в самых различных областях клинко-валеологического исследования. Происходит своеобразная интеграция знаний, компенсирующая многообразие и ограничение друг от друга различных научных дисциплин и направлений.

Наглядный пример - появление новых отраслей знаний и новых научных дисциплин, возникающих на стыках старых, возникновение комплексных («гибридных») дисциплин (экономика здравоохранения, фармакоэкономика, медицинская социология, медицинская антропология и др.), создаваемых на основе многосторонних связей между старыми науками, рождение принципиально новых методов исследования, дающих плодотворные результаты. Попыткой создания новой «синтетической» дисциплины является валеология.

Наиболее крупные открытия нашего времени сделаны на стыке различных наук, так что синтез наук и научных дисциплин оказывается в высшей степени плодотворным. Все эти процессы - результат совместного действия двух внешне противоположных подходов: дифференциации (специализации, т.е. разделения) наук и их интеграции, взаимосвязи (т.е. объединения). Усиливающийся процесс дифференциации наук и их интеграции сопровождается заимствованием, переносом методов и принципов исследования из одних систем в другие, взаимопроникновением методов. Известно, что обычно выделяют системы: механические, биологические, социально-экономические. Так, хирург в своей деятельности должен знать основные закономерности и принципы всех указанных выше систем.

Решение проблем охраны здоровья, их научное толкование все больше опираются на естественные и общественные, технические науки. Для глубокого исследования медико-демографических процессов необходимы синтез, интеграция выводов частных наук и

результатов исследования функциональных областей медицины. Единство, целостность и структурнофункциональная сложность многокомпонентного феномена здоровья требуют адекватных методов, которые обеспечивали бы соответствующие его восприятие и исследование, охрану, поддержание, укрепление и воспроизводство. В этой связи закономерно создание общесистемной науки о здоровье в целом и его интегральном представлении.

Здоровье изучается с разных сторон (аспектов) многими дисциплинами с учетом биомедицинских, социально-гигиенических, экономических, правовых, экологических, климато-географических и многих других условий и факторов. Возникает необходимость выявлять степень влияния отдельных факторов на здоровье в конкретных условиях, их взаимосвязь как друг с другом, так и с развитием медико-профилактической деятельности органов здравоохранения. Для такого исследования здоровья надо поднять степень взаимодействия между изучающими его дисциплинами на новый, более высокий уровень на основе общесистемных знаний.

Наука о здоровье как сложном саморегулирующемся механизме обладает своей системной спецификой и составом (интегральным характером взаимосвязей между его компонентами), в который входят предмет, теория и гипотеза, метод и фактология, описание и анализ эмпирического материала. Возрастающий объем научных знаний о здоровье требует их систематизации. Систематизация знаний о здоровье - это установление существенных связей между ними, порядка между частями целого на основе определенных закономерностей, принципов и правил. При этом закономерности проявляются во всем многообразии из связей, зависимостей и опосредствований. Наличие своего, но обогащаемого другими науками и дисциплинами предмета - необходимое условие обособления, выделения той или иной системы знаний в отдельную самостоятельную отрасль. Совокупность процессов, изучаемых наукой о здоровье по мере познания своего предмета, можно понимать как объект этой науки.

Под теорией здоровья понимается система научных знаний, описывающих и объясняющих совокупность характеристик (феноменов, категорий) здоровья, явлений и процессов валеодемографической природы. Специфика этой теории предстает как системное знание о необходимых сторонах и аспектах, связях исследуемого объекта, его сущности и закономерностях. Знания о здоровье основаны на совокупности исходных теоретикоэмпирических принципов.

Аналитические методы, столь эффективные при изучении частных проблем и процессов, в этой области знаний не работают. Нужен новый, более действенный принцип, на основе которого можно было бы глубже разобраться в объективных и логических связях между феноменами (факторами, категориями) личностно-общественного здоровья, эмпирическими фактами, т.е. принцип системного подхода. Этот принцип определяет не только новые задачи, но и характер всей организационно-управленческой деятельности системы здравоохранения.

Системный подход опирается на методологию, логически и процедурно организованную последовательность проводимых исследований, производимых управленческих действий. Методология характеризуется однозначностью и последовательностью процедур, будучи системно скомпонованной, логичной, воспроизводимой структурой. Иначе говоря, в здравоохранении методология системного исследования представляет собой совокупность системных методов и средств, направленных на решение сложных и комплексных, реструктуризационно-реформаторских проблем формирования эффективной системы охраны здоровья населения.

Рациональность с этой точки зрения можно определить как процесс мышления, основанный на использовании логического вывода, а очевидность - объем знаний, широко подтверждаемый наблюдениями, как процесс, посредством которого данные

отождествляются с системой для последующего ее объяснения (логического вида утверждения из хорошо установленных фактов).

Потребности управленческой практики реформирования системы охраны здоровья, развития ее организационно-экономических принципов и методов придают особое значение задаче упорядочения системнотерминологического аппарата науки о здоровье. По подсчетам экспертов, если каждый специалист будет терять только 5 мин на уяснение нечеткой профессиональной терминологии, то потеря рабочего времени (в денежном выражении) составит в целом по стране свыше 1,5 млрд руб. Для снижения этих потерь необходима предварительная договоренность о терминах, смысловых обозначениях, которые должны быть предельно ясными, конкретными, не допускать двойного толкования, разночтений. Это относится и к вопросам организационно-управленческой деятельности, касающихся линейного, функционального подчинения, административной ответствен-

ности, распределения функций и рабочей нагрузки, должностных обязанностей. Важно учитывать при этом и неформальные связи.

Резюмируя, подчеркнем, что здоровье, знания и интеллект все больше становятся тем ресурсом, который обеспечивает современный мировой прогресс. Понимаемый в широком смысле, этот ресурс включает также информацию, культуру, идеологию, жизнеспасающее поведение. В условиях рыночной экономики информация превращается в основной товар и основную производительную силу общества. В информационном обществе будут наблюдаться все более резкая дифференциация и социальное расслоение людей по знаниям, умственному труду, компетентности и профессионализму в зависимости от уровня и качества здоровья.

Знания как человеческий капитал получают все большее значение в инновационном развитии любого объекта управления. Не является исключением и система здравоохранения. Все более важное место в системе знаний занимает дисциплина «Экономика и управление знаниями». Имеется в виду не управление мозгами, тезаурусом, а потенциалом знаний персонала организации. Руководитель любого ранга должен учитывать синергический эффект потенциальных знаний подчиненных.

Поэтому все больше появляется самообучающихся организаций. Но это не только традиционная подготовка, переподготовка и повышение квалификации персонала. Важна также система непрерывного образования; поистине, век живи - век учись!

Доказано, что терпят крах те организации, которые в управлении не всегда учитывают человеческий капитал, а это прежде всего знания.

Объективные закономерности находят материальное воплощение в системах и проявляются через систему, изменяя ее состояние. Объяснять эти закономерности - значит научиться смягчать или даже исключать нежелательные ситуации.

В отличие от закона, закономерность не проявляется во всем, без исключения. Общесистемная закономерность - это закономерность, присущая биологическим, медико-социальным, экономическим, медикокибернетическим процессам и системам, которые выявляются, например, при использовании синергического подхода. Поэтому и закономерности, предупреждающие о неоправданных рисках, не столь категоричны, как законы (закон - закономерности - принципы).

Это положение напрямую относится к сложности рыночных медикофармацевтических структур и окружающей их среды, что порождает трудности при ее изучении, прогнозировании и управлении. Например, знание гомеостатических общесистемных закономерностей, регулирующих поддержание системных параметров организма в допустимых пределах, позволяет переносить знания о личностно-общественном здоровье на процессы управления системой его охраны. Распознавание общесистемных закономерностей и принципов в этой области позволяет с помощью

аналогии переносить модели систем и методологию решения задач с поведения закономерностей развития системы общественного здоровья на процессы его охраны.

Методологически и практически представляется возможным определять зависимость потенциала здоровья населения от потенциала структурных элементов (служб, секторов) системы здравоохранения (различной степени ее организованности). Подобная возможность появляется благодаря зависимости потенциала системы от степени ее организованности или характера взаимодействия структурных элементов системы. Руководствуясь этой закономерностью, можно выработать обоснованные рекомендации по рациональному реформированию системы охраны здоровья, ее организации и управления.

Разумно и эффективно управлять - значит действовать в соответствии с системными закономерностями развития процессов формирования здоровья, всесторонним учетом факторов внешней среды. Общесистемные закономерности и принципы позволяют научно обоснованно подходить к анализу и находить управленческое решение сложных слабоструктурированных и плохо формализуемых задач по охране здоровья населения.

Их системные закономерности и принципы задают смысл и значение основным концептуальным понятиям теории управления здравоохранением. Те закономерности, которые имеют смысл для всех приложений этой теории, называются общими или универсальными - в отличие от частных. Закономерности, снабженные системой специально подобранных примеров работы служб, звеньев, секторов индустрии здоровья, способны существенно повлиять на успешный результат процессов реформирования норм системных исследований в отрасли. И если внешнее управленческое воздействие на систему здоровья не совпадает с системными закономерностями ее развития, оно не даст желаемого результата.

Учет объективных общесистемных закономерностей и принципов детерминирует (делает жестко определенным) научное системное и управленческое мышление, внося в него определенную структурную упорядоченность программ и мероприятий по охране здоровья, обеспечивая наибольшую устойчивость успешного их проведения.

Общесистемная закономерность определяет зависимость потенциала системы от степени ее организованности и характера взаимодействия в ней структурных элементов - служб, звеньев, подразделений.

Закономерность устойчивости системы, которая выражается в стремлении сохранить равновесие со средой, может быть сформулирована следующим образом: если система подвергается внешнему воздействию, изменяющему какое-либо из условий равновесия, в этой системе возникают процессы, направленные так, чтобы противодействовать этому изменению. То есть при внешнем возмущении (нарушающем условие равновесия под влиянием факторов окружающей среды) в системе охраны здоровья развиваются противоположно действующие процессы, нейтрализующие эффект внешнего воздействия.

В соответствии с закономерностью «наиболее слабых мест» важно находить связь между устойчивостью всей системы охраны здоровья и устойчивостью ее отдельных составных частей - служб, звеньев, секторов, подсистем. Эта связь определяется тем, что во всякий момент устойчивость всей системы зависит от наименее сопротивляющихся подсистем или наиболее слабых элементов в системе.

Известно и то, что чем сложнее система, тем более неравномерно развиваются ее составные части. Это соответствует закономерности неравномерного развития составных частей системы, которая по своему содержанию перекликается с закономерностью «наименьших относительных сопротивлений или наиболее слабых мест в системе».

Структурная устойчивость (неразрушимость, приспособленность) системы здравоохранения определяется наименьшей ее частичной устойчивостью или устойчивостью наиболее слабой - поликлинической подсистемы. На этой же закономерности основывается обеспечение устойчивого состояния медицинской

организации. Если ее руководитель правильно осуществляет управление, но в одном важном вопросе ослабляет внимание, тем самым он может способствовать снижению устойчивости организации в целом. Согласно теории управления, менеджер ищет слабые места и укрепляет их, чтобы уменьшить «поражаемую поверхность» и увеличить общее сопротивление системы. Прежде всего речь идет о первичном звене здравоохранения - его поликлиническом уровне; «где тонко, там и рвется» - принцип слабого звена.

Одним из видов системообразующих отношений является согласованность темпов реализации функций отдельными элементами - службами, звеньями, подразделениями. Это соответствует закономерности расхождения темпов выполнения функций элементами системы здравоохранения. Ее подотрасли развиваются и меняются во времени, но при этом их элементы обладают своим темпом выполнения функций. Без согласованности система может лишиться целостности, потерять способность выполнять свои функции.

Для такой системы характерна закономерность расхождения или рассогласования темпов выполнения функций составляющими ее элементами, их дифференциация, чреватая дезорганизацией всей системы. Закономерность «системного расхождения» или дифференциации особенно характерна для функциональных областей системы здравоохранения.

Одной из важных в тенденции развития современных систем или моделей здравоохранения является закономерность перехода с макрона микроуровень. Основные подотрасли здравоохранения - его службы, звенья, сектора, подсистемы непрерывно развиваются в пределах макроуровня, становясь все более совершенными. Однако наступает момент, когда для их дальнейшего развития требуется принципиальная перестройка.

Закономерность функциональной иерархии системы раскрывает, как должно быть организовано управление, чтобы реализовать функциональное назначение системы здравоохранения и ее свойств, а также экономической, правовой и экологической среды ее функционирования. Для рыночных условий функционирования системы здравоохранения характерно параллельное управление как средство необходимой реакции на платность услуг, с одной стороны, так и на изменение потребностей пациентов (потребителей лекарств, изделий медицинского назначения) - с другой, когда все образования отрасли начинают «отрабатывать» новые условия внешней среды. Для управления лечебно-диагностическими, медикопроизводственными процессами целесообразна последовательная перестройка, так как переходные режимы в общем времени функционирования и реформирования системы охраны здоровья занимают сравнительно небольшой период времени (по принципу «думай революционно - поступай эволюционно»).

Параллельное управление становится актуальным, когда в системе испытывается большой дефицит ресурсов, требуемых для реализации последовательного характера управления. Именно различие в спектрах и факторах внешних воздействий диктует структурные особенности управления

столь сложной системой, как здравоохранение. В целом качество ее функционирования существенно повышается в зависимости от числа уровней иерархии управления, так как увеличивается число поуровневых контактов со средой, особенностями возрастающих требований пациентов.

Целостность организации здравоохранения задается самим феноменом «здоровье». Целое понимается как функциональная совокупность, формирующаяся некоторым, заранее задаваемым отношением между отдельными компонентами (элементами). При этом фиксируется наличие особых интегративных характеристик - составных частей охраны здоровья как совокупности - целостности, несводимость к составляющим частям. Сама эта совокупность, отношения между компонентами (их координация, субординация)

определяются некоторым правилом - системообразующим принципом, который относится как к порождению свойств целого из частей (элементов), так и к порождению свойств элементов из целого.

Среди любых связей и отношений главными являются системообразующие. Именно они выражают целостные свойства системы, определяют специфику подотраслей охраны здоровья. Как правило, системообразующие связи и отношения являются внутренними для данных подотраслей. Характеристики структурного и функционального целого в своей совокупности образуют это организационное целое, которое по принадлежащим признакам не сводится к сумме частей.

Существуют определенные различия между системными понятиями целого и целостности. Целое - это совокупность взаимодействующих частей, в которой смысл понятия «часть» определяется взаимодействием, присущим системе. Система же здравоохранения обладает свойством целостности - не имеет частей в строгом понимании и действует как единый комплекс или объект. В целостной системе взаимосвязи настолько сильны, что не могут рассматриваться как взаимодействия между локализованными в пространстве и времени частями. Функционально свойству целостности соответствует нелокальность или такое влияние одной «части» этой системы на другую, которое нельзя объяснить взаимодействием между ними. Поэтому для целостных систем типично само воздействие, а не взаимодействие. Понятию целостности в указанном смысле близко понятие «единого».

Для системы здравоохранения главным является признак целостности, т.е. она рассматривается как единое целое, состоящее из взаимодействующих или взаимосвязанных совместимых элементов. Поэтому для определения «целостность» характерны внутреннее единство, принципиальная несводимость свойств системы к сумме свойств составляющих ее элементов, т.е. система обладает свойствами целого, мыслимого как многое. Именно такой примат целого и делает здравоохранение системой, а роль элементов сводится к обеспечению функционирования этого целого.

Свойство целого как философской категории выражается в несводимости к свойствам его отдельных частей как простой суммы. Понятно, что не всякие отношения придают множеству элементов целостность, поэтому выделяются особые отношения, называемые системообразующими. Именно для системы здравоохранения присуще то, что она выступает как нечто целое относительно окружающей среды и факторов, влияющих на здоровье. Именно в этом смысле целостность системы подразумевает, что изменение любого элемента системы оказывает воздействие на другие элементы и ведет к изменению всей системы. Поэтому целостную систему невозмож-

но разложить на отдельные компоненты таким образом, чтобы не потерять ее жизненнозащитных свойств.

В этом смысле целостность системы формулируется как способность претерпевать изменения, процессы реформирования, сохраняя самое себя. Иными словами, в условиях существенных вариаций (осуществляемых трансформаций) потоков обслуживания (заказов) в системе вплоть до изменения числа пациентов (потребителей) управление потоком ресурсов обеспечивается так, что система сохраняет свою целостность, оставаясь тождественной самой себе.

Ключевым понятием здесь выступает целостность как внутреннее единство, внутренняя обусловленность, характеризующая качественную определенность системы. Условие целостности выражает требование сохранения управляемого потока ресурсов (его неразрывности) как источника функционирования данной системы. В производственной инфраструктуре индустрии здоровья целостность обеспечивается инструментом типа склада, накопителя-обменника, т.е. средствами для мобильного управления распределением ресурсов - изделий медицинского назначения.

Закономерности, которые порождают свойства системы здравоохранения, называются структурными, а наименьшая ее часть, которая еще подчиняется этим закономерностям, - структурным элементом. Внутренняя структура системы характеризуется устойчивой упорядоченностью в пространстве и во времени ее служб и подразделений, связей между ними, определяющей функциональной компоновкой системы и ее взаимодействия с внешней средой. Если структура и функции системы практически не изменяются в течение определенного периода ее функционирования, система называется стационарной (стабильной).

Структура отличается устойчивой картиной взаимных отношений компонентов, служб и подразделений системы здравоохранения как целостного объекта. Под воздействием функции она во многом определяет свойства системы, в том числе и общесистемные свойства целостности, иерархичности и интегративности. Подразделения системы здравоохранения классифицируются по структуре, различаясь по составу, клиническому назначению (функциям), качеству, надежности, экономичности, размерам, компоновке, степени дублирования, эффективности, результативности, сложности, связям, организации.

Из подсистем системы здравоохранения можно выделить следующие 3 класса:

1. Хорошо структурированные, или количественно сформулированные, подсистемы - медико-производственные.
2. Слабоструктурированные, или смешанные, подсистемы, содержащие качественные и количественные показатели лечебно-диагностической помощи.
3. Неструктурированные, или качественно выраженные, подсистемы - оздоровительно-профилактические.

Любая система имеет определенный состав. Изучение состава системы имеет особое значение при синтезе, т.е. определении свойств системы на основе анализа свойств ее элементов. Конечно, при этом необходимо учитывать «кооперативный эффект» - возникновение новых свойств компонентов системы при их взаимодействии. Иными словами, здравоохранение как система всегда доминирует над составными частями или подсистемами, обладая свойством, не являющимся суммой свойств ее компонентов. Подсистема, в свою очередь, является системой для своих элементов, которые образуют иерархию. Причем структурным элементом или подсистемой считается та наименьшая часть системы, которая еще подчиняется системообразующим закономерностям.

Если подсистемы - это компоненты системы (сами являющиеся сложными системами), то элемент может рассматриваться как предел членения в рамках данного качества системы. Он не состоит из компонентов, а представляет собой нерасчленимый далее элементарный носитель этого качества. Разумеется, элемент неделим не вообще, а только в рамках данного качества. Поскольку элемент выступает как предел возможного членения объекта, собственно его состав обычно не принимается во внимание в характеристике системы: составляющие элементы уже не рассматриваются как компоненты данной системы - системы охраны здоровья.

Можно утверждать, что в общем случае элемент не может быть описан вне его функциональных характеристик: с точки зрения системы важно в первую очередь не то, каков субстрат элемента, а то, что делается, чему служит элемент в рамках целого. В системе, представляющей органичное целое, элемент определяется прежде всего по его функции как минимальная единица, способная к относительно самостоятельному осуществлению определенной функции. С такой функциональной характеристикой связано представление об активности, действии элемента в системе, причем эта активность обычно рассматривается как одна из основных его характеристик.

Каждая система состоит из ряда специфичных по решаемым задачам элементов. Их деятельность подчинена глобальной цели, преследуемой системой, - улучшению и

укреплению здоровья. И в этом смысле элементы системы взаимоувязываются между собой для достижения этой цели. Так что под элементом системы понимается функционально обособленный объект, не подлежащий дальнейшей декомпозиции в рамках решаемой задачи анализа и синтеза отрасли, выполняющей целевую функцию по охране здоровья населения. В качестве элемента этой системы можно рассматривать:

- функциональное подразделение медицинской организации, участвующее в лечебно-диагностическом процессе;
- ресурсы организации или предприятия медико-фармацевтической промышленности (кадровые, материальные, финансовые, информационные), требуемые для обеспечения их работы;
- инфраструктуру (транспортное, перегрузочное, складское, постельное, измерительное оборудование, тарное хозяйство);
- математическую и логическую модели, теории массового обслуживания, отражающие системы связей между целями, альтернативами их достижения, факторами внешней среды и требованиями на ресурсы.

В сфере охраны здоровья как сложной медико-социальной системе связь между подсистемами, службами строится по принципу иерархии, предусматривающему подчиненность системы надсистеме (социальной, экономической, правовой) и подсистем - системе охраны здоровья. Цель каждого элемента нижнего уровня должна быть подчинена цели более высокого уровня, только в этом случае сложная иерархическая система может функционировать как единое гармоничное целое.

Тема 3. Организация и управление охраной здоровья

Государственная политика в области охраны здоровья населения предполагает прежде всего необходимость разработки современной стратегии реформирования и развития здравоохранения в целом.

Под государственной стратегией реформирования и развития здравоохранения следует понимать сложную систему управляющих воздействий, осуществляемых на государственном, региональном и местном уровнях, на те или иные конкретные службы, звенья и сектора, на медико-социальные ситуации с целью эффективного функционирования всех структур этой

системы для достижения конкретных результатов улучшения здоровья населения.

В основе государственной стратегии и политики развития здравоохранения лежит общепризнанная необходимость концентрации усилий всех активных участников процессов охраны здоровья на одном общем направлении: повышение уровня здоровья, удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической помощи. Каждый пациент вправе рассчитывать на получение такого комплекса медицинских услуг, лекарственных средств, других товаров медицинского назначения, который привел бы к оптимальным для его здоровья результатам в соответствии с современным уровнем мировой науки, возрастом и функциональным состоянием, основными и сопутствующими заболеваниями, реакцией на выбранное лечение.

Государственная политика в области здравоохранения, ориентированная на обеспечение осуществляемых в стране социально-экономических преобразований в среднесрочной и долгосрочной перспективе, развивает и конкретизирует соответствующие положения концепции национальной безопасности Российской Федерации с учетом национальных интересов России в области здравоохранения. В результате ее реализации должны быть созданы все необходимые условия для достижения общих целей национальной безопасности РФ в области охраны здоровья, улучшения демографической

ситуации, поскольку без обеспечения безопасности страны в области охраны здоровья невозможно эффективно решить ни одну из стратегических задач развития России.

Главная цель государственной стратегии развития здравоохранения заключается в создании необходимых условий для защиты жизни и здоровья, максимального продления активной творческой жизни каждого гражданина Российской Федерации. В первую очередь необходимо обеспечить защиту гражданских прав населения страны на охрану здоровья и получение эффективной медицинской помощи, повышение качества жизни, связанного со здоровьем; гарантировать использование эффективных процедур решения политических, экономических и социальных задач, исходя из национальных интересов России в области здравоохранения.

Объектами безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья являются личность, общество и государство, а также все основные структурные подразделения системы охраны здоровья.

Государственная стратегия в области охраны здоровья населения включает:

1. Характеристику внешних и внутренних угроз безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья как совокупности условий и факторов, создающих опасность для жизненно важных интересов личности, общества и государства;

2. Определение и мониторинг факторов, подрывающих устойчивость национальной системы здравоохранения, на среднесрочную и долгосрочную перспективу;

3. Определение критериев и параметров, характеризующих национальные интересы в области здравоохранения и отвечающих требованиям безопасности России;

4. Формирование государственной политики в области здравоохранения, медико-социальной защищенности; проведение соответствующих

институциональных преобразований; создание механизмов, устраняющих или смягчающих воздействие факторов, подрывающих устойчивость национальной системы здравоохранения и социальной защиты. Ярким примером является национальный проект по здравоохранению и улучшению демографической ситуации.

Реализация государственной стратегии развития здравоохранения должна осуществляться через систему конкретных мер, предпринимаемых на основе анализа качественных и количественных показателей: демографических, эколого-гигиенических, медико-правовых и производственных (технологических), макро- и микроэкономических, внешнеэкономических и др.

Первостепенное значение для обеспечения безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья имеет выявление факторов и условий, сдерживающих ее реализацию. Наиболее вероятными угрозами безопасности России в области охраны здоровья, на локализацию, устранение и блокирование которых должна быть направлена деятельность федеральных органов государственной власти и управления, являются:

1. Ограничение доступности в получении качественной медицинской помощи для большинства населения;

2. Деформация структуры здравоохранения страны, обусловленная такими факторами, как:

- низкое качество большинства медицинских услуг и товаров медицинского назначения;

- снижение результативности научного потенциала медицинской науки, и прежде всего в решении проблем профилактики заболеваний;

- засилье иностранных фирм на внутреннем рынке России по многим видам жизненно важных лекарственных средств и продукции медицинского назначения;

- существенные различия в здравоохранении в субъектах Российской Федерации.

Состояние здравоохранения, отвечающее требованиям безопасности Российской Федерации, должно характеризоваться определенными качественными критериями и

параметрами (пороговыми значениями), обеспечивающими приемлемое для большинства населения России качество жизни, связанное со здоровьем и устойчивостью национальной системы здравоохранения, способной противостоять влиянию внутренних и внешних угроз.

При определении критериев и параметров, отвечающих требованиям безопасности Российской Федерации в области охраны здоровья, необходимо учитывать следующие факторы:

1. Взаимосвязь уровня и качества жизни со здоровьем населения;
2. Способность здравоохранения функционировать в режиме стабильного экономического роста и успешных социальных преобразований;
3. Устойчивость финансово-бюджетной и кредитной систем страны, определяемую состоянием бюджетов всех уровней, оптимизацией финансовых потоков и расчетных отношений, стабильностью цен, надежностью национальной валюты, наличием условий для инвестиционной деятельности в здравоохранении;
4. Рациональная структура внешней торговли, обеспечивающую доступ отечественных товаров медицинского назначения на мировой рынок, максимально допустимый уровень удовлетворения внутренних потребностей страны за счет импорта (с учетом региональных особенностей);
5. Укрепление научного потенциала медицинской науки, ведущих отечественных научных школ, способных обеспечить независимость России на стратегически важных направлениях охраны здоровья населения;
6. Соблюдение баланса федеральных, региональных и местных интересов в области здравоохранения;
7. Сохранение на всей территории Российской Федерации деятельности единой системы здравоохранения;
8. Обеспечение эффективного функционирования национального и региональных рынков услуг и товаров медицинского назначения с учетом их производственно-профильной специализации.

Меры и механизмы государственной политики в области воспроизводства населения Российской Федерации, охраны и укрепления его здоровья, разрабатываемые и реализуемые на всех уровнях управления российским здравоохранением, должны быть направлены на предотвращение внутренних и внешних угроз безопасности страны в области охраны здоровья.

Важнейшими элементами механизма обеспечения такой безопасности являются мониторинг и прогнозирование факторов, определяющих соответствующие угрозы и ухудшение состояния здоровья людей.

Мониторинг как оперативная информационно-аналитическая система наблюдений за динамикой показателей эффективности функционирования здравоохранения имеет большое значение для переходного состояния российского здравоохранения при наличии серьезных внутренних диспропорций и острой недостаточности ресурсов, неустойчивости социальноэкономических и медико-демографических индикаторов. Это определяет возрастание требований к государственной медико-социальной статистике в части комплексности, глубины и форм охвата объектов статистического наблюдения, качества, оперативности, непрерывности, преемственности и своевременной адаптации информационных потоков.

Объективный и всесторонний мониторинг процесса охраны здоровья с точки зрения безопасности страны должен проводиться на основе анализа конкретных количественных значений соответствующих индикаторов такой безопасности. Для осуществления мониторинга факторов, определяющих внутренние и внешние угрозы здоровью населения России и устойчивости национальной системы здравоохранения, первоочередной задачей

является создание глобальной организационно-информационной базы безопасности страны в области здравоохранения.

Для реализации государственной стратегии развития здравоохранения должны быть разработаны критерии и параметры состояния здоровья населения России и неразрывно связанные с ними показатели эффективности функционирования национальной системы здравоохранения, выход за пределы которых создает угрозу безопасности страны.

Количественные параметры должны быть разработаны не только для страны в целом как системы, но и для каждого ее региона и каждой отдельной службы, подразделения здравоохранения, т.е. подсистем и элементов. При этом состав критериев и показателей экономической безопасности России по регионам и службам должен корреспондировать с соответствующим составом глобальных критериев и параметров в части, касающейся состояния здоровья населения и национальных интересов в целом.

На основе сформулированных в государственной стратегии развития здравоохранения критериев и параметров определяются меры и разрабатываются механизмы реализации государственной политики в области охраны здоровья населения. Эта деятельность государства осуществляется по следующим основным направлениям:

- выявление ситуаций, когда фактические или прогнозируемые параметры развития здравоохранения отклоняются от пороговых значений;
- разработка комплексных мер по выходу страны из зоны угрозы здоровью населения;
- организация работы по реализации мер по преодолению (недопущению возникновения) соответствующих угроз;
- экспертиза принимаемых стратегических решений по всем важнейшим вопросам жизнедеятельности общества с позиций охраны здоровья.

Реализация мер по обеспечению стабильности в здравоохранении требует постоянного, надежного и эффективного контроля за их исполнением со стороны государства и общественности. В соответствии с концепцией правового государства при осуществлении такого контроля должны в полной мере учитываться права и ответственность руководителей и собственников организаций здравоохранения.

Среди множества целей государственной политики в области охраны здоровья населения можно выделить как общие и стратегические цели, так и цели реформирования и развития отдельных хозяйствующих субъектов (табл. 1).

Таблица 1. Цели реформирования и развития здравоохранения

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения	Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения
Достижение реальных позитивных сдвигов в показателях индивидуального и общественного здоровья, сокращение прямых и косвенных потерь общества от заболеваемости и преждевременной смерти граждан	Создание современной высокотехнологичной базы здравоохранения, обеспечивающей всеобщую доступность качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей инвестирования в собственное здоровье	Формирование внутренних и внешних условий для эффективного функционирования и развития организаций здравоохранения в гармоничном взаимодействии с окружающей их социальноэкономической и экологигиенической средой

Цели формируют определенные задачи. Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

1. Обеспечение адекватности размеров финансирования отрасли государственным гарантиям в сфере здравоохранения;
2. Повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении;
3. Организация эффективного государственного санитарно-эпидемиологического надзора, гигиенической и эпидемиологической экспертизы, мониторинга здоровья людей и среды обитания человека;
4. Сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, новых медико-производственных, информационных и организационно-управленческих технологий;
5. Совершенствование медико-экономического и организационно-правового регулирования деятельности хозяйствующих субъектов здравоохранения;
6. Формирование и развитие регулируемого социально-ориентированного рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения;
7. Развитие негосударственного сектора здравоохранения;
8. Повышение уровня квалификации и степени социальной защищенности работников здравоохранения;
9. Актуализация участия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций в реализации государственной политики в области здравоохранения;
10. Активизация участия населения в решении вопросов здравоохранения.

При формировании экономической политики в области здравоохранения следует исходить прежде всего из необходимости обеспечения преимущественного развития тех направлений охраны здоровья и видов медико-социальной помощи, которые способны в кратчайшие сроки дать наибольший эффект по показателям здоровья в пересчете на единицу потребляемых ресурсов.

Одним из важнейших направлений государственной стратегии реформирования и развития здравоохранения в России является повышение качества медицинской помощи. Прежде всего необходима интегральная оценка качества медицинского обслуживания населения. По нашему мнению, такая оценка должна строиться на основе совокупности комплексных многопараметрических медико-экономических показателей, которые представлены на рис. 4.

В последние годы в мировой экономической практике все большее значение приобретает идеология всеобщего управления качеством TQM (Total Quality Management). В рамках TQM под качеством услуг и товаров медицинского назначения понимается не столько достижение или превышение уровня каких-либо их частных или общих характеристик, сколько соответствие этих услуг и товаров нуждам и ожиданиям потребителей.



Рис.

4. Показатели интегральной оценки качества медицинской помощи населению

В масштабах Российской Федерации, а также в отдельных субъектах в качестве компонентов интегрального критерия качества медицинской помощи населению могут выступать следующие частные критерии, подлежащие количественной оценке:

- коэффициент медицинской эффективности (отношение числа случаев достигнутых медицинских результатов к общему числу случаев оказания медицинской помощи);
- коэффициент экономической эффективности (отношение получаемого обществом совокупного экономического эффекта от деятельности организаций здравоохранения к общим затратам на здравоохранение);
- коэффициент социально-экономической эффективности (отношение нормативных затрат на один случай медицинской помощи к фактически произведенным затратам и т.п.).

Крайне важно, чтобы деятельность здравоохранения удовлетворяла предъявляемым к ней населением требованиям как по совокупности соответствующих физических параметров, так и по цене, времени, месту и способу предложения. Все население в той или иной мере прямо (оплата услуг и товаров медицинского назначения) или косвенно (через систему обязательного медицинского страхования - ОМС) участвует в финансировании здравоохранения и поэтому вправе рассчитывать на получение максимально возможного удовлетворения от оказываемой медицинской помощи.

Конкретно сложившаяся практика стратегического развития здравоохранения в стране показывает, что она подлежит реформированию по всем направлениям деятельности ее служб, звеньев и секторов, по всем перспективным структурно-функциональным их подразделениям.

Проблемы обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении затрагивают следующие группы вопросов:

1. Повышение уровня преемственности всех видов служб и секторов медико-социальной помощи населению с ориентацией на преимущественное развитие амбулаторно-поликлинического звена. Предусмотрено перераспределение ресурсов (экономических, кадровых, материальнохозяйственных, информационных и др.) и объемов деятельности между структурными образованиями больничной, внебольничной и медикосоциальной помощи. Особое внимание обращается на опережающее развитие системы стационарозамещающих структур для оказания в них до 25% объемов госпитальной помощи. Среди этих структур - дневные стационары, стационары на дому, специализированные центры (подразделения) амбулаторной хирургии, способных осуществлять до 30% оперативных вмешательств, пока проводимых в стационарных условиях.

2. Активизация и развитие профилактического и эколого-гигиенического направлений деятельности учреждений здравоохранения и центров Госсанэпиднадзора, центров (подразделений) здоровья и профилактики болезней.

3. Структурные преобразования деятельности стационаров (ее интенсификация и повышение эффективности используемых ресурсов) предусматривают:

а) сокращение коечного фонда наряду с оптимизацией его мощности и структурных преобразований на всех уровнях - от федерального до отдельных учреждений и их подразделений;

б) дифференциацию коечного фонда с учетом особенностей и характера лечебно-диагностического процесса, а именно: интенсивного - до 20%, реабилитационно-оздоровительного - до 45%, лечения хронически, длительно текущих нозологий - до 20%, медико-социальной помощи - до 15%;

в) увеличение числа дней работы и оборота койки за счет сокращения времени ее простоя и продолжительности лечения, использования передовых информационно-управленческих технологий, более широкого внедрения ресурсо- и пациентосберегающих технологий диагностики и лечения.

4. Увеличение доли врачей первичного звена медико-санитарной помощи (ПМСП) до 45-50% от общей их численности, в том числе за счет расширения системы врачей общей практики; оптимизация численности как подготавливаемых и выпускаемых врачей, так и врачей различных специальностей путем более эффективного их распределения по различным типам и профилям служб, учреждений (подразделений).

В условиях социально ориентированной рыночной экономики государство, действуя в интересах всего общества, может весьма существенно ограничивать экономическую свободу и самостоятельность хозяйствующих субъектов в здравоохранении посредством административных и экономических средств.

Административные методы регулирования функционирования здравоохранения включают такие меры, как запрещение, разрешение, принуждение.

Запрещение - это запрет какой-либо деятельности, признание общественно вредными, ненужными, не допускаемыми к применению, использованию каких-либо услуг и товаров медицинского назначения, а также их компонентов.

Разрешение - это согласие, выданное в письменной или устной форме субъектом управления, обладающим соответствующим правом.

Согласно Гражданскому кодексу (ГК) РФ (ст. 49), отдельными видами деятельности хозяйствующие субъекты могут заниматься только на основании специального разрешения - **лицензии**. Отношения, возникающие между органами государственной власти и местного самоуправления, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в связи с осуществлением лицензирования, регулируются Федеральным законом «О лицензировании» от 26.11.98 г. № 178-ФЗ. Если организация здравоохранения осуществляет деятельность, на которую требуется лицензия, без таковой ее деятельность может быть признана незаконной.

Система государственного лицензирования в такой социально значимой сфере деятельности, как здравоохранение, особенно важна. Она позволяет оценивать не только возможности той или иной медицинской организации, но и конкретные результаты клинично-диагностического процесса, степень и эффективность использования имеющихся ресурсов (оборудования, медицинского персонала, оборотных фондов).

Принуждение является методом управления, основанным на порицании и применении мер наказания за нарушение установленных норм. Например, несвоевременная уплата налогов, уменьшение налогооблагаемой базы приводят к взиманию штрафов с налогоплательщиков.

В современном обществе государственное регулирование деятельности в здравоохранении осуществляется также посредством экономических средств. Существенные позиции среди них занимают денежно-кредитная политика, бюджетно-финансовая политика, ускоренная амортизация, текущее регулирование экономики, государственное программирование.

Среди инструментов **денежно-кредитной политики** можно выделить такие, как регулирование учетной ставки. Эта мера оказывает активное влияние на инвестиционную и инновационную деятельность хозяйствующих субъектов в здравоохранении.

Непосредственное воздействие на деятельность хозяйствующих субъектов в здравоохранении оказывает **бюджетно-финансовая политика** государства. В здравоохранении она сводится к целенаправленной деятельности государства по использованию бюджетно-финансовой и денежной систем для реализации целей охраны и укрепления здоровья.

Бюджетно-финансовая политика в здравоохранении зависит от конкретной хозяйственной и политической ситуации, от стратегии социальноэкономического развития страны, места и роли здоровья в системе общественных ценностей. В зависимости от этих факторов предусматривается разная степень приоритетности бюджетного финансирования здравоохранения. Бюджетно-финансовая политика включает в себя налоговую политику, она также тесно связана с денежно-кредитной, ценовой и валютной политикой.

Ускоренная амортизация - это амортизация по повышенным по сравнению с действующими или средними ставкам. Этот метод занимает особое место среди комплекса мер государственного регулирования экономики. Смысл ускоренной амортизации состоит в установлении такого уровня ежегодных списаний в амортизационный фонд, который превышает размеры фактического морального и физического износа элементов основного капитала. Ускоренная амортизация разрешает переносить существенную часть прибыли в статьи издержек производства, не облагаемых налогами. Это позволяет в последующем направлять указанные суммы в новые капитальные вложения. Таким образом, политика ускоренной амортизации способствует росту собственных финансовых возможностей хозяйствующих субъектов для осуществления капитальных вложений, а также снижению доли заемных средств в процессе капитального строительства и модернизации основного капитала.

Используя метод ускоренной амортизации, государство имеет возможность влиять на структуру здравоохранения - может ускорить процесс развития отдельных сфер здравоохранения, введя для них особо благоприятные ставки амортизации. Дифференциация норм амортизационных отчислений применяется также для изменения региональной или территориальной структуры здравоохранения, поддержки создания новых сфер и направлений медицинской деятельности.

В развитых странах применяются также текущее регулирование и государственное программирование здравоохранения.

Текущее регулирование здравоохранения осуществляется в основном посредством бюджетно-финансовой политики. Существенная роль в таком регулировании отводится государственным расходам: заказы и закупки услуг и товаров медицинского назначения; прямые затраты на содержание здравоохранения, различные субсидии и другие расходы.

Текущее регулирование здравоохранения нацелено прежде всего на поддержание определенного уровня охраны и укрепления здоровья.

Государственное программирование здравоохранения - это долговременное, целевое регулирование здравоохранения. Государственное программирование здравоохранения включает разработку и реализацию соответствующих программ; оно может охватывать здравоохранение в целом или его отдельные сферы и отрасли.

Государственные программы могут распространяться на территорию всей страны, на отдельные регионы, конкретные группы населения и др. Можно выделить ряд видов государственных программ в здравоохранении (табл. 2).

Таблица 2. Классификация государственных программ в здравоохранении

Критерий классификации	Вид государственной программы
Временной период программы	Краткосрочная Среднесрочная Долгосрочная
Виды программ	Общегосударственные Региональные Целевые Отраслевые Чрезвычайные

Краткосрочные программы разрабатываются обычно на срок от 1 года до 3 лет, среднесрочные охватывают период в 3-5 лет, долгосрочные составляют на срок от 5 лет и более.

Общегосударственная программа фиксирует основные и желательные для общества в целом ориентиры развития здравоохранения. В России к общегосударственной программе развития индустрии здоровья можно отнести Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (1997-2007 гг.).

Региональные программы охватывают развитие здравоохранения в отдельных регионах страны.

Целевые программы предусматривают развитие конкретных направлений (разработка методики лечения той или иной болезни, создание конкретных лекарственных средств, медицинской техники и др.), охрану и поддержание здоровья отдельных групп населения (пенсионеров, детей, матерей и т.д.), оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи и т.д.

Отраслевые программы составляются и реализуются с учетом специфики отдельных подсистем здравоохранения (медицинская промышленность, санаторно-курортное дело и др.).

Чрезвычайная программа разрабатывается для ликвидации кризисного состояния, возникшего в сфере охраны и укрепления здоровья (последствия климатических, экологических катастроф, эпидемии).

Ответственность за разработку государственных программ возлагается на органы государственной власти, которые вовлекают в этот процесс известных ученых, руководителей организаций здравоохранения, общественных организаций и т.д.

Государственное программирование в здравоохранении - это своего рода инвестиционные программы, рекомендуемые и поддерживаемые экономическими и социальными ресурсами всего государства, гарантирующие развитие охраны и укрепления здоровья в заданном направлении.

Изучение дисциплины «Управление здравоохранением» предполагает формирование общего представления о сущности и содержании его как особого вида человеческой деятельности, общества.

Здоровье является объектом управления, или управляемой подсистемой для управляющей по достижению целей охраны здоровья людей, развития человеческого потенциала. Этот потенциал базируется на ресурсах, необходимых для развития наукоемких технологий, инновационной активности во всех сферах и отраслях общественной жизни.

Известно, что между управляющей и управляемой подсистемами действует закономерность оптимальной соотносительности (по качеству) и пропорциональности (по количеству). Данная закономерность требует количественных и качественных изменений в управлении при изменениях в объекте управления. Эффективность и качество любой системы управления обуславливаются тем, в какой степени они соответствуют требованиям функционирования управляемых объектов. Изменения же в функционировании органов и организаций здравоохранения на макро- и микроэкономических уровнях сегодня и в будущем являются концептуальными и радикальными, что требует таких же изменений и в системе управления здравоохранением.

Уже не менее 200 лет известна парадигма, согласно которой первопричиной процветания или, напротив, упадка и предприятий, и государства является соответственно хорошее или дурное управление.

С момента зарождения человечества всегда наблюдалось определенное сочетание управления и самоуправления. Управление же как профессиональный вид деятельности, как наука сложилось только в последнее столетие. Неслучайно прошедший век называют веком управления. Управление в наступившем столетии еще более усложняется и ставит благополучие любой организации общества и в целом самого общества в зависимости от эффективности управления. Но управление уже сталкивается с серьезнейшими проблемами, связанными:

- с глобализацией экономики, а следовательно, и конкуренцией;
- дефицитом высококвалифицированной рабочей силы и качественного (психофизиологического) изменения ее содержания;
- информационным взрывом и революционными успехами в развитии знаний;
- новыми взглядами на качество продукции и оказываемых услуг.

Это лишь неполный перечень реалий, с которыми сталкивается и будет сталкиваться каждый, особенно руководители. Эти проблемы широко обсуждаются; предлагаются различные пути их решения, но все едины в одном: путь успеха лежит через самого человека - его знания и состояние здоровья.

Из этого следует, что уровень развития современного общества предъявляет к «человеческому потенциалу» все большие требования. Рыночные методы хозяйствования предполагают «производство и воспроизводство» повышенных психофизических качеств работника. Увеличивается спрос на здоровую рабочую силу с более развитыми, совершенными эмоциональнопсихическими и физическими свойствами. В рыночных условиях требуется не рабочая сила вообще, а только та, способности которой в наибольшей степени соответствуют потребностям производства. Поэтому приходится осмысливать и внедрять здоровый, гигиенически более обоснованный образ жизни. При этом необходимо по-новому подходить и к взаимосвязям всех отраслей и сфер жизнедеятельности общества, государства, от эффективности и состояния которых зависят физический и психоэмоциональный статус человека, его интеллектуальный потенциал в целом.

С учетом изложенного необходимо прежде всего комплексно и сбалансированно рассматривать отдельные формы и подотрасли здравоохранения, что недооценивалось в прошлом специалистами, а также медицинской и экономической наукой. При изучении здорового образа жизни и управления им со стороны индивидуума, семьи, государства, общества необходимо не только учитывать проявления образа жизни и жизнеспасающего поведения в разных областях человеческой деятельности (досуге, быте, социальных процессах), но и учитывать их взаимосвязи и взаимодействия. Словом, следует последовательно переходить к созданию целостной модели здорового образа жизни, соответствующей условиям и представлениям, «вызовам» XXI века.

Изложенные выше изменения в управлении стали реальями, которые можно классифицировать как изменение парадигмы управления. Понятие

«парадигма» используется сегодня для обозначения образа мышления, концепции существующей реальности, создания обобщенных моделей. Парадигмальные сдвиги, происходящие в общей системе управления, вызывают ситуацию, обозначаемую «эффектом парадигмы», в которой те, кто живет в рамках старой парадигмы, могут не замечать или не хотят замечать происходящих изменений. «Находясь в рамках одной парадигмы, - метко заметил еще А. Смит, - трудно себе представить какую-либо другую парадигму». Этот эффект позволяет объяснить, почему многие оказывают серьезное сопротивление нововведениям (включая сферу здравоохранения) и почему так трудно перейти от постсоветской парадигмы организации и управления здравоохранением, его экономикой к новой - рыночной, социально ориентированной.

Любая система управления представляет собой взаимодействие объекта и субъекта, или управляемой и управляющей подсистем (состояния общественного здоровья и его охраны). Прежде всего нас интересуют вопросы управления столь сложной и социально значимой отраслью, социальным блоком, каким является здравоохранение.

Так, в классической пирамиде потребностей Ф. Маслоу у ее основания выделены потребности физиологические. В первую очередь они включают состояние здоровья индивидуума. Реально подниматься к высшей точке этой пирамиды можно, лишь сохраняя хорошее состояние здоровья. Иначе говоря, социальные потребности, возможности самореализации, самоуправления можно осуществить только при соответствующем уровне здоровья. Можно утверждать, что высшей ценностью на любом уровне указанной пирамиды является статус здоровья индивидуума.

Поэтому и **управление здравоохранением должно быть высшим приоритетом любого из управлений** - государственного, семейного или личностного (самоуправления). Особенно важна разновидность самоуправления: ведь до 80% потенциала здоровья зависят от самого человека, т.е. от его способности «управлять» собственным здоровьем.

Отсюда возникает объективная потребность в создании единой системы управления и самоуправления личностно-общественным здоровьем, а также важнейшего элемента его профилактики - механизма формирования у людей потребности быть здоровыми и гармонично развитыми. Эффективность такого подхода отчасти подтвердил опыт США, которые с 1970-х годов возвели здоровье американцев в ранг национальной идеи. Здоровый образ жизни и конституционно заявленный высшей ценностью «человек живущий» позволили кардинально перераспределить средства национального дохода в пользу здравоохранения, значительно увеличить уровень ожидаемой продолжительности жизни американцев.

При всех факторах внешнего воздействия (т.е. управления со стороны) такой синтетический показатель, как здоровый образ жизни в самом широком смысле, во многом зависит от самой личности. Это экология, реклама здорового образа жизни, состояние медицины, общая культура с ее ценностями. Факторы внешнего воздействия могут работать как на здоровье человека, так и против здоровья.

Изучение основ управления здравоохранением предполагает формирование общего представления о сущности и содержании управления как особого вида человеческой деятельности, но через призму медико-социальных отношений, приобретающих все возрастающее значение.

Существует множество подходов к определению понятий «управление» и «менеджмент». Не вдаваясь в семантическую дискуссию по проблемам этих категорий и не углубляясь в генезис этих понятий, будем рассматривать их как синонимы. Вместе с тем правомерно говорить о менеджменте, если деятельность организации в большей мере направлена на бизнес; в противном случае правильнее ориентироваться на категорию

«управление». Тем более что ни в одном российском историческом источнике по проблемам управления здравоохранением понятия «менеджмент» не существовало.

Известно множество подходов к определению самого понятия «управление»: от «управы над ленью» ... до целерезультативных «воздействие», «влияние», «взаимодействие», «содействие», «общение».

С позиций современных взглядов на управление целесообразно рассматривать его как деятельность по реализации основных функций управления: анализ, планирование, организация, координация, мотивация и контроль. Несомненно, что сердцевиной управления и самоуправления, их кульминацией является процесс разработки, принятия и реализации управленческого решения. **Управление** - это сложная, разнообразная интеллектуальная и практическая деятельность, включающая аналитическую, информационную, организационную работу, а самое главное - работу с людьми в процессе постановки и реализации целей.

Производственное или объектное управление рассматривается с точки зрения специфики объекта (здоровье, демография) и уровня управления (государственный, региональный, муниципальный).

Выделяют также **функциональное управление**; это уже специализированное управление, возникшее в результате разделения и специализации управленческого труда - как в общем, так и в объектном управлении. К примеру, в организациях здравоохранения можно выделить управление качеством медицинской помощи, финансовое управление, анализ деятельности, перспективное и текущее планирование (в том числе расходов) деятельности, маркетинг, учет и распределение средств, управление персоналом, управление экономической службой и др.

Все эти виды управления характеризуются **типологией управления**. Различают более 100 типов управления, которые дают видовую характеристику общего, объектного (производственного) и функционального управления. Действительно, в любой из организаций здравоохранения реализуется общее, объектное и функциональное управление. Эти основные виды управления в каждой конкретной организации имеют только свои видовые оттенки.

Из множества видов управления можно выделить такие его типы, как административный, экономический, медико-социальный, трастовый (доверительный), гендерный, возрастной, временный, арбитражный, демократический, авторитарный, корпоративный и др. В поликлиническом учреждении, например, реализуются все виды управления. Осуществляются такие основные функции управления, как планирование, организация, координация, мотивация и контроль. Объектному управлению соответствует специфическое управление, определяемое основной целью поликлиники - оказание качественной лечебно-профилактической помощи определенной части населения. При этом в поликлинике реализуются и конкретные или частные функции, связанные с финансами, бюджетом, страховкой, персо-

налом и др. Эти виды управления характерны для всей поликлинической сети страны. Но у каждой из поликлиник есть свой профильный тип, индивидуальная типология: стиль управления, этико-деонтологическая культура, возрастной и половой состав персонала и др.

Актуальной и важной представляется такая категория, как **самоуправление в системе управления**, в том числе в системе здравоохранения. Категория самоуправления неотделима от науки управления: это как две стороны одной и той же медали. Развитие самоуправления связано с демократизацией управления и является высшей точкой демократизации общества.

Любая общественная формация характеризуется определенным сочетанием управления и самоуправления. При этом под управлением понимают внешнее воздействие,

«поступающее» в систему в готовом виде извне (неважно, целенаправленно или нет); самоуправление же - **внутреннее воздействие**, вырабатываемое самой системой. Быстроменяющаяся внутренняя и внешняя среда оказывает самое существенное влияние на сочетание управления и самоуправления. Без эффективной организации внутреннего управления (самоуправления) в рамках общей глобализации управления и сетизации структур любая организация оказывается в кризисном состоянии.

Подобно тому, как существуют различные виды управления, свои разновидности присущи и самоуправлению. И здесь различают виды систем самоуправления, не схожие по субъектам, объектам и уровням самоуправления, его целям, функциям, методам и формам организации.

Взаимоотношения между управлением и самоуправлением (как между внешним и внутренним воздействием) производны от видовых особенностей управления, присущего системе охраны здоровья населения в целом. Так, в условиях персонифицированного управления можно различать **индивидуальное и групповое самоуправление**. Индивидуальное самоуправление - это управление самим собой: сам планирую, организую, координирую, мотивирую и контролирую, т.е. реализую основные функции управления. Это то, что близко к понятию «жизнесберегающее поведение», «самообладание» (в различных, в том числе экстремальных ситуациях). Так, работник в процессе труда выполняет полученное задание, направленное на определение заданий для других индивидов (кто не может управлять собой, тот не может управлять другими). Поэтому при персонифицированном управлении самоуправление предшествует управлению. Подчиненные и управляемые, в свою очередь, могут быть управленческим персоналом. И тогда самоуправление - изначальный момент управления управлением. Групповое самоуправление может быть достигнуто на основе внутренней дисциплины, консенсуса и консолидации, достигаемых членами коллектива самостоятельно или под влиянием лидера. Как и в других системах управления, данная разновидность управления (группового) может соотносываться по целям и мотивам, тем самым дополняя и усиливая идущие сверху воздействия. Подобная разновидность самоуправления именуется корпоративным самоуправлением. Если же согласованность корпоративного самоуправления не достигнута, то самоуправление может быть конфронтационным по отношению к управлению, противостоять ему. Это происходит, когда управление не учитывает интересы и особенности самоуправляемой подсистемы.

Рассматривая возможные признаки классификации самоуправления, нельзя в данной связи не остановиться на его разновидности, обозначаемой термином «местное самоуправление». Его можно понимать как продукт организации территориального управления службой здравоохранения в масштабе страны, образующийся тогда, когда нужно разделить компетенцию между центральными и территориальными (региональными) органами государственного управления или между «центром» и «местами». И в системе организации, и в системе управления здравоохранением четко прослеживаются как вертикаль, так и горизонталь управления.

При этом разрешение дилеммы, кто кому делегирует управленческие полномочия: центр - местам или наоборот, видимо, производно в принципе от формы государственного устройства: федерация или конфедерация. Как бы то ни было, но местное самоуправление, безусловно, выступает следствием межуровневого распределения функций в иерархической системе, т.е. сочетания централизации/децентрализации, что прежде всего свойственно профессиональному управлению службами, звеньями, подразделениями индустрии здоровья. В то же время управление медико-социальным сектором народного хозяйства, несомненно, является социальным демократическим институтом, формой волеизъявления обслуживаемого населения той или иной административно-территориальной единицы.

Первое характерно для органов исполнительной власти, второе больше присуще органам представительной власти.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что потенциальные возможности самоуправления в современных условиях предполагают рассмотрение свойств и особенностей всех его видов и разновидностей, какие могут быть выделены на основе системной классификации.

Одной из основ управления, да и самоуправления в социальноэкономических системах, служит власть, проявляющаяся в политических реалиях. Власть и влияние в организации - атрибуты воздействия на индивида или группу (формальную и неформальную). Власть в организации определяется прежде всего **правами владения, пользования и распоряжения** принадлежащим ей имуществом. Это - власть хозяина. По мере углубления процессов разделения общественного труда и роста концентрируемого в одних руках капитала хозяева имущества оказываются уже не в состоянии квалифицированно справляться с решением усложняющихся проблем. Все чаще они вынуждены обращаться к услугам лиц наемного труда - профессиональным управляющим.

С начала XX века отмечается парадоксальный факт: отделение управления от собственности, полностью предопределившее дальнейшее развитие теории и практики управления. Так возникла власть административная, легитимность которой подтверждается нормативно-правовыми актами, устанавливающими права, обязанности и ответственность должностного лица.

Чем выше руководящий пост, чем больше ответственности, тем больше должно быть и прав, тем шире властные полномочия. Власть дает возможность ставить цели и задачи, распределять потребные для них ресурсы, контролировать их аккумуляцию и использование; рассматривать и утверждать отчеты. В рамках предоставленных властных полномочий руководитель, неся ответственность за порученный ему участок работы, вправе приказывать занятым в нем работникам, давать указания, распоряжения. В противном случае он не может отвечать перед вышестоящим управляющим, владельцем или акционерами за то направление деятельности организации, какое вверено его руководству. Характер реализации властных полномочий обусловлен особенностями восприятия подчиненными начальника и применяемыми им методами воздействия.

Классификация типов источников власти основана на **вознаграждении, на принуждении**, а также на разделении **власти на легитимную, референтную и экспертную**. При этом соответственно используются различные методы воздействия на исполнителя. Среди них различают насильственные действия, доминацию (приказы или просьбы) и манипуляцию (формальные и неформальные приемы руководства). В конечном счете не на работниках, а через них и на положении дел сказываются не только воздействия, исходящие от лиц, наделенных властными полномочиями, но и влияние, каким пользуются наиболее авторитетные и уважаемые люди в организации. Под **влиянием** же в организации понимаются изменения, какие действия одного индивида - члена организации вызывают изменения в поведении другого. Особенно неocenимо влияние в отношениях врача и пациента.

В настоящее время особенно актуализируется влияние лидеров, механизм которого может быть различен в зависимости от типа лидерства. Если власть - атрибут формальной организации и воздействие, исходящее от нее, основывается на правах (властных полномочиях), то авторитет - атрибут неформальной организации, и воздействие, исходящее от нее, основывается на харизме. Для усиления управляющего воздействия, реализуемого по официальным каналам, руководителям рекомендуется дополнять его неформальным влиянием лидера, для чего целесообразно также соединять их в одном лице.

Власть - это способность и (или) потенциальная возможность оказывать определяющее воздействие на деятельность, поведение людей с помощью каких-либо

средств, приемов для достижения каких-либо целей, даже вопреки воле и сопротивлению других.

Возможность воздействия в экономике, а значит, и в управлении обуславливалась собственностью, позднее - капиталом. Сегодня же все большую роль играет не столько возможность, сколько способность воздействия, т.е. источником власти служит сплав знаний, умений, навыков, системного управленческого мышления профессиональных управляющих. При этом и профессиональный управляющий воздействует уже не на «пролетариат», преимущественно работавший за счет мускульных сил, а на «когнитариат», реализующий не столько физические силы, сколько знания, здоровье, интеллект, опыт и т.д.

В то же время преобладание групповых, а не только индивидуальных воздействий составляет отличительную черту современного управления крупными клиническими (научно-производственными) комплексами, т.е. речь идет не столько об индивидуальной власти и влиянии, сколько о власти и влиянии организации.

Власть можно отличать от полномочий, воздействия (влияния), хотя большинство определений относят эти понятия к одной категории.

Как при изучении управления, так и при рассмотрении властных полномочий в последнее время все больше используется ситуационный подход. Разумеется, реализация власти зависит от многих ситуационных переменных. При этом у человека (врача как ситуационного лидера, руководителя здравоохранения) должны быть соответствующие способности и (или) возможности.

От власти неотделима политика. Практика управления изобилует политическими реалиями, связанными с ресурсами, принятием решений, изменениями внешней среды и др. Но точно так же как власть неотделима от управления, так и организация в смысле динамики неотделима от них. Каково же соотношение категорий «управление» и «организация»?

Организация отвечает на вопрос, чем управлять, а управление - зачем и как воздействовать на объект. Понимание организации создает основу для изучения управления. Как с позиций теории организации, так и теории управления практический интерес для руководителя здравоохранения представляет организация управления.

Организация управления - создание, образование системы управления или внесение прогрессивных изменений в построение и порядок функционирования ранее образованной и действующей системы управления с целью повышения организационного потенциала этой системы, в том числе выбор переменных организационной формы управления реорганизуемой организации. При этом «организация» как система выступает исходной предпосылкой процесса управления, а значит, и процесса организовывания и вместе с тем, видоизменяясь вследствие его реализации, является и его конечным продуктом. Управляющему воздействию, выработанному в сложных, иерархически построенных службах, звеньях и секторах здравоохранения, присуще организаторское содержание, когда оно направлено на создание каких-либо новых подсистем, добавляемых к уже имеющимся в структуре. Это может быть и повышение организованности как за счет упорядочения строения и (или) порядка функционирования какого-либо одного (поликлинического) звена, так и за счет улучшения взаимодействия других звеньев и служб данного уровня. С другой стороны, процесс управления, осуществляемый уже на этом уровне, протекает в рамках, установленных границами соответствующих медицинских организаций.

Управление - не только наука, реализация функций управления, процесс, которые учитывают и реализуют медицинские работники (субъекты управления), создавая для этого соответствующие органы или аппарат управления, но это еще и искусство.

Искусство управления основано как на врожденных, так и на приобретенных качествах и характеристиках руководителя. При этом очень важны такие качества, как

талант, способности, навыки, интуиция, воображение. Большую роль играют опыт, образование, особенно профессиональное системное мышление. Искусство управления проявляется в умении принимать обоснованные решения, использовать нововведения, развивать неформальные отношения, находить индивидуальный подход, создавать атмосферу творчества в организации. Искусство управления связано с реализацией особого вида труда - управленческого. Управленческий труд является преимущественно трудом интеллектуальным, особо сложным. Не случайно этот труд сравнивают с трудом работников искусства: художников, актеров, врачей и др.

Управление постоянно пополняется новыми знаниями, обогащается средствами активизации людей в организации, их организационным поведением, организационной культурой, решением проблем лидерства. Управление все больше носит социально предпринимательский характер, что требует от руководителей соответствующих качеств. Начинает формироваться

виртуальное управление. Так, в виртуальном мире уже сегодня опытный хирург консультирует медицинские операции в реальном времени.

Все более актуальной становится концепция управления организацией, в основе которой лежат разработка и реализация стратегии, т.е. **стратегический подход**. Использование стратегического подхода позволяет прогнозировать будущие изменения окружающей среды с учетом воздействующих на здоровье людей факторов, подготовить организацию к тому, чтобы наилучшим образом адаптироваться к предотвращению или минимизации влияния внешних угроз. Стратегический подход включает формулирование миссии организации, определение ее целей, проведение стратегического анализа, разработку и реализацию стратегии, стратегический контроль.

Важным при освоении основ управления, вне зависимости от профиля и специфики объекта (службы, сектора, подразделения индустрии здоровья), органа управления здравоохранением, является выработка современного теоретико-методологического взгляда на управление как науку - систему обобщенных упорядоченных знаний об управлении организациями здравоохранения. Известно, что любая наука формируется ее предметом, теорией и методологией.

Так, теория управления включает такие основные категории и понятия, как законы, принципы, функции, организационные структуры и формы. Процесс управления раскрывает содержание различных концепций, научных школ и направлений. Методология же позволяет на основе научных методов, приемов, подходов, применяемых в процессе управления, познать его содержание и сущность. Значительная часть теоретических и методологических разработок в здравоохранении не доведена пока до уровня методик, применяемых в управленческой практике для разработки организационных структур, обоснования и выбора решений, оценки стратегий и т.п.

Любая наука имеет свой предмет. Предметом науки управления являются отношения управления (управленческие отношения) или деятельность персонала в субъектно-объектных отношениях. Действительно, работники вступают в самые различные отношения: лечебно-производственные, экономические, этико-деонтологические, дружеские, противоправные и др. Эти отношения проявляются в виде как взаимодействий, так и противодействий. Управление имеет дело с отношениями по поводу управления, т.е. взаимодействия субъекта и объекта. Для возможности такого взаимодействия необходимы определенные условия - создание организации с определенной структурой, обеспечивающей взаимосвязь ее участников - медицинского персонала и пациентов, их родственников. Организация же лечебно-диагностических процессов реализует взаимосвязь как взаимодействие.

Взаимодействие - взаимовыгодное согласование (по цели, времени, месту, используемым ресурсам и т.п.) действий участников, в качестве которых могут выступать и

субъекты хозяйствования и управления, физические, юридические и должностные лица. Внутри организации взаимодействие ее структурных подразделений, служб и должностных лиц предопределено действующими формально-правовыми актами.

В здравоохранении создаваемые организации (поликлиники, больницы, аптеки, страховые структуры, центры санэпиднадзора, санатории, предприятия медицинской промышленности и др.) представляют собой медико-социально-экономические системы, и формальные отношения

управления в них носят преимущественно общий и узкоспециализированный лечебно-профилактический, производственно-фармацевтический характер, учитывающий территориальный, ведомственный или предпочтительный принципы.

В условиях перехода к рынку наиболее принципиальными для управления являются отношения, возникающие при разделении, кооперации и специализации труда в процессе совместной трудовой деятельности ассоциированных собственников. Это и отношения найма - между собственником и пользователями этой собственности.

Выделяют управленческие отношения **вертикальные**: «начальник - подчиненный - начальник» и **горизонтальные**: «начальник - начальник». В управленческих отношениях различают связи:

- линейные, когда линейный руководитель организации воздействует по всем функциям управления (главный врач больничного комплекса, директор аптеки, предприятия медицинской промышленности);
- функциональные, когда функциональный руководитель воздействует только по определенным функциям (зам. главного врача по клинике, главный бухгалтер организации);
- технические - связи между персоналом по выполнению определенных функций.

Все эти отношения наука управления исследует с точки зрения воздействия изначально начальника (инициатора) на субъект, находящийся **под чином** (отсюда - подчиненный). При этом остается неясным в этих взаимодействиях воздействие объекта на субъект управления, т.е. когда «подчиненные управляют начальниками», имея в виду отношения не только формальные, но и неформальные. Подчеркнем, что воздействие объекта на субъект изучено в теории и практике управления слабо.

Наука управления опирается на систему двух больших классов законов окружающего мира - **объективных и субъективных**. Закон объективный есть существенная, необходимая и устойчивая, повторяющаяся при одних и тех же условиях связь между явлениями и предметами реального мира. Закон субъективный, или юридический, есть правовая норма, устанавливаемая людьми, - органами законодательной власти в процессе приспособления их к окружающему миру и друг к другу.

Законы объективные являются неизменными: они действуют независимо от воли и сознания людей, от того, нравятся они или не нравятся, т.е. от того, как относится к ним человек, который, таким образом, не может их ни видоизменить, ни тем более отменить. В силу их императивности люди должны считаться с тем, что они есть, и притом такие, какие есть, адаптируя к ним свои намерения и поступки. Потому эти законы называются естественными и неизменными, а также научными, поскольку открываются и формулируются в результате фундаментальных научных исследований. Так, в медицине не выявлены многие объективные законы, хотя многие их закономерности известны науке и практике. Например, сегодня не выявлены объективные причины (законы) многих болезней - рака, диабета, инсульта и др. Не умаляя мировых достижений медицинской науки, в том числе и по упомянутым выше болезням, хотим отметить, что незнание объективных законов дорого обходится пациентам, как и противоречия в подходах разных медицинских школ, не говоря уже о лжемедиках, шарлатанах с купленными дипломами и т.д.

На начальной стадии познания закон нередко называют закономерностью. Но, основываясь на этимологии слова, отметим, что «закономерный» означает: измеряемый действием закона, т.е. закономерность - частный случай проявления закона. С позиций управления, а следовательно, и организации (поскольку «организация» - это не только система, но также одна из основных функций управления), объективный закон есть устойчивая связь между ее «выходом» и «входом» или между ее целевой функцией (миссией) и условиями достижения, т.е. аргументами - переменными состояниями объекта управления. Использование этой связи или учет требований закона в управленческой и организаторской деятельности определяет поведение системы (организации), т.е. траекторию изменения ее состояния на пути к цели.

Среди объективных законов по признаку широты охвата систем разной природы принято различать законы всеобщие, общие и специфические.

Управление базируется прежде всего на системе экономических законов, на законах социологии и психологии, законах биологических, законах организации, кибернетики, антропологии и др. Система эффективного управления должна учитывать требования как объективных, так и субъективных (юридических) законов. В противном случае сами законы начнут свое опосредованное воздействие на систему управления. Важно также учитывать системность действия объективных законов. Так, односторонний учет требований какого-либо экономического закона может в еще большей степени усилить негативное влияние другого закона.

Формой же выражения законов выступают **принципы**, т.е. определенные правила, методические рекомендации или устоявшиеся представления о должном, т.е. о том, чем следует руководствоваться управленцу в практической деятельности. В отличие от категории «закон», которая может быть выражена через математическую формулу, категория «принцип» несет на себе налет субъективности, поскольку обычно облекается в вербальную формулировку. Но принцип - не произвольное утверждение, а правило, благодаря тому, что он опирается на закономерность (пусть и не всегда явную, а установленную эмпирическим путем).

Множественность законов предопределяет еще большую множественность принципов. Можно выделить группы принципов - организации, управления, поведенческих и др. Каждый элемент системы управления должен, кроме общих принципов, учитывать частные. Справедливость выражаемых принципами отношений апробирована на тысячах и тысячах обратных связей. Использование принципов необходимо прежде всего при создании организаций, закладывании их «организационного фундамента», на котором затем будет базироваться вся их деятельность. Здесь они служат важным и конкретизирующим дополнением к требованиям, какие выражаются общими законами организации и законами социальной организации.

Принципы организации предопределяют построение и порядок функционирования организации. Те из них, какие применяются для решения вопросов статической организации, получили наименование частных принципов структуризации, а применяемые для решения вопросов организации процессов - частных принципов процессуализации. Принципы управления служат для функционирования, совершенствования уже созданных, действующих организаций.

Любому работнику здравоохранения приходится учитывать множество объективных биологических законов, законов окружающего мира. Если он не учел какой-то объективный закон природы, этот закон «накажет» самого работника или его пациента. В отличие от законов природы юридические законы формируются и реализуются самими людьми. Их также нельзя нарушать; но несовершенство законов, корыстные цели и т.д. иногда приводят к их нарушению.

На практике же мы не всегда осознаем и вспоминаем эти законы, а пользуемся определенными правилами, принципами. Поэтому, как уже отмечалось, формой выражения законов выступают принципы управления, т.е. определенные правила, которым следует руководитель, создавая организацию и реализуя в ней процесс управления для достижения определенной цели. Смена экономической и управленческой парадигм, развитие науки, открытие новых законов приводят также к появлению новых принципов управления. Хотя теоретико-методологические положения носят объективный характер, тем не менее они реализуются конкретными людьми. В силу этого взаимодействие индивидуума, группы, организации в целом имеет решающее значение для эффективности и результативности управления. Здесь на первый план выдвигаются поведенческие проблемы управления, его социологизация, формирование команды и роль в ней руководителя, выявление и реализация лидерского потенциала как всей организации, так и группы, отдельной личности. Этими проблемами занимается новая дисциплина - **организационное поведение**.

Организационная культура относится к факторам внутренней среды организации. Действительно, организации, как и этнические группы, народности, национальности, семьи, имеют свое «лицо», свою собственную уникальную культуру (особенно профессиональную), которую прежде всего определяют работающие в ней специалисты, их знания, навыки и опыт.

Таким образом, **организационная культура** - совокупность взглядов, ценностно-профессиональных ориентаций и норм поведения, которые разделяются членами организации. Эта культура, предопределяя климат межличностных и межгрупповых отношений внутри организации, служит также и средством консолидации ее персонала, мобилизации ее потенциалов на преодоление трудностей, какие может испытывать организация. Поэтому организационно-профессиональная культура закрепляется и поддерживается так называемой фирменной философией, отражающей нравственно-деловое кредо сообщества специалистов, фиксирующего его ценности и цели деятельности в функционально-специализированных областях.

Отсюда приобщение сотрудников к организационной культуре, воспитание в них готовности действовать в ее духе и демонстрировать соответствующие образцы организационного поведения считаются в современной науке и практике управления ключевым направлением в работе управленцев. В организационно-профессиональной культуре проявляется и культура личности специалиста, в том числе его культура мышления, речи, исполнения обязанностей, законопослушность в поведении, соблюдение норм служебной этики и деонтологии. С развитием системы корпоративного управления все более говорят о корпоративной культуре.

Мечта, фантазии, потребности, миссия, цель - все это первоначальные побудители деятельности людей, ради реализации которых они вступают в различные отношения и создают многочисленные организации.

Поэтому логично, что всякое управление начинается с **целепостановки** как процесса определения цели. Многоцелевой характер организации вызывает необходимость упорядочения целей, когда из общей цели организации определяются цели всех ее уровней. **Постановка цели** должна отвечать определенным требованиям: быть своевременной и нужной (отвечать потребностям), реальной (достижимой), согласованной с другими целями, конкретной (четко сформулированной, имеющей количественную или качественную оценку).

Управление организацией является многоцелевым. Среди целей разного уровня выделяют: стратегические, перспективные и тактические (оперативные). Цели могут быть общими для всей организации и частными подцелями ее различных подразделений; могут отличаться по содержанию (медико-социальные, экономические, организационные,

технологические, лечебно-производственные); носить комплексный характер; быть промежуточными и конечными.

Важна классификация целей управления - существенные свойства и характеристики, положенные в основу систематизации и упорядочения целей управления. В качестве признаков классификации используются интервал времени, содержание, степень сложности производимых действий (операций), уровень иерархии, значимость, приоритетность, частота повторения целей, этапы жизненного цикла организации, функции управления и др.

Содержание любого вида управления (в том числе медико-социального) раскрывается через его **функции**. Функции управления объективно обособились и выделились в процессе разделения труда вообще и управленческого в частности. Функции, обособившиеся под воздействием субъекта управления, обычно трактуются как общие функции управления и включают анализ, планирование, организацию, координацию, мотивацию и контроль. Они отражают содержание любой управленческой деятельности и реализуются во всех процессах управления, независимо от того, на каких объектах и уровнях осуществляются. Конкретные же функции управления, например охраной общественного здоровья (частные, специальные), обособились под воздействием объекта управления здоровьем и отражают многочисленные виды лечебно-профилактической деятельности объектного (производственного) управления.

Управление рассматривают так же, как процесс реализации функций в пространстве и во времени, качественно и количественно, разделяя при этом технологически управление на отдельные стадии: цель, проблема, ситуация, решение. Такую технологию принято называть **процессом управления**. Каждая стадия может быть декомпозирована на этапы, процедуры, операции и др. Кульминацией процесса управления является принятие решения для достижения поставленных целей. При этом управленческое решение также имеет свою технологию. Решение можно рассматривать как продукт управленческого труда.

Таким образом, функция является свойством системы в целом или отдельного ее элемента, и для реализации функции, т.е. организации процесса управления, необходимы соответствующие структуры.

Структурированность является свойством любой системы. Элементы системы образуют целое благодаря связям между ними. Структура организации всегда объединяет рассмотренные выше ресурсы. Организационная структура - это совокупность управленческих органов, между которыми

существует система взаимосвязей, обеспечивающих реализацию функций управления при достижении определенных целей.

Способ организации столь сложной системы, как охрана здоровья, позволяющая преодолевать влияние сложности на возможность решения и исполнения возникающих и ставящихся задач, - есть иерархия.

В социально-экономических системах иерархия означает распределение власти по иерархическим уровням, а также субординацию - систему подчинения нижестоящих уровней стоящим на более высоких ступенях иерархической лестницы. В системах управления иерархия предполагает распределение всей управленческой работы или деятельности по «этажам» управленческой «пирамиды».

Генезис организационных структур - последовательность этапов развития организаций, каждому из которых присуще преобладание определенного типа их структуры. Генезис отражает историческую закономерность приходивших на смену структурам, перестававшим удовлетворять требованиям появления новых типов устройства организаций адаптивности и управляемости. Так, преемственность структур систем управления организаций позволяет воссоздать следующий их ряд: патриархальный, линейный, функциональный, линейно-функциональный (штабной), матричный (программно-целевой, проектный), дивизиональный (продуктовый, региональный,

смешанный). При этом недостатки, присущие одному типу структур, обнаруживавшиеся в строении организаций с изменением условий их функционирования, служили исходным импульсом для поиска и перехода к другому типу организационных структур.

В действующих организациях к процессу изменения организационной структуры следует относиться как к постоянной реорганизации, что требует поиска наиболее эффективного сочетания организационных переменных, т.е. факторов. Как показывают исследования, эти переменные, или факторы, не являются постоянными и носят ситуационный характер.

В конечном счете рассмотренные выше категории, проблемы управления направлены на эффективное достижение целей создаваемых или действующих организаций.

Результативность реализации функций управления, в том числе результативность, качество оказания медицинских услуг, зависит прежде всего от того, кто управляет осуществлением этих функций, т.е. от руководителя-лидера.

Лидерство - качество, способность оказывать влияние на отдельные личности и группы, направляя их усилия на достижение целей. Формальное лидерство в организации основано на должностных полномочиях управляющего (авторитет должности). Неформальное лидерство не связано с формальными полномочиями, а основано на авторитете, уважении, доверии, личных и профессиональных качествах индивидуума (авторитет личности).

В теориях лидерства существует несколько подходов к его типологии: лидерство, ориентированное на человека-специалиста, и лидерство, ориентированное на выполняемое им задание.

Каждая организация имеет свой лидерский потенциал, поскольку каждый ее член способен оказывать влияние на других ее членов. Проблема состоит в познании этого потенциала, превращении его в ресурс и его использовании.

Искусство быть лидером не бывает либо данным от рождения, либо приобретенным. Оно одновременно и дается от рождения, и приобретается. Даже обладание оптимальным набором качеств лидера не гарантирует индивидууму лидерство. В управлении не менее важен удобный случай, шанс продемонстрировать такие качества. Отсюда следует вывод о необходимости создания благоприятных возможностей для самореализации сотрудников и проявления ими своих потенциальных способностей, т.е. их самоуправления.

При изучении основ общего управления необходимо его освоение с позиций общеметодологических подходов познания социоэкономикоуправленческих дисциплин.

Методология науки управления позволяет на основе научных методов, приемов, подходов исследовать, познать содержание и сущность управления. Значительная часть познанных теоретических положений доводится до уровня методик, применяемых в управленческой практике для разработки организационных структур, обоснования и выбора решений, компьютерного бизнес-моделирования, оценки стратегий, оценки эффективности и т.п. Поэтому методологию науки управления можно рассматривать так же, как науку о методах самого управления.

Методология имеет свои принципы исследования, познания. Для обозначения таких принципов используется слово «подход». Как научный термин он встречается в словосочетаниях со словами: системный, комплексный, аспектный, научный, дифференцированный, индивидуальный, вероятностный, ситуационный и др. В общем случае «подход» есть методологическая установка (аналитика, проектировщика, управляющего, политика, организатора и т.д.) на определенный порядок и (или) способ действия в соответствии с исходной, принятой или нормативной моделью (представлением, суждением, классификацией, восприятием ситуации, пониманием сути задачи и т.д.). Можно выделить следующие основные подходы.

При освоении основ организации и управления важны прежде всего общие методологические подходы - исторический и ретроспективный. Первый из них предусматривает изучение основных исторических этапов и периодов развития управления: эволюционного, революционного с целью компетентной ориентации в тенденциях, концепциях, организационных школах, парадигмах и перспективах управления. Ретроспективный, тесно связанный с первым подход изучает исторические прецеденты, аналоги и др.

Ретроспективный подход есть методологический принцип изучения современной общественной жизни, позволяющий адекватно воспринимать ее генезис, «высвечивать» предысторию нынешних проблем и тем самым дающий лучшее их понимание - видение текущих ситуаций и явлений настоящего через «светофильтр» прошлого, т.е. как бы через призму знания, накопленного за предшествующее развитие цивилизации.

Ретроспективный подход принимает в расчет уже приобретенные наукой сведения, знание закономерностей развития научных направлений, систематизированных и сформулированных в виде норм, способов и правил, парадигм. Иначе говоря, рассматриваемый подход уместен, когда при решении современных проблем принимаются во внимание прецеденты. Такой подход дополняет системный подход, являющийся признанным критерием научности, прилагаемый не к статике, а к динамике общественных

(в том числе валеодемографических) процессов на отрезке «прошлое - настоящее» (отрезок «настоящее - будущее» есть объект приложения перспективного подхода).

Особое значение ретроспективный подход может иметь ныне для реформирования, разработки соответствующих «мер совершенствования», какие реализуются в системе здравоохранения, через ее институты управления, медицинского права, предпринимательства и другие, служащие целям организации общества и его жизнедеятельности.

Динамизм действия факторов внешней среды, необходимость быстрой адаптации организаций к происходящим изменениям поставили новые проблемы перед практикой управления, наукой менеджмента. Этим потребностям отвечало развитие новых школ, базирующихся на социальном, количественно-качественном, системном и ситуационном подходах.

Вкратце обозначим наиболее широко применяемую в практике группу других методологических подходов.

Подход комплексный - способ решения проблем управления, при котором объект, проблема или задача рассматриваются с различных взаимозависимых и взаимосвязанных аспектов. Такими аспектами могут быть: управленческие, организационные, медико-биологические, экономические, технологические, социально-демографические, медико-правовые, эколого-гигиенические отношения. Так, изучая общее управление, мы не абстрагируемся и не можем не учитывать разнонаправленность управления. Применение комплексного (междисциплинарного) подхода предусматривает привлечение специалистов различного профиля к изучению, например, проблем личностно-общественного здоровья и его охраны; использование форм кооперации и интеграции их деятельности при разработке управленческих решений в этой сфере жизнедеятельности, особенно стратегических.

Подход системный:

1. Общенаучный метод исследования, разработанный в теории систем, при котором изучаемый объект - здоровье и его охрана рассматриваются как единое целое. Основное внимание уделяется взаимодействию между элементами (службами, звеньями, секторами) системы здравоохранения, в результате которого образуется синергический эффект, а также глубже изучаются взаимосвязь этой системы с внешней средой и ее взаимодействие со сферами и отраслями народного хозяйства.

2. Метод решения сложных управленческих проблем, в котором учитываются взаимосвязи между проблемой в целом и отдельными ее элементами, а также влияние ожидаемого результата на все взаимосвязанные части системы.

При системном подходе организация рассматривается как открытая система. При этом основное внимание уделяется взаимодействию между элементами внутри системы, а также системы с внешней средой.

Ситуационный подход основывается на конкретной ситуации, т.е. проблемы решаются с анализом и учетом условий и факторов, воздействующих на деятельность организации в быстроменяющейся внешней среде. Ситуационный подход особенно актуален для организаций здравоохранения в системе «врач - пациент».

Методы оптимизации управленческих решений - способы, используемые при выборе решения, обеспечивающего получение максимального или минимального значения выбранного критерия: высококвалифицированная медицинская помощь, эффективное лекарственное средство, максимальная прибыль, доход, минимальные затраты, цены, сроки и т.п. В качестве методов оптимизации управленческих решений используются экономикоматематические методы, модели (линейного, нелинейного, динамического, параметрического программирования, теории массового обслуживания), экспертные оценки (метод взвешенных критериев), метод аналогии, эвристические методы и др.

Методы принятия управленческих решений - способы, позволяющие выбрать окончательный вариант решения. В управлении организацией широко используются индивидуальные и групповые методы принятия управленческих решений: метод номинальной группы, планирования согласия, опытный, интуитивный, методы экспертных оценок, функциональностоимостного анализа и др.

Перечень методов управления будет неполным, если не рассмотреть существующие способы и приемы воздействия для достижения поставленных целей. Методы управления отвечают на вопрос: как, каким образом достигается управленческое воздействие. Рассматриваемые методы носят альтернативный характер и не являются набором готовых рецептов для руководителя. Они основаны на методах мотивации - способах, приемах, используемых руководителями для побуждения людей к выполнению целей, решению задач, к осуществлению определенных действий.

Существует большое разнообразие методов мотивации, включающих поощрение и санкции экономического, социального, психологического, административного характера, воздействующих на интересы и потребности человека. Это - продвижение по службе, изменение условий оплаты труда, благодарность, признание заслуг, повышение квалификации и т.п. Можно образно определить количество методов мотивации количеством интересов мотивируемых.

Особого внимания заслуживают вопросы эффективности и результативности управления, а также такие понятия, как эффект, эффективность и результативность управления.

Эффект представляет собой объемный показатель достижения цели управления, не всегда измеримый и «уловимый»; его непросто формализовать и адресно выделить из общего эффекта деятельности всей (например, медицинской) организации (с ее многопрофильными отделениями, лабораториями и др.). Поэтому эффект обычно измеряют в условных единицах - денежных или натуральных эквивалентах. Эффективность управления - относительный показатель степени достижения цели, и определяется он соотношением полученного эффекта с произведенными затратами или результата с целями. Полученный эффект, результат достижения цели не совпадают по времени с произведенными затратами, что также усложняет соответствующие расчеты.

Результативность управления - составная часть или необходимое условие его эффективности. Она служит мерой точности управления, характеризуемой достижением ожидаемого состояния объекта управления, цели управления или степенью приближения к ней. Результативность управления организацией определяется значениями выходных переменных ее как системы, отражающих конечный результат ее функционирования, полученный за определенный период. Результативность управления измеряется

не показателями работы субъекта (аппарата) управления или труда самого менеджера (сколько провел времени на работе, деловых встреч, принял решений, подписал бумаг и т.п.), а итоговыми показателями управляемого объекта.

Итак, эффективность и результативность управления, т.е. достижение целей с оптимальными затратами является важнейшим условием деятельности любой организации.

Изложенные выше обобщенные взгляды на сложные проблемы общего управления и его прикладные аспекты, недостаточно широко отраженные в литературе, позволят освоить тематику организации и управления на конкретном объекте - системе здравоохранения.

Тема 4. Миссия и цели медицинской организации

Медицинская организация создается и существует для осуществления **миссии**, достижения общей цели, направленной на удовлетворение потребностей пациентов в здоровье. Во имя этой миссии, ее предназначения объединяются специалисты и осуществляют свою деятельность. Наличие миссии и ее реализация придают организации индивидуальный профиль, определенность и специализацию.

Миссия - понятие неоднозначное. Значение определения миссии организации состоит в том, что она:

- представляет собой базис, точку опоры для всех плановых решений организации, для определения ее целей и задач;
- создает уверенность, что организация преследует непротиворечивые, ясные, сравнимые цели;
- помогает сосредоточить усилия персонала на выбранном направлении, объединяет их действия;
- создает понимание и поддержку среди внешних участников организации (органов здравоохранения, государственных и ведомственных структур).

Миссия приобретает большее значение для профессионально-деловой среды организации. Ее имидж привлекает пациентов (потребителей), партнеров, акционеров. Имидж медицинского учреждения является основой для выработки его целей и стратегии, определяет его организационно-управленческую структуру и формирует этико-деонтологическую культуру. Всем сотрудникам организации надлежит разделять цели и задачи организации, осознавать их и вносить вклад в их достижение, равно как и разделять ценности и принципы предназначенной миссии.

Миссия организаций конкретно воплощается, выражается и проявляется в следующих признаках:

- потребности, которые организация призвана удовлетворять;
- главная цель, к которой она стремится;
- услуги и продукция, которые она производит; медико-производственные технологии, которые она использует;
- рынки, на которых организация реализует свои услуги и товары;
- ценности, которые она исповедует;
- этико-моральные (деонтологические) принципы ее деятельности.

На уровне организации (например, больницы), особенно крупной, миссия может быть сформулирована очень широко, диверсифицированно. На уровне ее подразделений миссия формулируется конкретнее, четче и, как правило, отражает лишь участок - фрагмент деятельности и производимых услуг (продуктов).

После определения миссии руководство официально формулирует смысл существования организации и доводит его до каждого сотрудника в доступной и понятной форме. В предпринимательском секторе услуг и товаров миссия организации (предприятия) отражается в средствах массовой информации, а также в таких документах, как бизнес-план, годовой отчет и т.д.

Миссию организации можно трактовать в широком и узком понимании. В широком понимании миссия рассматривается как философия, видение и смысл существования и функционирования организации. Такая миссия характерна для организаций с длительным жизненным циклом и определяется ценностями, принципами, в соответствии с которыми организация существовала и намерена развиваться. Ясно, что организация, не меняя основное содержание такой миссии, будет менять формы ее реализации, реформироваться.

В узком понимании миссия рассматривается как сформулированная цель деятельности организации, в которой проявляются ее уникальность, главные отличия от подобных ей. Миссия отражает также сложившийся имидж организации.

Неоценима роль миссии для профессионально-деловой среды организаций здравоохранения. Влияя на имидж организации, миссия привлекает пациентов, страховые медицинские организации, инвесторов и др. Миссию организаций здравоохранения определяет учет совокупности внешних и внутренних факторов, к которым относятся:

- потребители (пациенты) услуг и продукции медицинского назначения;
- конъюнктура их рынка;
- руководители организаций здравоохранения и их персонал, собственники, заинтересованные в получении прибыли;
- поставщики ресурсов, заинтересованные в длительных связях с организацией и своевременных расчетах по приемлемым ценам: лекарств, оборудования, сырья, энергии, рабочей силы, знаний, опыта и навыков, информации;
- служащие профессионально-деловой среды различных органов, контролирующих выполнение организацией различных медико-правовых норм (налоги, санитарно-эпидемиологическая и пожарная безопасность и др.);
- местные сообщества: политические, общественные, религиозные и др., заинтересованные в активизации деятельности организаций здравоохранения;
- общество (в целом) и социальные группы, прямо и (или) косвенно заинтересованные в эффективной работе организаций здравоохранения.

В этом смысле миссия - свод основополагающих правил или принципов, в соответствии с которыми производятся услуги и товары, ведется бизнес. По характеру миссии организации сверяют свои решения или производят выбор между конкурирующими альтернативами. Миссия доводится до всех участников организации (предприятия) в лаконичной, сжатой и четкой формулировке, отражающей провозглашенные ее намерения. Подобная формулировка должна быть ясной и понятной, технологичной и определенной во времени, вызывать доверие. С другой стороны, она должна быть довольно общей (а не являться конкретной инструкцией), чтобы предоставить сотрудникам организации возможность для проявления инициативы.

Хорошо сформулированная миссия предусматривает обычно:

- историю развития организации и главную цель, к которой она стремится; общие ценности и установки;
- определение основной сферы деятельности, которая служит удовлетворению конкретных потребностей покупателей (пациентов) и клиентов в избранных сегментах рынка;
- возможности овладения соответствующими сегментами рынка с использованием методов продвижения продукции и их отличительных особенностей;

- отношение организации к расширению источников финансирования, инновациям, решению эколого-гигиенических вопросов и технологиям профессионального управления лечебно-профилактическим процессом и т.д. Характер миссии проявляется в ее стратегии и организационной структуре образования, а следовательно, и в более эффективном управлении.

Миссия является базой для установления целей организации и способствует обеспечению их непротиворечивости. Если миссия определяет основные ориентиры функционирования организации, выражающие смысл ее существования, то желаемое состояние организации на определенный момент времени, исходящее из миссии, выражается в ее цели.

Цель как научная категория преломляется через все элементы, компоненты структуры системы управления. Как и управление, цель характеризуется структурным и процессуальным подходами, располагает собственными принципами и методами реализации. Если структурный подход определяется иерархией цели, то процессуальный подход к цели имеет

свою технологию установления. Цель организации (предприятия) определяется централизованно и децентрализованно, авторитарно и демократически. Цель выступает результатом управленческого решения.

Правильно поставленная цель - уже залог успеха, так как все элементы системы управления организацией (так или иначе) зависят от цели. Исходя из целей, строят соответствующие концепции управления, например программно-целевое управление, управление по результатам.

Цели лежат также в основе структурного и (или) процессуального подходов. Как научная категория цели имеют свои виды и типы, т.е. их можно классифицировать (табл. 3).

Цели достигаются, а следовательно, и ставятся на разные периоды времени. На самый длительный период ориентируются **стратегические цели**, из них выводятся конкретизирующие **среднесрочные** и **краткосрочные цели**.

Таблица 3. Классификация целей организации

Критерии	Группы целей по видам и типам	
Период установления	Стратегические Тактические	Оперативные
Содержание	Экономические Организационные Научные	Социальные Технические Политические
Функциональные	Маркетинговые Инновационные Кадровые	Производственные Финансовые Административные
Среда	Внутренние	Внешние Деловые
Приоритетность	Особо приоритетные Приоритетные	Прочие
Измеримость	Количественные	Качественные Смешанные
Повторяемость	Постоянные	Разовые
Иерархия	Организации	Подразделения
Стадии жизненного цикла	Проектирование и создание объекта Рост объекта	Зрелость объекта Завершение жизненного цикла объекта

Кроме указанной декомпозиции целей по времени, выделяют также их декомпозицию по иерархии, т.е. **иерархию целей**. Такая декомпозиция связана с иерархичностью структур органов и учреждений здравоохранения по ступеням или уровням управления. Иерархия целей играет очень важную роль в любой организации, так как первая обеспечивает ориентацию деятельности всех подразделений на цели крупных больничнополиклинических структур, медико-промышленных предприятий.

Иерархия свойственна целям и по ряду других критериев классификации. Например, иерархию имеют цели по содержанию, функциям и среде. **Приоритетность** целей - уже есть иерархия. Исходя из критерия повторяемости, выделяют цели постоянные и разовые. Следует подчеркнуть, что большинство целей по форме и по времени повторяются. Поэтому сохранение технологий выработки и установки целей позволяет за счет стандартных технологий экономить время и усилия.

Большое значение имеет область установления целей, выявления их приоритетности и направленности. Определенные трудности связаны с формализацией цели, особенно в количественных показателях эффективности лечебно-диагностической, профилактической, экологопротивоэпидемической деятельности.

Существенное значение имеет этап жизненного цикла самой организации и (или) ее продукта деятельности, по которому определяется ее цель. Этапы цикла не являются навсегда заданными и требуют управления, исходя из тех или иных этапных целей. Так, анализ соотношения темпов объема реализации услуг (продукции) и эффективной работы организации с соответствующими показателями отрасли здравоохранения представляет вариантность целей дальнейшего роста: быстрого, стабильного или его сокращения.

Цель быстрого роста более предпочтительна, в то же время реализация такой цели наиболее сложна.

Цель стабильного роста предполагает, что организация примерно развивается в пределах таких же темпов, как и службы, звенья отрасли в целом, сохраняя свой сегмент рынка. Иногда организации (предприятия) медикофармацевтического производственного комплекса осознанно ставят **цель сокращения**, замедления темпов развития. Такая ситуация не всегда является следствием кризиса.

Все 3 указанные выше цели реализуются в разных сочетаниях и последовательности на различных этапах жизненного цикла организации.

Рассмотрение видов целей по разным критериям, их направленности на различных этапах развития организации позволяет сформулировать ряд основных требований к правильному установлению целей.

Цели бывают оптимистические и пессимистические, явные и неявные, определяемые в конечном счете степенью их достижения. **Достижимость** целей - одно из основных требований к установлению целей. Цели не могут быть легко достижимыми и в то же время должны быть реалистичными. Достижимость целей является показателем мотивированности и квалификации сотрудников. Так, нереальные цели приводят к потере ориентиров и негативно сказываются на результативности деятельности организации, объеме и качестве выполненной работы. Чтобы избежать несогласованности действий, самоудовлетворенности и пассивности персонала, руководству предстоит выбирать напряженные, но достижимые цели - объективные, количественно и качественно определенные.

Требование **конкретности** означает определенность цели, четкость ответов на вопросы: кто, что, как и когда, в пространстве и во времени должен выполнять, целенаправленно способствовать ее достижению, чтобы получить определенный результат. Конкретность цели требует ее **стабильности**, неизменности, несмотря на нестабильность внутренней и особенно внешней среды для профессионально-деловой части организации. В свою очередь, нестабильность выдвигает такое требование к цели, как ее **гибкость**.

Цели надлежит устанавливать таким образом, чтобы они предусматривали возможность для корректировки в случае значительных изменений факторов внешней среды. Степень гибкости цели зависит также от ее места в иерархии. Очевидно, что цели более высокого уровня являются одновременно и более стабильными, хотя и их желательно корректировать в соответствии с существенно меняющимися условиями окружающей среды. Коренная корректировка цели высокого уровня предполагает выполнение требования по совместимости целей по всей их цепи с широкой разъяснительной работой. Одна из основных задач руководителей - наилучшим образом обеспечить соответствие организационно-управленческой и правовой структур целям организации, а также правильно распределить кадровые возможности.

Совместимость целей означает соответствие стратегических и долгосрочных целей - миссии, а среднесрочных и краткосрочных - долгосрочным целям. Иными словами, вся иерархия целей должна быть совместима не только во времени, но и по их направленности и содержанию.

Таким образом, рассмотрение различных видов целей в зависимости от выбранных критериев, основных требований показывает, насколько сложно огромное пространство целей. В этом пространстве переплетаются многочисленные интересы участников рассматриваемых процессов: потребителей (пациентов), персонала, поставщиков лекарств и оборудования, покупателей, собственников, различных общественных и политических организаций, наконец, всего общества в целом. Поэтому столь важно управленцам эффективно координировать и направлять эти интересы.

Направления, по которым устанавливается вся совокупность целей (табл. 4), координация векторов интересов имеют не линейную, а гораздо более сложную зависимость, которую трудно формализовать. Каждая организация характеризуется множеством целей, ценностей и интересов. Все это требует от специалистов управления здравоохранением (менеджеров) не только знания современных технологий управления, но и интуиции, системного управленческого мышления, обладания искусством управления.

Таблица 4. Основные показатели цели по направлениям деятельности

Направления деятельности организации	Показатели цели
Результативность	Производительность, эффективность управления, фондоотдача и др.
Положение на рынке	Объем реализации услуг и товаров, их доля на рынке в целом и по отдельным видам и профилям
Финансы	Структура капитала, ликвидность, оборотный капитал и др.
Прибыльность	Рентабельность, доход на акцию, прибыль и др.
Трудовые ресурсы	Качество квалификации персонала, текучесть кадров, продвижение по должности
Лечебно-профилактические технологии	Качество услуг и фармацевтической продукции, фондовооруженность, затраты на НИОКР, сроки введения инноваций, новых технологий управления и др.
Потребители (пациенты), покупатели, поставщики лекарств и оборудования	Качество и комфортность обслуживания, число жалоб в динамике
Некоммерческие организации и сообщества	Объем благотворительности, количество и виды общественных акций, расходы на медико-фармацевтическую рекламу

Примечание. НИОКР - научно-исследовательская и опытно-конструкторская работа.

При рассмотрении целей, которые реально ставят перед собой организации или предприятия, необходимо исходить из основного направления их деятельности: **коммерческой** или **некоммерческой**.

При всех прочих **внешних** целях коммерческая организация вынуждена преследовать единственную **внутреннюю** цель: получение прибыли. Если организация не делает прибыль, она не выживает - таковы требования рыночных отношений. Поэтому любые рассуждения руководителей коммерческих организаций, касающиеся заботы о потребителе (пациенте), гигиены окружающей среды, справедливых и доступных цен и т.д., имеют смысл, пока у организации есть прибыль. Тем не менее в отдельные моменты деятельности такой организации могут быть и другие, но временные цели, в отличие от цели получения прибыли. Речь идет, например, о периоде коренной реструктуризации, когда руководство организации стратегически предвидит в будущем еще большую прибыль.

Поскольку коммерческая организация создана и функционирует ради прибыли, другие цели в условиях конкуренции рассматриваются ее руководством с точки зрения их влияния на прибыльность. Осознание этого стимулирует работу всего персонала, повышая его инициативность и ответственность.

Совершенно иная ситуация с основной целью складывается в некоммерческих организациях. Эти организации существуют, по сути, за счет налогов, прибыли коммерческих организаций (благотворительных акций, спонсорства и др.). Такие организации прежде всего озабочены эффективным и выгодным для себя распределением бюджетных денег, многочисленных льгот (на услуги, лекарства и др.).

Так, основная миссия поликлиники определяется учредителем - государственным (муниципальным) органом исполнительной власти. Что, однако, не исключает и разработку ее индивидуальной (профильной) миссии.

Основная цель поликлиники как организации здравоохранения амбулаторного типа - оказывать населению общую и узкоспециализированную лечебно-профилактическую помощь по территориальному, ведомственному или другому предпочтительному принципу. Деятельность поликлиники направлена на оказание квалифицированной врачебной помощи гражданам в ходе приема у врачей в поликлинике, на дому, а также организацию профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний и оздоровлению людей. Как оценить эффективность реализации этой цели: количеством и качеством обслуженных пациентов, состоянием их здоровья, частотой случаев повторных обращений и выдачи больничных листов и т.д.? Трудно оценить количественно неопределимое - здоровье.

Задачу по выбору основной цели можно усложнять с точки зрения самых различных целей участников процесса: охраны здоровья пациента, руководства, учредителя, различных страховых и финансирующих, а следовательно, и контролирующих органов, в том числе формирующегося гражданского общества. Многочисленные интересы участников процесса охраны здоровья усложняют руководителю задачу определять однозначные цели и формализовать их. Опытные руководители некоммерческих медицинских организаций стараются объединять общественные, профессиональные, межличностные и другие подходы с определенным набором ценностей, учитывать конфликтующие интересы конкретных групп.

Процесс установления целей, как и управления в целом, в каждой структуре организуется и реализуется по-разному.

Обычно участники, занимающие в системе иерархии более высокое положение, принимают решения с более крупными ценностными составляющими. В то же время нижестоящие по рангу участники принимают решения, имеющие большие фактические основания и непосредственное практическое значение. Те, кто находятся ближе к руководству, принимают решения о том, что предполагается делать организации. Те, кто

занимают более низкие должности, оптимизируют пути для более эффективного выполнения задач организации. Поэтому считается, что в основе этих двух классов решений лежат совершенно разные критерии: выбор целей должен быть утвержден и декларирован; выбор средств может стать действенным эмпирическим путем.

Таким образом, управленческие решения по поводу целей, целеполагания являются наиболее существенными в деятельности любой организации (табл. 5).

Таблица 5. Классификация решений, принимаемых руководством организации (предприятия) при целеполагании

Критерии целей	Классы решений
Степень структурированности	Слабоструктурированные (незапрограммированные) Высокоструктурированные (запрограммированные)
Содержание	Медико-социальные. Медико-фармацевтические, производственные. Организационноэкономические. Учебно-научные
Количество целей	Одноцелевые, многоцелевые
Длительность	Стратегические (долгосрочные). Тактические (среднесрочные). Оперативные (краткосрочные)
Лицо, принимающее решение	Индивидуальное Групповое
Уровень целеполагания	Организация в целом. Ее структурные подразделения. Функциональные службы. Отдельные сотрудники
Глубина воздействия	Одноуровневое, многоуровневое
Направления целеполагания	Внутренние, внешние

Управленческие решения должны соответствовать общим требованиям, которые предъявляются к ним при их выработке, принятии и выполнении. Исходя из целеполагания, управленческим решениям надлежит быть:

- действенными и прагматичными, четко определенными - что, когда и как будет сделано по системе целей;
- выработанными в интересах достижения целей организации;
- осуществленными эффективно, т.е. приносящими организации определенную выгоду при реализации решения.

Процесс управления включает ряд стадий: **цель, ситуация, проблема, решение**. Процесс целеполагания как часть всего процесса управления также имеет свои стадии, этапы, операции и др., т.е. определенную технологию. Этой технологией предусматриваются следующие стадии:

1. Анализ факторов окружающей среды, влияющих на состояние организации, осмысление его результатов.
2. Выработка соответствующей миссии и (или) стратегической цели.
3. Процесс выработки системы целей (целеполагание).

Каждая **стадия** целеполагания имеет свои **этапы**. Стадия процесса выработки системы целей (целеполагание) предусматривает ряд этапов.

I этап - анализ и выявление факторов и тенденций, происходящих в окружающей среде (внутренней и внешней); установление целей организации; построение иерархии целей; установление индивидуальных целей.

Окружающая организацию среда влияет не только на установление миссии. От состояния среды сильно зависят и цели организации. Поэтому своевременное выявление и учет тенденций - экономических, правовых, научно-медицинских и технологических, эколого-гигиенических - позволяет руководству организациями предвидеть состояние среды при реализации им соответствующих целей. Управляющим на стадии целеполагания надлежит учитывать ситуационные составляющие среды, особенно на стадии неопределенности развития организации.

На **II этапе** устанавливаются цели организации и из множества направлений ее деятельности выбираются основополагающие. Соответствующая технология целеполагания предусматривает инструментарий качественной и количественной формализации целей по определенным критериям. Критерии диктуются миссией организации, состоянием, тенденциями развития окружающей среды, ее факторов и условий. Процесс целеполагания зависит от положения организации в этой среде, особенно от ресурсообеспеченности.

III этап связан со структуризацией целей или построением их иерархии - по всем направлениям и видам целей.

На **IV этапе** структуризация приобретает логическую завершенность. Ее цели доводятся до каждого члена коллектива. При этом каждый исполнитель осознанно, через индивидуальные обязанности, интересы и цели включается в процесс совместного достижения конечных целей организации, реализации ее миссии. Наиболее важным и решающим фактором является **переход** исполнителя со своими ценностными ориентациями, профессиональными знаниями, опытом и навыками, эмоциями и желаниями **к действиям и деятельности** (рис. 5).

Процесс целеполагания характеризуется непрерывностью, дискретностью, цикличностью, динамичностью, эффективностью, мотивацией и приверженностью результативной деятельности как основой. Важно не только сформулировать миссию и поставить цель, но также вызвать у членов коллектива чувства сопричастности и приверженности, которые, кстати, не возникают по указанию и с трудом поддаются воздействию. Так, японский служащий, прежде чем представиться по фамилии и имени, представляет компанию, где он работает.



Рис. 5. Традиционный процесс целеполагания

Определяющее звено между целью и личной приверженностью персонала организации - **доверие**, которое возникает не только при формальном общении, но и в процессе неформальных отношений.

Таким образом, определение миссии организации, видение ее коллективом стратегической перспективы, установление системы целей - все это наиболее важные факторы для достижения успеха в любой области деятельности, включая клинико-профилактическую. В противном случае следуют потеря ориентации, снижение результативности и производительности.

Тема 5. Медицинская организация и ее структура

Категория «организация» неотделима от понятия «система». Применение термина «организация» в современной науке и практике настолько же общепринято, насколько и многообразно. Однако чаще мы видим не организацию в целом, а ее продукцию, услуги, сотрудников, помещение. О самой же организации мы имеем лишь самое общее представление.

Между тем все, что нас окружает, или то, что можно себе представить, мы так или иначе рассматриваем с позиций системы и организации. В понимании термина «организация» можно выделить определенный ряд самостоятельных и наиболее часто встречающихся дефиниций, отражающих достаточно широкий спектр общепринятых представлений и применений. Термин «организация», прежде всего, может рассматриваться с точки зрения статики и динамики: школа, вуз, аптека, поликлиника, больница, государственное учреждение.

В каждодневном (бытовом) употреблении под организацией, таким образом, понимается официальное учреждение или общественная структура, т.е. реально существующая, целенаправленно функционирующая социально-экономическая система.

При этом, исследуя, анализируя и описывая цели, формы, внутреннее устройство структуры, процедуры и механизмы формирования, функционирования и взаимодействия такой организации с другими субъектами, мы употребляем словосочетание «организация системы», имея в виду уже нечто иное, чем собственно данное образование. В этом смысле понятие организации применяется с целью отражения внутреннего устройства учреждения, представления его составляющих в их взаимосвязях и зависимостях.

Выбор и употребление этого понимания термина «организация» направлено на определение и представление внутреннего строения, структуры, функционально-процедурного разделения, распределения, специализации, взаимосвязи и взаимодействия составляющих элементов и подсистем рассматриваемой системы, в том числе охраны здоровья.

С другой стороны, организация представляется самым распространенным видом целенаправленной деятельности человека, необходимо обеспечивающим в той или иной степени эффективное решение любой стоящей перед ним задачи. Все, что осуществляется человеком, так или иначе организуется им или другими субъектами в отношении него. В этом смысле организация представляет собой определенным образом планируемый и реализуемый человеком, специалистом процесс установления соотношений, связей, зависимостей, построения форм и процедур, т.е. сам процесс управления (цель - ситуация - проблема - решение).

Именно установление количественных, качественных, временных, пространственных и других связей между отдельными составляющими и представляет собой сущность организации как процесса. Понятно, что основным субъектом определения и установления таких связей, в соответствии с конкретными представлениями о необходимом порядке, становится специалист-управленец, привносящий в них свое субъективное, интеллектуальное начало.

В процессе поиска, накопления, построения и применения системы научных знаний исследователь целенаправленно изучает организацию того, что было создано без его участия и помимо его воли. Он определяет и изучает внешние формы, структуры, свойства объектов внешней среды с позиций выяснения, формализации и классификации их организации.

Уже такой, довольно поверхностный, первичный анализ приводит к выводу о том, что исключительно широкое и разнообразное восприятие, понимания и применения термина «организация» отражают явления и события. Они могут представлять собой как процесс, так и систему, иметь как субъективную, так и объективную, смешанную природу; проявляться в материальных, интеллектуальных и смешанных формах.

Таким образом, медицинская организация - это относительно автономная группа специалистов определенного профиля с четко структурированной совместной деятельностью и установленными границами, которая создается или существует для достижения миссии и общей цели (целей) - диагностики, лечения, осуществления реабилитационно-оздоровительных процессов. Так что вне зависимости от объекта

управления, будь то организации здравоохранения, аптечной сети или предприятия медицинской промышленности, необходимо иметь общее представление об организационных структурах управления как мощном и эффективном рычаге управления для руководителя любого ранга.

Любая организация при проектировании или изменении организационной структуры должна выполнять определенные правила или соблюдать принципы их построения, а также учитывать факторы внутренней и внешней среды.

Внутренняя среда организации - существенная часть профессионально-деловой среды, в которой находится организация. Именно она оказывает постоянное и непосредственное воздействие на всю деятельность организации. Внутренняя среда организации включает набор ключевых процессов и элементов организации, состояние и совокупность которых определяет ее потенциал.

Основные элементы внутренней среды, ее ресурсы как бы полностью пронизываются организационной (этико-деонтологической) культурой. Для эффективной работы организации в перспективе руководства необходимо предвидеть как трудности, так и появление новых возможностей, что выясняет стратегическое управление.

Потенциал организации, его основные элементы. С точки зрения статического и динамического состояния внутренняя среда организации обладает определенным потенциалом. Менеджерам предстоит, познав этот потенциал, превратить его в реальные ресурсы для достижения целей организации. Наиболее важные элементы потенциала организации представлены на рис. 6.



Рис. 6. Основные элементы потенциала организации

Основа организации - потенциал человеческих ресурсов - специалисты и их группы с ценностными установками. За последние 20-30 лет существенно изменилось отношение менеджмента к человеческим ресурсам, что нашло свое отражение во многих концепциях и теориях управления. Для эффективной работы организации овладели огромным арсеналом инструментов и методов общения с персоналом, «балансируя» между технократическим и гуманистическим подходами.

Большой потенциал и привлекательность технократического подхода опираются на компьютеризацию, автоматизацию и роботизацию, которые связаны с вытеснением из производства рабочей силы и не оправдывают себя в должной мере.

Хотя гуманистический подход более «дорогостоящий» и не всегда удобен (а порой и конфликтен), именно он позволяет эффективнее поддерживать и повышать результативность деятельности организационных структур.

Поэтому в реальной практике каждый руководитель вынужден как бы балансировать между технократическим и гуманистическим подходами.

Индивидуум, группа, организация и характер их взаимодействия. Различные аспекты этого взаимодействия касаются соответствующих интересов: что, когда, где, в каких объемах во времени и пространстве (количественно и качественно), в каких условиях предстоит действовать специалисту и что он будет получать от группы и организации? От этих и других факторов зависят степень удовлетворенности человека от взаимодействия с организацией и ее субъектами, а также его отношение к ним.

Бесспорно, различия индивидуумов проявляются во всем многообразии их характеристик. Каждый человек обладает устойчивым набором черт и качеств, которые формируют его индивидуальность. Но со временем устойчивость индивидуальности человека может существенно меняться под воздействием коллектива.

Этим сложным процессом занимаются представители многих научных дисциплин. При этом специалисты выделяют следующие группы факторов:

- наследственность и физиологические особенности индивидуума;
- среда воспитания (семья, культура, принадлежность к определенным группам и организациям);
- активная роль личности в собственном развитии.

В основе конфликтов, скандалов и трудностей в общении и взаимодействии людей нередко лежат неверные выводы руководителя об индивидуальности сотрудника, что чревато как для него самого, так и для организации в целом.

Группа сотрудников в организации. Человек в организации выполняет свою работу во взаимодействии с людьми, являясь членом соответствующей группы.

Группа - относительно обособленное объединение людей, находящихся в достаточно устойчивом взаимодействии в течение довольно длительного промежутка времени. Взаимодействие членов группы базируется на общих интересах и связано с определенной целью. При этом группа обладает синергическим потенциалом.

Состояние и функционирование группы сотрудников определяются ее структурными и ситуационными характеристиками, а также особенностями отдельных индивидуумов.

Вкратце структурные характеристики группы охватывают:

- ее коммуникации и нормы поведения;
 - статус и роли;
 - личные симпатии и антипатии как между отдельными членами группы, так и ее формальными и неформальными лидерами;
 - силу влияния и конформизм.
- Ситуационные характеристики группы включают:
- размер группы;
 - пространственное расположение членов группы;
 - характер решаемых задач;
 - системы вознаграждения в группе.

Одним из основных результатов взаимодействия члена коллектива с организацией, с группами, их руководителями и лидерами является осознание им своего статуса. Это обстоятельство отражается на его поведении, степени его адаптации к организации с той или иной мотивацией.

Социально-психологический климат в коллективе - сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социальнодемографических и

профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива. Каждая отдельная личность обогащает коллектив и обогащается сама.

Социально-психологический климат в коллективе - это система морально-этических (деонтологических) взаимосвязей между членами коллектива, возникающих по поводу производственных и внепроизводственных отношений.

Если руководитель не уделяет необходимого внимания социальнопсихологическому климату в коллективе, возникают различного рода конфликты. В целом, социально-психологический климат оценивается количеством конфликтных ситуаций и уровнем дисциплины.

Конфликт - это открытое столкновение сторон, мнений и сил, связанное с различием ценностных установок, представлений о целях, путях и методах их достижения, о характере задач и способах их решения. Конфликты весьма разнообразны по силе, продолжительности, количеству вовлеченных в них работников, последствиям (как разрушительного, так и возможного созидательного характера).

Стимулирование мотивации. Одна из важнейших задач руководителя состоит в том, чтобы мотивировать, т.е. так организовать процесс творческого воздействия на работника, чтобы побудить в нем определенные мотивы для реализации целей и задач организации.

Мотивация - это желание добиться чего-либо, совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих работника к реализации определенных задач.

Помимо традиционных экономических стимулов (таких, как премии, прогрессивная система заработной платы, деление прибыли и пр.), руководитель располагает возможностью поощрять каждого сотрудника организации таким образом, чтобы он ощущал уважение к себе, свою причастность к общим делам организации.

Решению этих задач призвана способствовать система методов управления. Эмпирически разработаны концепции и соответствующие подходы к решению проблем мотивации, содержания этого сложного процесса. При этом основное внимание уделяется тому, как различные группы потребностей влияют на особенности поведения людей.

Лидерский потенциал как ресурс. Эффективное применение концепции управления человеческими ресурсами в конкретной организации во многом определяется степенью реализации лидерского потенциала как руководителей, так и сотрудников.

Лидер - это человек, умеющий убедить работников в необходимости достижения общих целей и решении поставленных задач независимо от их собственных первоначальных намерений. Любая организация обладает лидерским потенциалом, поскольку каждый член коллектива в определенных условиях и ситуациях способен влиять на других сотрудников. Проблема

состоит в раскрытии этого потенциала, соответствующем его использовании и превращении его в ресурс. Искусство лидерства - не только данность или благоприобретение. Одновременно оно и дается от рождения, и приобретается в процессе совместной работы с коллективом, а также обучения в системе непрерывного образования и самообразования. Но даже обладание знаниями, оптимальным набором профессиональных качеств еще не гарантирует лидерства. В менеджменте, в условиях профессионально-деловой среды (как «бурлящей воды») не менее важен случай, шанс проявить свои знания и качества. И задача руководителя состоит в создании возможностей и условий для самореализации сотрудников, проявлении ими своих потенциальных возможностей.

Человек - существо социальное, и одним из наиболее сильных психологических мотивов и результатов, которые приносит ему работа, является чувство сопричастности к деятельности процессу. Соответствующие интересы и потребности могут быть удовлетворены стилем руководства, ориентированного на работника.

Стиль руководства - это система сложившихся отношений между руководителем и коллективом по поводу реализации процесса управления. Готовых рецептов стилей управления не существует: каждая ситуация и каждый руководитель уникальны. Существуют самые различные классификации стилей управления как ориентиры. Но собственный и адекватный (подходящий) стиль зависит прежде всего от руководителя как личности и от ситуации, масштаба организации, уровня дисциплины и фазы ее жизненного цикла. При этом речь идет о разновидностях таких стилей управления, как авторитарный (властный), либеральный (покровительственный) или демократический (консультативно-соучастный).

Медицинская организация - это открытая система, которая развивается, приспособляясь к быстроменяющейся внутренней и внешней среде под влиянием соответствующих факторов и условий. Разобраться во всем многообразии организаций и предприятий индустрии здоровья, особенностях ее функционирования помогает системный подход.

Системный подход позволяет руководителю создавать различные организации для достижения определенных целей с учетом важнейших законов и принципов систем. При таком подходе каждое явление и структурное образование рассматриваются как единое целое с учетом всех их взаимосвязей; четко формулируются цели и задачи системы, учитываются все обстоятельства, связанные с решением этих задач. Системный подход базируется на общей цели системы и последовательном подчинении этой цели множества подсистем в их развитии.

Организация как открытая система взаимодействует с профессиональноделовой средой. Так, она получает из окружающей среды ресурсы в виде человеческого потенциала, финансов, энергии, информации и т.п. Ресурсы на основе определенных технологий (лечебно-диагностических, производственных) преобразуются в организации в виде услуг, продукции, информации и передаются во внешнюю среду (рис. 7). Таким образом, в любой организации реализуются три процесса: получение ресурсов из внешней среды, производство продукта и передача его во внешнюю среду. При этом процесс производства включает больше, чем просто производство продукции: добавляются ценности (эффект или преимущества) к тому, что перерабатывается.

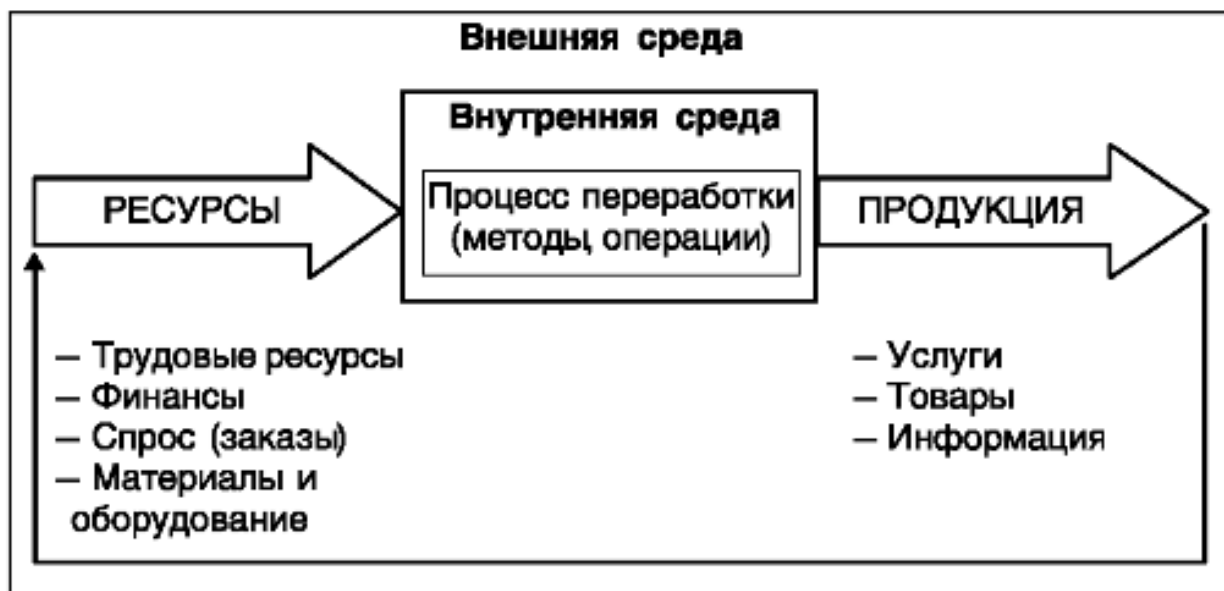


Рис. 7. Медицинская организация как открытая система

Созданные из множества элементов (подразделений), сами организации являются подсистемами более крупных систем (служб, звеньев, секторов). Существуют также суперсистемы (сверхсистемы): экономическая, социальная, экологическая, техническая и

др. Одновременно организация может составлять подсистему какой-либо ассоциации (медицинской, страховой, врачебной) или объединения (научно-производственного).

Руководитель любого ранга и уровня здравоохранения имеет дело с разными системами: медико-биологическими (пациент в его клиникобиологическом понятии, биотехнологическом), социально-экономическими (организации, федеральные и муниципальные образования, министерства и др.), техническими (компьютеры, оборудование).

Первичным звеном системы является элемент - объект, не подлежащий дальнейшему делению на части. В свою очередь, и сам элемент можно рассматривать как некую систему. В медицинской организации можно выделить следующие наиболее важные элементы: персонал, оборудование, лекарственные средства и материалы, финансы, энергия, информация.

Совокупность элементов организации составляет определенную подсистему:

- управляемую (объект) и управляющую (субъект);
- социальную - совокупность работников, занятых в организации со сложным комплексом отношений между ними. Основу этой подсистемы составляет процесс кадровой работы: набор, подбор, отбор и расстановка кадров; их обучение и развитие, вознаграждение и обеспечение соответствующих условий работы;
- производственно-технологическую - материальные и финансовые средства, лечебно-диагностическое и лабораторное оборудование, материалы, инструменты, энергия. Подсистема обеспечивает переработку входящих ресурсов в виде оказываемых услуг (продуктов), предлагаемых внешней среде;
- информационную - совокупность организационно-технических средств, обеспечивающих каналы и сети организации с учетом внешней ее профессионально-деловой среды соответствующей информацией для эффективных коммуникаций в управлении организацией;
- медико-экономическую - совокупность экономических процессов, происходящих в организации: движение денежных средств, соотношение издержек и выгод, другие клинико-экономические показатели;
- маркетинговую - обеспечение потребностей пациентов в услугах (изделиях медицинского назначения) путем изучения медикофармацевтического рынка, создания системы их реализации, организации оптимального ценообразования и эффективной рекламы, а также через активное воздействие на существующий спрос для увеличения рыночной доли и повышения рентабельности продаж. Внутренняя среда организации представляет собой органическое сочетание таких составляющих или внутренних переменных, как цели, структура, лечебно-диагностические и реабилитационные технологии, персонал, организационная этико-деонтологическая культура, денежные средства.

Основные элементы внутренней среды, ее ресурсы как бы пронизываются организационной этико-деонтологической культурой, профессиональными принципами. Для эффективного выживания организации в перспективе ей необходимо предвидеть как трудности, так и появление новых инновационных возможностей. Поэтому стратегическое управление при изучении внешней среды выясняет как возможные угрозы, так и дополнительные возможности для оздоровления внутренней среды.

Цель организации. Организацию целесообразно рассматривать как средство достижения целей, позволяющее персоналу реализовать коллективно то, чего не в состоянии осуществить каждый индивидуально. Цель есть конечное состояние или желаемый результат функционирования организации.

Организация, ее подразделения имеют разнообразные узкоспециализированные (профильные) цели. Руководитель организации координирует и направляет реализацию целей подразделений на выполнение целей всей организации, не допуская их противоречия.

Ресурсы внутренней среды организации. Чтобы организация могла достичь поставленных целей, необходимы затраты ресурсов, получаемых из внешней среды. **Ресурсы** - важная часть внутренней среды организации; они оказывают самое непосредственное влияние на эффективность ее функционирования.

Внутренняя среда организации является относительно автономной и зависит от внешней среды. Поступая из внешней среды, ресурсы определяют внутреннюю среду, выступая ее внутренними переменными. Поэтому такие составляющие, как персонал, лечебно-диагностические технологии, финансы и др. анализируются через ресурсы организации.

Ресурсы организации - наличные или требуемые средства, возможности, оснащенность, ценности, обеспечивающие стабильную работу организации для достижения ее основных целей. Только человеческие ресурсы способны обеспечивать социально-экономические результаты. Остальные виды ресурсов подчиняются законам механики. Их можно лучше использовать, но их выход никогда не будет больше, чем сумма входов. Организация располагает как минимум следующими видами ресурсов: кадровыми, материально-финансовыми, лечебно-технологическими, информационными, временными и др.

Человеческие ресурсы можно определить как потенциал валеогенной и творческой энергии, профессиональных знаний и умений. Поэтому их рассматривают с разных точек зрения: мотивационной, интеллектуальной, управленческой, организационной, коммуникативной, информационной,

соревновательной, социально-психологической, эколого-гигиенической, демографической, деятельностной, стратегической, научно-инновационной.

Среди других видов ресурсов особо следует выделить информационные. Это - совокупность данных и знаний, представляющих собой меру организации системы. От уровня организации процессов сбора, накопления, хранения, поиска, передачи и методов обработки информации зависит эффективность системы управления организацией.

Движение и формирование денежных ресурсов в целом, распределение их между подсистемами и элементами организации, финансирование инвестиционных проектов, расчеты с потребителями и поставщиками и др. являются ежедневной задачей менеджмента в условиях дефицита финансовых средств.

Возможность использования тех или иных видов основных средств (оборудования и материальных ресурсов) зависит от финансового состояния организации. При этом доля затрат на эти виды ресурсов в себестоимости услуг (продукции) в последний период резко возрастает.

Развитие лечебно-технологического процесса приводит к расширению масштабов производства услуг и изделий медицинского назначения. Эффективность использования всех видов ресурсов организации зависит от уровня применяемых технологий производства услуг и управления, что определяется ее технологическими ресурсами. Клиническая технология включает в себя комплекс средств в определенной комбинации. Появление совершенно новых технологий (биоинженерных, информационных и др.) требует инновационных подходов к управлению. Не менее важно влияние технологий на климат в организации, ее организационную культуру.

Время - это такой же ограниченный источник, как и материалы, финансы, сырье. Оно необратимо; его невозможно растянуть или восстановить. Поэтому для руководителя фундаментально важно управлять как собственным временем, так и временем других

людей. И управление временем, следовательно, касается в большей степени организации рабочего времени, чем его экономии.

Руководителю предстоит управлять затратами ресурсов в условиях кризисной ситуации, стабильности и перспективы по-разному. Но в конкретной ситуации его задача - добиться такого соотношения и мобилизации ресурсов, которые привели бы к достижению цели с минимальными затратами. Решение этой задачи отводится менеджменту.

Система мер по снижению издержек (затрат) в организации проводится по следующему алгоритму.

1. Постановка задачи. Задача решается как по организации в целом и ее подразделениям, так и по всем видам услуг (продукции). При этом важен временной период анализа для выявления сезонных отклонений.

2. Анализ структуры затрат, выявление статей, имеющих наибольший удельный вес. Наиболее распространенный метод - составление диаграмм по статьям затрат. Простейший анализ наглядно показывает, какие статьи затрат имеют наибольший удельный вес. Как правило, значимых статей не так много; доминируют затраты на заработную плату, оборудование, коммунальные услуги, материалы, энергоресурсы в зависимости от вида оказываемых услуг (выпускаемой продукции).

3. Выработка мероприятий по снижению затрат. Поставленная задача, проведенный анализ и выявленные статьи с наибольшим удельным весом

издержек позволяют наметить основные мероприятия по их сокращению и выработать постоянный механизм управления затратами ресурсов (с учетом «эффекта мелочей»).

Структура отражает строение системы (организации), т.е. состав ее элементов, уровень их интеграции и на этой основе степень взаимодействия, способ соединения. Все эти качества в совокупности характеризуют уровень организованности учреждения здравоохранения.

Структурированность - свойство любой системы, элементы которой образуют целое благодаря связям между ними. Структура организации всегда объединяет переменные ее внутренней и внешней среды. Организационная структура - это совокупность управленческих подразделений, между сотрудниками которых установлена система взаимосвязей, призванных обеспечить реализацию различных видов работ, функций управления и осуществления процессов для достижения целей того или иного образования (учреждения, органа) здравоохранения.

В организационной структуре выделяются следующие элементы: звенья (подразделения, отделы, лаборатории и т.п.), уровни (ступени управления) и связи - горизонтальные и вертикальные. Горизонтальные связи носят характер согласования и являются, как правило, одноуровневыми. Вертикальные связи - это связи подчинения. Необходимость в них возникает при наличии нескольких уровней или ступеней управления (иерархичность). Связи в структуре могут носить линейный и функциональный, формальный и неформальный характер.

Факторы построения организационных структур. Проектирование или создание организации предполагает соединение определенным образом видов деятельности и их исполнителей. Указанное соединение имеет статический аспект, проявляющийся в организационной структуре, и динамический аспект, выражающийся в процессе медико-фармацевтического и промышленного производства, управления.

В функционирующих организациях к процессу изменения организационной структуры следует относиться как к постоянной реорганизации, что требует поиска наиболее эффективного сочетания организационноэкономических переменных, т.е. факторов и условий. Эти переменные или факторы (условия) не являются постоянными и носят ситуационный характер.

Целесообразно выделение следующих основных групп взаимосвязанных ситуационных факторов, влияющих на организационную структуру, определяющих ее тип, состав подразделений, степень централизации и другие характеристики:

- состояние внешней профессионально-деловой среды, т.е. всего того, что окружает организацию;
- технологию управления и оказания услуг (фармакопромышленного производства);
- стратегический выбор руководства организации в отношении ее целей и задач;
- организационное поведение сотрудников.

Любая организация при проектировании или изменении организационной структуры должна выполнять определенные правила или следовать принципам их построения, учитывать факторы внутренней и внешней среды. К ним относятся классические принципы построения бюрократических (иерархических) структур, которые были сформулированы еще в начале прошлого века и по которым еще и сегодня построены крупные и сверхкрупные организационные структуры. Основные из них следующие:

1. Принцип разделения труда. Разделение или специализация (профессионализация) труда - особенно важный для здравоохранения и естественный метод, позволяющий оказать более качественные и в большем объеме услуги с меньшими затратами. Специализация позволяет сокращать количество объектов (пациентов), на которые должны быть направлены усилия медицинского персонала. В то же время разделение труда имеет свои пределы.

2. Принцип централизации и децентрализации - требует оптимального сочетания централизации и децентрализации с учетом конкретной ситуации и способностей руководителя, назначенного для координации деятельности органов здравоохранения, подразделений, отделов организации.

3. Принцип власти и ответственности - тесно связан с предыдущим принципом и утверждает необходимость тесной связи и равенства между властью руководителя и его ответственностью. Требования принципа особенно важны при делегировании полномочий по вертикали управления.

4. Принцип единства цели и руководства. Виды работ, которые выделяются в процессе разделения труда (1-й принцип), должны быть скоординированы и направлены к единой цели. Принцип указывает на необходимость выделения руководителя для координации взаимозависимой деятельности.

5. Принцип цепи выступает как результат требований указанных выше 4 принципов; устанавливает необходимость создания соподчиненной цепи руководителей «от высших эшелонов власти до низших», т.е. путь для вертикальных связей в организации. Важно, чтобы все связи от низшего уровня проходили через каждого руководителя в цепи команд.

Рассмотренные принципы определяют главные требования при создании или пересмотре (реформировании организационных структур) сочетания задач и полномочий. Разумеется, они не являются строго фиксированными правилами, а выделяют главные вопросы и намечают основные направления в деятельности руководителей.

Проектирование и изменение организационной структуры направлены на достижение основных целей и решение задач организации, базируются на ее стратегических планах. Исходная точка построения структуры - проектирование работы и рабочих мест, что зависит от формы организации труда. Выделение структурных подразделений, иерархически увязанных и находящихся в постоянном производственном взаимодействии - следующий шаг в формировании структуры организации. Важная роль управления, руководителя состоит в определении организационных размеров структурных подразделений (учреждений, предприятий), их прав, обязанностей и ответственности.

Важны система взаимодействия и коммуникаций с другими подразделениями, а также правильное определение цели и задач, оснащение структур необходимыми ресурсами.

В процессе проектирования организационных структур выделяют следующие этапы:

1. Деление организации по горизонтали на широкие блоки, соответствующие важнейшим направлениям ее деятельности в стратегическом плане. Распределение видов деятельности по линейным и штабным подразделениям.

2. Регламентация соотношений полномочий различных должностей персонала с учетом норм управляемости.

3. Определение конкретным лицам совокупности определенных задач и функций.

В процессе деятельности организации появляется необходимость изменения (реформирования) организационной структуры под воздействием внешних и внутренних условий. Решающим фактором эффективности организации нередко выступает рациональность ее структуры. Поэтому такие понятия, как реорганизация, реструктурирование, реформирование, относятся прежде всего к категории структуры организации в целом. Это не исключает реструктурирование отдельных элементов (персонала, оснащения) и подсистем организации (экономико-технологической, информационной и др.).

Перечень типичных проблем структурирования организаций

1. Структурирование организации не базируется на проектировании работы в ней.

2. Многопрофильность организации (степень диверсификации) затрудняет управление.

3. Не соблюдаются и не анализируются нормы управляемости.

4. Не выполняются или дублируются отдельные функции управления.

5. Отсутствуют или устарели положения о подразделениях и должностных лицах.

6. Структура очень «жесткая», не проявляет гибкости и слабо реагирует на происходящие изменения.

7. Диспропорция в численности и загрузке подразделений.

При наличии подобных или другого рода проблем, связанных с организационным характером структур, рекомендуется:

- периодически обновлять «бюрократический аппарат»;
- переставлять местами персонал, меняя его функции в целях обретения необходимой мобильности (подвижности);
- устранять причины снижения активности в управленческой системе - в ее структуре.

Если одни организации больше похожи на жестко структурированные механизмы, то другие напоминают живой организм. Это зависит в первую очередь от типа организационной структуры (табл. 6).

Таблица 6. Сравнительная характеристика организационных структур управления

Линейно-функциональные структуры	Дивизиональные структуры
Обеспечивают выполнение специализированных задач, контролируемых с помощью планов и бюджетов	Децентрализованные операции подразделений с централизованной оценкой результатов и инвестиций
Наиболее эффективны в стабильной среде	Наиболее эффективны в изменяющейся профессионально-деловой среде
Содействуют эффективному производству стандартизированных услуг и товаров	Пригодны для условий взаимосвязанной диверсификации по видам услуг, изделий медицинского назначения и регионам
Обеспечивают экономию на управленческих расходах	Ориентированы на оперативное принятие решений

Предусматривают специализацию функций и компетентность	Создают организационные условия для междисциплинарного подхода
Ориентированы на тарифы и ценовую конкуренцию	Успешно функционируют при неценовой конкуренции
Рассчитаны на использование действующих лечебно-диагностических технологий и сложившегося рынка услуг и товаров	Ориентированы на освоение новых рынков услуг (товаров) и новых лечебно-диагностических технологий
Производственная специализация, превышающая возможности централизованного планирования	Вмешательство высшего звена организации для усиления координации подразделений и повышения эффективности их деятельности
Быстрое решение проблем, находящихся в компетенции одной функциональной службы	Быстрое решение сложных межфункциональных проблем
Вертикальная интеграция, нередко превышающая возможности полной загрузки специализированных подразделений	Внутриорганизационная (учрежденческая) диверсификация или приобретение внешних организационных звеньев

Линейные организационные структуры

Согласно известному принципу при достаточном количестве времени и достаточном количестве ступеней иерархической лестницы каждый сотрудник взбирается на свою ступень некомпетентности и упорно остается там. Это обстоятельство во многом обусловлено характером и особенностями так называемых линейных организационных структур.

Рассматриваемые структуры относятся к типу бюрократических (механистических). Понятие линейной структуры связано с делением организации по вертикали сверху вниз, базирующемся на строгой подчиненности низшего звена управления высшему (рис. 8). Они характеризуются четким единоначалием - каждый руководитель, каждый работник подчинены только одному вышестоящему лицу.

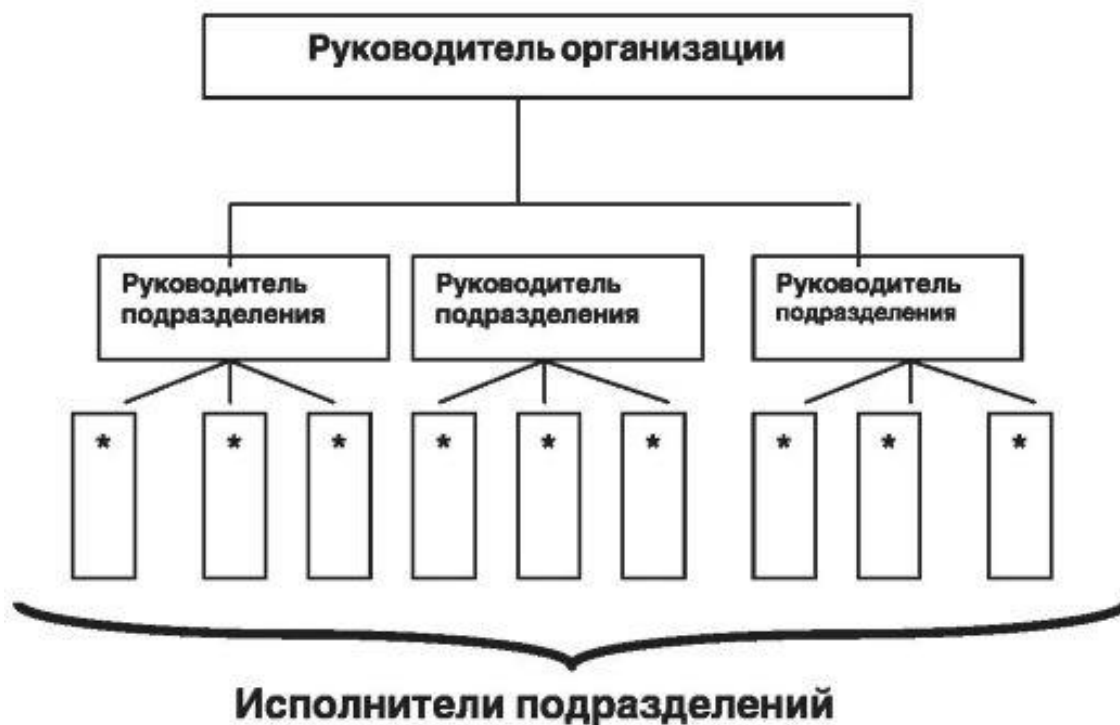


Рис. 8. Линейная структура управления

Руководитель, таким образом, несет полную ответственность за результаты деятельности подчиненных ему подразделений. Доминирующим принципом построения линейных структур служит вертикальная иерархия, которая обеспечивает простоту и четкость подчинения. Поэтому каждый руководитель в такой структуре должен быть высококвалифицированным специалистом, обладать разносторонними, а не только узкопрофессиональными знаниями.

В условиях рыночных отношений линейные структуры далеко не всегда способны обеспечить решение сложных задач, связанных с увеличением числа уровней управленческой иерархии, количеством подчиненных подразделений и их различной функциональной направленностью. В таких условиях, естественно, применение линейных структур в чистом виде ограничено даже в различных комбинациях. Отсутствие гибкости и адаптивности не позволяет этим структурам решать комплексные задачи по реформированию отрасли.

Функциональные организационные структуры называются еще классическими. Они основаны на функциональной департаментализации. Традиционно в этих организациях выделяют отделы кадров (персонала), экономической службы, а в последнее время и маркетинга. Эти структуры стимулируют профессионально-деловую специализацию, сокращают дублирование усилий и потребление ресурсов в функциональных областях при лучшей координации в них. Функциональная структура особенно показана для организаций с широкой номенклатурой услуг и продукции. Определенная вероятность «зафункционалирования» какого-либо подразделения возможна при условии, когда интересы отдела начинают не совпадать с общей целью всей организации.

Недостаток функциональных структур проявляется в нарушении принципа единоначалия. Каждый исполнитель одновременно может получать указания по нескольким каналам от разных руководителей. Тем самым функциональная специализация работ как бы разрывает управленческий процесс, единый по своей природе. Поэтому в чисто функциональном виде структура практически не работает. Обычно она используется в органическом сочетании с линейной структурой, образуя линейно-функциональные

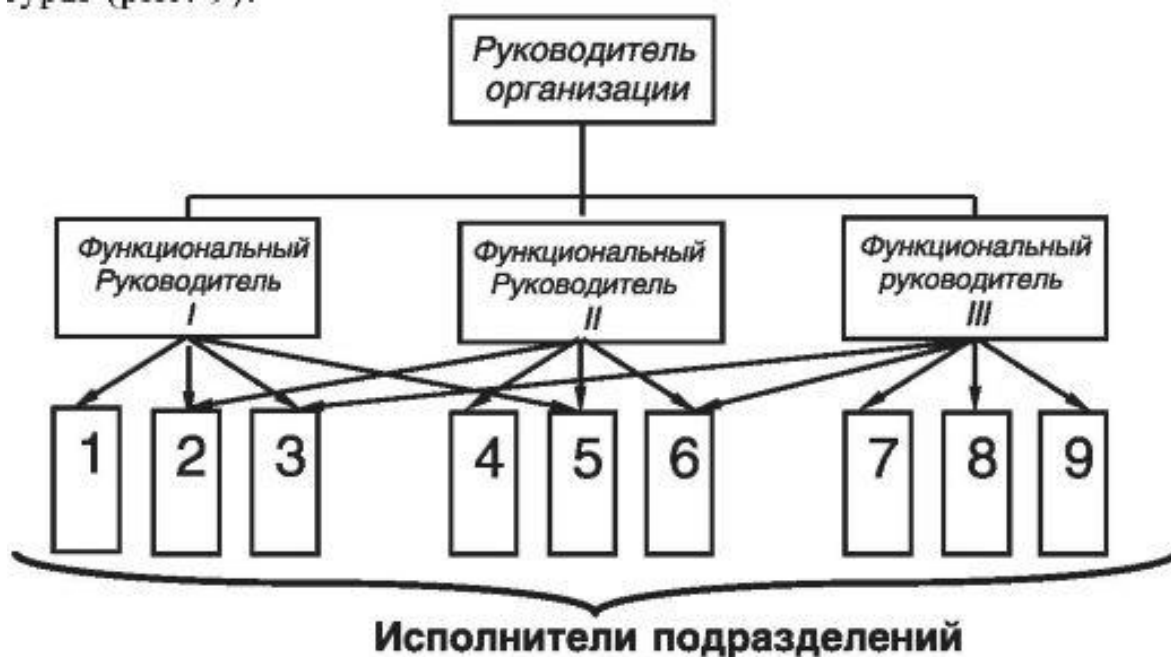


Рис.

9. Функциональная структура управления

Линейно-функциональная организационная структура здравоохранения. Согласно известному закону связи, неизбежным результатом расширяющихся связей между различными уровнями иерархии является возрастающая область непонимания. По этой причине линейная структура, как и функциональная, в чистом виде практически не применяется. Они используются в тесном, органическом сочетании и образуют группу линейнофункциональных структур. При таком построении появляется возможность взаимоувязать выполнение узкоспециализированных функций с системой подчиненности и ответственности за непосредственное решение задач по проектированию, оказанию услуг и производству продукции и обеспечению ими пациентов (потребителей). При этом права и ответственность более углубленно разделяются между разными органами, руководящими разработками, потреблением услуг, закупкой материалов и оборудования, производством, сбытом и т.д. Практический опыт применения линейнофункциональных структур показывает, что они наиболее эффективны там, где аппарат (органы) управления выполняет рутинные, часто повторяющиеся и редко меняющиеся функции и задачи.

Характеристики, аналогичные линейно-функциональным структурам, имеют так называемые **линейно-штабные** организационные структуры. Они предусматривают создание при руководителях разных уровней штабов по отдельным специализированным функциям лечебно-профилактического, санитарно-гигиенического дела.

Дивизиональные организационные структуры отрасли здравоохранения (рис. 10) основаны на дивизиональной департаментализации по продукту (видам услуг, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения), потребителю (пациенту), территориальному принципу или по их сочетанию.

Проектные организационные структуры. В практике используются два основных типа органических структур - **проектные** и **матричные**. **Проектное управление** - это управление комплексными, нерутинными видами деятельности органов и организаций здравоохранения, которые требуют обеспечения непрерывного интегрирующего руководства в условиях строгих ограничений по времени, затратам и качеству работ. В реализации таких проектов возможности традиционных структур ограничены. Для решения подобного рода проблем создается **проектная организационная структура**.



Рис. 10. Вид дивизиональной структуры медицинской организации

Это временная организация, создаваемая для решения конкретной комплексной задачи, например создания федеральной (региональной) оздоровительно-профилактической программы здоровья. Для этого организуется команда экспертов - представителей разных специальностей, исследователей для реализации этого проекта с заданным уровнем качества и в рамках определенных (выделенных) материальных, финансовых и трудовых параметров.

Матричные организационные структуры - одна из наиболее распространенных разновидностей проектных организационных структур. Типичная организация преобразуется в матричную структуру (рис. 11), когда ее сотрудники приступают к разработке специализированных проектов вне жестких рамок традиционной иерархии. Полномочия перемещаются вертикально вниз по иерархии, и руководитель проекта или программы (здоровья) получает право реализовать функциональную власть над всем проектом. В результате налицо двухкоординатный поток власти. При этом возможны нарушения принципов скалярной цепочки и единоначалия, но достигаются значительная оперативность и стратегическая гибкость. Матричная организационная структура позволяет добиться определенной гибкости, чего трудно достичь в функциональных структурах, поскольку там все сотрудники постоянно закреплены за определенными функциональными подразделениями. В матричных же структурах для работы над конкретным проектом программы здоровья, например, специалисты набираются из отдельных исследовательских институтов и по мере появления новых проектных задач гибко распределяются для их эффективного решения.

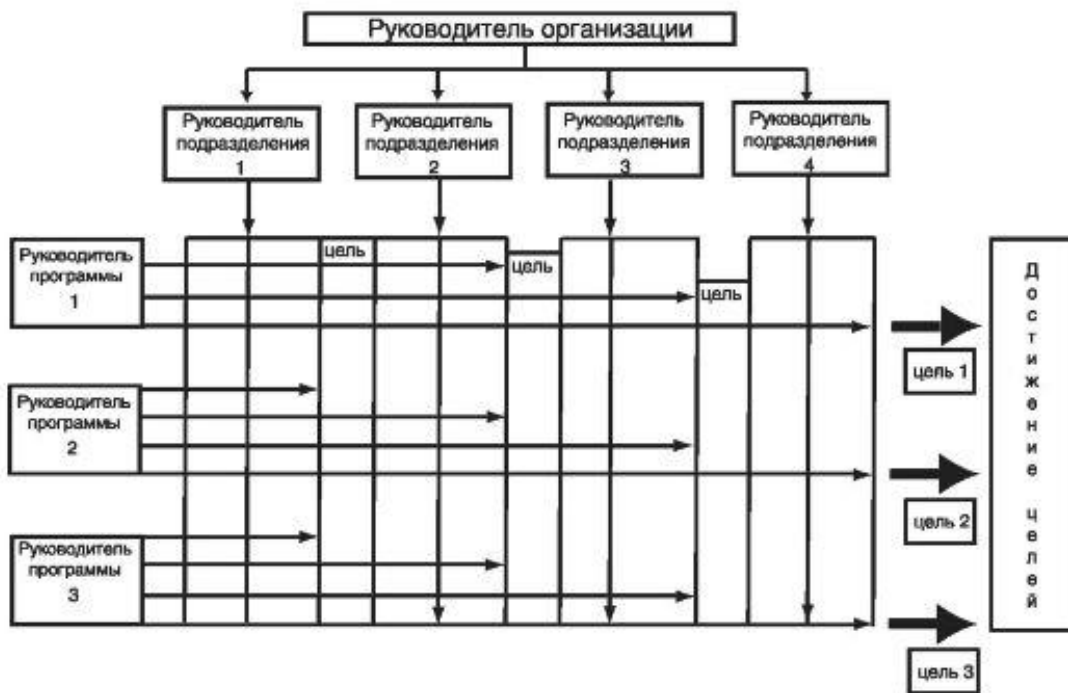


Рис. 11. Матричная организационная структура

Тема 6. Структурирование деятельности по охране здоровья

В качестве критериев структурирования деятельности по охране здоровья можно использовать род, сферы и элементы этой деятельности. Эти 3 критерия позволяют получить трехмерное представление о структуре деятельности по охране здоровья (рис. 12). Данное представление может дать только общий контур или очертание этой деятельности, поэтому является достаточно общей структурной композицией для здравоохранения.

Род деятельности - это то, что осуществляет данная деятельность. В деятельности по охране здоровья в качестве рода деятельности будут выступать процессы, направленные на сохранение, восстановление и укрепление здоровья человека.



Рис.

12. Трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья

Сфера деятельности - это то, что является объектом осуществления данной деятельности. В деятельности по охране здоровья объектом деятельности является человек, точнее, состояние его здоровья.

Элементы деятельности - это то, что участвует в процессе осуществления деятельности. Осуществить любую деятельность не представляется возможным без участия самих деятелей (кадров), т.е. самого человека, который является основным элементом всякой деятельности. Для осуществления деятельности необходим также предмет или объект, на который направлена данная деятельность. Разная деятельность имеет разные предметы для человеческого воздействия. Для воздействия на предмет своей деятельности человеку, как правило, необходимы также определенные средства, которые позволяют усилить или улучшить данное воздействие.

Кадры, предмет и средства - это общие названия элементов деятельности, каждый из которых имеет вполне конкретные наименования. Конкретные названия элементов деятельности должны определяться характером, родом, сферой и областью осуществляемой деятельности. Деление деятельности по охране здоровья на 3 меры: род, сферу и элемент - дает трехмерное представление о структуре этой деятельности. Деление каждой из этих мер еще на 3 составляющие делает это трехмерное пространство еще и трехуровневым. Пересечение разных уровней из разных мер создает структурную решетку разных сторон этой деятельности. Такое объемное представление о структуре деятельности по охране здоровья сложно изобразить на плоскости. В наиболее общем виде это показано на рис. 13. Если заполнить ячейки полученных решеток, каждая из которых сама является одной из структур деятельности по охране здоровья, можно получить системное представление о здравоохранении, которое является одной из форм осуществления деятельности по охране здоровья в современном обществе.

Каждая сфера деятельности по охране здоровья имеет также свою конкретную область. Если разделить эти сферы деятельности еще на более конкретные, то более полную ее структуру можно представить в табличной форме.

Как уже было сказано, деятельность по охране здоровья можно рассматривать с разных позиций. Если смотреть на нее с позиции того, что происходит со здоровьем человека в процессе ее осуществления, то можно получить структуру, которая характеризует направления или род этой деятельности: сохранение, восстановление и укрепление здоровья (табл. 7).



Рис.

13. Основные составные части деятельности по охране здоровья

Таблица 7. Родовая структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Род деятельности по охране здоровья		
	сохранение здоровья	восстановление здоровья	укрепление здоровья
Кадры			
Средства			
Предмет (человек)			

Если посмотреть на деятельность по охране здоровья с позиции здоровья человека, то можно получить структуру, которая характеризует область или сферу этой деятельности: физическую и психическую, социальную (табл. 8).

Таблица 8. Сферная структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Сфера деятельности по охране здоровья		
	физическая	психологическая	социальная
Кадры			
Средства			
Предмет (человек)			

Для обозначения деятельности по сохранению и укреплению здоровья можно использовать такие общепризнанные категории, как санитария и гигиена, а для восстановления здоровья - медицина.

Для обозначения деятельности, связанной с душевным состоянием здоровья человека, тоже можно использовать общепринятые в здравоохранении категории. Деятельность, которая направлена на сохранение психического здоровья человека, можно было бы с учетом сказанного выше назвать

психогигиеной, которая не только изучает влияние окружающих условий на психическое здоровье человека, но и разрабатывает меры для его сохранения и укрепления, а также предупреждения возникновения психических расстройств.

Что касается социального здоровья человека, то официальная медицина не занимается этим или фиксирует его как социальное благополучие, которое зависит от социума, а не от здравоохранения.

В качестве критериев специальных структур элементов деятельности по охране здоровья могут выступать род и сфера этой деятельности. Данные структуры являются двумя сторонами трехмерного представления об общей структуре деятельности по охране здоровья.

Сложность заполнения «клеточек» этих таблиц связана с тем, что требуется определенная конкретизация для рода деятельности - ее сфер, а для сфер - областей деятельности. Области деятельности, видимо, можно еще районировать и т.д. Видимо, можно найти термины, определяющие общие названия элементов деятельности для рода и сферы деятельности по охране здоровья, но это будут слишком абстрактные названия, которые мало о чем будут говорить. Кроме того, логика понимания индустрии здоровья строится от общего к частному: от рода деятельности - к сфере, от сферы деятельности - к области, от области деятельности - к предмету, от предмета деятельности - к средствам и людям, осуществляющим эту деятельность. Каждый род деятельности может иметь несколько сфер, областей и предметов деятельности. В этом случае общее название необходимо определить для основания (рода) деятельности, а не для его «крыши» (предмета), которая имеет большую специфику и специальное название.

Правда, если абстрагироваться от рода и сферы деятельности, то можно «построить» общую структуру элементов деятельности по охране здоровья. Для этого в качестве

характеристики каждого элемента деятельности можно использовать такие философские категории, как общее, особенное и отдельное (специальное). Данная структура (табл. 9) позволяет получить наиболее общую характеристику элементов деятельности по охране здоровья.

Таблица 9. Общая структура элементов деятельности по охране здоровья

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	общие	особенные	специальные
Кадры	Управление персоналом	Обслуживающий персонал	Предметные специалисты
Средства	Электроэнергия, связь, тепло- и водоснабжение	Здания, сооружения и оборудование	Техника, инструменты, медикаменты и материалы
Предмет	Социальные условия человека	Состояние социальных условий человека	Область воздействия, вредные для здоровья факторы и условия

Для элемента «**кадры**» деятельности по охране здоровья можно дать ряд определений:

1. Общие кадры - это те, кто осуществляет организацию, руководство и управление данной деятельностью. Эти кадры создают своеобразную человеческую инфраструктуру, которая позволяет запустить и осуществить общий процесс обеспечения определенной деятельности. Данные кадры обычно называют управленческими. Управлять можно только тем, что движется, т.е. процессом, точнее, людьми, которые осуществляют данный процесс. В связи с этим общими кадрами, которые выступают инфраструктурным полем процессуального обеспечения деятельности, будут те кадры, которые сами управляют кадрами (персоналом).

2. Особенности кадры - это те, кто осуществляет обслуживание (обеспечение) процесса осуществления самой деятельности. Такие кадры обычно называют обслуживающим персоналом.

3. Специальные кадры - это те, кто непосредственно осуществляет данную деятельность. Их можно назвать специалистами, но специалистами являются и управленцы, и кадры из обслуживающего персонала. Данные (специальные) кадры являются тоже специалистами, но в отличие от остальных кадров они непосредственно (другие - опосредствованно) воздействуют на предмет данной деятельности.

Для элемента «**средства**» деятельности по охране здоровья можно предложить следующие варианты группировки:

1. К общим средствам можно отнести внешние источники жизнеобеспечения процессов, возникающих на всех стадиях и уровнях осуществления данной деятельности. Обычно к таким источникам относят снабжение водой, теплом, связью и электроэнергией.

2. К особым средствам можно отнести здания, сооружение и оборудование, которые имеют, как правило, некоторые архитектурные и конструктивные особенности.

3. К специальным средствам можно отнести технические средства и инструменты, медикаменты и материалы. Данные средства собственно и являются средствами, которыми человек осуществляет воздействие на предмет своей деятельности, а все остальные (общие и особенные) средства только обеспечивают «рабочее состояние» этих специальных средств.

Для элемента «**предмет**» деятельности по охране здоровья можно предложить такую интерпретацию его характеристик:

1. Общим предметом деятельности по охране здоровья выступает сам человек, его здоровье.

2. Особым предметом данной деятельности выступает состояние человека, точнее, состояние его здоровья - физического, психического и социального.

3. Специальным предметом деятельности по охране здоровья могут выступать область непосредственного воздействия на вредоносные факторы (для сохранения здоровья) и оздоровительные (при восстановлении и укреплении здоровья) факторы и условия.

Описанная характеристика элементов деятельности по охране здоровья является достаточно абстрактной, дает наиболее общее представление о структуре элементов этой деятельности. Кроме того, эти представления можно использовать для общей оценки деятельности по охране здоровья.

Элементы деятельности по охране здоровья можно структурно различать и по таким экономическим критериям, как затраты и эффект. В этом случае кадры и средства деятельности выступают как затраты, необходимые для осуществления данной деятельности. Стоимостная оценка этих затрат принимает форму расходов или издержек, понесенных в связи с процессом осуществления этой деятельности. В качестве эффекта, точнее, результата (так как эффект может отсутствовать) выступает предмет, «обработанный»

в процессе этой деятельности. Конечным результатом «обработки» разных предметов в деятельности по охране здоровья выступает только сам человек, точнее, состояние его здоровья. Для разного рода деятельности по охране здоровья состояние здоровья человека как предмета деятельности будет разной. Кроме того, сам результат осуществления деятельности (или предмет, «обработанный деятельностью») тоже может быть разным - положительным, отрицательным или нулевым.

При сохранении здоровья положительным можно считать результат, при котором состояние здоровья человека не ухудшается. При восстановлении здоровья таким результатом может выступать не только улучшение состояния человека, но даже отсутствие ухудшения его состояния. Последний результат может быть положительным, если при неосуществлении данной деятельности состояние человека может ухудшиться. При укреплении здоровья положительным результатом может быть только улучшение состояния здоровья человека.

Человек выступает не только в качестве конечного результата (эффекта) деятельности по охране здоровья, но и в качестве инвестора этой деятельности, так как он лично или его «спонсор» в лице государства, страховых или благотворительных фондов должны покрыть расходы, понесенные в процессе осуществления этой деятельности. В противном случае эта деятельность станет убыточной, и нельзя будет осуществить даже процесс простого ее воспроизводства.

Обработанный предмет выступает результатом деятельности, а средства для обработки и кадры, ее осуществившие, - как затраты на эту обработку. Соотношение результата и затрат показывает эффективность деятельности. Затраты на осуществление деятельности можно довольно точно оценить и подсчитать. Что касается результата, точнее, эффекта деятельности по охране здоровья вообще или по ее отдельным родам и сферам, то оценить и подсчитать его непосредственно в денежном эквиваленте достаточно проблематично и практически невозможно. Для этого обычно используют условные оценки и косвенные расчеты, что позволяет иметь достаточно общее и приблизительное представление об эффективности деятельности по охране здоровья.

Финансовое обеспечение процесса осуществления деятельности по охране здоровья в современных условиях имеет большое значение. Но даже в условиях рынка это является только одной из сторон (стоимостной) обеспечения данного процесса. Другой немаловажной, если не самой главной, стороной обеспечения деятельности по охране здоровья является натуральное наполнение этого процесса, т.е. количественное и качественное содержание самих элементов (кадров и средств) осуществления этой деятельности.

Задачи натурального обеспечения деятельности решаются путем подготовки кадров (образование и наука) для этой деятельности и средств (медицинская промышленность, фармацевтика и т.д.), улучшающих ее осуществление, а задачи стоимостного (прежде всего, финансового) обеспечения решаются непосредственно самим человеком или опосредствовано обществом, через различные формы (бюджет, страхование, благотворительность и т.д.). Структуры, которые осуществляют решение данных задач, выступают по отношению к процессу осуществления деятельности по охране здоровья как **инфраструктура** этой деятельности, или инфраструктура здравоохранения.

Инфраструктура - это то, что находится за пределами структуры или дословно - под структурой. За пределами структуры деятельности по охране здоровья, как уже было сказано, находится то, что необходимо для осуществления самого процесса этой деятельности. Инфраструктура имеет подчиненную или вспомогательную роль по отношению к самой структуре и должна обеспечивать нормальную ее деятельность. Инфраструктура выступает в качестве своеобразной формы существования определенной структуры.

Структура деятельности по **обеспечению** всем необходимым для нормального осуществления процесса сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека по отношению к структуре деятельности по **осуществлению** процесса охраны здоровья выступает в

качестве инфраструктуры деятельности по охране здоровья. Строго говоря, и сама структура деятельности по охране здоровья по отношению к содержанию этой деятельности (состоянию здоровья человека) выступает тоже в качестве инфраструктуры, так как обеспечивает процесс нормального (здорового) состояния человека. Структура и инфраструктура взаимосвязаны между собой и построены по принципу матрешки: большая матрешка по отношению к меньшей выступает как инфраструктура - к структуре.

В качестве критериев структурирования деятельности по сохранению, восстановлению и укреплению здоровья человека были взяты сферы и элементы этой деятельности. Что касается инфраструктуры деятельности по охране здоровья, в качестве критериев структурирования можно взять содержательное наполнение каналов обеспечения этой деятельности. Как уже было сказано, для осуществления деятельности необходимо иметь (содержать) не только натуральное (кадры и средства), но и стоимостное (финансовое) наполнение (воспроизводство) этой деятельности.

Для лучшего понимания и восприятия сказанного рассмотрим рис. 14, который дает некоторое системное представление о деятельности по охране здоровья.

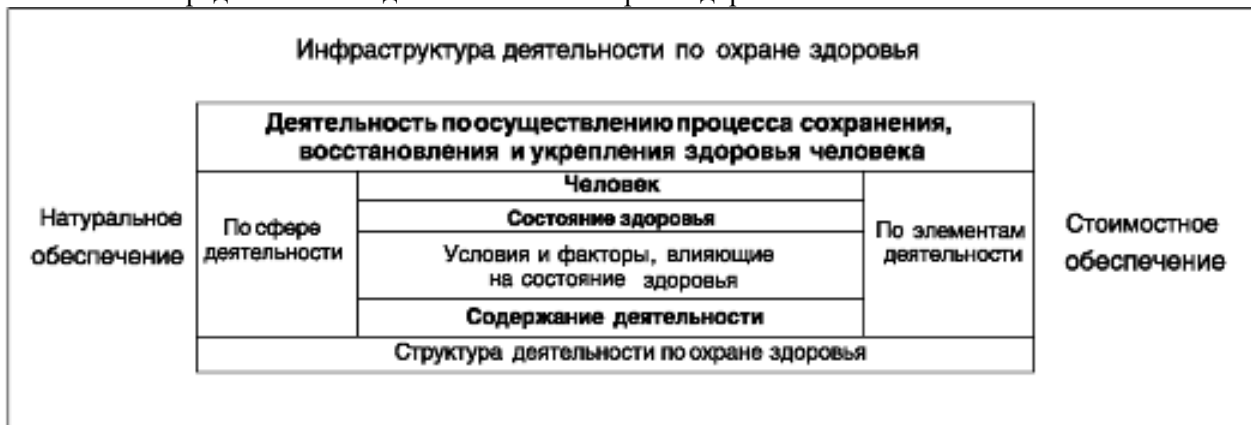


Рис. 14. Содержание, структуры и инфраструктуры деятельности по охране здоровья

В центре представлены состояние здоровья человека, а также условия и факторы, влияющие на него. Данный центр выступает в качестве содержания деятельности по охране здоровья, характеризует деятельность по осуществлению процесса сохранения, восстановления и укрепления здоровья человека и выступает как структура деятельности по охране здоровья. Деятельность по обеспечению непрерывности процесса по охране здоровья и выступает уже как инфраструктура этой деятельности.

Тема 7. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения

Принято выделять **субъект** и **объект** управления. **Субъектом** управления может выступать отдельный руководитель, аппарат (орган) управления, т.е. управляющая подсистема. **Объектом** управления выступают как здоровье человека, так и определенная организация (больница, поликлиника, аптека, центр санэпиднадзора др.). Это управляемая подсистема. Большинство хозяйствующих субъектов в системе здравоохранения имеют статус **юридического лица**. В соответствии с ГК РФ (часть I) юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом; может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права; нести обязанности; быть истцом и ответчиком в суде.

Юридическое лицо должно иметь самостоятельный баланс или смету. Оно вправе открывать счета в банках на территории России и за ее пределами. Юридическое лицо имеет печать с полным наименованием организации на русском языке, штампы и бланки со своим наименованием, а также зарегистрированную в установленном порядке эмблему.

Юридическое лицо подлежит государственной регистрации в органах юстиции. Данные государственной регистрации включаются в единый государственный реестр юридических лиц, открытый для всеобщего ознакомления.

Юридическое лицо считается созданным с момента государственной регистрации. Юридическое лицо действует на основании учредительных документов: устава либо учредительного договора и устава либо только учредительного договора.

В учредительных документах должна содержаться следующая информация:

- наименование юридического лица, указывающее на его организационно-правовую форму;

- место нахождения;
- порядок управления;
- другие сведения.

Юридическое лицо может быть реорганизовано путем слияния, присоединения, разделения, выделения, преобразования. Реорганизация происходит по решению учредителей (участников) либо органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами.

Юридическое лицо может быть ликвидировано. Это может произойти:

- по решению его учредителей (участников) либо органа юридического лица, уполномоченного на то учредительными документами;
- по решению суда;
- в случае признания юридического лица несостоятельным (банкротом).

Юридическое лицо, в том числе в здравоохранении, может быть создано в форме коммерческой или некоммерческой организации.

Таким образом, современная система здравоохранения - это синтез коммерческих и некоммерческих организаций, основанный на оптимальном сочетании материальных и социальных ценностей, рыночных и нерыночных методов хозяйствования.

Каждый дееспособный гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве **индивидуального предпринимателя**. В системе здравоохранения к ним могут быть отнесены **частнопрактикующие** врачи, фармацевты и др.

К **индивидуальной** предпринимательской деятельности граждан в системе здравоохранения применяются правила ГК РФ, регулирующие деятельность коммерческих организаций, если иное не вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения.

По своим обязательствам граждане-предприниматели отвечают всем принадлежащим им имуществом, за исключением имущества, на которое в соответствии с законом не может быть обращено взыскание. Перечень такого имущества устанавливается гражданским процессуальным законодательством. Если кто-нибудь из индивидуальных предпринимателей окажется не в состоянии удовлетворить требования кредиторов, связанные с осуществлением им предпринимательской деятельности, он может быть признан судом несостоятельным (банкротом). С момента вынесения решения суда о несостоятельности (банкротстве) гражданина утрачивает силу его регистрация в качестве индивидуального предпринимателя.

Требования кредиторов индивидуального предпринимателя в случае признания его банкротом удовлетворяются в порядке, установленном гражданским законодательством. После завершения расчетов с кредиторами банкрот освобождается от исполнения оставшихся обязательств, связанных с его предпринимательской деятельностью, и иных требований, предъявленных к исполнению и учтенных в процессе банкротства, но попрежнему остаются в силе требования граждан, перед которыми он несет ответственность за причинение вреда жизни или здоровью, а также иные требования личного характера.

По своей сути понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность» коренным образом отличается от весьма схожего с ним по названию термина

«индивидуальная трудовая деятельность» (ИТД). В Законе РСФСР «О предприятиях и предпринимательской деятельности», действовавшем до принятия в 1994 г. ч. I ГК РФ, под ИТД понималась предпринимательская деятельность, осуществляемая без привлечения наемного труда. Теперь это ограничение снято, и граждане-предприниматели наравне с другими субъектами предпринимательской деятельности могут вступать в трудовые отношения с нужными им работниками.

Для получения статуса индивидуального предпринимателя каждому гражданину достаточно, предъявив свой паспорт, представить в соответствующий орган государственной регистрации по месту жительства заявление по установленной форме с указанием всех предполагаемых видов его будущей предпринимательской деятельности и документ, свидетельствующий об оплате им регистрационного сбора. Для регистрации индивидуальных предпринимателей - врачей, фармацевтов - необходимо еще и наличие государственного диплома о высшем медицинском образовании и соответствующей лицензии.

Гражданин-предприниматель может заниматься только теми видами деятельности, которые перечислены в его регистрационном свидетельстве. Любое последующее расширение сферы его предпринимательской деятельности невозможно без повторной регистрации.

Отношения собственности являются определяющими во всей совокупности экономических отношений общества. Они оказывают существенное влияние на хозяйственный механизм, развитие экономической системы, а также на практическую реализацию социально-экономической политики.

Собственность занимает господствующее положение в системе экономических отношений в здравоохранении. Отношения собственности определяют характер производства, распределения, обмена и потребления услуг и товаров медицинского назначения.

Различают **субъекты** и **объекты** собственности. **Субъекты** собственности в системе здравоохранения представляют лица, которые вступают в отношения собственности. Это физические и юридические лица, государство. **Объекты** собственности объединяют то, по поводу чего возникают отношения собственности. Объектом собственности в здравоохранении могут быть здания, сооружения, оборудование, инвентарь, денежные средства, ценные бумаги, земельные участки, результаты интеллектуальной деятельности.

Следует обратить особое внимание на то, что многие объекты собственности в системе здравоохранения представляют собой интеллектуальную собственность. Это - открытия, изобретения, промышленные образцы, товарные знаки, бренд и др. Права интеллектуальной собственности защищены особыми законами. В России к ним относятся Федеральные законы (ФЗ) «Об авторском праве и смежных правах», «О правовой охране программ для электронных вычислительных машин», «О правовой охране топологий интегральных схем», «О товарных знаках, знаках обслуживания и наименованиях мест происхождения товаров», «Патентный закон Российской Федерации».

В условиях рыночной экономики важным вопросом являются определение собственника и предоставление ему реального права собственности. Только в этом случае собственник может получать выгоду от экономической эксплуатации объекта собственности. Право собственности включает целый комплекс прав; к важнейшим из них относятся право владения, право пользования и право распоряжения.

Право владения - это фактическое обладание имуществом и удержание его в собственном владении. Без этого права все остальные права собственности не могут быть реализованы.

Право пользования - возможность эксплуатации имущества, извлечения из него полезных свойств и (или) получения от него доходов.

Право распоряжения - возможность собственника по своему усмотрению и в своих интересах совершать действия, определяющие юридическую судьбу имущества. Это право определяет возможность реально распоряжаться объектами собственности (продажа, обмен, сдача в аренду, залог и др.).

Право собственности предполагает, что собственник несет определенную ответственность за принадлежащее ему имущество. Собственник осуществляет все расходы, связанные с содержанием принадлежащего ему имущества. Риск случайной гибели или случайного повреждения имущества также несет собственник, если иное не предусмотрено законом или договором.

Право собственности может принадлежать одному лицу (собственнику) или группе лиц - общая (коллективная) собственность.

Право собственности одного лица (собственника) означает, что имущество, находящееся в собственности этого лица, принадлежит ему на праве индивидуальной собственности. В этом случае собственник медицинского центра, врачебного кабинета, аптеки и др. самостоятельно решает вопросы, связанные с отношениями владения, пользования и распоряжения имуществом.

Право общей собственности означает, что имущество, находящееся в собственности двух или нескольких лиц, принадлежит им на праве общей собственности. В рамках общей собственности различают общую долевую и общую совместную собственность.

Право долевой собственности предполагает, что имущество двух или нескольких лиц находится в общей собственности с определением доли каждого из собственников в праве собственности. Распоряжение имуществом, находящимся в долевой собственности, осуществляется по соглашению всех ее участников. В то же время участник долевой собственности вправе по своему усмотрению передать, подарить, завещать, отдать в залог свою долю.

Участник долевой собственности в соответствии с п. 2 ст. 247 ГК РФ имеет право на предоставление в его владение и пользование части общего имущества, соразмерной его доле, а при невозможности этого вправе требовать от других участников, владеющих и пользующихся имуществом, приходящейся на его долю соответствующей компенсации.

Доходы от использования имущества, находящегося в долевой собственности, поступают в состав общего имущества и распределяются между участниками долевой собственности соразмерно их долям (если не предусмотрено иное).

Каждый участник долевой собственности обязан в соответствии со своей долей участвовать в уплате налогов, сборов и иных платежей по общему имуществу, а также в издержках по его содержанию и сохранению.

При продаже доли в праве общей собственности остальные участники долевой собственности имеют преимущества по сравнению с посторонними лицами при ее покупке.

Право общей совместной собственности означает, что имущество двух или нескольких лиц находится в общей собственности без определения доли каждого из собственников в праве собственности. Участники совместной собственности владеют и пользуются общим имуществом сообща. Распоряжение имуществом ведется с согласия всех участников.

Доверительное управление имуществом (траст). Любой собственник, в том числе в системе здравоохранения, может сам управлять своим имуществом или передать его в доверительное управление. Доверительный управляющий обязан осуществлять управление имуществом в интересах собственника или указанного им третьего лица. Передача имущества в доверительное управление не влечет за собой переход права собственности на него к доверительному управляющему.

Доверительным управляющим может быть физическое или юридическое лицо. ГК РФ предусматривает, что доверительным управляющим не может быть государственный орган или орган местного самоуправления.

Имущество, переданное в доверительное управление, обособляется как от другого имущества, так и от имущества доверительного управляющего. Последний обязан отражать такое имущество на отдельном балансе и вести по нему самостоятельный учет. Для расчетов по деятельности, связанной с доверительным управлением, необходимо открыть отдельный банковский счет.

Доверительный управляющий имеет право на вознаграждение, а также на возмещение расходов, понесенных при доверительном управлении. Все эти расходы осуществляются за счет доходов от использования имущества, переданного в доверительное управление.

Ряд субъектов экономики не обладают правом собственности. В России к ним относятся государственные и муниципальные унитарные предприятия, учреждения и государственные корпорации. Они ведут экономическую деятельность соответственно на праве хозяйственного ведения или на праве оперативного управления.

Государственное или муниципальное унитарное предприятие в здравоохранении, которому имущество принадлежит на праве хозяйственного ведения, владеет, пользуется и распоряжается этим имуществом лишь в определенных пределах. За собственником имущества, находящегося в хозяйственном ведении, сохраняется решение следующих вопросов: создание предприятия; определение предмета и целей деятельности; реорганизация и ликвидация предприятия; назначение директора (руководителя); осуществление контроля за использованием имущества по назначению и его сохранностью. Собственник имеет право на получение части прибыли от использования имущества, находящегося в хозяйственном ведении.

Организация, функционирующая на праве хозяйственного ведения, не имеет права:

- продавать принадлежащее ей на праве хозяйственного ведения недвижимое имущество;
- сдавать его в аренду;
- отдавать в залог;
- вносить в качестве вклада в уставный капитал хозяйственных обществ или товариществ;
- иным путем распоряжаться этим имуществом без согласия собственника.

Субъекты здравоохранения, действующие на праве оперативного управления (государственные учреждения), имеют право распоряжаться закрепленным за ним имуществом лишь с согласия собственника этого имущества.

Мировой опыт показывает, что здравоохранение наиболее эффективно функционирует при многообразии форм собственности. Это позволяет более эффективно использовать преимущества той или иной формы собственности и в то же время корректировать возможные отрицательные социально-экономические последствия. Поэтому в условиях становления рыночных отношений в здравоохранении надо достичь рационального соотношения государственной и негосударственной форм собственности, государственного и негосударственного секторов. Это соотношение должно соответствовать уровню социально-экономического развития страны и обеспечивать надежную социальную защиту населения, удовлетворение его запросов и потребностей по охране и укреплению здоровья.

Многообразие форм собственности в нашей стране закреплено в ст. 8 Конституции РФ: «В Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности».

Государственные организации. В здравоохранении на базе государственной формы собственности создаются и действуют федеральные и региональные организации. Государственный сектор в обязательном порядке обеспечивает населению гарантированный минимум услуг в сфере охраны и укрепления здоровья и принимает долевое участие в ОМС (рис. 15).

К федеральным организациям относятся государственные организации, имущество которых принадлежит на праве собственности федерации в целом. Это могут быть крупнейшие медицинские, научные организации.

Деятельность таких организаций здравоохранения обеспечивается за счет средств федерального бюджета.

Региональные организации объединяют государственные организации, имущество которых на праве собственности принадлежит субъектам Федерации. К таким организациям в здравоохранении можно отнести крупные медицинские центры, находящиеся в собственности краевых, республиканских, областных органов власти. В ряде стран в качестве одной из форм государственной собственности рассматривается муниципальная (коммунальная) собственность. В России муниципальная собственность на законодательном уровне характеризуется как самостоятельная форма собственности. На ее основе функционируют муниципальные организации.

Муниципальные организации - это организации, имущество которых принадлежит на праве собственности городским и сельским поселениям. В здравоохранении они включают поликлиники, больницы, роддома, станции скорой медицинской помощи, диспансеры, аптеки и др. Имущество муниципальных организаций закрепляется за ними во владение, пользование и распоряжение. Муниципальный сектор обеспечивает основной объем ПМСП, из его источников осуществляется финансирование многоотраслевых служб здравоохранения (см. рис. 15).



Рис. 15. Виды государственных и муниципальных организаций в здравоохранении

В России в соответствии с п. 4 ст. 214 ГК имущество, находящееся в государственной собственности, закрепляется за государственными организациями во владение, пользование и распоряжение.

Деятельность государственных организаций в здравоохранении позволяет обеспечить единое централизованное регулирование процесса создания и распределения услуг и товаров медицинского назначения с соответствующим выделением необходимых ресурсов. Этим создаются предпосылки равных возможностей для членов общества в области охраны и укрепления здоровья.

Вместе с тем государственным организациям здравоохранения присущи и определенные недостатки. К ним относятся неизбежная ограниченность средств, направляемых государством на охрану и укрепление здоровья населения, бюрократический стиль управления, недостаточная заинтересованность в использовании новых технологий, оборудования, отсутствие стимулов к рациональному использованию ресурсов, росту качества конечных результатов труда. Все это часто приводит к снижению результативности деятельности государственных организаций в области охраны и укрепления здоровья населения.

Необходимо отметить, что существует острая необходимость в преобразовании системы управления государственным сектором здравоохранения. Уже сейчас назрела проблема раздела собственности, прав и ответственности в деле охраны здоровья граждан между Федерацией, ее субъектами, муниципальными образованиями. Решение этого вопроса особенно актуально для крупных клиник и больниц.

Негосударственные организации. Преимущественную долю в здравоохранении составляет негосударственный сектор. Субъектами негосударственной собственности в некоммерческом секторе являются граждане и (или) юридические лица. Негосударственные организации в индустрии здоровья создаются и действуют в виде коммерческих и некоммерческих организаций.

Негосударственные организации можно подразделить на два вида: действующие на основе индивидуальной и коллективной форм собственности.

Становление и развитие негосударственного сектора в здравоохранении обусловлено недостаточной эффективностью государственных структур, бюджетного финансирования, постоянным ростом диверсификации потребительского спроса на конечные результаты деятельности организаций здравоохранения.

Мировой опыт свидетельствует о том, что высокообеспеченная часть граждан предпочитает услуги и товары медицинского значения негосударственного сектора как более квалифицированные, с высоким уровнем обслуживания и информирования, правом выбирать врача, медицинскую организацию, медицинскую страховую компанию.

Необходимо отметить, что деятельность негосударственного сектора здравоохранения предполагает не замену услуг и товаров медицинского назначения, созданных в государственном секторе, а напротив, их альтернативное, дополнительное предоставление с соответствующим дополнительным привлечением средств за счет включения конкурентных механизмов. С этой точки зрения деятельность негосударственного сектора, безусловно, способствует усилению конкуренции, повышению качества помощи, созданию рабочих мест и обеспечению дополнительных налоговых поступлений. Например, частные стоматологические клиники и кабинеты могут успешно конкурировать с аналогичными государственными структурами как за участие в разработке, так и за реализацию государственных целевых программ по стоматологической помощи.

Негосударственный сектор в здравоохранении выполняет своего рода функцию «эффекта демонстрации», сигнализируя потребителям и производителям о недостатках и «узких» местах в организации государственного сектора. Поэтому негосударственному сектору отводится своеобразная роль новатора в применении научно-технологических достижений и передового опыта в оказании медицинской помощи населению.

Эффект конкуренции негосударственного сектора сводится к дополнению государственного сектора здравоохранения, компенсации его негативных сторон, а следовательно, и к усилению потенциала здравоохранения в целом.

Становление негосударственного сектора в здравоохранении в России пока не подготовлено в той степени, которая необходима для его устойчивого функционирования. Нужны соответствующая правовая база, институциональные преобразования,

формирование бюджетной и налоговой политики, обеспечивающей возможность пользоваться негосударственным сектором здравоохранения значительной части населения.

Формирование негосударственного сектора здравоохранения затормозилось на стадии коммерциализации отрасли, в большинстве случаев заключающейся в торговле услугами, частично оплаченными из бюджета на базе государственных учреждений. Необходимо всесторонне и глубоко изучить опыт развитых стран в области негосударственного сектора здравоохранения, выработать стратегический курс его совмещения с российской государственной системой, определить наиболее эффективные пути развития.

Первостепенное значение приобретает правовая защита субъектов негосударственного сектора наравне с правами субъектов государственного и муниципального секторов здравоохранения в условиях ее многоукладности и отсутствия специального медицинского законодательства по этому вопросу. Целесообразно разработать и реализовать целевую комплексную программу развития негосударственного сектора здравоохранения.

По результатам проводимых обследований большая часть руководителей лечебно-профилактических организаций рассматривает практику формирования и развития негосударственного сектора, в том числе через механизмы разгосударствления и частной медицинской деятельности, как единственную возможность решения финансово-хозяйственных и организационно-управленческих проблем, соответствующих структурным изменениям экономики в целом.

Создание негосударственного сектора здравоохранения предполагает учет особенностей социально-экономической ситуации в России. По мнению авторов, из этого условия вытекают следующие принципы:

- негосударственный сектор не может заменить государственные формы обслуживания населения в области охраны здоровья. Он является их равноправным дополнением в плюралистической системе охраны здоровья граждан;
- негосударственный сектор функционирует в виде негосударственных организаций (юридических лиц) и индивидуальных предпринимателей (частная практика). Его основой является частная собственность на факторы производства или их аренда с государственной регистрацией арендных отношений, включая лизинг; производственной базой функционирования негосударственного сектора могут быть объекты любой формы собственности.

Особую роль в условиях России играет обязательное страхование профессиональной ответственности участников негосударственного сектора в системе здравоохранения в целях финансового возмещения возможного ущерба, причиняемого жизни и здоровью граждан.

Становление и развитие негосударственного сектора здравоохранения не может обойтись без помощи и участия государства. Прежде всего необходимо соответствующее законодательство для установления статуса частных организаций, государственных предприятий (малых), коммерческих организаций на праве полного хозяйственного расчета, регулирования их взаимоотношений с государственным сектором, системой

страхования, инвентаризация коечного фонда, приведение его в соответствие со структурой заболеваемости, ожидаемой продолжительностью жизни и уровнем рождаемости, устранением структурных диспропорций и др.

В конечном счете развитие негосударственного сектора здравоохранения следует рассматривать как одно из органических звеньев реформирования российского здравоохранения, тесно увязывая его с уровнем благосостояния населения.

Иные формы организаций. В современном здравоохранении помимо государственной и негосударственной собственности, существуют и другие виды и производные формы собственности (иностранная, смешанная, совместная). На их основе функционируют соответственно иностранные, смешанные и совместные организации.

Иностранная организация - организация, имущество которой принадлежит на праве собственности иностранному лицу: международной организации, организации иностранного государства, иностранному юридическому лицу, иностранному гражданину, лицу без гражданства. В Российской Федерации к иностранным организациям в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности также относятся организации, имущество которых принадлежит на праве собственности российским гражданам, имеющим постоянное местожительство за границей.

Активное участие в охране и укреплении здоровья населения играют смешанные и совместные организации. **Смешанная организация** основана на сочетании различных форм собственности без участия иностранной собственности. **Совместная организация** функционирует на основе различных форм собственности, включая иностранную собственность.

Тема 8. Управление организациями здравоохранения

Именно процесс управления является динамической характеристикой управления, представляя собой целенаправленное, последовательное изменение состояния управляемой и управляющей подсистем - здоровья и его охраны. Поскольку предметом управленческого труда является информация, с этих позиций процесс управления представляет собой постановку цели, обработку данных, выработку, принятие и реализацию управленческого решения, анализ и корректировку его выполнения.

Для комплексного понимания процесса управления в здравоохранении необходимо раскрыть форму его внутренней организации как модели построения и осуществления. С этих позиций процесс управления представляет собой циклично повторяющуюся последовательность определенным образом выстроенных действий управляющей системы - деятельности по охране здоровья.

Если любой процесс рассматривать как последовательное изменение состояния системы в целом, ее подсистем и элементов, то любое его деление на составные части позволит получить ряд обособленных составляющих, начало и конец каждой из которых будут устанавливаться на основании принятого критерия разделения. Естественно, что при использовании определенного критерия в итоге разделения цикла процесса управления на части получаются отрезки, представляющие собой ряд последовательных этапов цикла процесса управления. Собственно выделение этапа в любом процессе необходимо для того, чтобы вычленил меньшую по объему и более простую по содержанию часть процесса. Выполнение содержания этой части как обособленного объема работ может быть достаточно объективно оценено только по полученному результату, который, в свою очередь, используется в ходе дальнейшего процесса для достижения общей цели; этот результат обоснованно разделяет обособленные объемы работ в рамках одного цикла процесса управления.

Все начинается с этапа «Цель». Напомним, что под целью чаще всего понимают желаемое, возможное и необходимое состояние управляемой системы. Следующим этапом процесса управления является анализ ситуации, в ходе которого определяется реальное состояние управляемой системы по отношению к цели. Допустим, что поликлинике поставлена цель: перейти к обслуживанию прикрепленных пациентов по принципу

врача общей практики (семейного врача). Руководитель начинает собирать информацию, анализировать, т.е. выяснять ситуацию по возможной реализации цели. Приоритет этапа «Цель» над этапом «Ситуация» одного цикла процесса управления

обусловливается необходимостью и возможностью оценки состояния системы в данный момент времени относительно цели, поставленной в этом цикле процесса управления. Например, возможная ситуация характеризуется нехваткой терапевтов, врачей широкого профиля; недовольством пациентов, специалистов и др. Дальнейшее сравнение цели с ситуацией - ее действительным состоянием на данный момент времени, осуществляемое непосредственно после определения ситуации, приводит нас к выяснению «проблемы» как основного противоречия между фактическим и желаемым состоянием системы. В нашем примере возникают проблемы с кадрами - терапевтами, проблемы качественного обслуживания пациентов, появляются проблемы и с врачами-специалистами. Эти проблемы связаны прежде всего с проблемами бюджетирования. Можно составить целое дерево возникающих проблем.

Следование этапа «**Проблема**» за этапами «**Цель**» и «**Ситуация**» обусловлено применением выбранного критерия. Этап «**Проблема**» выделяется как 3-й промежуточный результат цикла процесса управления. Проблема впервые ставит (или не ставит, если она отсутствует) вопрос о необходимости выработки, принятия и реализации управленческого воздействия, т.е. решения.

Последовательность рассматриваемых этапов обусловливается тесной взаимосвязью и преемственностью не только осуществляемых действий, но прежде всего результатов, к которым они приводят. Так, определение цели как желаемого, возможного и необходимого состояния системы обусловило выяснение ее фактического состояния - ситуации. Сравнение двух полученных результатов дало проблему, к разрешению которой приступают в ходе 4-го этапа - «**Решение**».

В ходе реализации 4-го этапа цикла процесса управления разрабатывается ряд возможных вариантов управленческого воздействия; их оценивают на основании выбираемых критериев оптимальности и эффективности; выбирают базовый вариант, на основе которого окончательно формируется воздействие управляющей подсистемы на управляемую; как кульминация всего процесса управления принимается управленческое решение. Момент окончательного выбора варианта воздействия соответствует завершению 4-го этапа цикла процесса управления и началу его 5-го, последнего этапа. В ходе этапа «**Результат**» происходит непосредственная реализация воздействия.

Вариантов управленческого решения, рассматриваемых в нашем примере, существует множество. Самое легкое решение - отказаться от поставленной цели, аргументируя это различными ситуациями и проблемами или увязать реализацию поставленной цели с определенными требованиями к вышестоящей ступени. Самый легкий вариант - обратиться к дополнительному финансированию.

В целом цикл процесса управления можно представить в виде основного механизма управления циклом, действующего на основе регистрации и оценки получаемых промежуточных результатов с последующим продолжением или переходом действий по принципу «цикл в цикле» в зависимости от его эффективности. Естественно, что такой механизм дает

большой эффект в формализуемых процессах и системах, но его основные рычаги применимы в любых службах, звеньях, секторах и процессах управления индустрией здоровья.

Анализируя этапы процесса управления, необходимо обратить особое внимание на их динамический ряд, последовательность и преемственность внутри цикла, его стадий, операций и действий (рис. 20).

СТАДИИ	ОПЕРАЦИИ
Целеполагание	<ul style="list-style-type: none"> - прогнозирование цели - разработка цели - увязка цели - постановка цели - корректировка цели
Информационная работа	<ul style="list-style-type: none"> - определение потребности в информации - сбор информации - обработка информации - хранение информации - передача информации
Аналитическая работа	<ul style="list-style-type: none"> - выбор информации - расчёт анализируемых показателей - определение причин отклонений - установление зависимостей в системе
Принятие решения	<ul style="list-style-type: none"> - определение критериев выбора решения - разработка вариантов решения - оценка вариантов решения - выбор базового варианта
Реализация решения	<ul style="list-style-type: none"> - доведение решения до исполнителя - организация действий исполнителя - координация действий исполнителя - контроль действий исполнителя - активизация действий исполнителя

Рис. 20. Содержание управленческой деятельности

Действительно, последовательно выделяя на основании разработанного подхода операции в рамках стадии целеполагания, мы приходим к заключению, что все содержащиеся в ней действия направлены на основной объект данной стадии - цель (рис. 21).

Итак, первой операцией в этой последовательности (см. рис. 21) является общее представление цели данного цикла - ее **прогнозирование**, осуществляемое на высших уровнях управляющей системы. Затем следует подробная разработка цели, обеспечивающая детальную конкретизацию ее содержания. В ходе 3-й операции, осуществляемой вновь на более высоком уровне, происходит увязка разработанной цели с рядом уже осуществляемых или намеченных задач с тем, чтобы исключить дублирование или негативное наложение взаимосвязанных целей, повысить эффект достижения всего комплекса целей. Координация цели дает материал для осуществления 4-й операции - постановки цели, определяющей основную форму ее представления. Завершается осуществление стадии целеполагания окончательной корректировкой цели на основании уже имеющихся данных. Однако такая корректировка возможна и позднее, в случае получения информации, вызывающей такую необходимость.

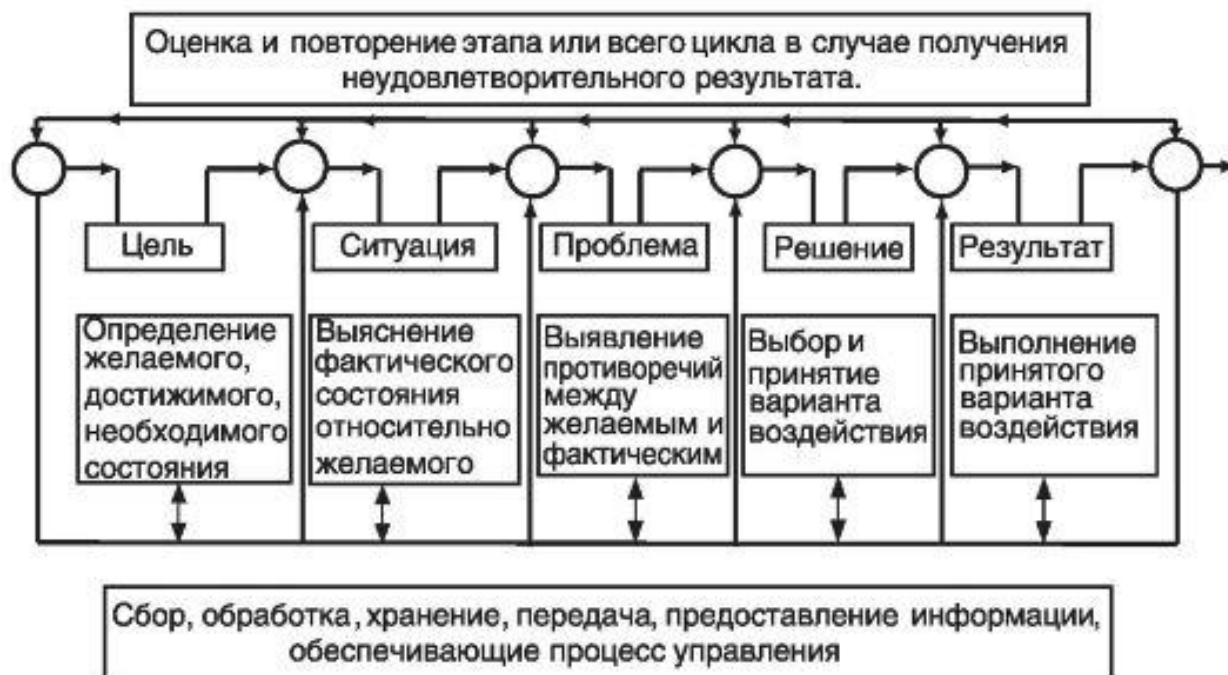


Рис. 21. Постановка и достижение цели

Стадия информационной работы, как уже отмечалось, начинается с определения потребности в информации (о состоянии здоровья, валеодемографических процессах, возможностях финансирования и др.), обусловленной поставленной целью. Это позволяет сразу же перейти к сбору информации (2-я операция). От точности и оперативности действий, входящих в эту операцию, осуществляемую значительным числом исполнителей управляющей системы на ее нижнем уровне (уровни поликлинического звена, непосредственно граничащего с управляемой системой), во многом зависит успех в достижении поставленной цели. Собранная информация в ходе 3-й операции проходит первичную обработку, с приведением ее в единообразную форму, удобную для хранения, передачи и дальнейшего использования.

Стадия аналитической работы начинается с такой операции, как выбор из всего массива данных, находящихся в распоряжении управляющей системы, необходимой для анализа информации. На основании выбранных данных осуществляются расчет анализируемых показателей (2-я операция) и их оценка. Рассчитанные показатели (3-я операция) на основании соответствующих методик анализа сравнивают с ожидаемыми или оптимальными, определяют причины отклонения параметров. Важность данной операции определяется тем, что в ходе ее реализации выявляются основные противоречия в управляемой и управляющей системах, препятствующие достижению цели, поставленной в данном цикле процесса управления. Завершается стадия аналитической работы операцией установления зависимостей в системе охраны личностно-общественного здоровья. Эта стадия прежде всего является прерогативой специалистов и реализуется на среднем уровне управляющей системы.

Окончательная постановка проблемы данного цикла процесса управления позволяет перейти к стадии принятия решения, которая начинается с определения критериев выбора оптимального варианта действий. Эта операция осуществляется в самом начале стадии, чтобы, с одной стороны, не допустить искажения критериев под действием уже разработанных альтернатив, а с другой - направить процесс управления на наиболее эффективное достижение поставленной цели.

Затем последовательно осуществляются разработка вариантов возможного решения (2-я операция) с оценкой каждого из них (3-я операция) и выбором базового варианта на основании выбранных критериев (4-я операция). Эта операция - определяющая в ходе всей фазы подготовки и принятия управленческого решения цикла процесса управления; она осуществляется на верхних уровнях управляющей системы. Естественно, базовый вариант требует определенной доработки с внесением в него всего положительного из рассмотренных альтернатив (заключительная операция - оптимизации выбранного решения). Отметим, что эта, как и другие операции стадии принятия решения (кроме выбора базового варианта), осуществляется на среднем уровне управляющей системы - региональных (областных) органов здравоохранения.

Последняя, 5-я стадия цикла процесса управления, совпадающая с практической фазой, представляется настолько же понятной, насколько и неопределенной вследствие резкого усиления действия субъективного фактора. Разнообразие и вероятность действий исполнителей здесь многократно увеличиваются. В этой связи ключевой операцией данной стадии становится доведение решения до исполнителей; под этим следует понимать не простую передачу информации, а методический и адаптированный инструктаж, разъяснение. От его качества, оперативности и точности во многом зависят успех проведения организации (2-я операция) и координации (3-я операция) действий по охране, поддержанию и воспроизводству общественного здоровья со стороны исполнителей и как результат необходимость и размеры вмешательства по обеспечению успешного функционирования органов и учреждений здравоохранения.

Вместе с организацией и координацией действий исполнителей возрастает значение контроля исполнения (4-я операция), по результатам которого руководители органов (учреждений) здравоохранения активизируют исполнителей, добиваясь наиболее эффективной реализации принятого решения (5-я операция). Практически все операции стадии реализации решения осуществляются руководителями, находящимися на нижнем, среднем и верхнем уровнях управляющей системы охраны общественного здоровья, что обуславливается их непосредственным выходом на управляемую систему.

Конечно, выделение рассмотренных выше операций цикла процесса управления отраслью здравоохранения достаточно условно, но позволяет понять его основное содержание и приступить к исследованию организации процесса управления.

Внутренняя организация цикла процесса управления (рис. 22) в общем виде выглядит следующим образом:

- действия работников органов управления здравоохранением связываются в целенаправленную операцию в виде первичного элемента (слагаемой) организации процесса управления;

Фазы	Этапы	Стадии
<i>Подготовка и принятие решения</i>	<i>Цель</i>	<i>Целеполагание</i>
<i>Реализация решения</i>	<i>Ситуация</i>	<i>Информационная работа</i>
	<i>Проблема</i>	<i>Изучение</i>
	<i>Решение</i>	<i>Принятие решения</i>
	<i>Польза</i>	<i>Реализация решения</i>

Рис. 22. Внутренняя организация цикла процесса управления

- однородные и тесно взаимосвязанные операции, действия по охране здоровья объединяются в группы, характеризующие отдельные части этого процесса - стадии;
- осуществление стадий обеспечивает получение ряда последовательных, фиксированных промежуточных результатов, дифференцирующих процесс управления на самостоятельные отрезки, называемые этапами;

- периодическое повторение всех приведенных выше элементов (компонентов) в виде строго установленной, четкой последовательности в ходе осуществления процесса управления, что обуславливает выделение его циклов;

- последовательно осуществляемые циклы складываются в процессе управления системой охраны здоровья, структура организации которой отражена совокупностью элементов ее декомпозиции;

- одновременное осуществление ряда процессов управления, циклы которых в различной степени взаимодействуют друг с другом, обуславливая сложность и многогранность управления отраслью в целом.

Различные по масштабам действия, осуществляемые органами управления здравоохранением разных уровней как управляющей системой, являются необходимыми постольку, поскольку их объединение в определенном порядке ведет к формированию законченных операций. Причем выделение действий (круг которых значительно шире круга возможных операций, а форма реализации сугубо субъективна) необходимо для того, чтобы четче представлять, из каких элементов складываются самостоятельные управленческие операции. Взаимодействие же самих действий в данном случае отражает способ их объединения в ходе построения операций.

Естественно, что управленческие операции осуществляют постоянное обратное воздействие на состав, порядок и содержание объединяемых ими действий с целью повышения эффективности проведения каждого из них в отдельности и всего процесса управления в целом. Этой связью обеспечиваются постоянная рационализация и совершенствование действий руководителей здравоохранения по повышению эффективности выполнения ими конкретных операций. Такое взаимодействие первичных элементов процесса управления обеспечивает гибкость и универсальность его структуры.

Мы начали организацию единичного цикла процесса управления, разделив его сначала на фазы, этапы и стадии, а затем - на операции и действия. Следующим этапом усложнения нашего представления об организации процесса управления является отнесение установленных нами взаимосвязей между элементами организационно-управленческого процесса к практическим условиям функционирования системы охраны здоровья.

В практическом управлении одновременно осуществляются не один и даже не несколько, а значительное множество циклов процессов управления. При этом каждый из них находится на своей стадии развития. Существуют циклы, как зависящие один от другого, так и относительно обособленные. В соответствии с проявлением этой зависимости параллельно осуществляемые циклы объединяются в группы, которые отражают решение тесно взаимосвязанных или вытекающих одна из другой задач. Формирование таких групп происходит как организованно (когда субъект управления взаимоувязывает решение смежных проблем), так и стихийно (когда в ходе разрешения одной проблемы поднимается ряд других, обуславливающих решение основной). Кроме этого, необходимо учитывать, что каждый из параллельно осуществляемых циклов процесса может достаточно часто менять свой темп проведения даже в ходе решения одной проблемы.

Отсюда можно сделать вывод о взаимосвязи цели и процесса управления как элементов теории управления в той степени, в которой цель определяет направленность процесса, а процесс, в свою очередь, накладывает на цель определенные установочные ограничения. Так что проведенный анализ процесса управления позволяет достаточно точно определить его основные характерные черты и сформулировать ряд требований к его организации.

Основная характерная черта процесса управления - его целенаправленность, которая обусловлена:

- собственно содержанием управления как целенаправленного воздействия;
- первоочередностью реализации функции планирования, отправным моментом которой является целеполагание;
- конкретной целенаправленностью каждого действия управляющей системы, входящего в процесс управления охраной здоровья.

Целенаправленность процесса управления отражает целевую природу его возникновения, структуру «дерева» целей, заложенную в основе выделения и формирования процессов, подпроцессов и циклов управления в соответствии со стратегическими, тактическими, общими и локальными целями. Это также подчинение всех действий единой цели данного цикла процесса управления и оценка эффективности его проведения по степени достижения поставленной цели. Выделение же локальных целей в ходе процесса управления необходимо и ценно не само по себе, а лишь постольку, поскольку они обеспечивают достижение конечной цели.

Одной из характерных черт процесса управления является **комплексность**. Она реализуется в комплексном характере содержания воздействия, разрабатываемого и осуществляемого в ходе процесса управления. Комплексный характер построения и осуществления процесса управления является результатом реализации комплексного подхода как объективно обусловленного начала управления, находящего в последнее время самое широкое применение в исследованиях, разработках и осуществлении управленческого воздействия на факторы и условия внешней среды, влияющие на состояние здоровья людей и валеодемографические процессы.

Осуществление комплексного подхода к организации процесса управления здравоохранением предопределяет такую характерную черту, как универсальность. Она отражает объективную необходимость применения единой системы организации процесса управления лечебно-профилактической деятельностью как в рамках отдельных учреждений отрасли, так и в решениях самых разнообразных вопросов в масштабах всей страны в целом. Действительно, комплекс 5 основных систем (медико-социальной, экологигиенической, технологической, организационной, экономической) обуславливает исключительно широкий спектр самых разнообразных задач, решаемых в ходе осуществления процесса управления охраной здоровья. А это значит, что для того, чтобы в процессе управления успешно решались самые разнообразные проблемы - от медико-социальных, экономических до социально-психологических, - необходима универсальность его осуществления, т.е. возможность применения в разрешении самых разнообразных проблем здравоохранения.

Широкий спектр задач, решаемых в процессе этого вида управления, обуславливает сложнейшую систему его коммутации, т.е. взаимосвязи с разнообразными элементами различных уровней служб, звеньев, секторов и подотраслей индустрии здоровья. Оптимальное построение этих взаимосвязей во многом определяет эффективность процесса управления, обуславливая четкость, оперативность и экономичность его проведения. В связи с этим в ходе организации и совершенствования процесса управления такая его характерная черта, как коммутационность, вызывает необходимость проведения самых глубоких исследований и экспериментов по оптимизации и реформированию взаимосвязей всех элементов управления индустрией здоровья.

Особое значение в ходе организации и совершенствования процесса управления приобретают черты, характеризующие его внутреннюю форму и содержание. Прежде всего к числу характерных черт, определяющих форму организации процесса управления, относится **цикличность**, т.е. периодическая повторяемость определенного набора действий в системе здравоохранения как управляющей. Причем период этой повторяемости и количество циклов прямо пропорциональны времени разрешения и количеству задач, встающих перед управляющей системой. Цикличность как характерная черта процесса

управления позволяет осуществить системный анализ одного управленческого цикла и на основе выработки алгоритма его осуществления обеспечить оптимизацию всего процесса управления отраслью в целом.

Цикличность процесса управления предполагает такую его черту, как **последовательность**, и реализуется как определенная последовательность циклов процесса управления в разрешении сложных задач влияния факторов внешней среды на состояние здоровья людей. Но наиболее полно последовательность циклов процесса управления отражается в установленном порядке действий управляющей системы в рамках каждого цикла.

Детализация процесса управления в рамках цикла в соответствии с различными критериями, да и выделение самих, достаточно обособленных, циклов процесса управления отражают такую его характерную черту, как дискретность. В основе дискретности процесса управления лежит разделение управленческого труда на циклы, операции действия и т.д., позволяющие в дальнейшем отдельным работникам здравоохранения специализироваться в их выполнении и кооперировать всю совокупность выполняемых ими работ в единый процесс управления подразделениями службы охраны здоровья.

Наряду с дискретностью процесс управления характеризуется, казалось бы, противоположной чертой - **непрерывностью**. Это обусловливается необходимостью и возможностью постоянного осуществления управленческой деятельности по решению одной задачи на различных уровнях и ряда задач - на одном уровне здравоохранения как управляющей системы.

Такие черты, как комплексность, универсальность и непрерывность процесса управления, а также необходимость постоянного переключения управляющей системы с решения одних задач на другие, обуславливают динамичность процесса управления. Действительно, неожиданное возникновение и необходимость оперативного разрешения широкого круга самых разнообразных проблем предопределяют динамичность процесса управления органами здравоохранения, его способность эффективно адаптироваться в самых разнообразных ситуациях.

Вместе с этим необходимо отметить, что динамичность процесса управления определенным образом ограничена основными организационными формами его протекания, что отражает такое качество процесса, как устойчивость. Прежде всего к этим формам относятся: организационное построение процесса; организационные структуры управления, в которых он протекает; а также другие категории, обеспечивающие возможность процесса управления системой определенных элементов.

Широкая и универсальная методология выявления проблем ухудшения здоровья и его охраны называется **системным анализом**, который является одним из направлений системного подхода. В узком смысле слова системный анализ (СА) представляет собой методологию принятия решений, а в широком смысле - синтез методологии общей теории систем, системного подхода и системных методов обоснования и принятия решений.

При осуществлении СА используется материал самых разных наук в силу существования структурных единичных связей и закономерностей. На основе методологии СА решаются сложные задачи и проблемы, основанные на концепциях, разработанных в рамках теории систем и используемых применительно к функциям управления, связанным с планированием.

К анализу и синтезу системы охраны здоровья необходимо подходить на основе методологии решения сложных проблем большого масштаба. СА позволяет разделить сложную задачу охраны здоровья на совокупность более простых задач, расчленив эту сложную систему на элементы с учетом их взаимосвязи. При таком подходе анализ выступает как процесс последовательной декомпозиции решаемой сложной проблемы на взаимосвязанные частные проблемы. Это соответствует правилу, согласно которому

целесообразно делить каждую из рассматриваемых трудностей на такое количество частей, сколько потребуется, чтобы лучше их разрешить. Процесс расчленения - это системная задача, учитывающая внешние и внутренние связи части с целым, поэтому исследуемая часть ставится в такие же эквивалентные условия функционирования, как в составе целого (системы). На этом принципе основан известный в медицинской кибернетике метод сечений - одна из практических разновидностей концепции расчленения (декомпозиции).

В БСЭ анализ определяется как «процедура мысленного расчленения предмета на части в целях его дальнейшего изучения» (ч. 1, с. 554). Следовательно, под анализом можно понимать расчленение такого целостного феномена, как здоровье, на составляющие части (характеристики, признаки, свойства, компоненты или отношения) с целью их всестороннего междисциплинарного изучения. СА целесообразно представить как совокупность методологических средств, используемых для подготовки, обоснования и решения сложных проблем здравоохранения, его реформирования. В основе СА лежат как системный подход, так и ряд смежных дисциплин, многих приемов, стимулирующих творческую и практическую деятельность в процессе принятия управленческих решений. В соответствии с этим осуществляется синтез общего решения из частных. В СА методы анализа и синтеза взаимно переплетаются. При осуществлении аналитической процедуры внимание обращается на способы объединения отдельных результатов в единое целое и влияние каждого из элементов на другие элементы системы.

В концепции СА упор делается на разработку новых по своему существу диалектических принципов мышления руководителей здравоохранения, комплексного анализа сложных объектов системы охраны здоровья с учетом их взаимосвязей и противоречивых тенденций. При таком подходе на первый план выдвигаются логика СА, упорядочение процедуры принятия управленческих решений. С учетом изложенного СА охраны здоровья можно представить как логико-профессиональное и комплексное рассмотрение вопросов, относящихся не только к замыслу, разработке и реформированию служб здравоохранения, но и к методам руководства подразделениями охраны здоровья с учетом многоаспектных связей. Такими связями выступают социальные, экономические, политические, эколого-гигиенические, правовые, климатогеографические, психологические и стратегические процессы и отношения.

Преимущества СА особенно проявляются при решении масштабных задач - сложных, трудоемких и дорогостоящих. Их решение достигается на основе использования совокупности методов и средств выработки, принятия и обоснования решений в процессе исследования, создания и управления подразделениями охраны здоровья. Это предполагает рассмотрение проблем в целом с акцентом на ясность и четкость анализа, эффективность использования количественных методов и выявление неопределенностей. В разрабатываемых схемах и моделях необходимые связи адекватно выражаются с помощью математического аппарата.

Исходя из основных понятий, утверждений и представлений о СА можно сделать вывод, что это методология решения крупных проблем ухудшения здоровья, основанная на концепции систем. Но это и методология

построения медицинских организаций, поскольку они преимущественно реализуют методологию решения проблем охраны здоровья людей.

Центральным понятием СА является понятие процесса, приводящего к появлению выходного результата системы, который определяется заданием системных объектов, свойств и связей. **Системные объекты** - это вход, процесс, выход, обратная связь и ограничение. **Входом** называется то, что изменяется в течение процесса («обрабатывается»), **выходом** - результат или конечное состояние процесса: объем проведенных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате

которых наступает выздоровление больного или ремиссия. Процесс переводит вход в выход; способность переводить данный вход в данный выход называется свойством данного процесса. Связь определяет следование процессов; выход некоторого процесса является входом определенного процесса. Выделить систему - значит, указать все процессы, дающие данный выход.

В системе здравоохранения существуют 3 различных по своей роли подпроцесса: **основной процесс, обратная связь и ограничение**. Основной процесс преобразует вход в выход. Обратная связь выполняет ряд операций: сравнивает выборку выхода с моделью выхода и выделяет различие, оценивает содержание и смысл различия, вырабатывает решение, сочлененное с различием, формирует процесс ввода решения (вмешательства в процесс системы) и воздействует на процесс с целью сближения выхода и модели выхода. Процесс ограничения генерируется потребителем выхода системы, анализирующим ее выход. Этот процесс воздействует на выход и управление системы, обеспечивая соответствие выхода системы целям и потребностям потребителя услуг или изделий медицинского назначения. Ограничение системы, принимаемое в результате процесса ограничения, отражается моделью выхода. Ограничение системы состоит из цели (функции) системы и принуждающих связей (свойств функции), которые (связи) обычно совмещаются с целью.

Среди основных процедур анализа системы охраны здоровья можно выделить следующие.

1. Анализ проблем в области медико-социального обслуживания потребителей услуг и изделий медицинского назначения. Это обнаружение, точное формулирование и анализ структуры проблем, ее развития (в прошлом и будущем), определение ее внешних связей с другими проблемами и возможности принципиальной их разрешимости. При соответствующем анализе проблем наиболее часто используются методы сценариев, диагностики, дерева целей и медико-экономического анализа.

2. Определение системы и ее внешней среды, факторов. На данном этапе определяются и уточняются позиции экспертов и объекта исследования; спецификация задач исследования. При этом используются **матричные и демографо-статистические методы, медико-кибернетические и телекоммуникационные модели**.

3. Анализ структуры системы предполагает: определение уровней иерархии и аспектов проблемы; процессов и функций (управления и каналов информации), а также спецификацию элементов системы, ее процессов, функций операционной деятельности и развития. Проведение данного анализа структуры системы требует применения диагностических, матричных, сетевых, морфологических методов, а также медико-кибернетических моделей.

4. Формулирование цели критериев оценки эффективности функционирования системы включает: определение общей цели, критериев и требований системы; ограничений внешней среды, а также декомпозицию целей и критериев по подсистемам. Для решения проблем на данном этапе анализа могут быть использованы методы экспертных оценок («Дельфи»), дерева целей, медико-экономического анализа, морфологический метод, медикокибернетические и санитарно-статистические модели, нормативные операционные модели (оптимизационные, имитационные, игровые).

5. Выявление ресурсов и процессов предполагает оценку: существующих лечебно-диагностических технологий и мощности сети медицинских организаций, современного состояния ресурсов; реализуемых и запланированных проектов (программ), возможностей взаимодействия с другими отраслями национальной экономики, а также комплекса социальноэкономических и экологических факторов.

6. Прогноз и анализ будущих условий включает: анализ устойчивых тенденций развития системы охраны здоровья и ресурсов; возможных трендов целей и критериев.

Прогнозируются развитие и изменение факторов внешней среды, появление новых факторов взаимодействия, которые могут оказать решающее влияние на состояние системы. Прогноз и анализ будущих условий осуществляются методами сценариев, экспертных оценок («Дельфи»), дерева целей, сетевого и медико-экономического анализа, санитарно-статистическими методами, описательными моделями.

7. Оценка целей и средств охватывает: взаимозависимость и относительную важность целей, дефицитность и стоимость ресурсов, влияние факторов внешней среды, а также вычисление комплексных расчетных оценок и оценок по критериям. При оценке целей и средств используются методы экспертных оценок («Дельфи»), медико-экономического анализа, морфологический метод.

8. Отбор вариантов осуществляется на основе: анализа целей на совместимость и сходимость, проверки целей на полноту; совмещения планирования и комплекса взаимосвязанных вариантов. При подборе вариантов применяются методы дерева целей, матричные, медико-экономического и социологического анализа, морфологический метод.

9. Анализ функционирующей системы предполагает: моделирование процессов лечебно-профилактической помощи населению (функционального и информационного процессов); расчет потенциальной и фактической мощности ЛПУ и анализ ее потерь; выявление недостатков организации и управления на различных уровнях медико-санитарной помощи, а также анализ мероприятий по совершенствованию организационно-управленческой структуры. При анализе системы на данном этапе применяются методы диагностические, матричные, медико-экономического и санитарно-экологического анализа, медико-кибернетические модели.

10. Формирование оздоровительно-профилактических программ: формулирование мероприятий, проектов и программ; определение очередности целей и мероприятий по их достижению; распределение сфер деятельности и компетенции органов здравоохранения; разработка комплексного плана оздоровительных мероприятий в рамках ограничений по ресурсам во времени; распределение ответственности по уровням управления здравоохранением, организациям, руководителям и исполнителям функциональных подразделений медицинских учреждений. При формировании программ развития используются матричные, сетевые методы, методы медико-экономического анализа, описательные и нормативные операционные модели.

11. Разработка организационной структуры включает: назначение целей и формулирование функций организационной структуры; разработку механизма информационно-аналитического обеспечения и режимов работы; а также механизмов стимулирования медицинского персонала служб, звеньев и секторов здравоохранения. При разработке организационной структуры для достижения целей системы используются методы: диагностические, деревья целей, матричные, сетевые методы, медико-кибернетические модели, санитарно-статистические сценарии.

Принцип - это исходное положение любой теории, учения, науки, мировоззрения. **Принципы анализа** - это обобщенные опытные данные, закономерности и явления, зафиксированные результатами наблюдений, поэтому их истинность связана только с фактом. Из принципов путем логико-методологического рассуждения в применении к конкретным медико-демографическим и лечебно-профилактическим процессам и тенденциям получают многочисленные следствия, охватывающие всю область этих явлений и составляющие теорию и практику охраны личностно-общественного здоровья. В таком ракурсе принцип представляет собой постоянно и последовательно применяемый метод, облегчающий возмещение неопределенности действия на здоровье факторов внешней среды.

При таком подходе на первый план выдвигаются логика СА системы здравоохранения, упорядочение процедуры принятия решений в этой сфере обеспечения

жизнедеятельности. При этом речь идет о следующих основных принципах СА: оптимальности, эмерджентности (целостности) - свойство системы здравоохранения выполнять заданную целевую функцию, реализуемую системой в целом, а не отдельными ее компонентами - службами, звеньями, системности, иерархии, интеграции, формализации.

Принцип оптимальности заключается не в том, чтобы найти решение лучше существующего, а чтобы найти лучшее из всех возможных. С точки зрения СА в такой задаче практически необходимым становится методологический аспект. Важно выбирать решения, лучшие по комплексу показателей для заданных социально-экономических и санитарно-экологических условий.

Необходимость синтетических методов организационно-управленческого построения здравоохранительной системы вытекает из **принципа эмерджентности** как последовательного развития принципа оптимальности. Этот принцип выражает важное свойство системы: чем сложнее система и чем больше ее размеры, чем значительнее различие в размерах между ее частями и целым, тем выше вероятность того, что свойства целого весьма существенно отличаются от свойств отдельных частей (служб, звеньев, подразделений). Данный принцип подчеркивает возможность несовпадения локальных оптимумов целей отдельных компонентов с глобальным оптимумом цели системы здравоохранения. Поэтому реформировать и совершенствовать систему необходимо на основе данных не только анализа, но и синтеза.

Сумма оптимальных решений, принимаемых сотрудниками функциональных подразделений организаций здравоохранения, еще не гарантирует достижения оптимальности работы этой организации в целом. Следовательно, мы имеем дело с эмерджентностью. В соответствии с данным принципом система здравоохранения рассматривается сначала на макроуровне, т.е. во взаимодействии с окружающей средой и факторами, влияющими на здоровье, а затем уже на микроуровне (сети отдельных медицинских организаций).

Принцип системности предполагает всестороннее знание предмета, явлений и процесса, всех их сторон и ракурсов в интегрированных взаимосвязях и опосредствованиях. «Выполнение требования всесторонности предостерегает нас от ошибок» - данный принцип требует подходить к системе охраны здоровья как к комплексному медико-производственному объекту, представленному совокупностью взаимосвязанных частных элементов (функций), реализация которых обеспечивает достижение эффекта оздоровления нации в минимальные сроки и при минимальных затратах трудовых, финансовых и материальных ресурсов. Здоровье и его охрана исследуются, с одной стороны, как единое целое, с другой - как часть более крупных систем, в которых анализируемая система находится в определенных отношениях с остальными системами - социальной, экономической, правовой, экологической. Таким образом, принцип системности охватывает все стороны объекта и предмета изучения в пространстве и во времени.

Принцип иерархии основан на порядке подчинения свойств нижестоящих элементов свойствам вышестоящих (иерархическая лестница) и переходе от низшего уровня к высшему. **Иерархия** есть тип структурных отношений в сложной многоуровневой системе здравоохранения, характеризующейся упорядоченностью и организованностью взаимодействий между отдельными уровнями по вертикали. Иерархические отношения имеют место во всех службах и подразделениях здравоохранения, для которых характерна как структурная, так и функциональная дифференциация, т.е. способность к реализации определенного круга тех или иных функций. Причем на более высоких уровнях осуществляются функции интеграции и согласования (координации).

Необходимость иерархического построения этой сложной системы обусловлена тем, что управление в ней связано с переработкой и использованием огромных массивов

информации. Причем на нижележащих уровнях используется более детальная и конкретная информация, охватывающая массовые аспекты функционирования первичных звеньев системы. На более высокие уровни поступает обобщенная информация, характеризующая условия функционирования всей системы здравоохранения; при этом принимаются решения относительно системы в целом.

Принцип интеграции направлен на изучение и практическое использование интегративных свойств и закономерностей в подразделениях здравоохранения. Интегративные свойства появляются в результате совмещения элементов до целого, совмещения функций во времени и в пространстве.

Принцип формализации нацелен на получение количественных и комплексных характеристик функционирования системы здравоохранения.

Улучшение управленческой теории и практики во многом связано с использованием принципов, методов и идей, заложенных в моделировании медико-демографических и лечебно-профилактических процессов. Перспективными в плане развития науки об охране здоровья представляются построения моделей тех или иных составляющих здоровья как системных объектов в виде открытой системы, а также методов и принципиальных возможностей исследования, основанных на подходе к этим объектам, как к черному ящику. Это и модели организации, управления здравоохранением, способы медико-кибернетического исследования рассматриваемой системы, модели многоуровневых многоцелевых систем.

Слабо формализуемая медико-социальная и профилактическая деятельность нуждается в инструкциях, распоряжениях, приказах; в строго регламентированных должностях, обязанностях, с одной стороны, а творческий характер работы врачей - в нешаблонных подходах, интуиции, искусстве - с другой. СА адекватен как для гармоничного развития специалиста-медика, так и для получения им предметных представлений и формирования целостного мировоззрения. Системное мышление ориентировано не только предметно, т.е. на биомедицинскую предметную область, но и методологически, воплощая определенный подход: умение мыслить так, чтобы видеть целостную картину патологического состояния человека в единстве с окружающей его средой.

В процессе системного мышления врача (наряду с интуицией и опытом) используются методы как **индуктивного**, так и **дедуктивного** мышления. Индукция - нахождение закономерности, а дедукция - ее применение к частному случаю. Если дедуктивное мышление - это получение выводов логическими средствами (в том числе переходом от общего поведения к частному), то индуктивное мышление - это обобщение от частного к общему. Дедуктивное мышление подразумевает, что сначала определяются системные проблемы ухудшения здоровья и его охраны, а затем находятся решения этих проблем; при индуктивном мышлении, наоборот, сначала находится новая идея или новое «прорывное» решение, а затем это решение стремятся применить к практическому решению требуемой проблемы.

Важную роль в системе охраны здоровья играют два принципа - системность и изоморфизм. Первый из них можно трактовать как понимание системы в виде комплекса «взаимосвязанных элементов, образующих целостность», а второй - как однозначное (собственно изоморфизм) или частичное (гомоморфизм) соответствие структуры одной системы (здоровья человека) структуре другой (системе его охраны). Это позволяет моделировать одну систему посредством другой, подобной ей во всех отношениях.

В здравоохранении универсальная методика по проведению СА в сфере охраны здоровья отсутствует. Данная методика особенно эффективна в случаях, когда у специалиста нет достаточных сведений об изучаемой системе, которые позволили бы формализовать процесс ее исследования, включающий постановку и решение возникшей

проблемы. В основе методики СА можно положить этапы проведения любого научного исследования или этапы исследования и разработки, принятые в теории управления. Однако специфической особенностью любой методики СА является то, что она должна опираться на понятие системы и использовать закономерности ее построения, функционирования и развития. Общим для всех методик СА являются определение закона функционирования системы, формирование вариантов ее структуры (нескольких альтернативных алгоритмов) и выбор наилучшего варианта, осуществляемого путем решения задач декомпозиции, анализа и синтеза исследуемой системы и снимающих в конечном счете проблему практики.

Основой построения методики анализа и синтеза системы здравоохранения в конкретных условиях является соблюдение принципов СА. **Принципы СА** - это положения общего характера, являющиеся обобщением опыта работы исследователя, организатора здравоохранения со сложными системами. Общепринятыми формулировками отечественное здравоохранение пока не располагает, поэтому изложим эти принципы более подробно. Наиболее часто к **системным** причисляют следующие принципы:

- **принцип конечной цели** - абсолютный приоритет конечной (глобальной) цели;
- **принцип измерения**, согласно которому о качестве функционирования системы охраны здоровья можно судить только применительно к качеству и показателям общественного здоровья, его феноменам и категориям, медико-демографическим процессам. Другими словами, для определения результативности функционирования отрасли здравоохранения ее надлежит представить как часть более общей системы - сферы охраны здоровья человека - основной цели деятельности всей совокупности государственных органов и организаций законодательной и исполнительной власти разных уровней, всей социальнохозяйственной системы страны;

- **принцип эквивиальности** сводится к тому, что система может достигнуть требуемого состояния, определяемого исключительно собственными характеристиками системы, при различных начальных (дореформенных) условиях и различными путями. Это форма устойчивости по отношению к начальным и граничным условиям;

- **принцип единства** представлен в виде совместного рассмотрения системы здравоохранения как целого и как совокупности частей (элементов, служб, звеньев, секторов, подотраслей). Принцип ориентирован на «взгляд внутрь» системы, на расчленение ее с сохранением целостных представлений о системе;

- **принцип связности** означает рассмотрение любой части (компоненты) совместно с ее окружением. Это подразумевает проведение процедуры выявления связей между элементами системы и выявление связей с внешней средой (учет факторов внешней среды). В соответствии с этим принципом систему здравоохранения в первую очередь следует рассматривать как составную часть (элемент, подсистему) другой системы - сферы охраны здоровья, называемой суперсистемой, или «старшей» системой;

- **принцип модульного построения** указывает на возможность вместо части системы исследовать совокупность ее входных и выходных воздействий (абстрагирование от излишней детализации) факторов окружающей среды на состояние здоровья популяции;

- **принцип иерархии** предусматривает введение иерархии категорий (феноменов) здоровья человека, их ранжирование, равно как и структурных подразделений охраны здоровья. Это упрощает разработку системы и устанавливает порядок рассмотрения составных частей;

- **принцип функциональности** - совместное рассмотрение структуры и функции с приоритетом функции над структурой. Принцип утверждает, что структура здоровья человека тесно связана с функцией системы здравоохранения, ее службами, звеньями, подотраслями. В случае придания системе новых функций полезно пересматривать структуру организации медико-профилактической помощи, а не пытаться втиснуть новую

функцию в дореформенную схему. Поскольку выполняемые функции составляют процессы, целесообразно рассматривать отдельно процессы, функции, структуры. В свою очередь, процессы сводятся к анализу потоков различных видов: пациентов - в зависимости от их состояний, материально-хозяйственных, финансовых, информационных;

- **принцип развития** характеризует изменяемость системы здравоохранения, ее способность к эффективным структурным преобразованиям, реформированию и трансформации; адаптации к внешней среде; накоплению, переработке и оптимальному использованию информации. Обычно расширение функций столь сложных систем предусматривается за счет обеспечения возможности включения новых модулей, совместимых с уже имеющимися. С другой стороны, при анализе принцип развития ориентирует на необходимость учета традиционных принципов организации здравоохранения и особенностей настоящего времени - перехода к информационно-индустриальному обществу. Это соответствует требованиям учета жизненного цикла этой системы, условными фазами которого являются проектирование оздоровительно-профилактических программ, изготовление более эффективных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ввод в эксплуатацию более совершенного лечебнодиагностического оборудования и своевременная замена устаревшего. В этом смысле рассматриваемый принцип можно называть еще принципом позитивных изменений (историчности) или открытости. Чтобы система эффективно функционировала, она должна изменяться, реформироваться, более успешно взаимодействовать с окружающей средой;

- **принцип неопределенности** учитывает возможные случайности в системе. Принцип утверждает, что можно иметь дело с системой, в которой структура, функционирование или факторы внешнего воздействия не полностью определены. К тому же сложные открытые системы не подчиняются вероятностным закономерностям, а неопределенность не описывается аппаратом теории вероятностей. При наличии медицинской информации о вероятностных характеристиках случайностей (математическое ожидание, дисперсия и т.д.) можно определять вероятностные характеристики выходов в системе здоровья.

Знание и практическое использование этих принципов позволит лучше увидеть и обосновать существенные стороны решаемых проблем, учесть весь комплекс взаимосвязей здоровья и факторов окружающей среды, обеспечить системную их интеграцию.

Общий подход к решению проблем развития системы здравоохранения представлен как цикл (рис. 23).

В процессе функционирования системы охраны здоровья выявляются проблемы несоответствия существующего положения дел требуемому. Для решения этих проблем проводится системное исследование (**декомпозиция, анализ и синтез**) рассматриваемой сферы, снимающее или ослабляющее остроту проблемы. В ходе синтеза осуществляется оценка анализируемой и синтезируемой частей системы охраны здоровья. Реализация синтезированной системы позволяет оценить степень снятия проблемы неудовлетворительной практики и принять решение на функционирование реформированной (модернизированной, новой) системы. При таком представлении становится очевидным важнейший аспект определения системы охраны



Рис. 23. Общий подход к решению проблем развития системы здравоохранения здоровья как пути решения проблем реформирования организационноуправленческих и медико-социальных структур отрасли здравоохранения. Основные задачи СА системы здравоохранения могут быть представлены в виде трехуровневого дерева функций (рис. 24).



Рис. 24. Дерево функций СА здравоохранения

На этапе декомпозиции, обеспечивающем общее представление о рассматриваемой системе, осуществляются:

- определение и декомпозиция общей цели исследования и реформирования основной функции системы охраны здоровья населения как ограничение траектории в пространстве ее состояний или в области допустимых ситуаций. Наиболее часто декомпозиция проводится путем построения дерева целей и дерева функций;
- описание воздействующих на состояние популяционного здоровья факторов окружающей среды;
- описание тенденций развития системы здравоохранения, неопределенностей разного рода;
- функциональная (по функциям), компонентная (по виду элементов, компонентов, свойств) и структурная (по виду отношений между службами, звеньями, секторами) декомпозиции системы здравоохранения.

Глубина декомпозиции ограничивается необходимостью изменения уровня абстракции - представления структурных составляющих: служб, звеньев, секторов отрасли как подсистем. Из общей теории систем известно, что большинство их могут быть декомпоziрованы на базовые представления подсистем. К ним относят последовательное и параллельное соединение элементов, соединение с помощью обратной связи.

Среди наиболее часто применяемых стратегий декомпозиции выделяют:

- функциональную, базирующуюся на анализе функций системы;
- декомпозицию по жизненному циклу, когда целью системы является оптимизация оздоровительно-профилактических, лечебно-диагностических, медико-экологических и других процессов и когда можно определить последовательные стадии преобразования входов в выходы соответствующих результатов;

- декомпозицию по физическому процессу, применяемую в ситуациях, когда целью модели является описание физических сторон изучаемых медико-демографических процессов. На этапе анализа, обеспечивающем формирование детального представления системы охраны здоровья, осуществляются следующие его виды:
 - функционально-структурный, позволяющий сформулировать требования к создаваемой (реформируемой) системе;
 - морфологический - анализ взаимосвязи компонентов, феноменов, категорий здоровья;
 - генетический - анализ организационных принципов предыстории развития отечественного здравоохранения, причин ухудшающейся ситуации, имеющих тенденций и перспектив реформирования служб, звеньев, секторов охраны здоровья, их сценариев при построении прогнозов;
 - анализ существующих аналогов системы за рубежом;
 - анализ эффективности (по результативности, ресурсоемкости, управляемости). Он включает выбор шкалы измерения, формирование показателей эффективности, обоснование и формирование критериев эффективности, непосредственно оценивание и анализ полученных показателей состояния и перспектив развития изучаемой системы охраны здоровья;
 - формирование требований к реформируемой системе, включая выбор критериев ее оценки и ограничений по ресурсам. Этап синтеза системы, решающей проблему, представлен в виде упрощенной функциональной диаграммы (рис. 25).



Рис. 25. Упрощенная функциональная диаграмма этапа синтеза системы охраны здоровья. На этом этапе осуществляются: разработка модели требуемой системы (выбор математического аппарата, моделирование, оценка модели по критериям адекватности, простоты, соответствия между точностью и сложностью, многовариантности реализаций); оценивание вариантов синтезированной системы (обоснование схемы оценивания, реализация модели, проведение эксперимента по оценке, обработка результатов оценивания, анализ результатов, выбор наилучшего варианта). Оценка степени снятия проблемы проводится при завершении СА.

Методологию анализа системы здравоохранения составляют принципы, методы и средства организации и построения теоретической и практической деятельности, направленной на исследование и улучшение функционирования лечебно-диагностических и реабилитационно-оздоровительных процессов. Эта методология включает в себя следующие этапы:

- исследование и анализ ситуации, сложившейся в здравоохранении, и тенденции его развития;
- исследование принципов формирования соответствующих подсистем, служб и секторов;
- выявление наиболее значимых факторов внешней среды, оказывающих воздействие на состояние здоровья и систему его охраны, а также являющихся основой функционирования и развития здравоохранения;
- определение основных задач реформирования и развития здравоохранения и способов их решения;
- систематизация результатов исследования общественного здоровья и медико-демографических процессов;
- анализ удовлетворения потребностей в лечебно-профилактической помощи, а также взаимодействия компонентов и выявление закономерностей.

Преимущества использования СА здравоохранения можно охарактеризовать следующими положениями:

- основное внимание направлено на целеобразование;
- применяется для решения таких проблем системы, которые не могут быть поставлены и решены отдельными формальными (математическими) методами;
- используются не только формальные методы, но и методы качественного анализа, направленные на активизацию использования знаний и опыта специалистов междисциплинарных областей.

Построение системы анализа основной деятельности медицинского учреждения базируется на ее соответствии действующим медико-социальным и экономическим законам и исходит из необходимости решения основных задач здравоохранения. Анализ деятельности медицинского учреждения - необходимое звено в системе управления ПМСП, так как его результаты обосновывают выбор оптимального решения на всех этапах планирования и усовершенствования соответствующих видов деятельности.

В целях обеспечения комплексности анализа разрабатывается единая система взаимосвязанных аналитических показателей, которая учитывает все виды информации: финансово-аналитической, медико-статистической, инженерно-технической.

Основные элементы комплексного анализа можно представить схематически (рис. 26).



Рис. 26. Схема составных элементов комплексного анализа деятельности медицинской организации

Основные аспекты деятельности медицинского учреждения включают следующие показатели. 1. **Статистические:**

- показатели профилактической работы;
- количество пролеченных больных (в стационаре, дневном стационаре при поликлинике, стационаре дневного пребывания, стационаре на дому);
- количество проведенных койкодней в стационаре (дней пребывания в дневном стационаре);
- средняя длительность пребывания в стационаре;
- функционирование койки в стационаре, ее оборот, количество и профиль коек;
- число посещений в поликлинике и количество законченных случаев лечения в поликлинике;
- количество выполненных в параклинических подразделениях операций и отдельных терапевтических манипуляций;
- хирургическая активность и летальность;
- показатели качества медицинской помощи.

2. **Финансово-экономические:**

- объем бюджетных ассигнований;
- лимиты бюджетных обязательств;
- тарифы на единицу медицинской помощи и нормативы затрат по статьям расходов;
- объем доходов от предпринимательской деятельности по видам;
- себестоимость услуги и рентабельность;
- расходы по статьям экономической классификации и источникам финансирования;
- износ основных средств и амортизационные отчисления;
- прибыль (убытки), дебет/кредит;
- число штатных единиц и средняя заработная плата по категориям персонала;
- фондовооруженность труда, фондоотдача основных средств и фондоемкость производства.

3. Инженерно-технические:

- общая (полезная) площадь зданий и их объем;
- протяженность коммуникаций;
- объем потребляемых энергоресурсов;
- количество подвижной техники и единиц оборудования по видам и структурным подразделениям.

Приведенный перечень показателей деятельности медицинского учреждения не является закрытым; в зависимости от целей, задач и назначения проводимого анализа он может быть дополнен по усмотрению администрации учреждения.

С учетом используемой информации и времени проведения различают анализ **оперативный** (на основе ежедневно поступающей информации) и **периодический** (по установленным периодам времени - ежемесячный, квартальный и т.д.). В зависимости от круга изучаемых вопросов анализ подразделяется на **полный** и **тематический**.

Один из наиболее простых видов **сравнительного анализа** - сопоставление фактически достигнутых результатов с плановыми показателями. Эта разновидность анализа практически важна для принятия управленческих решений. Так, для проведения сравнительного анализа расходов учреждения за первый квартал 2006 г. схематически учитывают следующие показатели (табл. 12).

Таблица 12. Расходы учреждения за квартал 2006 г.

Статьи расходов	План, тыс. руб.				Факт, тыс. руб.			
	всего	источник финансирования			всего	источник финансирования		
		ОМС	бюджет	платные		ОМС	бюджет	платные
Медикаменты	16 100,0	10 500,0	3100,0	2500,0	17 100,0	12 000,0	3300,0	2100,0
Питание	4100,0	4000,0	—	100,0	3520,0	3500,0	—	20,0

Из данных сравнительного анализа следует, что по статье «медикаменты» наблюдается значительное расхождение фактических значений с плановыми по таким источникам финансирования, как средства ОМС (превышение факта на 1,5 млн руб.) и по платным (невыполнение плановых заданий на 400,0 тыс. руб.).

Для принятия управленческого решения (при обнаружении значительных расхождений с плановыми значениями) необходимо сопоставление фактических данных с кассовыми. В приведенном примере кассовые расходы на ОМС составляют 10 600,0 тыс. руб. Следовательно, значительного расхождения с планом (10 500,0) не наблюдается.

Результатами анализа дебиторской (кредиторской) задолженности на 1-е число анализируемого периода установлено, что по статье 110310 по ОМС на 01.01.05 г. дебиторская задолженность (т.е. осуществленной предоплаты) составляла 1500,0 тыс. руб. Устанавливается дата перечисления денежных средств в размере 1500,0 тыс. руб. - 20 декабря 2005 г. Вывод: поскольку денежные средства за партию медикаментов перечислены 20.12.05 г., а срок поставки по договору - 10 дней, фактически медикаменты поступили в I квартале следующего года. Кассовые расходы в этом квартале были практически полностью перекрыты своевременными поставками (10 600,0 тыс. руб. - касса, 10 500,0 тыс. руб. - факт).

Исходя из бухгалтерского учета, медикаменты списываются с даты их передачи в отделения (Инструкция 107-н). Следовательно, нарушений финансовой дисциплины в I квартале 2006 г. не установлено, несмотря на превышение фактических расходов над

плановыми. Отсюда управленческое решение: в связи с поступлением в отделение сверхнормативных запасов по медикаментам надлежит усилить контроль за их рациональным использованием и скорректировать заявку по видам лекарств на II квартал.

По статье «питание» установлено значительное расхождение плана и факта по средствам ОМС. Так, по плану предусмотрено 4000,0 тыс. руб., а фактически израсходовано 3500,0 тыс. руб. Анализируя ситуацию (по аналогии с медикаментами), устанавливаем, что кассовые расходы составляют 4050,0 тыс. руб. Итак, на 01.01.06 г. задолженность по статье отсутствует, а на 01.04.06 г. - дебиторская задолженность достигает 550,0 тыс. руб. Дата перечисления средств - 25.03.06 г. Отсюда вывод: кассовые расходы по питанию соответствуют плановым (как и в случае с медикаментами). Но фактические расходы в размере 550,0 тыс. руб. меньше плановых в связи с несвоевременными поставками продуктов питания. В результате следует управленческое решение: рассмотреть договоры поставок продуктов питания; выяснить причины несоблюдения их сроков; принять меры по усилению контроля за соответствием плановых и фактических расходов.

От сравнения абсолютных величин за один и тот же промежуток времени целесообразно перейти к сопоставительному анализу результатов деятельности больницы за I квартал 2006 г. с целью рассмотрения относительных величин (табл. 13).

Таблица 13. Результаты деятельности больницы за I квартал 2006 г.

Показатель	План	Факт	Отклонение, %
Количество койко-дней всего	100 948,5	102 316	101,4
по реанимации	1352	1053	77,9
для новорожденных	2798,4	2626	93,8
дневной стационар	927	1594	172,0
Средняя длительность койко-дня	14,1	13,9	98,6
Количество больных	7177	7377	102,8
Функционирование койки, дни	81,1	82,2	101,4
Стоимость питания в стационаре, руб. всего	1 209 852	1 105 100	91,3
на 1 койко-день	11,98	10,80	90,1
Стоимость медикаментов, руб. всего	4 373 900	6 987 700	159,8
по реанимации	608 380	740 300	121,7
для новорожденных	23 787,5	26 795	112,6
в дневном стационаре	11 590	6850	59,1
по поликлинике	21 390	28 720	134,3
Платные услуги, руб.	107 800	163 500	151,7
Бюджетные ассигнования, руб.	160 000	2 604 100	1627,6
Диагностика других ЛПУ, руб.	125 000	98 200	78,6
Стоимость медикаментов на стационар (ОМС), руб.	33 159 925	3 319 235	100,1
Медикаменты на 1 койко-день (ОМС)	32,85	32,44	98,8
Медикаменты на 1 койко-день реанимации	449,99	703,04	156,2
Медикаменты на 1 койко-день для новорожденных	8,50	10,20	120,0
Медикаменты на 1 койко-день для стационара за счет всех источников	41,763077	66,987861	160,4

Приведенные в табл. 13 результаты сравнительного анализа увязывают выполнение статистических показателей с финансовыми - относительными затратами на единицу

услуги по 2 основным статьям расходов в процессе лечения - медикаментам и питанию. Аналогичным образом анализируются расходы и по другим статьям экономической классификации.

Для целей сравнительного анализа практический интерес представляет колонка таблицы «Отклонение», позволяющая сделать выводы о финансовой обеспеченности учреждения, соблюдении норм постатейных затрат, влиянии статистических показателей на динамику изменения норм рас-

ходов на единицу услуги. Например, фактические расходы на питание составили 91,3% от предусмотренных планом. В то же время на статью «питание» на 1 койко-день в стационаре приходилось 90,1% от установленной нормы в связи с перевыполнением плана по койко-дням (101,4%). А это позволяет сделать вывод о ненадлежащем финансовом обеспечении учреждения в целом (не поступали дополнительные финансовые средства в связи с перевыполнением плана койко-дней и пролеченных больных) либо о нерациональном расходовании средств (их использовании по другим статьям расходов вместо направления на питание больных).

Для выяснения соответствующей причины достаточно обратиться к дополнительным результатам анализа, а именно сравнительного анализа расходов и доходов учреждения.

Более углубленный анализ по каждому из структурных подразделений можно произвести по таблицам со следующими графами:

- количество коек (посещений, штатных единиц и т.д. - в зависимости от типа учреждения);
- количество больных - плановое (план), фактическое (факт);
- кроме того, фактически платные больные: койко-дни - план, факт;
- функционирование койки - план, факт;
- средняя длительность лечения - план, факт;
- план дохода, в том числе фактического;
- заработная плата - план (равна плановому тарификационному фонду заработной платы - ФЗП), факт (установленный процент ФЗП отделения);
- расход медикаментов по отделению - план, в том числе по источникам финансирования на 1 койко-день, факт (на 1 койко-день).

Выполнения плановых показателей (в %) анализируется по поступившему доходу, начисленной оплате труда, количеству пролеченных больных, койко-дням, средней длительности лечения, а также по медикаментам и числу действующих (рабочих) коек.

Расходы по медикаментам параклинических отделений на 1 койко-день рассчитывают по коэффициентам затрат: диагностических служб на данное отделение, затрат оперблока и анестезиолого-реанимационного отделения.

Расходы на 1 койко-день подсчитывают по медикаментам, оперблоку и по анестезиолого-реанимационному отделению (средние затраты).

Результаты анализа работы параклинических подразделений занимают особое место в итоговой деятельности учреждения в силу того, что:

- во-первых, по результатам анализа работы диагностических служб можно выявлять отклонения от установленных нормативов; это позволяет производить соответствующую корректировку плановых заданий и норм расходов данного подразделения;
- во-вторых, анализ показателей деятельности диагностических подразделений в сопоставлении с общеучрежденческими показателями работы выявлять как нерациональное расходование средств, так и причины ухудшения показателей (количественных, качественных) работы отделений стационара и поликлиники.

Сравнительный анализ выполнения плановых показателей работы диагностических служб и принятие управленческих решений на основе его результатов представлен в табл. 14.

Таблица 14. Анализ работы параклинических служб

Лаборатория	Единица измерения	Годовая норма		% выполнения	В том числе доля поликлиники	Доля поликлинических исследований в общем объеме, %	Кроме того платные	
		план	факт				количество	% от плана
Клиническая	у.е.	7 760 86	9 564 406	123,2	742 390	7,8	5635	0,1
Иммунологическая	у.е.	325 171	414 711	127,5	2 468 52	59,5	2248	0,5
Рентгенодиагностики	у.е.	89 908	86 428	96,1	24 439	28,3	1227	1,4

Из приведенных в табл. 14 данных можно заключить о значительном (123,2%) перевыполнении клиничко-диагностической лабораторией планового задания.

Управленческое решение является основным этапом и содержанием всего процесса управления, его кульминацией, основой реформирования отрасли. Управляет тот, кто компетентен принимать решения.

Успешное решение проблемы охраны здоровья во многом зависит от ее своевременной постановки и точной формулировки, поэтому специалистам по управлению здравоохранением необходимо не только своевременно оценивать параметры, свойства и связи возникающих проблем, но и понимать их сущность. Формулирование проблемы заключается в ее определении, т.е. установлении сущности проблемы в профессиональных терминах.

Зеркальным отражением формулирования проблемы является выработка определения цели. Термин «цель» используется для того, чтобы описать результат, подлежащий достижению.

Цель может принимать форму,

обуславливающую достижение максимума (или минимума), величина которого еще должна быть определена, или же форму задания диапазона значений, внутри которого должно лежать решение. Принуждающие связи есть условия, ограничивающие и описывающие, как цель должна быть достигнута или измерена. Комбинация целей, устанавливающих курс, и принуждающих связей, ограничивающих цели, образует ограничение, при котором начинаются изучение и практическое решение проблемы. Ограничение есть сумма правил, руководящих принципов, определяющих границу изучаемой проблемы. Существенно достижение совместимости цели и принуждающих связей. Без достижения согласия об ограничениях невозможно прийти к согласию относительно решений.

Когда руководитель здравоохранения ставит условие проблемы, он устанавливает пределы ее исследования и практического решения, а следовательно, и границы ограничения. В санитарно-статистическом смысле условия могут быть определены как избыточные, противоречивые или достаточные. Условие является избыточным, если оно содержит ненужные элементы (вызывающие потери или перерасход ресурсов). Условие может также содержать противоречие - несогласованность частей проблемы друг с другом. Достаточное условие выполняется, если принуждающие связи совместимы с целью, причем цель определена адекватно требованиям к системе здравоохранения.

Решение проблемы определяется как деятельность, которая сохраняет или улучшает качественные характеристики функционирования системы медицинской помощи, улучшения состояния здоровья населения. Сохранение, реформирование или улучшение этой системы осуществляется путем введения изменений, инноваций, повышающих эффективность использования ресурсов. Этими ресурсами являются персонал,

лекарственные средства, материалы, оборудование, устройства, финансовые средства и время. Эффективность использования ресурсов может проявляться в следующих изменениях:

- повышение качества медицинских услуг;
- увеличение или уменьшение потребности в ресурсах без соответствующего изменения в стоимости и объеме предоставляемой медицинской помощи;
- уменьшение подверженности риску (врачебным ошибкам) пациентов и персонала.

Управленческая деятельность становится все более важным фактором эффективного функционирования здравоохранения и повышения уровня общественного здоровья в современных условиях. Все большая самостоятельность, которую приобретают организации здравоохранения, требует значительного расширения методов управления и самоуправления. Это ведет к увеличению объема и усложнению характера работ, выполняемых персоналом всей системы здравоохранения. При этом существенно возрастают и ответственность за качество, и своевременность решений, принимаемых на всех стадиях планирования, организации, координации, мотивирования. Данные решения обычно понимаются как управленческие и имеют разные определения.

1. Управленческое решение - это результат управленческой деятельности, выбор возможного варианта действий. Если нет вариантов решения, не может быть и самого решения.

2. Управленческое решение - концентрированное выражение процесса управления на его заключительной стадии.

3. Управленческое решение - подлежащая выполнению команда, поступающая от управляющей системы к управляемой.

В своей основе управленческое решение имеет социально-экономическую природу. Оно связано с деятельностью специалиста, руководящего членами коллектива и использующего для этого, как правило, все свои способности, умения, знания и навыки. Поэтому содержанием управленческого решения является сочетание интеллектуальной деятельности индивида как субъекта управления с организационно-практической деятельностью управляемой системы.

Само управленческое решение всегда связано с необходимостью воздействия на объект управления с целью приведения его в желаемое состояние. Подготовка решения требует затрат времени, поэтому можно с полным основанием говорить о процессе принятия решений. Выработка и принятие решения - это творческий процесс, который начинается с получения профессионалом информации о состоянии контролируемых параметров управляемого объекта. При отклонении данных параметров от желаемого состояния возникает необходимость воздействия на объект. Выработка плана такого воздействия составляет сущность процесса проектирования и принятия соответствующего решения, которое в виде информации (команда, приказ, инструкция, распоряжение) доводится до управляемого объекта.

Принятие решений является основой управления. Это сложный процесс, включающий целый ряд этапов, которые тесно связаны друг с другом. Принципиальная схема подготовки и принятия решений, изображенная на рис. 27, представляет собой последовательное движение от одного этапа к другому. После выявления проблемы и установления причин, приведших к ее возникновению, анализируются необходимые ресурсы и производится разработка вариантов решений, из которых выбирается оптимальный, т.е. наилучший из допустимых вариантов, по установленному критерию - уровню здоровья индивида, популяции, общества в целом.

Необходимым элементом процесса принятия решений являются оценки действий, которые предпринимаются на его различных этапах. На этапе постановки задачи принятия решений - это оценка границ, масштабов и степени сложности проблемы и ситуации. На этапе

разработки решений - оценка предлагаемых вариантов по определенным критериям. На этапе принятия решений - оценка ожидаемых результатов



Рис. 27. Этапы процесса подготовки и принятия управленческих решений

Более детальная структуризация процесса принятия решений предполагает выделение процедур, необходимых для реализации целевых установок каждого этапа. Для этого используются определенные критерии:

1. На первом этапе в качестве критерия распознавания проблемы используется целевая установка, по отклонению от которой и делается вывод о возникновении проблемы. Следовательно, руководители всех уровней должны иметь четко сформулированные цели и задачи. В противном случае наличие проблемы определяется интуитивно или по мере поступления оперативной информации, что усложняет процесс принятия решений.

2. На этапе формирования решений происходит сбор и обработка информации, поэтому требуются время и ресурсы для информационного обеспечения решения проблемы.

3. На этапе разработки вариантов решения проблемы и отбора лучшего варианта применяются критерии, позволяющие из множества проектных предложений выбрать приемлемые, а из них - наиболее предпочтительные. От того, насколько обоснованно выбраны критерии, зависит качество управленческих решений.

Количество разрабатываемых и рассматриваемых вариантов управленческого решения зависит от многих факторов, и прежде всего от имеющихся в распоряжении разработчиков времени, ресурсов, информации. Как правило, главным ограничителем является время, в течение которого должно быть принято решение. Обычно параллельно с разработкой вариантов осуществляется их оценка, а окончательное решение принимается путем выбора из всех альтернативных вариантов.

Весь процесс подготовки и принятия решения можно представить в виде следующего алгоритма:

1. Подготовка и получение необходимой информации.
2. Формулирование проблемы.
3. Определение основных критериев решения.
4. Принятие решения:
 - а) разработка альтернатив;
 - б) оценка альтернатив;
 - в) выбор альтернатив.
5. Разработка организационного плана выполнения решения.
6. Анализ и контроль выполнения решения.

7. Обратная связь и корректировка решения.

Если одно из определений категории «управление» - реализация его основных функций, тогда закономерно рассматривать весь процесс управления в динамике взаимодействия его функций. Этот процесс представляет собой своеобразный круг непрерывных и взаимосвязанных действий по стратегическому маркетингу, планированию, организации процессов, учету и контролю, мотивации и регулированию (рис. 28). В центре такого круга - одна из важнейших основных функций управления - координация работ. Рассмотрение содержания функций управления показывает, что этот процесс начинается со стратегического маркетинга услуг и товаров.

Стратегический маркетинг - комплекс работ по формированию рыночной стратегии на основе стратегической сегментации рынка услуг и товаров медицинского назначения, прогнозирования стратегий повышения качества продукции, фармакологических средств, изделий медицинской техники, товаров, ресурсосбережения и комплексного развития их производства, нацеленных на сохранение или достижение конкурентных преимуществ медико-производственных структур и стабилизацию финансово-хозяйственного статуса.

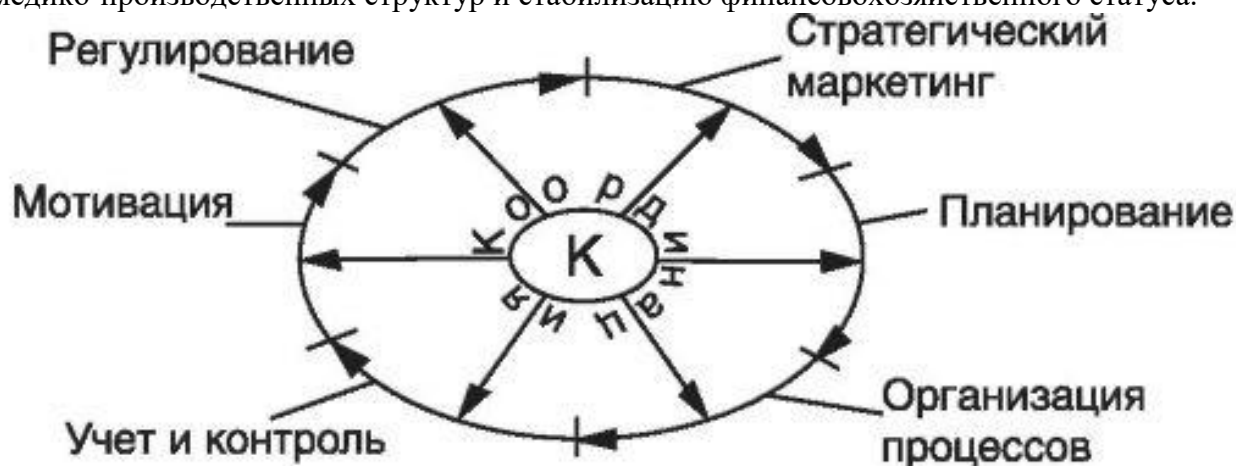


Рис. 28. Цикл (колесо) функций управления

Планирование - основная функция управления здравоохранением, которая включает комплекс управленческих работ: анализ ситуаций и факторов внешней среды; прогнозирование, оптимизацию и оценку альтернативных вариантов достижения целей; выбор наилучшего варианта плана.

Организация - также основная функция управления отраслью как комплекс управленческих и лечебно-производственных процессов по реализации планов. Процессы могут быть основными, вспомогательными и обслуживающими. Основными принципами рациональной организации процессов являются: пропорциональность, непрерывность, параллельность, прямооточность, ритмичность, специализация, универсализация и др.

Учет и контроль - функция управления службами, звеньями, секторами здравоохранения по фиксации времени, расхода ресурсов, любых параметров системы управления на различных видах носителей.

Контроль является необходимой обратной связью в управлении. Основная задача контроля - не допустить существенных отклонений процесса управления от заданных параметров, заранее предупредить возможные отклонения.

Мотивация - функция управления, процесс побуждения работников к деятельности для достижения определенных целей. Слабая мотивация труда медицинских работников - одна из причин недостаточно высокого качества оказываемых услуг, роста социально-экономических потерь общества. Проведенные нами опросы представительной совокупности врачей различных специальностей позволяют сформировать их коллективное мнение и определить позитивную и негативную мотивацию работников.

К позитивной мотивации следует отнести такие пожелания, как:

- повышение уровня заработной платы медицинского персонала как основного стимула для работника;
- укрепление материальной и технико-технологической базы здравоохранения;
- частичное снижение нагрузки на бюджетный сектор здравоохранения;
- возможность концентрации высококвалифицированного персонала на отдельных медико- и социально значимых направлениях;
- увеличение объемов финансирования;
- повышение эффективности использования медицинского оборудования.

К негативной мотивации можно отнести:

- нарушение принципов социальной справедливости;
- неконтролируемый переход наиболее подготовленных и дееспособных медицинских кадров в негосударственный сектор здравоохранения;
- слабость государственного и общественного контроля деятельности субъектов частного здравоохранения;
- недостаточную технико-технологическую оснащенность негосударственных лечебно-профилактических организаций;
- существующую тенденцию развития платной медицины в ущерб бесплатному здравоохранению.

На основе анализа изменений факторов внутренней и внешней среды, оказывающих влияние на качество управленческого решения и эффективность управления, эта функция предполагает меры по доведению (совершенствованию) параметров «входа» системы здравоохранения или процессов в ней до новых требований «выхода» (требований потребителей - пациентов).

Координация - центральная функция управления по установлению связей, организации взаимодействия и согласованности работы компонентов рассматриваемой системы, оперативной диспетчеризации выполнения планов и заданий. Это одна из наиболее сложных функций, выполняемых, как правило, руководителями здравоохранения. Координация может осуществляться по выполнению любых функций, любых работ, между любыми компонентами системы или внешней среды. Это же относится и к вопросам координации и регулирования, более эффективного решения проблем охраны здоровья; качественной диагностики, лечения, профилактики заболеваний, фармацевтической деятельности, производства изделий медицинской техники.

Выработка решения начинается со сбора и обработки информации, поэтому требуются время и ресурсы для информационного обеспечения решения проблемы. Управленческие решения могут быть обоснованными, принимаемыми на основе медико-экономического анализа, и интуитивными, эвристическими, которые экономят время, но содержат в себе вероятность ошибок и неопределенность.

Принимаемые решения должны основываться на качественной и достоверной информации. Это предполагает глубокое знание медикобиологических, социальных, санитарно-эпидемиологических, демографических, медико-экономических, правовых и других явлений, процессов и закономерностей, происходящих в здравоохранении в целом во всей их взаимосвязи и взаимной обусловленности. Знание перспективы изменения изучаемых явлений необходимо для эффективного управления структурными подразделениями отрасли. Это касается управленческих решений относительно оптимального размещения лечебно-профилактических организаций, их структурного состава, взаимодействия и последовательности этапов оказания всех видов и форм медицинской помощи. Процесс прогнозирования результатов деятельности сопровождается применением методов исследования операций.

Важно еще раз подчеркнуть, что здравоохранение как социальный институт, ответственный за общественное здоровье, характеризуется наличием целей деятельности, конкретными функциями, обеспечивающими их достижение, набором социальных статусов и ролей, типичных для данного института. Его деятельность должна определяться следующими моментами:

- набором специфических социальных задач, норм и положений, регулирующих политику в этой сфере деятельности и формы организации (типы поведения);
- интеграцией в соответствующие структуры общества (экономические, политические, правовые, ценностно-этические);
- наличием материально-финансовых средств, обеспечивающих реализацию поставленных задач;
- выполнением нормативных предписаний под социальным контролем.

Государственные функции Минздрав РФ реализует в сфере стратегического планирования и мониторинга общественного здоровья, санитарноэпидемиологического благополучия, организации медицинской помощи. Эти функции ориентированы на конечные результаты деятельности отрасли как социального института. Среди производителей услуг, лекарственных средств (ЛС), изделий медицинского назначения создаются внутрисекторальные рынки реализации и сбыта. Активную роль государство играет в управлении материально-финансовыми процессами. Значимость функций государства как регулирующей надстройки и гаранта всеобщего охвата населения лечебно-профилактической помощью возрастает в условиях формирования рыночных отношений. Комплекс управленческих решений, таким образом, определяется группой задач Минздрава РФ, в числе которых:

- разработка основ государственной политики в области здравоохранения, в том числе санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- разработка и реализация федеральных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, обеспечению населения ЛС, медицинской техникой и изделиями медицинского назначения.

Успешное решение комплекса перечисленных выше задач, а главное, улучшение общественного здоровья предполагают необходимый объем информации об эффективности оздоровительно-профилактических программ, медицинских вмешательств и процедур. Требуется регулярное использование этой информации в процессе принятия управленческих решений. С точки зрения социальной нормы обеспечение услугами, ЛС и изделиями медицинского назначения должно рассматриваться в плане гарантий, доступности и качества.

Являясь межсекторальным по своей сущности, современное здравоохранение испытывает на себе влияние всех составляющих жизнедеятельности общества: политических, производственных, экономических, правовых, экологических, морально-этических. Именно комплексный характер сферы охраны здоровья обуславливает необходимость государственного вмешательства и пристального внимания к вопросам финансирования здравоохранения. С учетом этого в задачи управленческих решений входит стратегия привлечения медицинских работников к осуществлению реформ в отрасли. Эти задачи многофункциональны, и их управленческое решение должно носить комплексный характер.

Решение комплексных проблем здравоохранения требует **комплексного** подхода к ним. При этом должны учитываться междисциплинарные аспекты медицинского управления и их взаимосвязи (эпидемиологические, социально-гигиенические, технологические, экологические, экономические, организационные, социальные, психологические, демографические, политико-философские, санитарно-статистические, правовые), а при необходимости и другие. Если упустить один из обязательных аспектов процесса

управления, то проблема не будет полностью решена. К сожалению, на практике это требование не всегда соблюдается.

Применение комплексного подхода к процессу управления в здравоохранении можно изобразить схематично в виде «колеса обозрения» различных аспектов проблем общественного здоровья (рис. 29).



Рис. 29. Схема взаимосвязи факторов и условий управления решением проблем общественного здоровья

Из общеметодологических подходов к познанию и принятию управленческих решений выделяется прежде всего комплексный подход. Это способ исследования, рассмотрения проблем, задач, объектов здравоохранения с различных взаимосвязанных сторон.

Для успешной реализации управленческих решений, принимаемых руководителями здравоохранения, необходимо учитывать (при подготовке данных решений) процесс **интернализации**. Интернализационный подход исходит из определения степени и глубины усвоения участниками инновационных (преобразовательных) процессов новых образцов профессионального поведения, новых медико-социальных норм и этикодеонтологических ценностей, необходимых для успешного функционирования в условиях формирующихся рыночных отношений. Иначе говоря, это процесс формирования саморегуляторных механизмов в условиях необходимости замены внешних (административно-командных) методов и санкций психологией внутреннего контроля. Особенно это относится к работникам здравоохранения и к населению на этапе формирования новых экономических отношений в медико-социальной сфере.

Процесс принятия управленческого решения носит циклический характер. Основным элементом каждого цикла принятия решения является проблема несоответствия фактического состояния управляемого объекта желаемому. Чтобы выявить и понять эту проблему, необходимо «распознать и описать» такие состояния самого объекта.

Объективация состояния общественного здоровья и формализация описания желательного его состояния как в целом (по уровню состояния и по стране), так и его составляющих

элементов (по отдельным территориям, видам и группам) является главным моментом в проектировании и принятии управленческих решений.

Несмотря на различия в медико-философской и социально-гигиенической трактовке физиологических и патологических процессов и количестве переходных стадий здоровье - болезнь, все исследователи связывают их с влиянием факторов внешней среды. Активность этих факторов такова, что в среднем только около 10% здоровья человека зависит от медицины, качества работы служб, звеньев, подразделений здравоохранения.

Устранение негативных для здоровья человека внутренних и внешних факторов - одна из основных задач здравоохранения как общественной производственной системы, призванной охранять личностно-общественное здоровье.

В рамках этой системной схемы охрана общественного здоровья рассматривается с точки зрения формирования профессиональной деятельности служб, звеньев и подразделений здравоохранения как медико-социального института. Это относительно устойчивые тип и форма социальной политики государства, посредством которых организуется и обеспечивается национальная безопасность общества за счет эффективных связей и отношений в рамках соответствующих медико-санитарно-профилактических структур.

Формализация проблем, возникающих в системе охраны здоровья, предполагает качественное и количественное определение разницы между фактическим и желаемым состоянием здоровья общества, а также структурных подразделений отрасли по соответствующим показателям, индексам и параметрам. Структуризацию рассматриваемой проблемы целесообразно выполнять путем построения дерева целей для ее решения. Поскольку ресурсы для решения проблем ограничены, их следует ранжировать (определять важность, весомость, ранг) по актуальности, масштабности и степени риска.

Во всех стадиях и процессах оздоровления населения принимают участие различные структуры системы здравоохранения. Само участие в этих процессах требует определенных (по составу) и необходимых (по количеству) средств. Кроме того, ограниченность последних вызывает, особенно в условиях рынка, необходимость оптимизации использования данных средств. Все это требует ориентации здравоохранения в целом и его подразделений в частности в сторону их общественной значимости и экономической эффективности. Поэтому подготовка и принятие управленческих решений в структурах здравоохранения должны осуществляться согласно схеме, представленной на рис. 30 с упором на следующие элементы:

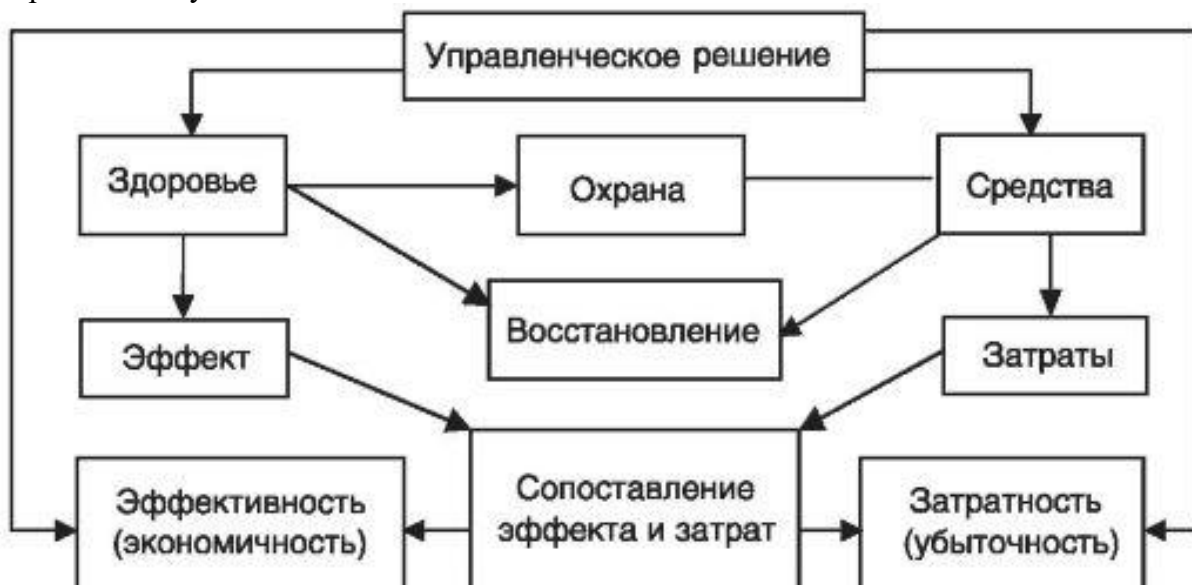


Рис. 30. Направленность управленческих решений в деятельности по охране здоровья

1. Охрана или восстановление здоровья (миссия, цель или общественный эффект).
2. Средства, необходимые для осуществления мероприятий по охране здоровья и его восстановлению (ресурсы или общественно необходимые затраты).
3. Оптимизация использования имеющихся ресурсов для осуществления мероприятий по охране здоровья (медицинская, социальная, экономическая эффективность).

В условиях рынка существуют и усиливаются определенные противоречия между мероприятиями, осуществляемыми по охране здоровья и по его восстановлению: чем лучше охраняется здоровье (профилактические, эколого-гигиенические и другие мероприятия), тем меньше спрос на медицинские услуги (лечебные, оздоровительно-восстановительные процедуры). Снижение спроса должно привести при прочих равных условиях к сокращению предложения или уменьшению цен на данные услуги. Выйти из данной ситуации в какой-то мере позволяет применение **квалиметрического подхода** в принятии решений.

Данный подход основан на соизмерении различных свойств медицинской услуги. Главная цель квалиметрического подхода в здравоохранении заключается в непрерывном поиске повышения эффективности и качества работы медицинских организаций. В каждом конкретном случае главная (глобальная) цель квалиметрического анализа реализуется через совокупность частных (локальных) целей, относящихся к различным аспектам деятельности организаций здравоохранения.

Таким образом, кульминацией всего процесса управления вообще и в системе здравоохранения в частности является управленческое решение. Достаточно сказать, что руководителю среднего уровня в день приходится принимать до 30 ответственных управленческих решений. Результативность принимаемых решений во многом зависит от состояния коммуникативного поведения в организации.

Ознакомившись с изложенным выше, нетрудно убедиться в том, что реализация этапов и стадий процесса управления немислива без их информационного обеспечения и эффективных коммуникаций.

Информация выступает одним из важнейших инструментов управления. Анализируя и передавая эту информацию, а затем получая обратные сигналы, управленец - организатор здравоохранения (менеджер) планирует, организует, координирует, мотивирует и контролирует подчиненных. Большинство подчиненных на вопрос, какие качества они ценят в своем руководителе более других, прежде всего называют умение выслушивать подчиненных. Таким образом, каждый работник в организации обязан быть коммуникатором. Чтобы любой сигнал, любые данные стали информацией, необходимо понять и определить их полезность. В связи с тем что процесс управления в организациях здравоохранения связан с интеллектуальным трудом врача, информация в самом широком понимании и коммуникации в процессе лечения пациента играют первостепенную роль.

Коммуникации - это прежде всего обмен информацией. Можно дать такое определение информации: это данные, сигналы, которые несут знание о нашем незнании. Отсюда не всякие данные для конкретного получателя являются информацией. Они могут выступать физическими (не понятен способ передачи), семантическими (не понятны смысл и содержание вследствие отсутствия у принимающего соответствующего тезауруса) или прагматическими (нет полезности) шумами. Так, часто пациент не всегда понимает врача, который говорит на профессиональном языке.

Коммуникации - это одна из наиболее сложных, неоднозначных проблем современного управления.

Оценки специалистов показывают, что в активной жизни большинства людей процессы общения - коммуникации - занимают до 75% времени. Коммуникации позволяют людям совместно трудиться, накапливать и передавать огромный запас знаний в виде информации. Информацию часто сравнивают с материей.

По оценкам специалистов, до 80% рабочего времени руководителей всех уровней расходуется на те или иные виды общения.

Под коммуникацией понимается обмен идеями, мнениями и информацией в устном и письменном виде посредством символов или действий. При этом передаваемая информация должна быть значима для участников коммуникации. Цель коммуникации - добиться от принимающей стороны точного понимания отправленного сообщения.

Процесс коммуникации, как и процесс управления в целом, можно разделить на ряд этапов: отправление сообщения, его передача и получение. Важнейшими элементами коммуникационного процесса выступают отправитель (коммуникатор), сообщение, каналы передачи, получатель и обратная связь (рис. 31), представляющая собой заключительный элемент коммуникационного процесса.



Рис. 31. Процесс коммуникации

Когда адресат, получивший сообщение, отвечает отправителю, роли сторон изменяются. Между ними формируется взаимный информационный поток, реакция каждой стороны выражается в обратной связи на сообщение. В этом случае устанавливается двусторонний коммуникативный процесс.

Эффективная обратная связь должна обладать рядом характеристик:

1. Направленность. Цель эффективной обратной связи - улучшение качества работы каждого отдельного работника, повышение его ценности. Она не должна унижать чувство собственного достоинства или затрагивать репутацию человека.
2. Конкретность, конструктивность. Эффективная обратная связь должна обеспечить получателей конкретной информацией о состоянии дел, благодаря которой они могут понять, как исправить сложившуюся ситуацию.
3. Описательный характер. Эффективная обратная связь должна не оценивать деятельность работника, а объективно описывать, что он реально сделал.
4. Полезность. Эффективная обратная связь предоставляет информацию, которую работник может использовать для улучшения качества своего труда.
5. Своевременность. Чем скорее осуществляется обратная связь, тем лучше для дела.
6. Желание и готовность работников к восприятию обратной связи. Если работникам навязывают обратную связь, она оказывается значительно менее эффективной.
7. Ясность, четкость выражения, понятность получателю. Получатель обратной связи должен ясно ее понимать. При визуальном контакте отправитель может следить за выражением лица получателя.

8. Надежность характеризует, насколько получатель доверяет полученной по обратной связи информации и насколько верно она отражает реальное состояние дел. Искажение при передаче может повлечь за собой как неверную реакцию руководителя, так и последующие неверные действия подчиненного.

Рассмотрим основные виды коммуникаций в организации (табл. 15).

Таблица 15. Виды коммуникаций организации

Признак классификации	Виды коммуникаций
По субъекту и средствам коммуникаций	Коммуникации с помощью технических средств, информационных технологий. Межличностные
По форме общения	Вербальные. Невербальные
По каналам общения	Формальные. Неформальные
По организационному признаку (по пространственному расположению каналов)	Вертикальные. Горизонтальные. Диагональные
По направленности общения	Нисходящие. Восходящие

Коммуникации, осуществляемые с помощью технических средств, информационных технологий, в современных условиях приобретают важнейшее значение. Они осуществляются с помощью электронной почты, телекоммуникационных систем, управленческих информационных систем (УИС) и др. Менеджеры с помощью УИС могут, например, обратиться к другим сотрудникам за информацией, нужной для решения проблем, а могут изучить литературу о современных достижениях в какой-либо интересующей их области.

Межличностные коммуникации - коммуникации, осуществляемые между людьми в ситуациях «лицом к лицу» и в группах с помощью слов и несловесных средств общения. Именно эти коммуникации представляют наибольшую значимость для изучения организационного поведения.

На межличностные коммуникации оказывают влияние различные факторы (рис. 32).

Эффективность межличностных коммуникаций зависит прежде всего от обратной связи. С ее помощью отправитель понимает, передано ли сообщение, получено ли оно, правильно ли понято и принято получателем. Именно наличие обратной связи превращает коммуникацию в двусторонний процесс.



Рис.

32. Факторы, влияющие на межличностные коммуникации

Получатель должен быть убежден в компетентности отправителя. В зависимости от своей компетентности, предшествующего опыта разные люди по-разному могут интерпретировать одно и то же сообщение, что обуславливает различные подходы к кодированию и декодированию информации. При некомпетентности отправителя коммуникация может не состояться.

Доверие получателей к отправителю - как к руководителю, так и к личности - также важное условие осуществления коммуникации. При этом получатель должен признавать право отправителя на передачу сообщения.

В отношении ожиданий получателя важно отметить, что люди хорошо воспринимают только то, что они готовы воспринять. Неожиданная информация может не восприниматься.

На эффективность межличностных коммуникаций влияет совместимость любого рода. Психологическая несовместимость отправителя и получателя, неприятие получателем целей и задач, которые формулируются в сообщении, разрушают коммуникацию. Статус отправителя может быть по-разному воспринят получателем. Получатель может признавать его и выполнять указания отправителя, переданные в сообщении.

Межличностные коммуникации зависят от социокультурной среды, в которой они осуществляются, включающей традиции, обычаи, системы ценностей и т.д. Культурные различия проявляются как в вербальном, так и в невербальном общении.

Вербальные коммуникации - коммуникации, осуществляемые с помощью устной речи как системы кодирования.

Большую часть рабочего времени многие менеджеры тратят на личное общение с другими индивидами. Достоинствами устных коммуникаций являются быстрота, спонтанность и возможность широкого использования невербальных сигналов одновременно со словами. Известно, что лишь 7% сообщений определено их вербальным содержанием, 93% имеют невербальную природу, из которых 38% определено модуляцией голоса, а 55% - выражением лица.

Невербальные коммуникации - сообщения, посланные отправителем без использования устной речи, как системы кодирования - с помощью жестов, мимики, поз, взгляда, манер и т.д. Они выступают как средства коммуникации в той степени, в какой их содержание может быть интерпретировано другими. С помощью вербальных коммуникаций передается информация, а невербальные коммуникации передают отношение к партнеру по сообщению.

Формальные коммуникации позволяют упорядочивать и ограничивать информационные потоки; они определяются существующими регламентами:

- организационными (схема организационной структуры);
- функциональными (положение об отделах и службах, содержащее раздел «Взаимосвязи между подразделениями»).

Формальные коммуникативные каналы широко используются в организациях с иерархической структурой управления.

Неформальные коммуникации (социальные взаимодействия между людьми, выражение человеческой потребности в общении) дополняют формальные коммуникации. Неформальную систему коммуникаций часто именуют «виноградной лозой».

Информация по каналам передается по вертикали - сверху вниз, снизу вверх, а также в горизонтальной плоскости. **Нисходящие коммуникации** - коммуникации, направленные сверху вниз: от руководителя к подчиненным; **восходящие коммуникации** - коммуникации, направленные снизу вверх: от подчиненных к руководителю (табл. 16).

Таблица 16. Характеристика вертикальных коммуникаций

Вид коммуникаций	Цели	Виды передаваемой в сообщении информации
Нисходящие	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить подчиненным конкретные задачи по выполнению работы. 2. Оперативно сообщить новости о деятельности организации. 3. Осуществить инструктирование по выполнению работы. 4. Обеспечить обратную связь с подчиненными по результатам деятельности. 5. Предоставить всю информацию, необходимую для выполнения работы. 6. Обеспечить социальную поддержку подчиненным. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Об изменениях в политике организации. 2. О бюджете организации, его изменении, исполнении. 3. Директивы вышестоящих органов управления. 4. О новых системах и процедурах. 5. Инструкции, информация для выполнения заданий. 6. О кадровых перемещениях и реорганизациях
Восходящие	<ol style="list-style-type: none"> 1. Получить достоверную информацию о ходе выполнения работы и конечных результатах. 2. Обеспечить обратную связь с руководителем о полученных заданиях. 3. Изучить мнение подчиненных по интересующим вопросам. 4. Получить представление об улучшении деятельности организации 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отчеты о выполнении работы, возникших в ходе работы проблемах. 2. Обращения с просьбой получить консультации по интересующим вопросам. 3. Жалобы подчиненных. 4. Предложения подчиненных. 5. Мнения подчиненных

Горизонтальные коммуникации - коммуникации, направленные на координацию и интеграцию деятельности сотрудников разных отделов и подразделений на одних и тех же уровнях иерархии для достижения целей организации; способствуют повышению эффективности использования всех видов ресурсов организации.

Невербальное поведение человека связано с его психологическим состоянием и служит средством его выражения. Как бы человек ни старался, он не может удержаться от

невербальных сообщений. Невербальное поведение помогает создать образ партнера по общению.

В основе невербальной коммуникации лежит информация, посланная отправителем без использования слов. Основное назначение невербальных средств состоит в дополнении и замещении речи, отражении эмоциональных состояний участников коммуникационного процесса. Оно помогает отточить, скорректировать понимание вербального сообщения, усиливает эмоциональную насыщенность сказанного.

Невербальное поведение поддерживает оптимальный уровень психологической близости между общающимися. Оно выступает в качестве показателя статусно-ролевых отношений. Невербальные средства общения представлены в табл. 17.

Таблица 17. Невербальные средства общения

Основные типы невербальной коммуникации		Невербальные средства общения
Кинесические	Выразительные движения тела	Жесты, мимика и пантомимика, поза, походка
	Визуальный контакт (взгляд)	Направление, длина паузы, частота контакта
Просодические и экстралингвистические	Голос и речь	Интонация, громкость, тембр, темп речи, ритм, дикция, модуляция, высота, тональность, паузы, вздох, смех, плач, кашель, зевание, засоренность речи и т.п.
Такесические	Динамические прикосновения	Рукопожатие, поцелуй, похлопывание
Проксемические	Пространственная структура общения	Ориентация и угол общения партнеров, дистанция
	Время	Опоздания, ранний подход, соотношение времени и статуса, культура времени
	Физическая среда	Дизайн помещения, мебели и других объектов, чистота помещений, интерьер, освещенность, шум

Кинесические средства - зрительно воспринимаемые движения другого человека, выполняющие выразительно-регулятивную функцию в общении.

Кинесика - изучение собеседника по его жестам, мимике, позам, походке, взглядам.

Жесты - разнообразные движения руками и головой, смысл которых понятен для общающихся сторон. Конкретный смысл отдельных жестов различен в разных культурах. Однако во всех культурах есть сходные жесты (табл. 18).

Таблица 18. Общие жесты для всех культур

Вид жеста	Назначение	Примеры
Коммуникативные лица	С их помощью осуществляется общение	Жесты приветствия, прощания, привлечения внимания, запрета, утвердительные, отрицательные, вопросительные
Жесты модальные	Отражают оценку и отношение	Жесты одобрения, неудовлетворения, доверия и недоверия, растерянности
Описательные	Имеют смысл в контексте речевого высказывания	Жесты указания, размера, формы, направления и т.п.

При

общении часто наблюдаются следующие жесты:

- жесты оценки: почесывание подбородка, вытягивание указательного пальца вдоль щеки, остальные пальцы ниже рта; вставание и прохаживание; наклоненная голова и т.д.
- жесты уверенности: соединение пальцев в купол пирамиды, раскачивание на стуле, закладывание рук за голову и др.
- жесты нервозности и неуверенности: переплетенные пальцы рук; пощипывание ладони; постукивание по столу пальцами; трогание спинки стула перед тем, как на него сесть; прикосновение к запонкам, часам, пуговице, сумочке и др.
- жесты самоконтроля: руки сведены за спину, одна при этом сжимает другую за запястье или предплечье; поза человека, сидящего на стуле, вцепившись руками в подлокотники или сжав кулаки, лодыжки при этом сведены вместе и др.
- жесты запрета: сложенные или скрещенные на груди руки; корпус, отклоненный назад; манера сидеть верхом на стуле с широко расставленными ногами, «душка очков во рту» и др.
- жесты ожидания: потирание ладоней; медленное вытирание влажных ладоней о ткань и др.
- жесты доминирования: жесты с выставлением больших пальцев рук напоказ; резкие взмахи сверху вниз и др.
- жесты неискренности и сомнения: «защита рта рукой», «прикосновение к носу», «потирание века», «почесывание и потирание уха», «почесывание шеи», «оттягивание воротничка», поворот корпуса в сторону от собеседника и др.
- жесты разочарования и враждебности: сцепленные пальцы рук (они могут быть подняты - на уровне лица, руки со сцепленными пальцами могут лежать на столе, на коленях - при сидячем положении или внизу перед собой - в положении стоя) и др.

Мимика - движения мышц лица. Часто ее называют зеркалом души. В специальной литературе встречается более 20 000 описаний выражения лица. Следует отметить, что главной характеристикой мимики выступают ее целостность и динамичность. В мимическом выражении 6 основных

эмоциональных состояний: гнев, презрение, страдание, страх, удивление, радость: все движения лица скоординированы.

Поза - положение человеческого тела, типичное для конкретной среды, культуры; является единицей пространственного поведения человека. Человеческое тело способно принять около 1000 различных устойчивых положений. Поза наглядно показывает восприятие человеком собственного статуса по отношению к статусу других присутствующих. Люди с более высоким статусом, как правило, принимают более непринужденные позы, чем их подчиненные.

Главное смысловое содержание позы состоит в размещении индивидом своего тела по отношению к собеседнику. Это размещение свидетельствует либо о закрытости, либо о расположенности к общению.

Различают **закрытые** и **открытые** позы. Закрытые - когда человек пытается как-то закрыть переднюю часть тела и занять как можно меньше места в пространстве; воспринимаются

как позы недоверия, несогласия, противодействия, критики. Открытые же воспринимаются как позы доверия, согласия, доброжелательности, психологического комфорта. Различают также позы раздумья (например, поза роденовского мыслителя) и позы критической оценки (рука под подбородком, указательный палец вытянут к веку). Есть «наполеоновская поза»: а) стоя, руки скрещены на груди; б) сидя, обе руки упираются в подбородок.

Походка - стиль передвижения. Исследования показывают, что самая «тяжелая» походка при гнев, самая «легкая» - при радости. Самая большая длина шага при гордости. Вялая, угнетенная походка - при страдании и т.п.

Направление взгляда показывает, на кого (на что) направлено внимание собеседника, а также дает обратную связь, т.е. показывает, как собеседник относится к сообщению.

Взгляд используется для установления взаимоотношений. Когда человек хочет установить более теплые взаимоотношения с собеседником, он ищет его взгляд. Слишком долгий взгляд в ваши глаза настораживает. Во время общения взгляд говорящего должен встречаться с глазами собеседника около 60-70% всего времени общения. Меньшее время контакта свидетельствует о недоверии к собеседнику. Не рекомендуется во время деловых бесед и переговоров надевать темные очки, иначе собеседник думает, что его разглядывают в упор. Глаза передают самые точные и открытые сигналы межличностной коммуникации, так как они занимают центральное место на лице человека; кроме того, расширение и сужение зрачков не поддается сознательному контролю.

Продолжительность взгляда, как и язык телодвижений, зависит от национальной культуры. Характеристики голоса и речи относят к просодическим и экстралингвистическим средствам общения. **Просодика** - это общее название таких ритмико-интонационных сторон речи, как высота, громкость голосового тона, тембр голоса, сила ударения. **Экстралингвистическая составляющая речи** - включение в речь пауз, а также различного рода психофизиологических проявлений человека: плача, кашля, смеха, вздохов и т.д.

С помощью просодических и экстралингвистических средств регулируются потоки речи, экономятся языковые средства общения: они дополняют, замещают и предвосхищают речевые высказывания, выражают эмоциональные состояния. Наблюдения показывают, что плавная, спокойная, размеренная манера речи наиболее привлекательна в общении. Быстрая речь свидетельствует о взволнованности и обеспокоенности чем-либо. Медленная речь отражает угнетенное состояние, горе, высокомерие или усталость.

Очень важна в деловом общении «энергетика речи»: ее экспрессия и тональная вариативность. Слушателям импонирует такая манера поведения, когда выступающий не суетится, а эмоционально говорит, не скрывая при этом своих чувств и убеждений, передавая их разнообразной интонацией. Зачастую именно в интонации кроется истинный смысл сообщения. То, как мы говорим, во многих случаях важнее того, что мы говорим.

Главная задача паузы - психологическая. С ее помощью говорящий может привлечь внимание и вызвать интерес у собеседников. Если говорящий делает короткую паузу перед важным сообщением и после, таким образом он выделяет его. Паузу можно применять между отдельными элементами мысли: фразами, предложениями и др.

К **такесическим средствам** общения относят динамические прикосновения в форме рукопожатия, похлопывания, поцелуя. Доказано, что они являются биологически необходимой формой стимуляции общения. Использование этих средств общения определяется рядом факторов - таких, как статус партнеров, возраст, пол, степень знакомства.

Похлопывание по плечу возможно при условии близких отношений, равенства социального положения общающихся.

Такесические средства общения выполняют функцию индикатора статусно-ролевых отношений, символизируют степень близости общающихся людей (проксемика- от англ. *proximity* - близость). Это та дистанция, которую соблюдают люди при общении. И это биологическая закономерность (табл. 19).

Пространство и время также выступают в качестве особой знаковой системы и несут смысловую нагрузку. Нарушение оптимальной дистанции общения воспринимается негативно. К проксемическим характеристикам общения относится не только дистанция, но и взаимное расположение людей в пространстве.

На создание психологической атмосферы при общении существенное влияние оказывает не только расположение собеседников за столом, но и форма самих столов. Квадратный или прямоугольный стол, являющийся обычно рабочим столом, следует использовать для деловых бесед, переговоров, брифингов. Круглый стол следует использовать для непринужденной, неофициальной атмосферы; он хорош, если вам необходимо достичь соглашения.

Взаимоотношения людей осуществляются не только в пространстве, но и во времени. Как человек распоряжается своим и чужим временем - важный социальный знак. Точность и пунктуальность говорят об уважении к другому человеку. Если вы заставляете другого ждать, то тем самым заявляете о своем праве распоряжаться ситуацией.

Коммуникативные помехи, препятствия, любые вмешательства в процесс коммуникации на любом из его участков, искажающие смысл сообщения, называются барьерами.

Таблица 19. Дистанции общения как характерный признак культуры

Вид дистанции	Норма, см	Тип общения
Интимная дистанция	15-20	Общение самых близких людей
Персональная (личностная) дистанция	50-120	Общение со знакомыми людьми
Социальная дистанция	120-350	Дискуссии между коллегами, общение с людьми, которых не очень хорошо знают, официальное сообщение
Публичная общественная дистанция	Свыше 350	Обезличенные и формальные разговоры, выступления перед различными аудиториями

Личностные барьеры - коммуникативные помехи, обусловленные личностными характеристиками отправителя и (или) получателя. **Физические барьеры** - коммуникативные помехи, возникающие в материальной среде коммуникаций. **Семантические барьеры** - коммуникативные помехи, возникающие вследствие неправильного понимания значения символов, используемых в коммуникациях. К символам общения относятся, в частности, слова, действия.

Языковые барьеры - коммуникативные помехи, возникающие вследствие языковых различий отправителя и получателя. Обе стороны не только должны знать буквальное значение слов используемого языка, но и интерпретировать их в контексте использования. Одним из проявлений этого барьера выступает внутригрупповой язык. Трудовые, профессиональные и социальные группы часто создают жаргон, понятный только членам этих групп. Он облегчает внутригрупповое общение. Однако при взаимодействии с другими людьми, не входящими в данную группу, и с другими группами его использование может привести к серьезным помехам в общении.

Организационные барьеры - коммуникационные помехи, обусловленные характеристиками любой организации: число звеньев и ступеней управления, тип

взаимосвязей между ними, распределение прав, обязанностей и ответственности в системе управления и т.д.

Различие в статусе также может стать барьером на пути коммуникации. Лицо более низкого уровня иерархии может воспринимать различия в статусе как угрозы, что мешает общению и даже прерывает его.

Культурные барьеры - коммуникативные помехи, возникающие вследствие культурных различий отправителя и получателя, незнания национальных обычаев, традиций, норм общения, системы жизненных ценностей и т.д. Культурные различия проявляются как при вербальном, так и при невербальном общении.

Временные барьеры - коммуникативные помехи, возникающие вследствие недостатка времени для осуществления полной коммуникации. Коммуникативные перегрузки препятствуют эффективному общению. Они возникают, когда объем коммуникативных входов существенно превышает возможности их обработки или реальные потребности.

Еще один барьер - нежелание делиться информацией. Обладание информацией - один из источников власти. Тот, кто располагает эксклюзивной информацией, получает возможность использовать ее для влияния на других людей. Часто такие владельцы не хотят ею делиться, хранят, что-

бы использовать в подходящий момент. Владеющие полной информацией могут передать лишь незначительную ее часть, использование которой не дает возможности принять оптимальное решение.

Существуют и другие барьеры на пути эффективных коммуникаций (табл. 20).

Таблица 20. Примеры коммуникативных барьеров

Тип барьеров	Примеры проявлений
Личностные	Психологическая несовместимость отправителя и получателя. Различия в ценностных суждениях. Компетентность отправителя и получателя (знания, квалификация, навыки, опыт). Негативный прошлый опыт коммуникаций. Селективное восприятие информации. Неумение слушать собеседника. Фильтрация информации. Вредные вербальные привычки (слова и звуки-«паразиты»: так сказать, э-э, это самое и т.д.). Вредные невербальные привычки (жесты, мимика и т.д.)
Физические	Отвлекающий шум, временно заглушающий голос, передающий сообщение. Расстояние между людьми во время общения («стены»). Помехи во время радиопередачи
Семантические	Различное понимание слов, рисунков, действий (мимики, жестов, пантомимики)
Языковые	Различное понимание одних и тех же слов и выражений. Жаргон, используемый в данной группе. Сленг
Организационные	Многоуровневость. Нарушение нормы управляемости. Излишняя централизация, что приводит к информационной перегрузке центра. Излишняя дифференциация подразделений, в результате чего их сотрудники замыкаются на решении проблем собственного подразделения, и обмен информацией между ними ограничивается. Неопределенность обязанностей и прав
Культурные различия	Культурные различия, проявляющиеся, например, в пунктуальности, точности начала совещаний, переговоров и т.п.; дистанции между общающимися людьми при использовании вульгаризмов в деловой беседе; приверженности своему языку при проведении переговоров; манере держаться, использовании различных жестов; тоне, громкости голоса при переговорах и т.п.
Временные	Дефицит времени общения
Коммуникационные перегрузки	Часть сообщений отсеивается, даже не декодируется. Трудность или невозможность упорядочить информацию, содержащуюся на многообразных носителях
Различия в статусе	Один из участников коммуникации боится высказать свое мнение, боится задать вопрос, не желая выглядеть некомпетентным

Успех коммуникации во многом зависит не только от умения говорить, но и от умения слушать собеседника. Причем необходимо не только слушать, но и слышать собеседника.

Потери информации в случае, если говорящий ориентируется не на собеседника, а лишь на себя, могут составлять от 50 до 80%. По некоторым оценкам, руководитель затрачивает на слушание до 80% своего рабочего времени.

В то же время исследования показывают, что не более 10% людей умеют выслушать собеседника. Важность и сложность этой проблемы привели к тому, что во многих странах мира курсы эффективного слушания стали одним из направлений повышения квалификации менеджеров. Слушание - это сложный процесс, требующий определенных навыков и общей коммуникативной культуры. Эффективное общение включает как понимание, так и необходимость быть понятым.

У руководителя, и особенно у врача, должно быть осознанное желание слушать. В противном случае советы окажутся бесполезными. Приведем некоторые советы общения.

- Создайте пациенту обстановку, облегчающую процесс высказывания. Покажите ему, что вы заинтересованы слушать. Выслушайте собеседника. Дайте ему возможность и время высказаться, ведь он лучше осведомлен о своем здоровье.
 - Помните: нельзя прерывать собеседника и переводить разговор на другую тему до тех пор, пока он не выскажется до конца. Если вы перебиваете собеседника, у него может создаться впечатление, что его лишили права высказаться. Он затаит на время свои мысли и чувства, а затем неожиданно их выскажет, что может вызвать ряд дополнительных проблем.
 - Попробуйте настроиться «на одну волну» с собеседником. Убедитесь, что вы обсуждаете одну и ту же проблему. Если собеседник уже высказался, повторите главное из его сообщения своими словами. Это оградит вас от любых неясностей и недоразумений. Очень важно здесь такое качество, как сопереживание.
 - Повернитесь лицом к пациенту, поддерживайте с ним визуальный контакт. Выражением лица, позой, движениями подтверждайте свое внимание к тому, что говорится. Сидите или стойте от собеседника на расстоянии, удобном для обоих.
 - Помните: пациент хочет общаться с компетентным врачом.
 - Устраните все отвлекающее. Сосредоточьтесь на том, что говорит собеседник. Следите за главной мыслью, не отвлекайтесь на частные факты.
 - Помните, что мы думаем в 4 раза быстрее, чем говорим, т.е. наш мозг большую часть времени свободен и отвлекается от речи пациента.
 - Знайте, что любой человек может удерживать сконцентрированное внимание только в пределах нескольких минут.
 - Старайтесь понять не только смысл слов, но и чувства собеседника.
 - Наблюдайте за невербальными сигналами пациента, т.е. проникайте в смысл его интонации, мимики, жестов, поз. Следите за тем, как часто говорящий смотрит на вас и как он поддерживает с вами визуальный контакт. Следите за скоростью его речи и интонациями.
 - Обращайте внимание на то, способствуют ли невербальные сигналы усилению речи отправителя или противоречат словесному содержанию.
 - Не забывайте, что ваша цель - понимание того, что говорит вам пациент.
 - Придерживайтесь одобрительной установки по отношению к собеседнику. В противном случае у пациента могут возникнуть либо излишняя напряженность, либо неуверенность и вялость.
 - Изменяйте тон беседы и интонации в соответствии с репликами собеседника. Используйте голосовые возможности для передачи заинтересованности в предмете беседы.
 - Сопереживайте с собеседником. Будьте способны ощутить себя на месте другого человека и понять его точку зрения и эмоции.
 - Если вам неясно что-то из того, о чем говорит собеседник, задавайте вопросы. Это свидетельствует о вашей заинтересованности в обсуждении, побуждает собеседника полнее аргументировать свои предложения.
 - Помните, что при общении основная задача состоит в том, чтобы сказать как можно меньше, а узнать как можно больше.
 - Приспосабливайте темп мышления и речи к особенностям собеседника. Обеспечьте плавные переходы от роли собеседника к роли слушающего.
- Мы привели несколько общеизвестных советов при коммуникациях «врач-пациент». Эти советы помогут и при общении в организации с коллегами (если образно представить их в роли пациентов; при этом руководитель по отношению к подчиненным в любой организации является в какой-то степени врачом).

Важным в процессе управления являются информационные, коммуникационные сети. Линия, связывающая две организационные единицы, называется каналом. Если канал в момент обмена информацией связывает более двух организационных единиц, он образует коммуникационную сеть. В коммуникационной сети в процессе коммуникации происходит соединение определенным образом людей с помощью информационных потоков.

Сети могут быть **открытыми** и **закрытыми**. Открытой считается сеть, в которой в точках выхода каналов поток информации может остановиться, так как дальше пути нет. Вернуться он может только тем же путем, каким пришел.

В замкнутой (закрытой) информационной сети информация может вернуться к отправителю по другому каналу, отличному от того, по которому была послана. Однако точка возврата необязательно будет исходной, сообщение может поступить в замкнутую сеть извне.

Информационная сеть. Если информация стекается к сотруднику, занимающему центральное положение, такую сеть иногда называют «звездой» - силовые линии исходят из центра. В сетях типа «колеса» представлена формальная централизованная иерархия власти, при которой подчиненные осуществляют коммуникации друг с другом через своего начальника. «Колесо» позволяет начать действовать быстрее. Информация из центра одновременно посылается во все точки. Здесь всегда ясно, кто несет ответственность, и где достигается больший порядок.

Это наиболее устойчивый тип сети, в ней трудно образовать неформальный канал. Однако «колесо» сильно зависит от личностных характеристик лидера (центра). Может возникнуть информационная перегрузка центра. Возможна фильтрация информации центром.

«**Вертушка**» используется в ситуациях, когда группы осуществляют коммуникации по кругу. Здесь возможен обмен мнениями, хотя есть опасность искажения информации при ее интерпретации.

«**Круг**» - коммуникации осуществляются между людьми, расположенными рядом друг с другом. В «круге» более благоприятный климат, но он менее устойчив, чем «колесо».

Всеканальные сети - полностью децентрализованные сети. В них формальное лидерство разделено или полностью отсутствует. Человека (лидера), контролирующего работу сети, в этой схеме нет. Этот тип сети используется, когда необходимо участие всех сотрудников в решении сложных проблем. Здесь каждый при желании имеет возможность высказать свое мнение. В этой сети больше энтузиазма, деловой активности, творческой работы сотрудников. Она быстрее поддается совершенствованию. В ней воспитываются лидеры, обеспечивается равноправный доступ ко всей информации. Достоверность и надежность информации высока, ее контроль (более тщательный) может осуществляться из нескольких точек; доступна проверка информации.

Рассматривая групповые процессы и их эффективность, важно определить, какой вклад вносит каждый из членов группы в выполнение стоящих перед ней задач. Об этом дает представление анализ коммуникаций в группе (табл. 21).

Таблица 21. Содержание групповых коммуникаций

Вид коммуникации	Пояснение (смысл поведения членов группы)
Предложение	Новое предложение, идея, определенный образ действий
Поддержка или сотрудничество	Отстаивание своей позиции или поддержка идеи коллег, заботящихся об общей идее, миссии, цели группы
Обоснование	Развитие идеи или предложения коллеги
Содействие	Обеспечение надежной информацией всегда готовых к работе членов группы и подталкивающих остальных к достижению высокой производительности
Несогласие Критика позиции других членов группы	

Вызов	Члены группы, для которых свойственны прямота и открытость, оспаривают цели, методы и даже этику группы. Они спорят с лидером. Вдохновляют группу на решения, которым сопутствует тщательно взвешенный риск.
Предоставление информации	Предоставляют новые факты или проясняют идеи и мнения
Поиск информации	Стимулирование поиска фактов, предложений, идей или высказывания мнений другими членами группы
Установление согласия, разрешение конфликта	Призывы к установлению согласия, способствующие созданию спокойной рабочей атмосферы, предупреждению и разрешению конфликтов

Таким образом, информационное обеспечение процесса управления реализуется через коммуникации, т.е. обмен информацией.

Любой процесс управления начинается прежде всего с постановки цели и целеполагания. Данный этап процесса управления был подробно рассмотрен выше. Здесь же рассмотрим составляющую этого этапа - управление проектами (УП).

УП - сравнительно молодая дисциплина, формирующаяся на стыке практического менеджмента, теории управления, экономики, системного анализа, социологии, психологии. Компоновка элементов столь различных дисциплин относится к типу **метазнаний**, т.е. знаний о знаниях.

Востребованность УП вызвано:

- объективной нуждой в эффективных методах практической деятельности;
- развитием на Западе дисциплины Project Management, проникновением в Россию в процессе глобализации западных корпораций, менеджеров и литературы, распространением в России методологического инструментария.

Сегодня УП становится одной из рядовых дисциплин в курсе подготовки управленцев, в то время как ей следовало бы быть основой любого высшего основного и дополнительного образования, в которое остальные предметы включаются в логике проектирования.

Методологический инструментарий не получил в свое время широкого распространения в СССР, как это ни странно, в силу своей высокой эффективности. Так, практикуемые с 1979 г. организационно-деятельностные игры применительно к советским условиям зачастую вскрывали неэффективность заказывавших их организаций и делали невозможным дальнейшее существование последних в прежнем виде.

Западная деловая культура имеет давние традиции. Предприниматель, следуя устоявшимся правилам, регулярно публикуемым прогнозам и статистическим справкам, в промежутках между кризисами с достаточной для практики вероятностью получает расчетную прибыль. В постсоциалистической реальности такой путь неприемлем даже на сравнительно коротких временных интервалах. Отечественная экономико-политическо-культурная среда гораздо динамичнее, а главное, она до последнего времени демонстрировала структурную неустойчивость. Поэтому прямое

использование западных методик в современной российской практике не может быть безоговорочно рекомендовано. В отечественной версии дисциплины УП больший вес имеют качественные методы, имеющие целью предсказать точки бифуркаций в пространстве развития конкретного проекта. Бифуркации, понимаемые здесь как изменения характера развития, происходят под влиянием колебаний мировой и местной хозяйственно-экономической конъюнктуры, проявлений динамики социума и личностной динамики команды проекта.

Западная литература по УП разделяется на две категории. Это, во-первых, предельно операционализованные руководства для менеджеров младшего звена и, во-вторых, узкоспециализированная литература для высоких профессионалов. Редкое исключение составляют в ней дженералистские работы.

Необходимость разворачивания эффективного инструментария УП следует не только из планов государственного развития, но и из футурологических прогнозов, предрекающих, что уже в ближайшие десятилетия частота колебаний параметров техногенной среды превысит

адаптационные способности человеческого организма. Предвестником такого развития ситуации является ощущаемое всеми повышение уровня стрессов повседневной жизни. Выходом могло бы служить ответственное ведение технических, социальных и прочих общественно значимых проектов на всем протяжении их существования.

Включение методов психологии в теорию и практику УП вызвано не только опасностью стрессов, но и расширением кругозора и соответственно области оперирования современного практика до границ интегрального мира, включающего как внешний мир человека, так и его внутренний мир - индивидуальное сознание и личностное бессознательное. До сих пор человек направлял до 5% активности на работу со своим внутренним миром, остальная активность была нацелена на мир внешний. Но, как известно, «насилие человека над природой уравнивается ее насилием над ним»... В организационной психологии наработан объемный материал по изучению взаимодействия человека и его окружения. Человек перед лицом своего внутреннего мира рассматривается, как известно, в общей психологии.

С развитием демократических преобразований и усложнением системы социокультурных институтов в мире социологический контур оказывает все более заметное влияние на разворачивание любого проекта, необходимо включающего в свой состав как материальные, так и человеческие ресурсы. Соответствующие аспекты взаимодействия человека с его окружением являются темой исследования как собственно социологии, так и социальной психологии.

В то же время постепенно становится понятным, что проектирование (как и инженерия или централизованное управление) имеет свои границы, что не все может быть спроектировано, что попытки проектировать социокультурные образования часто обращаются против культуры, что сегодня для проектного сознания характерен своеобразный «проектный фетишизм». Кажется (и в этом особенность подобного фетишизма), что если нечто задумано и затем воспроизведено в форме проекта, то оно уже может существовать, быть созданным в природе, органично войти в жизнь. Но это не так.

Цель проектирования - положить начало изменениям в окружающей человека искусственной среде. Наряду с традиционными, появились совершенно различные по своему содержанию виды проектирования: 1) проектирование как процесс разработки не отдельных предметов, а целых систем (аэропорты, транспорт, супермаркеты, радиопрограммы, программы обучения, банковские системы, компьютеры); 2) проектирование как соучастие, как включение общества в процесс принятия решения; 3) проектирование как творчество, потенциально присущее каждому; 4) проектирование как учебная дисциплина, синтезирующая искусство и науку и, возможно, идущая дальше, чем то и другое порознь; 5) проектирование без объекта как процесс или образ самой жизни.

В зависимости от сферы деятельности, в которой осуществляется проект, различают: технический проект, организационный, экономический, социальный, а также все их возможные комбинации (смешанные проекты). Таким образом, объем понятия проектирования растет.

Кардинальное расширение понятия проекта в сравнении с ранее существовавшими представлениями связано с привнесением экологической идеологией осознания степени укорененности проекта в практике и необходимости учета его отдаленных последствий, а также с диктуемой практикой необходимостью все более полного контроля процессов, связанных с «жизнью» собственно проекта, а следовательно, с необходимостью управления проектом.

В наиболее общем значении проектирование есть создание продукта мышления, перенос его из действительности мышления в окружающую реальность и сопровождение до стадии завершения включительно (рис. 33).

Современное состояние культуры проектирования нельзя считать удовлетворительным. В современной медицинской, социальной и деловой практике общеприняты редуцированные проекты, лишённые одной или даже двух указанных в приведенном выше определении составляющих. Например, как только проект перестает приносить прибыль или государственное финансирование его прекращается, прекращается и его сопровождение, он оставляется на произвол судьбы, и его отдаленные последствия оказываются неприятными сюрпризами или даже техногенными, а то и социальными катастрофами.

Развивая сказанное выше, можно заключить, что **проект** есть система, включающая процесс (или их совокупность), а также обеспечивающие его структуры и совокупность функциональных связей между элементами этих структур.

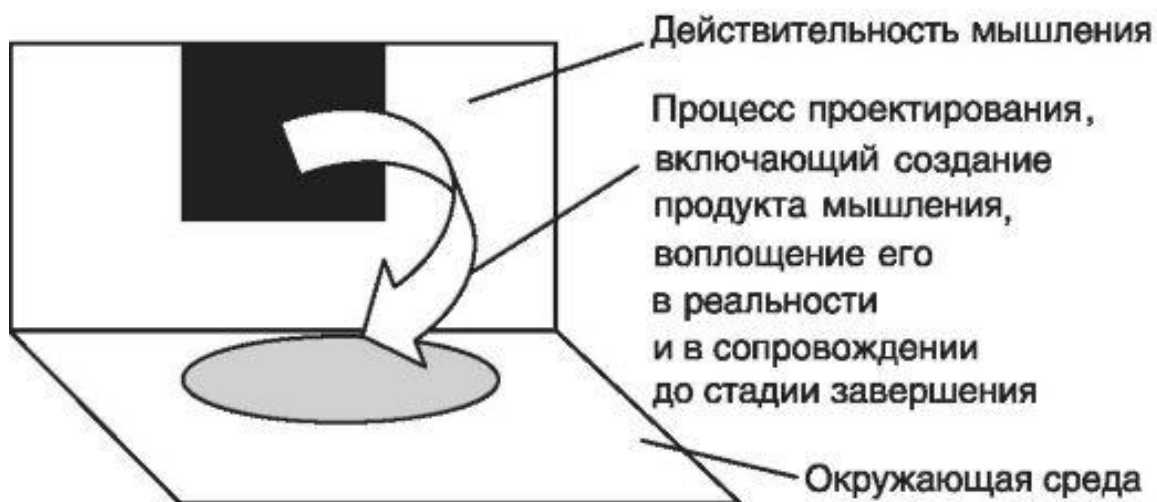


Рис.

33. Основные компоненты процесса проектирования

На 1-м этапе жизни проекта ведущими оказываются креативные и когнитивные процессы. На 2-м этапе роль креативности снижается. Ведущим процессом проекта становится перенесение продукта или совокупности продуктов мышления из мыслительной действительности в реальность. На 3-м этапе жизни проекта ведущими становятся мониторинг группового взаимодействия по поводу проекта, а также реакции заказчика и потребителя.

Концептуальное проектирование регламентации есть на сегодняшний день предельное логическое развитие концептуальной поддержки деятельности проектирования, фундаментальное, но труднореализуемое в силу как своей трудоемкости, так и трудности формализации качеств человека, входящего в контур проектирования. Поэтому современное общество идет по пути институционализации систем управления проектами (в частности, в рамках организаций), о чем пойдет речь ниже.

Исследованию организаций посвящена обширная литература. Что касается организации, порождающей проекты, то она также представляет собой систему. Обычно жизненный цикл организации намного превышает жизненный цикл проекта.

С точки зрения организационной психологии организация рассматривается прежде всего как противоречивый процесс взаимодействия людей, обладающих различными, а порой и противоречивыми целями, интересами, потребностями и взглядами.

УП в организации каждого типа обладает своими особенностями. Иерархическая организация способна быстро и эффективно перераспределять ресурсы. Матричная структура минимизирует конфликт между потребностями в специализации и координации. Сетевая организация легализует существование личных проектов своих участников, реализует множественность уровней взаимодействия между ними, не лимитируемых никакими функциональными и административными границами.

Наименьшая единица деятельности именуется **актом** деятельности и подробно уже исследована. Акт деятельности может осуществляться человеком индивидуально. Вместе с этим существует возможность кооперативной деятельности. Акты деятельности объединяются в более крупные единицы деятельности, например, в проекты. Для эффективного осуществления единиц деятельности, в частности, проектов, люди могут объединяться в группы, в организации.

Проект есть ограниченная во времени составная единица деятельности, осуществляемой либо человеком индивидуально, либо в рамках организации членами этой организации, возможно, объединенными в группы. Ситуация осложняется тем, что человек может участвовать одновременно в нескольких проектах.

В современном мире происходят революционные изменения, обусловленные процессом информатизации. Эти изменения серьезно влияют на фундаментальные принципы деятельности организации. Как отмечает крупнейший специалист в области теории менеджмента П. Друкер: «В здравоохранении те же самые концептуальные изменения приведут, скорее всего, к отказу от теперешнего взгляда на здравоохранение как на борьбу с болезнями и к появлению нового взгляда - как на поддержание физического и психического здоровья. Борьба с болезнями остается,

безусловно, важнейшей частью здравоохранения, но в ином качестве - в том, которое в логике называется подмножеством. Ни один из элементов традиционной системы здравоохранения (я имею в виду больницы и медицинский персонал) не переживет этих изменений, во всяком случае в своем теперешнем качестве и с теперешним набором функций». Одним из изменений, на наш взгляд, станет появление медицинских проектов, с участием множества немедицинских организаций. То есть к широкому внедрению проектного способа организации работ в медицине.

Единого общепринятого определения понятия «проект» в литературе не существует. В отечественной практике с термином «проект» длительное время связывалось представление о документации по созданию каких-либо сооружений. Соответственно разработка такой документации называлась проектированием. Сегодня в понятие «проект» может вкладываться разный смысл. Например:

- «Проект - некоторое предприятие с изначально установленными целями, достижение которых определяет завершение проекта».
- «Понятие "проект" обозначает комплекс взаимосвязанных мероприятий, предназначенных для достижения в течение заданного периода времени и при установленном бюджете, поставленных задач с четко определенными целями.»
- «Проект - это предприятие, которое характеризуется принципиальной уникальностью условий его деятельности - таких, как цели (задачи), время, затраты и качественные характеристики, отличающиеся от других подобных предприятий специфической проектной организацией; это предпринимаемое усилие, организующее человеческие, материальные и финансовые ресурсы в неизвестный путь в рамках уникального предмета работы, заданной спецификации, с ограничениями на затраты и время, с тем, чтобы следование стандартному жизненному циклу проекта приводило к осуществлению успешных изменений, определенных посредством количественных и качественных целей и задач; это уникальный набор скоординированных действий, с определенным началом и завершением, осуществляемых индивидуумом или организацией для решения специфических задач с определенным расписанием, затратами и параметрами выполнения».
- «Проект - это уникальный процесс, состоящий из набора взаимоувязанных и контролируемых работ с датами начала и окончания и предпринятый, чтобы достичь цели соответствия конкретным требованиям, включая ограничения по времени, затратам и ресурсам».
- «Проект - это временное предприятие (усилие), осуществляемое (предпринятое) для создания уникального продукта или услуги».
- «Проект - это уникальная совокупность взаимосвязанных действий (работ), с определенными датами начала и окончания, предназначенных для успешного достижения общей цели».
- «Проект - это уникальная совокупность скоординированных действий (работ) с определенными точками начала и окончания, предпринятая индивидуумом или организацией для достижения определенных целей с установленными сроками, затратами и параметрами выполнения».

Успех любой организации зависит от успеха проектов, которые она выполняет. Именно проекты представляют собой те направленные усилия,

благодаря которым возникают новые или усовершенствованные продукты и услуги, новые технологические процессы, новые организационные структуры, увеличивается объем продаж, уменьшается стоимость, улучшается качество. При успешной реализации проектов повышается удовлетворенность потребителей, расширяется сфера бизнеса и достигаются многие другие выгоды. Благодаря искусному УП возможно сохранение конкурентоспособности в сложном и динамичном мире современного бизнеса.

Методология и средства УП широко используются во всех сферах целенаправленной и проектно-ориентированной деятельности. За последние 30 лет УП сформировалось как новая культура управленческой деятельности и стало своеобразным культурным мостом в цивилизованном бизнесе и деловом сотрудничестве стран разных континентов, с разной историей развития, традициями, экономикой и культурой. Сейчас уже трудно назвать хотя бы один проект мирового значения, который осуществлялся бы вне рамок идеологии и методологии УП. Трудно также назвать хотя бы одну известную в мире компанию, не использующую в своей практике методы и средства УП.

УП не является чем-то новым. С первых шагов человечеству для обустройства жизни пришлось воплощать множество разнообразных проектов - и все они требовали соответствующего управления.

В силу глобального и интенсивного информационно-технологического развития деятельность преобладающего большинства компаний как в России, так и за рубежом проектно ориентированна. Правительственные структуры, крупнейшие российские и зарубежные компании в производственных, социальных и политических сферах, а именно: государственном управлении, консалтинге, строительстве, энергетике, сфере высоких технологий и др. на практике занимаются внедрением УП как способа организации управленческой деятельности и ведения бизнеса. В России вплоть до 90-х годов прошлого века в период планово-распределительной экономики УП не было востребовано практикой. Дело в том, что менеджмент проектов, сложившийся в рыночной экономике, является управленческой культурой и профессиональной деятельностью в условиях рынка и в системах, имеющих социальный характер. В командной экономике, безусловно, проекты выполнялись, проектами управляли; однако менеджмента проектов как культуры и профессиональной деятельности в их современном понимании не было и по определению быть не могло.

В то же время с 30-х по 90-е годы прошлого века в этой области был накоплен значительный опыт и появились определенные достижения, которые, к сожалению, не получили широкомасштабного применения и не сказались на экономике нашей страны. Ситуация резко изменилась в период перестройки, когда поднялся «железный занавес» и Россия заняла свое место в мире профессионального УП. Формальным первым шагом в этом направлении можно считать учреждение в октябре 1990 г. и начало активной деятельности Российской (ранее Советской) ассоциации УП. Профессиональное УП в России за последние 10 лет прошло путь от применения элементов УП для отдельных проектов до создания интегрированных систем управления проектно-ориентированными компаниями и программами.

УП дает ощутимые результаты во всех областях приложений, чем и объясняется растущая популярность этой технологии. В частности, УП - это важная и неотъемлемая часть политической жизни общества. УП позволяет решать как масштабные задачи координации политических, экономических и социальных процессов в обществе, так и более мелкие, направленные на достижение конкретных целей и задач - таких, как завоевание доверия масс, победа на выборах, разрешение конфликтных ситуаций и т.д.

Сейчас трудно назвать хотя бы один значительный проект, который осуществлялся бы вне рамок идеологии и методологии УП. Точно так же трудно представить себе солидную организацию, не использующую в своей практике соответствующие методы и средства. Успехи и неудачи выдающихся проектов стали предметом тщательного изучения с позиций УП как дисциплины.

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Направление подготовки: **38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Сергеева Е.А.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Доцент кафедры экономики, финансов и права федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова» Филиал в г. Пятигорске, кандидат экономических наук, доцент Емельянова Ирина Николаевна

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

- владением методами принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельностью организаций (ОПК-6);
- владением навыками количественного и качественного анализа информации при принятии управленческих решений, построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления (ПК-10).

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
Тема 1. Системное содержание управления здравоохранением	ОПК-6; ПК-10
1. Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
2. Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?	ОПК-6; ПК-10
3. Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?	ОПК-6; ПК-10
4. Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.	ОПК-6; ПК-10
5. Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».	ОПК-6; ПК-10
6. Что представляет собой субъект общественного здоровья?	ОПК-6; ПК-10
7. Назовите функции субъекта общественного здоровья.	ОПК-6; ПК-10
Тема 2. Характеристика и свойства системы здравоохранения	ОПК-6; ПК-10
1. Что входит в понятие «свойства системы»?	ОПК-6; ПК-10
2. Назовите основные свойства системы.	ОПК-6; ПК-10
3. Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
4. Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
5. В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?	ОПК-6; ПК-10
6. Назовите характерные признаки функционирования системы	ОПК-6; ПК-10

здравоохранения.	
7. Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?	ОПК-6; ПК-10
8. Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
Тема 3. Организация и управление охраной здоровья	ОПК-6; ПК-10
1. Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
2. Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?	ОПК-6; ПК-10
3. Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
4. Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
5. Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.	ОПК-6; ПК-10
6. Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
7. Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.	ОПК-6; ПК-10
8. Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
9. Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.	ОПК-6; ПК-10
10. Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
11. В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?	ОПК-6; ПК-10
12. Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
13. Дайте определение понятия «управление».	ОПК-6; ПК-10
14. Перечислите основные виды управления.	ОПК-6; ПК-10
15. Охарактеризуйте понятие «самоуправление».	ОПК-6; ПК-10
16. Дайте характеристику организации управления.	ОПК-6; ПК-10
17. Укажите виды управленческих отношений.	ОПК-6; ПК-10
18. Охарактеризуйте понятие «лидерство».	ОПК-6; ПК-10
19. Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.	ОПК-6; ПК-10
20. Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.	ОПК-6; ПК-10
21. Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.	ОПК-6; ПК-10
22. Дайте определение понятия «результативность управления».	ОПК-6; ПК-10
Тема 4. Миссия и цели медицинской организации	ОПК-6; ПК-10
1. В чем заключается значение миссии организации?	ОПК-6; ПК-10
2. Назовите основные признаки миссии организации.	ОПК-6; ПК-10
3. Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.	ОПК-6; ПК-10

4. Назовите структуру содержания миссии.	ОПК-6; ПК-10
5. Укажите цели деятельности организации.	ОПК-6; ПК-10
6. Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.	ОПК-6; ПК-10
7. Назовите критерии целей.	ОПК-6; ПК-10
8. Перечислите основные требования к принятию управленческого решения.	ОПК-6; ПК-10
9. Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.	ОПК-6; ПК-10
Тема 5. Медицинская организация и ее структура	ОПК-6; ПК-10
1. Дайте определение понятия «медицинская организация».	ОПК-6; ПК-10
2. Перечислите основные принципы построения организации.	ОПК-6; ПК-10
3. Назовите основные элементы потенциала организации.	ОПК-6; ПК-10
4. Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.	ОПК-6; ПК-10
5. Перечислите структурные характеристики группы организации.	ОПК-6; ПК-10
6. Назовите ситуационные характеристики группы организации.	ОПК-6; ПК-10
7. Охарактеризуйте понятие «социально-экономический климат коллектива».	ОПК-6; ПК-10
8. Охарактеризуйте понятие «конфликт» в организации.	ОПК-6; ПК-10
9. Дайте определение мотивации и стимулирования мотивации.	ОПК-6; ПК-10
10. Охарактеризуйте понятия «лидер» и «лидерский потенциал».	ОПК-6; ПК-10
11. Охарактеризуйте понятие «стиль руководства».	ОПК-6; ПК-10
12. Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.	ОПК-6; ПК-10
13. Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.	ОПК-6; ПК-10
14. Перечислите ресурсы организации.	ОПК-6; ПК-10
15. Назовите алгоритм системы мер по снижению издержек организации.	ОПК-6; ПК-10
16. Дайте характеристику организационной структуры организации.	ОПК-6; ПК-10
17. Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.	ОПК-6; ПК-10
18. Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.	ОПК-6; ПК-10
19. Назовите этапы проектирования организационных структур.	ОПК-6; ПК-10
20. Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.	ОПК-6; ПК-10
21. Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.	ОПК-6; ПК-10
22. Охарактеризуйте функциональную структуру управления.	ОПК-6; ПК-10
23. Охарактеризуйте дивизиональную структуру медицинской организации.	ОПК-6; ПК-10
24. Дайте характеристику проектных организационных структур.	ОПК-6; ПК-10
25. Охарактеризуйте матричную организационную структуру.	ОПК-6; ПК-10
Тема 6. Структурирование деятельности по охране здоровья	ОПК-6; ПК-10
1. Дайте характеристику трехмерного представления структуры	ОПК-6; ПК-10

деятельности по охране здоровья.	
2. Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».	ОПК-6; ПК-10
3. Назовите основные части деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
4. Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
5. Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
6. Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
7. Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».	ОПК-6; ПК-10
8. Дайте определение инфраструктуры.	ОПК-6; ПК-10
Тема 7. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения	ОПК-6; ПК-10
1. Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».	ОПК-6; ПК-10
2. Дайте краткую характеристику юридического лица.	ОПК-6; ПК-10
3. Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.	ОПК-6; ПК-10
4. Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».	ОПК-6; ПК-10
5. Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.	ОПК-6; ПК-10
6. Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.	ОПК-6; ПК-10
7. Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
8. Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.	ОПК-6; ПК-10
9. Что такое коммерческая организация?	ОПК-6; ПК-10
10. Назовите основные признаки коммерческой организации.	ОПК-6; ПК-10
11. Что такое акция?	ОПК-6; ПК-10
12. Что такое балансовая прибыль?	ОПК-6; ПК-10
13. Что такое чистая прибыль?	ОПК-6; ПК-10
14. Что такое уставный капитал?	ОПК-6; ПК-10
15. Что такое некоммерческая организация?	ОПК-6; ПК-10
16. Назовите формы некоммерческих организаций.	ОПК-6; ПК-10
17. Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация, объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.	ОПК-6; ПК-10
18. Что понимается под регулярными поступлениями от учредителей?	ОПК-6; ПК-10
19. Что понимается под добровольными имущественными взносами?	ОПК-6; ПК-10
20. Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10

21. Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
22. Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.	ОПК-6; ПК-10
23. Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
24. Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.	ОПК-6; ПК-10
25. Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
26. Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
27. Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.	ОПК-6; ПК-10
Тема 8. Управление организациями здравоохранения	ОПК-6; ПК-10
1. Кратко охарактеризуйте понятия: «цель», «ситуация», «проблема», «решение», «результат».	ОПК-6; ПК-10
2. Кратко охарактеризуйте внутреннюю организацию цикла процесса управления.	ОПК-6; ПК-10
3. Что подразумевается под анализом деятельности организации?	ОПК-6; ПК-10
4. Назовите принципы системного анализа.	ОПК-6; ПК-10
5. Кратко охарактеризуйте структуру системного анализа.	ОПК-6; ПК-10
6. Дайте краткую характеристику этапов анализа: декомпозиции; анализа; синтеза.	ОПК-6; ПК-10
7. Какие этапы включает в себя методология системного анализа системы здравоохранения?	ОПК-6; ПК-10
8. Дайте определение понятия «решение проблемы».	ОПК-6; ПК-10
9. Перечислите составляющие методологии системного решения проблем.	ОПК-6; ПК-10
10. Перечислите основные мероприятия по решению проблем реформирования здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
11. Назовите и кратко охарактеризуйте составляющие процесса решения проблемы.	ОПК-6; ПК-10
12. Перечислите определения управленческого решения.	ОПК-6; ПК-10
13. Назовите и кратко охарактеризуйте этапы подготовки и принятия управленческого решения.	ОПК-6; ПК-10
14. Дайте характеристику координации как центральной функции управления.	ОПК-6; ПК-10
15. Дайте краткую характеристику взаимосвязи факторов и условий управления решением проблем общественного здоровья.	ОПК-6; ПК-10
16. Охарактеризуйте основные составляющие процесса коммуникации.	ОПК-6; ПК-10
17. Назовите и дайте краткую характеристику факторов, влияющих на межличностные коммуникации.	ОПК-6; ПК-10
18. Охарактеризуйте невербальные средства общения.	ОПК-6; ПК-10
19. Дайте краткую характеристику жестов.	ОПК-6; ПК-10

20. Дайте краткую характеристику дистанции общения.	ОПК-6; ПК-10
21. Назовите основные советы общения с пациентом.	ОПК-6; ПК-10
22. Перечислите и кратко охарактеризуйте содержание групповых коммуникаций.	ОПК-6; ПК-10
23. Перечислите виды проектирования.	ОПК-6; ПК-10
24. Назовите типы проектов.	ОПК-6; ПК-10
25. Дайте определение проектированию как процессу.	ОПК-6; ПК-10
Тема 9. Материальные и трудовые ресурсы системы здравоохранения в РФ	ОПК-6; ПК-10
1. Назовите и охарактеризуйте внутренние факторы, влияющие на потребность организации в кадрах	ОПК-6; ПК-10
2. Какие вы знаете методы, используемые для развития потенциала работников? Назовите наиболее эффективные на Ваш взгляд методы. Обоснуйте свой выбор.	ОПК-6; ПК-10
3. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по форме выражения результата	ОПК-6; ПК-10
4. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по способу выражения	ОПК-6; ПК-10
5. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по уровню производительности труда	ОПК-6; ПК-10
6. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по учету живого и овеществленного труда	ОПК-6; ПК-10
7. Назовите основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала	ОПК-6; ПК-10

ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ИЛИ ИНЫХ МАТЕРИАЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Текущий контроль успеваемости по теме 1. Системное содержание управления здравоохранением

Перечень вопросов к занятию:

1. Основные направления развития системного подхода в охране здоровья
2. Теория формирования здоровья человека
3. Функционально-структурный подход к изучению здоровья человека
4. Основные составляющие определения «общественное здоровье»
5. Субъект общественного здоровья и его функции

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Назовите основные направления развития системного подхода в охране здоровья.
2. Что входит в понятие теории формирования здоровья человека?
3. Что включает в себя функционально-структурный подход к изучению здоровья человека?
4. Перечислите основные составляющие алгоритма функционально-структурного подхода к изучению здоровья человека.

5. Укажите основные составляющие определения «общественное здоровье».
6. Что представляет собой субъект общественного здоровья?
7. Назовите функции субъекта общественного здоровья.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Теория формирования здоровья человека заключается в _____

2. В сфере охраны здоровья развитие системного подхода идет по 3 направлениям:

I. _____

II. _____

III. _____

3. Функционально-структурный подход к изучению состояния здоровья и его охраны базируется на _____

Темы докладов:

1. Основные направления развития системного подхода в охране здоровья
2. Теория формирования здоровья человека

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

а) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения

б) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека

в) это система мероприятий по охране здоровья населения.

2. Общественное здоровье и здравоохранение - это:

а) гигиеническая наука

б) клиническая наука

в) интегративная наука

г) общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

а) исторический

б) статистический

- в) экспериментальный
- г) экономический
- д) социологический
- е) все вышеперечисленные.

4. Предметом изучения общественного здоровья является

1. состояние здоровья населения и отдельных групп;
2. влияние социально-экономических факторов на общественное здоровье и здравоохранение
3. методы укрепления и охраны общественного здоровья
4. формы и методы управления здравоохранением

А) правильны ответы 1,2и 3

Б) правильны ответы 1 и 3

В) правильны ответы 2 и 4

Г) правильны ответы 4

Д) правильны ответы 1,2,3и 4

5. Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:

- а) статистический анализ состояния здоровья населения
- б) изучение общественного мнения
- в) решение кадровых вопросов
- г) системный управленческий подход
- д) решение финансовых вопросов

6. Система здравоохранения в России является

- а) государственной
- б) смешанной
- в) страховой
- г) частной

7. Основными направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи населению являются:

1. развитие первичной медико-санитарной помощи на базе государственного (муниципального) здравоохранения
2. перераспределение части объёмов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический
3. развитие стационарзамещающих технологий.
4. рост числа республиканских, краевых, областных больниц

А) правильны ответы 1 и 3

Б) – правильны ответы 1,2и 3

В)- правильны ответы 2 и 4

Г)- правильны ответы 4

Д)- правильны ответы 1,2,3и 4

8. Приоритетное направление в национальном проекте «Здоровье» предполагает:

- а) снижение смертности от предотвратимых причин
- б) снижение заболеваемости болезнями, обозначенными, как «социально обусловленные»

9. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам РФ устанавливаются на уровне:

- а) лечебно-профилактического учреждения
- б) региональном
- в) федеральном

10. Критериями оценки состояния здоровья населения являются:

- 1. общая заболеваемость и по отдельным группам болезней, травматизм
- 2. показатели физического развития
- 3. показатели смертности, в том числе предотвратимой
- 4. самооценка здоровья пациентами

А) правильны ответы 1 и 3

Б) – правильны ответы 1,2и 3

В)- правильны ответы 2 и 4

Г)- правильны ответы 4

Д)- правильны ответы 1,2,3и 4

11. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

- а) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- б) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
- в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- г) оценка показателей естественного движения населения
- д) оценка показателей общей смертности и инвалидности

12. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- а) генетические
- б) природно-климатические
- в) уровень и образ жизни населения
- г) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- д) все вышеперечисленное

13. Формирование здорового образа жизни — это комплекс мероприятий, направленных на:

- 1. сохранение здоровья и увеличение продолжительности активной жизни;
- 2. мотивацию граждан к личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей,
- 3. разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе у детей,
- 4. борьбу с факторами риска развития ХНИЗ,

а) правильны ответы 1 и 3

б) – правильны ответы 1,2и 3

в)- правильны ответы 2 и 4

г)- правильны ответы 4

д)- правильны ответы 1,2,3и 4

14. Основной целью социально-гигиенического мониторинга является:

- 1. получение достоверной и объективной информации об обеспечении санитарно-

- эпидемиологического благополучия населения
2. обеспечение государственных органов, предприятий, учреждений, а также граждан информацией о состоянии окружающей среды и здоровья населения
 3. установление, предупреждение и устранение или уменьшение факторов и условий вредного влияния среды обитания на здоровье человека
 4. подготовка предложений по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения

а) правильны ответы 1 и 3

б) – правильны ответы 1,2 и 3

в)- правильны ответы 2 и 4

г)- правильны ответы 4

д)- правильны ответы 1,2,3 и 4

15. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской

помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме

- а) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- б) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для

льготного обеспечения

- в) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний

г) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

16. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:

- а) мигранты
- б) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
- в) БОМЖ
- г) дети, пожилые, беременные

17. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- а) все население, за исключением неработающих граждан
- б) дети и подростки
- в) беременные женщины
- г) работающие граждане

18. Целью эпидемиологических исследований является:

1. характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения
2. разработка мер профилактики и оценка их эффективности
3. планирование профилактических мероприятий
4. оценка распространенности естественного течения заболеваний

19. Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого обозначенного элемента левой колонки выберите цифровой компонент правой колонки.

Факторы риска, влияющие на здоровье

Их доленое участие (в %)

А	образ жизни
---	-------------

Б	внешняя среда
В	генетические факторы
Г	уровень развития системы здравоохранения
1	10-15
2	15-20
3	20-25
4	55-60

а) А-3, Б-2, В-1, Г-4

б) А-4, Б-3, В-2, Г-1

Текущий контроль успеваемости по теме 2. Характеристика и свойства системы здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Здравоохранение как система.
2. Закономерности и принципы системы здравоохранения.
3. Системное решение проблем охраны здоровья;
4. Закономерности и принципы системы здравоохранения для принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельности на уровне основных хозяйствующих субъектов.

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Системное решение проблем охраны здоровья

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Что входит в понятие «свойства системы»?
2. Назовите основные свойства системы.
3. Перечислите условия, присущие системе здравоохранения.
4. Назовите основные признаки подотраслей системы здравоохранения.
5. В чем заключаются особенности функционирования системы здравоохранения?
6. Назовите характерные признаки функционирования системы здравоохранения.
7. Что представляет собой организационная структура системы здравоохранения?
8. Назовите основные характеристики организационной структуры системы здравоохранения.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Дайте краткую характеристику современной концепции здравоохранения.
2. Дайте определение понятия «здоровье» (определение ВОЗ).
3. Перечислите задачи, поставленные ВОЗ в основу деятельности систем здравоохранения.
4. Перечислите факторы, вредно влияющие на здоровье людей.
5. Назовите основную задачу современного здравоохранения.
6. Назовите цели и задачи, связанные с развитием прав пациентов в Европе.
7. Перечислите основные составляющие процесса здоровье-болезнь и возможности вмешательства.
8. Кратко охарактеризуйте структуру комплексной программы деятельности системы здравоохранения.
9. Назовите цель и задачи деятельности системы здравоохранения.

10. Перечислите народно-хозяйственные системы, ответственные за охрану здоровья населения.
11. Что понимается под теорией здоровья человека?
12. Что такое общественная закономерность?
13. В чем выражается закономерность устойчивости системы?
14. Дайте характеристику структурной устойчивости системы.
15. В чем заключается закономерность функциональной иерархии системы?
16. Что такое признак целостности системы здравоохранения?
17. Охарактеризуйте структуру подсистем системы здравоохранения.
18. Назовите элементы функционирующей системы здравоохранения.
19. Охарактеризуйте основные условия определения цели решения проблемы.
20. Назовите условия решения проблемы.
21. Что входит в понятие «решение проблемы»?
22. Какими характеристиками определяется эффективность использования ресурсов?
23. Назовите основные составляющие процесса принятия решений.
24. Перечислите мероприятия по решению проблем реформирования системы здравоохранения в новых социально-экономических условиях.

Темы докладов:

1. Здравоохранение как система
2. Закономерности и принципы системы здравоохранения
3. Системное решение проблем охраны здоровья

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

001. При оказании медико - социальной помощи пациент имеет право

- а) на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении
- б) на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- в) на отказ от медицинского вмешательства
- г) на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
- д) на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи
- е) на допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя
- ж) все вышеперечисленное

002. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

- а) право на ОМС и ДМС
- б) выбор страховой медицинской организации
- в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса
- д) все вышеперечисленное

003. Куда может обратиться пациент с жалобой в случае нарушения его прав

- а) к руководителю ЛПУ
- б) к другому должностному лицу ЛПУ
- в) в орган управления ЗО

- г) в страховую медицинскую организацию
- д) в профессиональную медицинскую ассоциацию
- е) в лицензионно - аккредитационную комиссию
- ж) в общество по защите прав потребителей
- з) в суд
- и) в любую из названных выше инстанций

004. В каких случаях, согласно действующему законодательству, пациент обязан дать расписку в медицинской документации

- а) при согласии на медицинское вмешательство
- б) при отказе от медицинского вмешательства

005. Граждане могут обжаловать действия лиц, ущемляющих их права и свободы в области охраны здоровья

- а) в вышестоящих государственных органах
- б) вышестоящим должностным лицам
- в) в суде
- г) все вышеперечисленное

006. Врач имеет право на страхование профессиональной ошибки в случае если

- а) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей
- б) в результате ошибки причинен вред или ущерб здоровью гражданина, связанный с халатным выполнением профессиональных обязанностей
- в) ошибки не связаны с халатным или небрежным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей

007. Медицинская этика:

- а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- г) верно все перечисленное
- д) нет правильного варианта

008. Понятие “медицинская этика” включает в себя

- а) форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников
- б) форму правовой регуляции деятельности медицинских работников

009. Понятие “медицинская этика” включает в себя

- а) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников
- б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников

010. Какая на приведенных ниже моделей взаимоотношений “врач-пациент” наиболее рациональная с позиции интересов пациентов?

- а) “инженерно-техническая модель” - врач как специалист
- б) “патерналистская модель” - врач как “духовный отец”
- в) “кооперативная модель” - сотрудничество врача и пациента

г) “договорная модель” - врач как “поставщик”, а пациент - “потребитель медицинских услуг”

011. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии

- а) взаимоотношения врача и пациента
- б) взаимоотношения врача и родственников пациента
- в) взаимоотношения в медицинском коллективе
- г) взаимоотношения медицинских работников и общества
- д) все названное

012. Что составляет предмет врачебной тайны

- а) сведения о состоянии пациента в период его болезни
- б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении
- в) все вышеперечисленное

013. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- а) защиты внутреннего мира человека, его автономии
- б) защиты социальных и экономических интересов личности
- в) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений “врач-пациент”
- г) поддержания престижа медицинской профессии
- д) все перечисленное верно.

Текущий контроль успеваемости по теме 3. Организация и управление охраной здоровья

Перечень вопросов к занятию:

- 1. Государственная политика в области охраны здоровья населения.
- 2. Сущность и содержание управления

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

- 1. Сущность и содержание управления

Вопросы для устного опроса студентов:

- 1. Охарактеризуйте основные положения государственной политики в области здравоохранения.
- 2. Что включает в себя государственная стратегия в области охраны здоровья населения?
- 3. Назовите наиболее вероятные угрозы безопасности России в области здравоохранения.
- 4. Перечислите факторы, обеспечивающие решение проблем безопасности России в области здравоохранения.
- 5. Укажите основные направления выработки государственной политики в области охраны здоровья населения.
- 6. Назовите основные задачи развития российского здравоохранения.
- 7. Перечислите основные составляющие интегральной оценки качества медицинской помощи.
- 8. Назовите критерии оценки эффективности деятельности системы здравоохранения.

9. Перечислите основные вопросы решения проблем обеспечения качества медицинской помощи и структурных преобразований в здравоохранении.
10. Перечислите методы регулирования функционирования здравоохранения.
11. В чем заключается сущность государственного регулирования в здравоохранении?
12. Охарактеризуйте основные виды государственных программ в сфере здравоохранения.
13. Дайте определение понятия «управление».
14. Перечислите основные виды управления.
15. Охарактеризуйте понятие «самоуправление».
16. Дайте характеристику организации управления.
17. Укажите виды управленческих отношений.
18. Охарактеризуйте понятие «лидерство».
19. Перечислите и охарактеризуйте методологические подходы к управлению.
20. Дайте краткую характеристику методов оптимизации управленческих решений.
21. Дайте краткую характеристику методов принятия управленческих решений.
22. Дайте определение понятия «результативность управления».

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Заполните таблицу:

Цели реформирования и развития здравоохранения

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения

2. Заполните пробелы:

Цели формируют определенные задачи. Основными задачами реформирования и развития отечественного здравоохранения являются:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Перечень тем рефератов:

1. Сущность и содержание управления

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

001. Внедрение стандартизации медицинских услуг осуществлено:

- а) в 1998 г.
б) в 1999 г.
в) в 2001- 2000 г.

002. Реорганизация деятельности федеральных и ведомственных учреждений ЗО в соответствии с Концепцией завершена

- а) в 2010 г.
б) продолжается
в) в 2000 г.

003. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают

- а) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения , психические заболевания
б) болезни системы кровообращения , новообразования , травмы и отравления
в) новообразования , травмы и отравления , болезни органов дыхания

004. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении

- а) развитие ПМСП
б) развитие сети диспансеров
в) повышение роли стационаров
г) повышение роли санаторно-курортной помощи

005. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким

- а) стационарная
б) амбулаторно-поликлиническая
в) скорая медицинская помощь
г) санаторно-курортная

006. Какова наиболее выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении

- а) сокращение средней продолжительности лечения
б) снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами

в) сокращение коечного фонда

г) сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год

007. Укажите наиболее точное определение понятия “Политика здравоохранения”

а) политика ЗО - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве

б) политика ЗО - совокупность идеологических принципов по решению проблем ЗО в обществе и государстве

в) политика ЗО - совокупность практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве

008. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо

а) усилить ведомственный и общественный контроль за расходами финансовых средств

б) совершенствовать систему учета средств

в) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг

г) все вышеперечисленное верно

009. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

К каким программным направлениям по реализации кадровой политики относятся следующие мероприятия

Программные направления

А. Развитие системы управления кадрами

Б. Подготовка кадров ЗО

а) мониторинг системы управления кадрами

б) развитие системы непрерывного обучения кадров

в) обеспечение выпуска необходимых учебных материалов и наглядных пособий

г) развитие кадровой службы ЗО

д) развитие и совершенствование системы высшего и среднего медицинского образования

е) проведение научных исследований в кадровой политике

010. Укажите неправильные методы проведения региональной политики в здравоохранении

а) развитие принципа федерализма и проведение на его основе регионализации и децентрализации

б) согласительно - договорные процедуры обеспечивающие интересы регионального развития

в) селективная поддержка депрессивных региональных систем

г) директивное планирование и распределение ресурсов федеральным центром

д) федеральная и региональная интервенция

е) формирование соответствующей правовой базы

ж) формирование региональных систем ЗО

011. Укажите неверный показатель для оценки развития кадровой политики в здравоохранении

а) количественное соотношение между населением и медицинским персоналом

б) количественное соотношение между врачами и средним медицинским персоналом

в) количественное соотношение между ВОП и врачами - специалистами

г) количественное соотношение медицинского персонала и больничных коек

012. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий

- а) улучшении технологии оказания лечебно - профилактической помощи
- б) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
- в) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
- г) все вышеперечисленное

Текущий контроль успеваемости по теме 4. Миссия и цели медицинской организации

Перечень вопросов к занятию:

- 1. Значение и основные признаки миссии организации.
- 2. Структура содержания миссии.
- 3. Достижимость, конкретность и стабильность целей деятельности организации.
- 4. Критерии целей.
- 5. Требования к принятию управленческого решения.
- 6. Этапы выработки целей организации

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

- 1. Этапы выработки целей организации

Вопросы для устного опроса студентов:

- 1. В чем заключается значение миссии организации?
- 2. Назовите основные признаки миссии организации.
- 3. Перечислите факторы, определяющие миссию медицинской организации.
- 4. Назовите структуру содержания миссии.
- 5. Укажите цели деятельности организации.
- 6. Дайте определения достижимости конкретности и стабильности целей.
- 7. Назовите критерии целей.
- 8. Перечислите основные требования к принятию управленческого решения.
- 9. Дайте краткую характеристику этапов выработки целей организации.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Заполните таблицу

Классификация целей организации:

Критерии	Группы целей по видам и типам
Период установления	
Содержание	
Функциональные	
Среда	
Приоритетность	
Измеримость	
Повторяемость	
Иерархия	
Стадии жизненного цикла	

2. Дайте определения:

Миссия —

Хорошо сформулированная миссия предусматривает обычно —

НИОКР —

Перечень тем рефератов:

3. Целеполагание в управленческой деятельности
4. Концепция управления по целям, ее сущность и принципы

Фонд тестовых заданий по теме № 4:

1. Характеристики, которыми должны обладать цели, согласно принципа SMART:

- а) приемлемость
- б) измеримость**
- в) определенность во времени, сроках достижения**
- г) достижимость
- д) гибкость
- е) сопоставимость
- ж) взаимная поддержка
- з) конкретность**
- и) согласованность**

2. По очередности достижения цели делятся на ...

- а) большие и малые
- б) краткосрочные, промежуточные и долгосрочные**
- в) конкурирующие, независимые и дополнительные
- г) экономические и неэкономические

3. Цель медицинской организации – это ...

- а) философия и предназначение, смысл существования организации
- б) предписанная работа, серия работ или часть работы, которая должны быть выполнена заранее установленным способом в заранее оговоренные сроки
- в) конкретные конечные состояния системы или желаемый результат, которого стремиться добиться группа, работая вместе**

4. Решающее из восьми ключевых пространств установления целей

- а) положение на рынке
- б) инновации
- в) производительность

- г) ресурсы
- д) доходность (прибыльность)**
- е) управленческие аспекты
- ж) персонал: выполнение трудовых функций и отношение к работе
- з) социальная ответственность

5. Уровень целеобразования, которому, по мнению А.И. Пригожина, соответствует реактивный (приспособительный) стиль управления

- а) телеономия
- б) целенаправленному**
- в) целеустремленному

6. Строительство или приобретение новых магазинов и складских помещений, реконструкция или модернизация действующих магазинов, формирование эффективного портфеля финансовых инструментов и т.п. – это ... цели.

- а) маркетинговые
- б) финансово-экономические
- в) инвестиционные**
- г) инновационные
- д) организационные

7. Стадии жизненного цикла, на которых используется стратегическая модель развития предприятия «ускоренный рост»

- а) рождение**
- б) детство
- в) юность
- г) ранняя зрелость
- д) окончательная зрелость (стабильность)
- е) старение

8. Определение миссии в узком понимании О.С. Виханского

- а) предназначение организации, определение ее роли в обществе, экономике
- б) цель, для которой организация существует и которая должна быть выполнена в плановом периоде. Миссия является комплексной целью, она включает как внутренние, так и внешние ориентиры деятельности фирмы
- в) сформулированное утверждение относительно того, для чего или по какой причине существует организация**
- г) четко выраженная общая цель деятельности организации

9. Элементы, которые, по мнению Э.А. Уткина, должна включать миссия организации

- а) описание продуктов**
- б) основные заинтересованные группы
- в) характеристика рынка**
- г) цели организации**
- д) стратегическое намерение или видение
- е) технология**
- ж) внутренняя концепция**
- з) внешний образ компании, ее имидж**

10. Оценка стоимости стратегических программ элементарным методом предполагает ...

- а) сравнение с аналогичными программами, реализовавшимися в прошлом б) на самой фирме или со стоимостью аналогичных программ, реализуемых конкурентами
- в) калькуляцию затрат на каждый из видов работ, входящих в программу**
- г) выделение элементов затрат по их видам в целом по программе

Текущий контроль успеваемости по теме 5. Медицинская организация и ее структура

Перечень вопросов к занятию:

1. Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения
2. Понятие «группа сотрудников» организации
3. Структурные и ситуационные характеристики группы организации
4. Социально-экономический климат коллектива
5. Лидерство
6. Стиль руководства
7. Мотивация
8. Подсистемы организации
9. Внутренняя и внешняя среда организации
10. Ресурсы организации
11. Организационная структуры организации
12. Проектирование организационных структур
13. Проблемы структурирования организаций
14. Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления
15. Матричная организационная структура

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Структурные и ситуационные характеристики группы организации
2. Подсистемы организации
3. Внутренняя и внешняя среда организации
4. Проблемы структурирования организаций
5. Проектирование организационных структур

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Дайте определение понятия «медицинская организация».
2. Перечислите основные принципы построения организации.
3. Назовите основные элементы потенциала организации.
4. Охарактеризуйте понятие «группа сотрудников» организации.
5. Перечислите структурные характеристики группы организации.
6. Назовите ситуационные характеристики группы организации.
7. Охарактеризуйте понятие «социально-экономический климат коллектива».
8. Охарактеризуйте понятие «конфликт» в организации.
9. Дайте определение мотивации и стимулирования мотивации.
10. Охарактеризуйте понятия «лидер» и «лидерский потенциал».
11. Охарактеризуйте понятие «стиль руководства».
12. Перечислите подсистемы организации или совокупности ее элементов.
13. Дайте краткую характеристику внутренней среды организации.
14. Перечислите ресурсы организации.
15. Назовите алгоритм системы мер по снижению издержек организации.
16. Дайте характеристику организационной структуры организации.

17. Перечислите факторы, влияющие на организационную структуру организации.
18. Дайте краткую характеристику принципов построения организационных структур.
19. Назовите этапы проектирования организационных структур.
20. Перечислите типичные проблемы структурирования организаций.
21. Дайте краткую характеристику линейной структуры управления.
22. Охарактеризуйте функциональную структуру управления.
23. Охарактеризуйте дивизиональную структуру медицинской организации.
24. Дайте характеристику проектным организационным структурам.
25. Охарактеризуйте матричную организационную структуру.

Задания для практического (семинарского) занятия:

5. Назовите основные элементы потенциала организации. Представьте их графически.
6. Охарактеризуйте основные ресурсы внутренней среды организации.
7. Какие вы знаете факторы построения организационных структур?
8. Составьте перечень типичных проблем структурирования организаций.

5. Дайте определения:

Конфликт

Мотивация

Лидер

Медицинская организация

Ресурсы организации -

Перечень тем рефератов:

6. Структурные и ситуационные характеристики группы организации
7. Подсистемы организации
8. Внутренняя и внешняя среда организации
9. Проблемы структурирования организаций
10. Проектирование организационных структур

Фонд тестовых заданий по теме № 5:

1. Управление-это

- а) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
- б) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю

в) целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении

2. Целью управления является

- а) научно обоснованное планирование и анализ деятельности учреждения
 - б) руководство выполнением решений
 - в) целенаправленное и эффективное использование ресурсов
 - г) обеспечение ресурсами, подготовка документов и организация работы учреждения
- д) все выше перечисленное**

3. Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме

- а) субъекта
 - б) объекта
- в) производительных сил**
- г) способов взаимодействия между субъектом и объектом

4. Под ресурсами управления понимают

- 1) кадры
 - 2) информацию
 - 3) финансы
 - 4) основные фонды, материальное оснащение, сырье
- а) верно 1), 2), 3) и 4)**
- б) верно 1), 2) и 3)
 - в) верно 4)

5. Объектом управления являются

- а) ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс**
- б) взаимоотношения между работниками
 - в) процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками

6. К методам управления относят

- а) организационно-распорядительные,экономические,социально-психологические**
- б) организационно-распорядительные, экономические, социально-психологические, правовые

7. Системный подход в управлении включает следующие элементы

- а) создание рациональной структуры объекта управления
 - б) применение рациональных механизмов управления
 - в) совершенствование управленческого процесса
 - г) определение целей, задач управления
- д) все перечисленные**

8. Не относят к мотивационным факторам

- а) интерес к работе

- б) признание и успех
- в) продвижение по службе
- г) **увеличение нагрузки**
- д) рост и развитие
- е) личное участие

9. Функции управления включают

- а) прогнозирование и планирование
- б) проектирование и организацию
- в) учет, контроль, анализ и регулирование
- г) **все вышеперечисленное**
- д) все перечисленное не соответствует истине

10. Под типом руководства понимают

- а) формы управляющего воздействия
- б) **степень свободы участия коллектива в выработке решений**
- в) сложившуюся систему отношений в коллективе

11. Децентрализация в управлении – это

- а) **передача прав и ответственности на другие уровни**
- б) предоставление подчиненному полной свободы действия
- в) все вышеперечисленное

12. Требования к проведению децентрализации не предусмотрено

- а) **обеспечение полной свободы действий лицу, которому делегированы полномочия**
- б) формулирование принципов
- в) разработка стандартов
- г) формализацию отношений на основе письменной документации

13. Делегирование полномочий – это

- а) наделение подчиненного определенной свободой действий
- б) **наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции**
- в) предоставление полной свободы действий какому-либо лицу

14. К принципам делегирования полномочий относят следующие принципы, кроме

- а) **полной самостоятельности**
- б) диапазона контроля
- в) фиксированной ответственности
- г) соответствия прав и обязанностей
- д) передача ответственности на возможно более низкий уровень
- е) отчетности по отклонениям

15. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме

- а) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикале
- б) **отсутствие нормативной базы в здравоохранении**
- в) децентрализация бюджетного финансирования
- г) поступление средств на обязательное медицинское страхование на

территориальном уровне

д) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений

16. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни за исключением:

- а) федеральный
- б) территориальный
- в) городской**
- г) муниципальный

17. Установите соответствие функции управления

- | | |
|-------------------------|---------------|
| а) планирование | 1) общие |
| б) мотивация | 2) конкретные |
| в) маркетинг | |
| г) управление кадрами | |
| д) контроль | |
| е) управление финансами | |
| ж) анализ | |

Ответ: 1-а б д ж ; 2- в г е

18. Успешное руководство предполагает перечисленные умения руководителя, кроме

- а) определение цели, перспектив, проблем**
- б) выделение приоритетов
- в) организацию работы по достижению цели
- г) удовлетворение потребности управлять**
- д) обеспечение мотивации сотрудников

19. Не являются методами мотивации

- а) экономическая заинтересованность
- б) целевой подход в управлении
- в) меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении**
- г) качественное расширение выполняемой работы
- д) участие работников в управлении учреждением

20. Управленческий цикл включает следующие элементы:

- а) анализ ситуации и принятие решения
- б) определение приоритетов, принятие решения, контроль
- в) анализ ситуации, принятие решения, организация управления, контроль**

21. Основными позитивными элементами централизованной информационной системы в управлении являются

- 1) своевременность поступления информации
- 2) быстрота обработки данных
- 3) применение единого алгоритма
- 4) оптимальный вариант принятия решения
- 5) обеспечение контроля за выполнением решения
- а) верно все перечисленное
- б) верно 1), 2), 3) и 5)**
- в) верно 4)

22. В понятие “децентрализованное информационное обеспечение” входит:

- а) учетные документы
- б) медицинская документация**
- в) отчеты

23. Не относится к видам управленческих решений

- а) приказы
- б) распоряжения
- в) план работы
- г) методические рекомендации**

24. Основными формами организации выполнения решения являются:

- 1) определение лиц, ответственных за выполнение решения
 - 2) разработка целей, задач и методов выполнения решения
 - 3) установление сроков для его выполнения
 - 4) финансовое обеспечение
 - 5) контроль за его выполнением
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 3), 4) и 5)**
 - в) верно 3), 4) и 5)

25. Контроль за выполнением решения осуществляется следующими методами:

- а) личный контроль руководителя**
- б) коллективный контроль
- в) автоматизированная система контроля
- г) все вышеперечисленное**
- д) нет правильного ответа

26. Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются:

- а) личного контроля руководителя
- б) комиссионного контроля
- в) контроля за использованием документов
- г) общественного контроля**

27. Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включает

- а) работу с кадрами
- б) определение целей и задач деятельности подразделений
- в) организация деятельности подразделений**
- г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
- д) контроль совместных и индивидуальных действий

28. Организация делопроизводства в медицинском учреждении включает:

- 1) наличие номенклатуры дел и правил хранения документов
 - 2) отдельную регистрацию входящих и исходящих документов
 - 3) рассмотрение руководителем каждого входящего документа
 - 4) распределение документов между исполнителями
 - 5) контроль за полнотой и своевременностью исполнения документа
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 2), 4) и 5)**

в) верно 1), 2), 3) и 4)

29. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путем формирования следующих видов планов:

а) долгосрочного плана

б) текущего планирования

в) территориальной программы обязательного медицинского страхования

г) тематического планирования

30. Виды контроля за деятельностью медицинских учреждений не включают

а) плановый контроль за деятельностью медицинского учреждения

б) контроль за выполнением приказов, планов работы

в) проверку работы медицинского учреждения по сигналам населения, сотрудников

г) оценку объема и качества деятельности медицинского учреждения в процессе лицензирования

31. К социально-психологическим методам в управлении не относится:

а) тестирование

б) анкетирование

в) лидерство

г) мотивация

32. Современные требования к руководителю включает все, кроме

а) принципиальности

б) высокого профессионализма

в) организаторских способностей

г) склонности к конкуренции

д) высоких нравственных качеств

33. Авторитет руководителя зависит от стиля управления, который включает:

1) самостоятельность принятия решений

2) использование науки и достижений практики

3) оценку труда сотрудников

4) общую ответственность за результаты

5) ориентир на решение проблемы

а) верно все перечисленное

б) верно 1), 2), 3) и 5)

в) верно 4)

34. Выбор стиля руководства зависит:

1) от личностных качеств руководителя

2) от степени его профессиональной подготовки

3) от указаний свыше

4) от уровня развития коллектива

5) от ситуации, окружающих условий

а) верно все перечисленное

б) верно 3)

в) верно 1), 2), 4) и 5)

35. Благоприятный социально- психологический климат коллектива определяет все, кроме

- а) организованности
- б) благодарности**
- в) коллективизма (сплоченности)
- г) информированности
- д) ответственности

36. Причинами нарушения межличностных отношений в коллективе являются:

- 1) недостатки в организации труда
 - 2) нечеткое распределение обязанностей, ответственности
 - 3) неправильный подход к расстановке кадров
 - 4) наличие разных мнений
 - 5) различный уровень профессиональной подготовки руководителя и коллектива
- а) верно все перечисленное
 - б) верно 1), 2), 3) и 5)**
 - в) верно 4)

037. Методы мотивации в управлении коллективом включают

- а) содержание и условия труда
- б) экономическое стимулирование
- в) состояние социально-психологического климата
- г) обучение, повышение квалификации
- д) конкуренцию**

38. Созданию хорошего социально-психологического климата в коллективе не способствуют:

- а) четкая организация труда
- б) оптимальный подбор и расстановка кадров
- в) согласованность в руководстве
- г) низкая культура общения в коллективе**

Текущий контроль успеваемости по теме 6. Структурирование деятельности по охране здоровья

Перечень вопросов к занятию:

- 1. Трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья.
- 2. Род деятельности.
- 3. Сфера деятельности.
- 4. Элемент деятельности.
- 5. Основные части деятельности по охране здоровья.
- 6. Общая, родовая и сферная структуры элементов деятельности по охране здоровья

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

- 1. Общая, родовая и сферная структуры элементов деятельности по охране здоровья

Вопросы для устного опроса студентов:

- 1. Дайте характеристику трехмерного представления структуры деятельности по охране здоровья.

2. Дайте определение понятий «род деятельности», «сфера деятельности», «элемент деятельности».
3. Назовите основные части деятельности по охране здоровья.
4. Охарактеризуйте родовую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
5. Дайте характеристику сферной структуры элементов деятельности по охране здоровья.
6. Охарактеризуйте общую структуру элементов деятельности по охране здоровья.
7. Дайте краткую характеристику элементов структуры: «кадры», «средства», «предмет».
8. Дайте определение инфраструктуры.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Представьте в графическом виде трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья
2. Представьте в графическом виде основные составные части деятельности по охране здоровья

3. Дайте определения:

Общие кадры –

Особенные кадры –

Специальные кадры –

Перечень тем рефератов:

1. Основные части деятельности по охране здоровья

Фонд тестовых заданий по теме № 6:

1. Общественное здоровье и здравоохранение - это:

а) Наука об организационных, экономических и правовых проблемах медицины и здравоохранения

б) Общественная, научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения

в) Наука, изучающая комплекс социальных, правовых и организационных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.

2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются

а) Генетические

б) Природно-климатические

в) Уровень и образ жизни населения

г) -Уровень, качество и доступность медицинской помощи

д) Все вышеперечисленное

3. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме

а) Страховых медицинских организаций

б) Филиалов территориальных фондов ОМС

в) Органов управления здравоохранением

4. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении

а) Развитие первичной медико-санитарной помощи

б) Развитие сети диспансеров

в) Повышение роли стационаров

г) Повышение роли санаторно-курортной помощи

5. Здоровье населения рассматривает (изучается) как: 1) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды; 2) совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма; 3) все вышеперечисленное

а) 1

б) 2

в) 3

6. Общественное здоровье-это:

а) Наука о социологии здоровья

б) Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

в) Наука о социальных проблемах медицины

г) Наука о закономерностях здоровья населения

д) Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

7. Здравоохранение – это:

а) Наука о социологии здоровья

б) Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

в) Наука о социальных проблемах медицины

г) Наука о закономерностях здоровья населения

д) Система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

8. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

а) Показатели заболеваемости

б) Обращения за медицинской помощью

в) Показатели инвалидности

г) Показатели физического развития

д) Демографические показатели

е) Все ответы правильные

ж) Верно а, в, г, д

9. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

а) Экологические

б) Биологические

в) Образ жизни

г) Уровень организации медицинской помощи

д) Качество медицинской помощи

10. Демографическая ситуация в Российской Федерации в настоящее время характеризуется:

а) Увеличением естественного прироста

б) Нулевым естественным приростом

в) Отрицательным естественным приростом

г) Демографическим взрывом

д) Волнообразностью демографического прогресса

11. Предметом изучения социальной гигиены (медицины) в обобщенном виде является:

а) Здоровье индивидуума

б) Общественное здоровье и факторы, влияющие на него

в) Эпидемиология заболеваний

г) Здоровье работающего населения

д) Экономика здравоохранения

12. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:

а) Недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи

б) Использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях

в) Сохранения общественного сектора здравоохранения

г) Увеличения кадрового потенциала

д) Повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения

13. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме:

а) Страховых медицинских организаций

б) Филиалов территориальных фондов ОМС

в) Органов управления здравоохранением

14. Основной фигурой в системе профилактики являются:

а) Врачи центра медицинской профилактики

б) Специалисты центров Роспотребнадзора

в) Участковые врачи поликлиники

г) Врачи психоневрологического диспансера

15. Вторичная профилактика - это:

а) Предупреждение воздействия факторов риска развития заболеваний

б) Предупреждение обострений заболевания

в) Предупреждение возникновения инвалидности

г) Все вышеперечисленное

д) Нет правильного ответа

16. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все, кроме:

а) Создания позитивных для здоровья факторов

б) Повышения эффективности деятельности служб здравоохранения

в) Активизации позитивных для здоровья факторов

г) Устранения факторов риска

д) Минимизации факторов риска

17. Документы, дающие право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ:

а) Диплом об окончании высшего или среднего мед. (фарм.) учебного заведения

б) Сертификат специалиста

в) Лицензия

г) Свидетельство об окончании интернатуры

д) Свидетельство об окончании курсов профессиональной переподготовки

е) а, б, в

18. Медицинская профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

а) Проведения прививок

б) Проведения медицинских осмотров

в) Выявления заболеваний

19. Первичная профилактика включает все перечисленные мероприятия, кроме:

а) Проведения прививок

б) Мероприятий, предупреждающих развитие заболеваний

в) Выявления заболеваний

г) Повышения материального благосостояния

20. Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:

а) Острых заболеваний

б) Инфекционных заболеваний

в) Несчастных случаев

г) Хронических заболеваний

д) Всех перечисленных

21. К стратегическому уровню управления в здравоохранении относятся следующие функции:

а) Прогнозирование

б) Учет

в) Контроль

г) Планирование

д) Регулирование

е) Верно а, г

ж) Верно б, г

22. Не включаются в систему здравоохранения (государственную, муниципальную) следующие структуры

а) Орган управления

б) Учреждения здравоохранения

в) Образовательные учреждения

г) Фонды медицинского страхования

Текущий контроль успеваемости по теме 7. Основные хозяйствующие субъекты в системе здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.
2. Формы собственности в здравоохранении.
3. Коммерческий сектор в здравоохранении.
4. Некоммерческий сектор в здравоохранении.
5. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Дайте определение понятий «субъект управления» и «объект управления».
2. Дайте краткую характеристику юридического лица.
3. Дайте характеристику субъектов и объектов собственности.
4. Дайте определение понятий: «право владения», «право пользования», «право распоряжения», «право общей собственности», «право долевой собственности».
5. Дайте краткую характеристику государственных и муниципальных организаций.

6. Дайте краткую характеристику негосударственных организаций.
7. Назовите основные принципы негосударственного сектора здравоохранения.
8. Дайте краткую характеристику иностранной, смешанной и совместной организаций.
9. Что такое коммерческая организация?
10. Назовите основные признаки коммерческой организации.
11. Что такое акция?
12. Что такое балансовая прибыль?
13. Что такое чистая прибыль?
14. Что такое уставный капитал?
15. Что такое некоммерческая организация?
16. Назовите формы некоммерческих организаций.
17. Дайте краткую характеристику форм некоммерческих организаций: фонд, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация, объединение юридических лиц, потребительский кооператив, благотворительная организация.
18. Что понимается под регулярными поступлениями от учредителей?
19. Что понимается под добровольными имущественными взносами?
20. Перечислите субъекты государственной системы здравоохранения.
21. Перечислите субъекты муниципального здравоохранения.
22. Назовите типы организационно-правовой формы учреждения.
23. Кратко охарактеризуйте основные проблемы функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.
24. Перечислите организации, выступающие как поставщики рынка медицинских услуг.
25. Дайте краткую характеристику сильных и слабых сторон негосударственного сектора здравоохранения.
26. Кратко охарактеризуйте направления по изменению организационно-правового статуса учреждений здравоохранения.
27. Перечислите основные мероприятия, необходимые для создания условий деятельности автономного учреждения.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Охарактеризуйте понятие «индивидуальная предпринимательская деятельность».
2. Охарактеризуйте сущность доверительного управления имуществом.
3. Дайте краткую характеристику хозяйственного товарищества.
4. Кратко охарактеризуйте производственные кооперативы и унитарные предприятия.
5. Кратко охарактеризуйте хозяйственные общества.
6. Назовите основные признаки некоммерческой организации.
7. Каковы источники финансирования некоммерческих организаций?
8. Дайте краткую характеристику ассигнований из государственного бюджета.
9. Кратко охарактеризуйте виды расходов некоммерческой организации.
10. Кратко охарактеризуйте государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения.
11. Перечислите основные проблемы эффективного расходования средств государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.
12. Дайте краткую характеристику различий между бюджетным и автономным учреждением.
13. Перечислите особенности деятельности учреждения здравоохранения, необходимые для учета при переходе на другую организационно-правовую форму.

Перечень тем рефератов:

2. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации

Фонд тестовых заданий по теме № 7:

1. В Российской Федерации признаются формы собственности, кроме

- а) государственной
- б) муниципальной
- в) частной
- г) **вещных прав на имущество лиц (фактически и юридически)**

2. Что включается в понятие “юридического лица”?

- а) наличие у медицинского учреждения собственности
- б) право оперативного управления обособленным имуществом
- в) наличие у медицинского учреждения самостоятельного баланса или сметы
- г) Устава (Положения)
- д) **все вышеперечисленное**

3. Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения при работе учреждения в условиях медицинского страхования регулируется всем ниже перечисленным, кроме

- а) Конституции РФ
- б) Кодекса Законов о труде
- в) **дополнительных условий заключения или расторжения трудового договора (контракта), не предусмотренными Кодексом Законов о труде**

008. Кто имеет право быть лечащим врачом?

- а) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- б) обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
- в) **окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и получивший сертификат**

4. Не включается в систему здравоохранения (государственную, муниципальную) следующие структуры

- а) орган управления
- б) учреждения здравоохранения
- в) образовательные учреждения
- г) **фонды медицинского страхования**

5. Объектами собственности в здравоохранении не могут быть

- а) **здоровье индивидуума**
- б) средства производства медицинского труда
- в) медицинская технология
- г) продукция медицинской промышленности
- д) ресурсы учреждений здравоохранения
- е) медицинские открытия

6. Укажите правильный ответ

Юридические лица, основной целью деятельности которых, является получение прибыли, называются:

- а) **Коммерческие организации**

- б) Предприниматели
- в) Принципалы
- г) Дилеры
- д) Кооператоры

7. Укажите правильные ответы

Формы хозяйственных обществ:

- а) Акционерное общество
- б) Общество с ограниченной ответственностью**
- в) Товарищество с ограниченной ответственностью
- г) Общество с дополнительной ответственностью**
- д) Общественной организации
- е) Общество кооператоров
- ж) Дочернее или зависимое общество

8. Укажите правильные ответы

Организация, являющаяся юридическим лицом:

- а) Имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество**
- б) Отвечает по своим обязательствам имуществом**
- в) Может от своего имени приобретать имущество**
- г) Может осуществлять свою деятельность только на основании лицензии
- д) Несет обязанности и может быть истцом и ответчиком в суде**
- е) Действует на основе положения о данном предприятии

9. Укажите правильный ответ

Объединение граждан, не являющихся предпринимателями, которое создано ими для совместной, хозяйственной деятельности на базе личного трудового участия и объединение некоторых имущественных взносов называется:

- а) полное товарищество
- б) товарищество на вере
- в) АО
- г) общество с дополнительной ответственностью
- д) производственный кооператив**

Текущий контроль успеваемости по теме 8. Управление организациями здравоохранения

Перечень вопросов к занятию:

1. Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.
2. Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения.
3. Решения в процессе управления.
4. Коммуникативное поведение в организации.
5. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления
2. Коммуникативное поведение в организации.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Кратко охарактеризуйте понятия: «цель», «ситуация», «проблема», «решение», «результат».
2. Кратко охарактеризуйте внутреннюю организацию цикла процесса управления.
3. Что подразумевается под анализом деятельности организации?
4. Назовите принципы системного анализа.
5. Кратко охарактеризуйте структуру системного анализа.
6. Дайте краткую характеристику этапов анализа: декомпозиции; анализа; синтеза.
7. Какие этапы включает в себя методология системного анализа системы здравоохранения?
8. Дайте определение понятия «решение проблемы».
9. Перечислите составляющие методологии системного решения проблем.
10. Перечислите основные мероприятия по решению проблем реформирования здравоохранения.
11. Назовите и кратко охарактеризуйте составляющие процесса решения проблемы.
12. Перечислите определения управленческого решения.
13. Назовите и кратко охарактеризуйте этапы подготовки и принятия управленческого решения.
14. Дайте характеристику координации как центральной функции управления.
15. Дайте краткую характеристику взаимосвязи факторов и условий управления решением проблем общественного здоровья.
16. Охарактеризуйте основные составляющие процесса коммуникации.
17. Назовите и дайте краткую характеристику факторов, влияющих на межличностные коммуникации.
18. Охарактеризуйте невербальные средства общения.
19. Дайте краткую характеристику жестов.
20. Дайте краткую характеристику дистанции общения.
21. Назовите основные советы общения с пациентом.
22. Перечислите и кратко охарактеризуйте содержание групповых коммуникаций.
23. Перечислите виды проектирования.
24. Назовите типы проектов.
25. Дайте определение проектированию как процессу.

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Перечислите стадии операции управленческой деятельности.
2. Дайте краткую характеристику цикличности, дискретности и непрерывности процесса управления.
3. Назовите и кратко охарактеризуйте основные процедуры анализа системы здравоохранения.
4. Назовите основные показатели деятельности медицинской организации.
5. Укажите изменения в деятельности медицинских организаций при эффективном использовании ресурсов.
6. Охарактеризуйте мотивацию как функцию управления.
7. Назовите основные элементы направленности управленческих решений в деятельности по охране здоровья.
8. Назовите составляющие позитивных и негативных мотиваций.
9. Перечислите виды коммуникаций в организации.
10. Кратко охарактеризуйте основные коммуникационные барьеры.
11. Назовите особенности УП в организациях разного типа.

12. Перечислите этапы жизни проекта.

Перечень тем рефератов:

3. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления
4. Коммуникативное поведение в организации.

Фонд тестовых заданий по теме № 8:

1. Какое из определений менеджмента является верным?:

- 1) искусство управлять социально-экономическими процессами в целях наиболее эффективной производственной деятельности, используя труд, интеллект, мотивы поведения людей;
- 2) вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена
- 3) работа с рынком ради осуществления обменов, цель которых – удовлетворение человеческих нужд и потребностей

- A) 1
- B) 2
- B) 3

2. Преимущества рыночных отношений – это:

- A) направление ресурсов на производство необходимых обществу товаров
- B) гибкая приспособляемость к потребительскому спросу**
- B) заинтересованность в охране окружающей среды

3. Экономическая эффективность здравоохранения выражается в:

- A) достижении поставленных целей в области профилактики заболевания
- B) улучшении состояния пациента
- B) снижении уровня заболеваемости
- Г) увеличении продолжительности жизни
- D) оцененном вкладе в рост производительности труда**

4. Здравоохранение – это система мероприятий:

- A) медицинских
- B) социально-экономических
- B) социально-экономических и медицинских**
- Г) экономических и медицинских

5. Здравоохранение, как отрасль национального хозяйства, относится к сфере производства:

- A) материальных благ и материальных услуг
- B) материальных и нематериальных услуг**
- B) нематериальных благ и нематериальных услуг

6. Фирма-производитель медицинских услуг в условиях рынка должна руководствоваться в своей деятельности в первую очередь интересами:

- A) медицинскими
- B) социальными**
- B) экономическими

7. Цель менеджмента некоммерческих ЛПУ:

- 1) повышение конкурентоспособности оказываемых услуг любым способом;
 - 2) предоставление услуг высокого качества мало защищенным слоям населения;
 - 3) получение прибыли
- А) 1
Б) 2
В) 3

8. Укажите распределение управленческих решений по времени:

- А) краткосрочные
Б) среднесрочные
В) долгосрочные
Г) все вышеперечисленное

9. Назовите, какими методами управления целесообразно пользоваться заведующему структурным подразделением поликлиники:

- А) организационно-распорядительными
Б) социально-психологическими
В) экономико-математическими
Г) все вышеперечисленное

10. Перечислите основные формы устной информации в управлении:

- А) деловая беседа
Б) прием сотрудников и населения
В) деловые совещания
Г) все вышеперечисленное

11. Укажите, какому стилю руководства следует отдать предпочтение:

- 1) административно-командному;
 - 2) коллегиальному (демократическому) с преобладанием элементов сотрудничества;
 - 3) исполнительскому (руководство практически отсутствует)
- А) 1
Б) 2
В) 3

12. Как известно, план здравоохранения всегда комплексный. Какой метод планирования обеспечивает взаимосвязь всех разделов плана?

- А) нормативный
Б) балансовый
В) аналитический

13. В отделении медицинского учреждения численность работников составляет 21 человек со средней зарплатой 430 рублей. Для расчета какого раздела комплексного плана необходимы эти данные?

- А) медицинские кадры
Б) план по труду
В) капиталовложения

14. Управление – это:

- 1) интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации;

- 2) предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю;
 - 3) целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении
- А) 1
Б) 2
В) 3

15. Целью управления является:

- 1) научно обоснованное планирование и анализ деятельности учреждения;
 - 2) руководство выполнением решений;
 - 3) целенаправленное и эффективное использование ресурсов;
 - 4) обеспечение ресурсами, подготовка документов и организация работы учреждения
- А) 1
Б) 2
В) 3
Г) 4
Д) все вышеперечисленное

16. Предметом науки управления являются следующие составляющие, кроме:

- А) субъекта
- Б) объекта
- В) производительных сил**
- Г) способов взаимодействия между субъектом и объектом

17. Под ресурсами управления понимают:

- 1) кадры;
 - 2) информацию;
 - 3) финансы;
 - 4) основные фонды, материальное оснащение, сырье
- А) 1,2,3,4**
Б) 1,2,3
В) 4

18. Объектом управления являются:

- 1) ресурсы, процесс предоставления медицинских услуг и все виды деятельности, обеспечивающие этот процесс;
 - 2) взаимоотношения между работниками;
 - 3) процесс предоставления медицинских услуг, ресурсы, взаимоотношения между работниками
- А) 1**
Б) 2
В) 3

19. К методам управления относят:

- 1) организационно-распорядительные;
 - 2) экономические;
 - 3) социально-психологические;
 - 4) правовые
- А) 1,2,3**

Б) 1,2,3,4

20. Функции управления включают:

- А) прогнозирование и планирование
- Б) проектирование и организацию
- В) учет, контроль, анализ и регулирование
- Г) все вышеперечисленное**
- Д) нет правильного ответа

21. Децентрализация и управление – это:

- А) передача прав и ответственности на другие уровни**
- Б) предоставление подчиненному полной свободы действий
- В) все вышеперечисленное

22. Понятие «децентрализация управления здравоохранением в новых условиях» входят следующие составляющие, кроме:

- 1) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали;
 - 2) отсутствие нормативной базы в здравоохранении;
 - 3) децентрализация бюджетного финансирования;
 - 4) поступления средств на ОМС на территориальном уровне;
 - 5) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений
- А) 1
 - Б) 2**
 - В) 3
 - Г) 4
 - Д) 5

23. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни, за исключением:

- А) федерального
- Б) территориального
- В) городского**
- Г) муниципального

24. Не относятся к видам управленческих решений:

- А) приказы
- Б) распоряжения
- В) план работы
- Г) методические рекомендации**

25. Основными формами организации выполнения решения являются:

- 1) определение лиц, ответственных за выполнение решения;
 - 2) разработка целей, задач и методов выполнения решения;
 - 3) установление сроков для его выполнения;
 - 4) финансовое обеспечение;
 - 5) контроль за его выполнением
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,3,4,5**
 - В) 3,4,5

26. Контроль за выполнением решения осуществляется следующими методами:

- А) личный контроль руководителя
- Б) коллективный контроль
- В) автоматизированная система контроля
- Г) все вышеперечисленное**
- Д) нет правильного ответа

27. Видами контроля, используемого в управлении здравоохранением, являются все, кроме:

- А) личного контроля руководителя
- Б) комиссионного контроля
- В) контроля за исполнением документов
- Г) общественного контроля**

28. Функциональные обязанности руководителя медицинского учреждения не включают:

- А) работу с кадрами
- Б) определение цели и задач деятельности учреждения
- В) организации деятельности подразделения**
- Г) осуществление внутренних и внешних коммуникативных связей
- Д) контроль совместных и индивидуальных действий

29. Организация делопроизводства в медицинском учреждении включает:

- 1) наличие номенклатуры дел и правил хранения документов;
 - 2) отдельную регистрацию входящих и исходящих документов;
 - 3) рассмотрение руководителем каждого входящего документа;
 - 4) распределение документов между исполнителями;
 - 5) контроль за полнотой и своевременностью исполнения документа
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,4,5**
 - В) 1,2,3,4

30. Прогнозирование деятельности здравоохранения осуществляется путем формирования следующих видов планов кроме:

- А) долгосрочного плана
- Б) текущего планирования
- В) территориальной программы ОМС**
- Г) тематического планирования

31. Виды контроля за деятельностью медицинских учреждений не включают:

- 1) плановый контроль за деятельностью медицинского учреждения;
 - 2) контроль за выполнением приказов, планов работы;
 - 3) проверку работы медицинского учреждения по сигналам населения, сотрудников;
 - 4) оценка объема и качества деятельности медицинского учреждения в процессе лицензирования
- А) 1
 - Б) 2
 - В) 3
 - Г) 4**

32. К социально-психологическим методам в управлении не относится:

- А) тестирование
- Б) анкетирование
- В) лидерство**
- Г) мотивация

33. Современные требования к руководителю включают, кроме:

- А) принципиальности
- Б) высокого профессионализма
- В) организаторских способностей
- Г) склонности к конкуренции**
- Д) высоких нравственных качеств

34. Авторитет руководителя зависит от стиля управления, который включает:

- 1) самостоятельность принятия решений;
 - 2) использование науки и достижений практики;
 - 3) оценка труда сотрудников;
 - 4) общую ответственность за результаты;
 - 5) ориентир на решение проблемы
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,3,5**
 - В) 4

35. Выбор стиля руководства зависит от:

- 1) личностных качеств руководителя;
 - 2) степени его профессиональной подготовки;
 - 3) указаний свыше;
 - 4) уровня развития коллектива;
 - 5) ситуации, окружающих условий
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 3
 - В) 1,2,4,5**

36. Благоприятный социально-психологический климат коллектива определяет все, кроме:

- А) организованности
- Б) благодушия**
- В) коллективизма
- Г) информированности
- Д) ответственности

37. Причинами нарушения межличностных отношений являются:

- 1) недостатки в организации труда;
 - 2) нечеткое распределение обязанностей, ответственности;
 - 3) неправильный подход к расстановке кадров;
 - 4) наличие разных мнений;
 - 5) различный уровень профессиональной подготовки руководителя и коллектива
- А) все вышеперечисленное
 - Б) 1,2,3,5**
 - В) 4

38. Методы мотивации в управлении коллективом не включают:

- А) содержание и условия труда
- Б) экономическое стимулирование
- В) состояние социально-психологического климата
- Г) обучение, повышение квалификации
- Д) конкуренцию**

39. Созданию благоприятного социально-психологического климата в коллективе не способствует:

- А) четкая организация труда
- Б) оптимальный подбор и расстановка кадров
- В) согласованность в руководстве
- Г) низкая культура общения в коллективе**

40. Структура органов управления здравоохранением не включает следующие подразделения:

- А) функциональные
- Б) отраслевые
- В) коллегиальные**
- Г) вспомогательные

Текущий контроль успеваемости по теме 9. Материальные и трудовые ресурсы системы здравоохранения в РФ

Перечень вопросов к занятию:

1. Классификация видов ресурсов здравоохранения.
2. Трудовые ресурсы.
3. Эффективный отбор кадров.
4. Показателей производительности труда.
5. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
6. Материальные ресурсы здравоохранения.
7. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.
8. Финансовые ресурсы здравоохранения
9. Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений

Задания для самостоятельной работы:

Самостоятельная работа включает в себя подготовку к занятию по следующим вопросам:

1. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
2. Материальные ресурсы здравоохранения.
3. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Назовите и охарактеризуйте внутренние факторы, влияющие на потребность организации в кадрах
2. Какие вы знаете методы, используемые для развития потенциала работников? Назовите наиболее эффективные на Ваш взгляд методы. Обоснуйте свой выбор.

3. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по форме выражения результата
4. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по способу выражения
5. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по уровню производительности труда
6. Дайте характеристику классификации показателей производительности труда по учету живого и овеществленного труда
7. Назовите основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала

Задания для практического (семинарского) занятия:

1. Заполните пробелы:

К внутренним факторам, влияющим на потребность организации в кадрах, прежде всего относятся :

К внешним факторам относятся:

Методы, используемые для развития потенциала работников:

Внутренние резервы :

Внешние резервы

Перечень тем рефератов:

1. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
2. Материальные ресурсы здравоохранения.
3. Производственные фонды лечебно-профилактического учреждения.

Фонд тестовых заданий по теме №9:

1. Организация работы по подбору медицинских кадров в новых условиях не включает:

А) направление на обучение кадров на контрактных условиях

Б) свободный прием специалистов

В) проверку знаний и умений специалистов при их приеме на работу

2. Организация работы с резервом руководящих кадров включает все нижеперечисленное, кроме:

1) подбора резерва на руководящие должности в здравоохранении;

2) привлечение лиц, состоящих в резерве, к практической работе по управлению здравоохранением;

3) выбора руководителя медицинского учреждения коллективом;

4) повышение квалификации специалистов резерва по организации здравоохранения

А) 1

Б) 2

В) 3

Г) 4

3. Последипломное обучение медицинских кадров осуществляется в следующих учебных заведениях, кроме:

А) институтов усовершенствования врачей

Б) академий последипломного образования

В) ФУВ при медицинских институтах

Г) курсовой подготовки на базе областных медицинских учреждений

4. Организация последипломного обучения медицинских кадров включает следующие виды, кроме:

1) периодического обучения на курсах усовершенствования в системе последипломного образования;

2) участие в семинарах, симпозиумах, конференциях;

3) обучение в ординатуре, аспирантуре

А) 1

Б) 2

В) 3

5. Компьютерная программа работы с кадрами не включает:

А) полицевой учет специалистов

Б) движение кадров

В) сведения об аттестации и переаттестации, повышения квалификации

Г) семейное положение и его изменения

Д) полицевой учет поощрений и наказаний

6. Мощность палатного отделения (количество коек) стационара рассчитывается с учетом нагрузки:

а) на заведующего отделением

б) на врача-ординатора

в) на медицинскую сестру процедурного кабинета

г) на дежурную постовую медицинскую сестру

д) на санитарку

е) на сестру-хозяйку

7. Наличие материальных ценностей в структурных подразделениях учреждений здравоохранения отражают перечисленные основные документы:

а) акты на списание материальных ценностей

б) требования на получение материальных ценностей со склада

в) приемно-передаточные накладные

г) инвентаризационная (сличительная) ведомость

д) книга учета движения материальных ценностей

8. Как называются средства производства, функционирующие в течении производственного цикла и переносящие свою стоимость на услугу целиком

- а) фонд обращения
- б) оборотные средства
- в) основные фонды

9. Фондовооруженность труда определяется

- а) отношением стоимости предоставленных услуг за год к среднегодовой стоимости основных фондов
- б) отношением стоимости основных фондов к стоимости услуг, предоставленных в течение года
- в) отношением среднегодовой стоимости основных фондов к средней численности работников

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к экзамену

№	Вопросы для промежуточной аттестации студента	Проверяемые компетенции
1.	Основные направления развития системного подхода в охране здоровья	ОПК-6; ПК-10
2.	Теория формирования здоровья человека	ОПК-6; ПК-10
3.	Функционально-структурный подход к изучению здоровья человека	ОПК-6; ПК-10
4.	Основные составляющие определения «общественное здоровье»	ОПК-6; ПК-10
5.	Субъект общественного здоровья и его функции	ОПК-6; ПК-10
6.	Здравоохранение как система.	ОПК-6; ПК-10
7.	Закономерности и принципы системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
8.	Системное решение проблем охраны здоровья.	ОПК-6; ПК-10
9.	Закономерности и принципы системы здравоохранения для принятия решений в управлении операционной (производственной) деятельности на уровне основных хозяйствующих субъектов.	ОПК-6; ПК-10
10.	Государственная политика в области охраны здоровья населения. Сущность и содержание управления	ОПК-6; ПК-10
11.	Значение и основные признаки миссии организации.	ОПК-6; ПК-10
12.	Структура содержания миссии.	ОПК-6; ПК-10
13.	Достижимость, конкретность и стабильность целей деятельности организации.	ОПК-6; ПК-10
14.	Критерии целей.	ОПК-6; ПК-10
15.	Требования к принятию управленческого решения в операционной (производственной) деятельности на уровне основных хозяйствующих субъектов.	ОПК-6; ПК-10
16.	Этапы выработки целей организации	ОПК-6; ПК-10
17.	Понятие «медицинская организация» и основные принципы ее построения	ОПК-6; ПК-10
18.	Понятие «группа сотрудников» организации	ОПК-6; ПК-10

19.	Структурные и ситуационные характеристики группы организации	ОПК-6; ПК-10
20.	Социально-экономический климат коллектива	ОПК-6; ПК-10
21.	Лидерство	ОПК-6; ПК-10
22.	Стиль руководства	ОПК-6; ПК-10
23.	Мотивация	ОПК-6; ПК-10
24.	Подсистемы организации	ОПК-6; ПК-10
25.	Внутренняя и внешняя среда организации	ОПК-6; ПК-10
26.	Ресурсы организации	ОПК-6; ПК-10
27.	Организационная структуры организации	ОПК-6; ПК-10
28.	Проектирование организационных структур	ОПК-6; ПК-10
29.	Проблемы структурирования медицинской организаций для разработки и построения экономических, финансовых и организационно-управленческих моделей путем их адаптации к конкретным задачам управления.	ОПК-6; ПК-10
30.	Линейная, функциональная, дивизиональная структуры управления	ОПК-6; ПК-10
31.	Матричная организационная структура	ОПК-6; ПК-10
32.	Грехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
33.	Род деятельности.	ОПК-6; ПК-10
34.	Сфера деятельности.	ОПК-6; ПК-10
35.	Элемент деятельности.	ОПК-6; ПК-10
36.	Основные части деятельности по охране здоровья.	ОПК-6; ПК-10
37.	Общая, родовая и сферная структуры элементов деятельности по охране здоровья	ОПК-6; ПК-10
38.	Правовые основы деятельности хозяйствующих субъектов.	ОПК-6; ПК-10
39.	Формы собственности в здравоохранении.	ОПК-6; ПК-10
40.	Коммерческий сектор в здравоохранении.	ОПК-6; ПК-10
41.	Некоммерческий сектор в здравоохранении.	ОПК-6; ПК-10
42.	Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации	ОПК-6; ПК-10
43.	Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.	ОПК-6; ПК-10
44.	Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
45.	Решения в процессе управления.	ОПК-6; ПК-10
46.	Коммуникативное поведение в организации.	ОПК-6; ПК-10
47.	Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления	ОПК-6; ПК-10
48.	Классификация видов ресурсов здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
49.	Грудовые ресурсы.	ОПК-6; ПК-10
50.	Эффективный отбор кадров.	ОПК-6; ПК-10
51.	Показателей производительности труда.	ОПК-6; ПК-10
52.	Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.	ОПК-6; ПК-10
53.	Материальные ресурсы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
54.	Производственные фонды лечебно-профилактического	ОПК-6; ПК-10

	учреждения.	
55.	Финансовые ресурсы здравоохранения.	ОПК-6; ПК-10
56.	Методы и приемы количественного и качественного анализа информации о материальных и трудовых ресурсах системы здравоохранения при принятии управленческих решений.	ОПК-6; ПК-10

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРИ ТЕКУЩЕМ И ПРОМЕЖУТОЧНОМ КОНТРОЛЕ (ЭКЗАМЕН)

Оценка промежуточной аттестации выставляется в зачетную книжку обучающегося (кроме «неудовлетворительно») и экзаменационную ведомость в форме дифференцированных оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» согласно шкале оценки для проведения промежуточной аттестации по дисциплине.

№ №	Наименование этапа	Технология оценивания	Шкала (уровень) оценивания			
			ниже порогового «неудовлетворительно»	пороговый «удовлетворительно»	продвинутый «хорошо»	высокий «отлично»
1	Контроль знаний	Экзамен	ответ студента не имеет теоретического обоснования; не дает правильных формулировок, определений понятий и терминов; полное непонимание материала или отказ от ответа	ответ студента не имеет теоретического обоснования; не полное понимание материала; допускает неточности в формулировках, определениях понятий и терминов; иногда искажает смысл	студент отвечает полно, обоснованно, но имеет единичные ошибки, которые сам же исправляет после замечания преподавателя; полное понимание материала; свободно владеет речью.	студент отвечает полно, обоснованно; дает правильные формулировки, точные определения понятий и терминов; полное понимание материала; свободно владеет речью

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)

<p>выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>	В	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p> <p>В полной мере овладел компетенциями.</p>	D	85-81	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на</p>	E	80-76	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)

поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.				
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями	F	75-71	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	G	70-66	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя приводят к коррекции	H	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)

<p>ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями</p>				
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы</p>	I	60-0	НЕ СФОРМИРОВАНА	2

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального
образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Е.А. Сергеева

**Методические указания по выполнению
контрольной работы по дисциплине
«Управление системой здравоохранения. Ресурсы
здравоохранения»
для студентов 4 курса
направления 38.03.02 «Менеджмент»
(заочная форма)**

Пятигорск 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2. ТРЕБОВАНИЯ К КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ

3. ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ (ПО ВАРИАНТАМ)

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

5. ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основная задача данных методических рекомендаций — оказать необходимую помощь, а также правильно направить усилия студента на качественное выполнение контрольной работы по дисциплине «Управление системой здравоохранения. Ресурсы здравоохранения». Методические рекомендации предназначены для студентов заочной формы обучения направления 38.03.02 «Менеджмент» и составлены с учётом современных требований к контрольным работам.

Контрольная работа — это письменная работа, которая является обязательной составной частью учебного плана основной образовательной программы высшего образования. Контрольная работа – письменная работа, предполагающая проверку знаний заданного к изучению материала и навыков его практического применения.

Написание контрольной работы практикуется в учебном процессе в целях приобретения студентом необходимой профессиональной подготовки, развития умения и навыков самостоятельного научного поиска: изучения литературы по выбранной теме, анализа различных источников и точек зрения, обобщения материала, выделения главного, формулирования выводов и т.п. С помощью контрольной работы студент постигает наиболее сложные проблемы курса, учится лаконично излагать свои мысли, правильно оформлять работу.

2. ТРЕБОВАНИЯ К КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ

Завершенная контрольная работа, оформленная должным образом, подписывается студентом на титульном листе и сдается для проверки в методический кабинет факультета заочного обучения не позднее, чем за 2 недели до сдачи зачета или экзамена.

Зачет по контрольной работе является обязательным условием допуска к экзамену или зачету.

Электронный вариант выполненной работы после получения зачета по контрольной работе, подлежит сдаче преподавателю, принимающему зачет по контрольной работе.

Организация учёта и выполнения контрольных работ возлагается на кафедру в соответствии с закреплением дисциплин.

3. ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ (ПО ВАРИАНТАМ)

ВАРИАНТ 1.

1. Теоретические вопросы

1. Закономерности и принципы системы здравоохранения
2. Государственная политика в области охраны здоровья населения.

2. Выполните практическое задание

1. Заполните таблицу “Цели реформирования и развития здравоохранения ”

Общие цели реформирования и развития здравоохранения	Стратегические цели развития здравоохранения	Цели реформирования и развития хозяйствующих субъектов здравоохранения

2. Заполните таблицу «Классификация государственных программ в здравоохранении»

Критерии классификации	Вид государственной программы

3. Заполните таблицу «Общая структура элементов деятельности по охране здоровья»

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	Общие	Особенные	Специальные

--	--	--	--

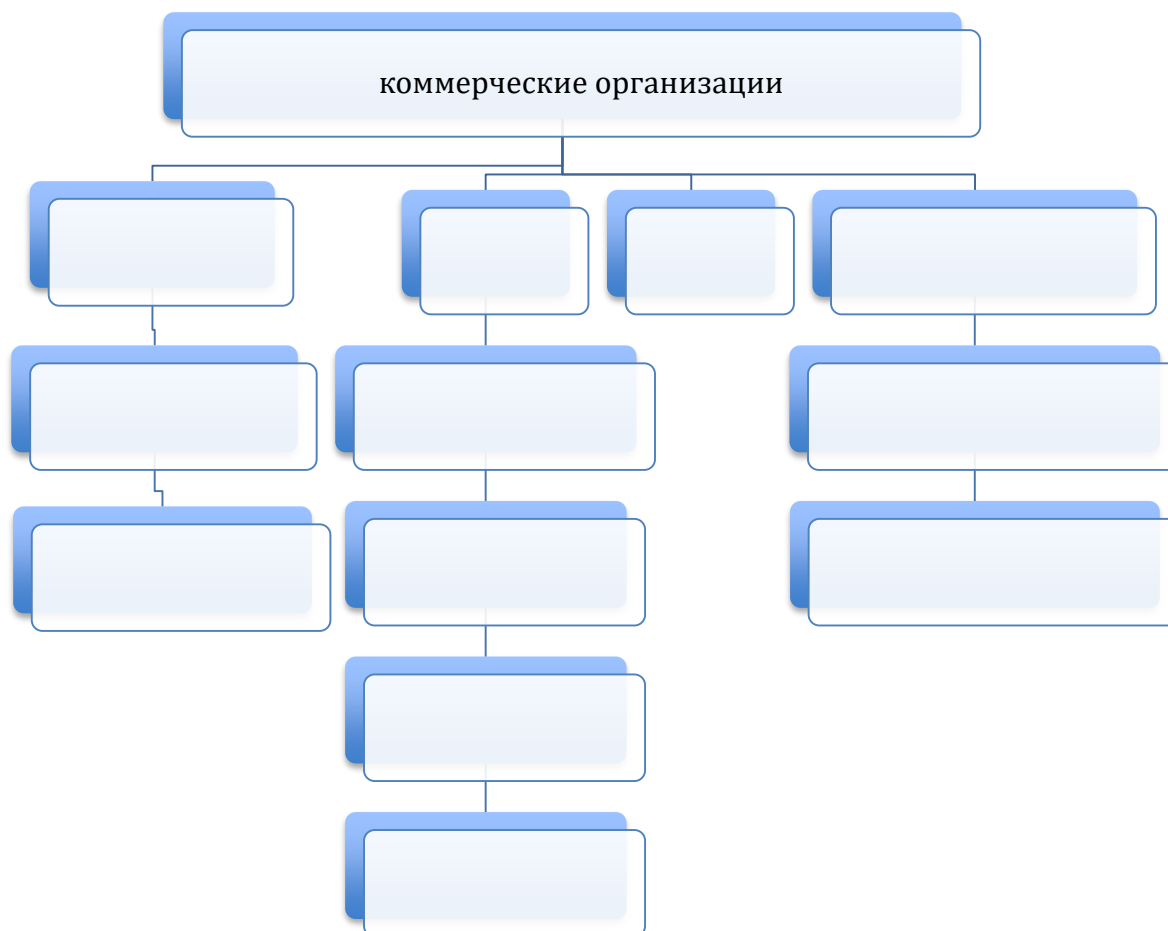
ВАРИАНТ 2.

1. Теоретические вопросы

5. Целеполагание в управленческой деятельности
6. Внутренняя и внешняя среда организации

2. Выполните практическое задание

1. Составьте схему «Организационно-правовые формы коммерческих организаций в здравоохранении»



2. Дайте определения следующим понятиям:

Балансовая прибыль – это _____

3. Ответьте на вопрос:

Основной мерой эффективности работы коммерческой организации является

ВАРИАНТ 3.

1. Теоретические вопросы

11. Проблемы структурирования организаций

12. Общая, родовая и сферная структуры элементов деятельности по охране здоровья

2. Выполните практическое задание

1. Заполните строки

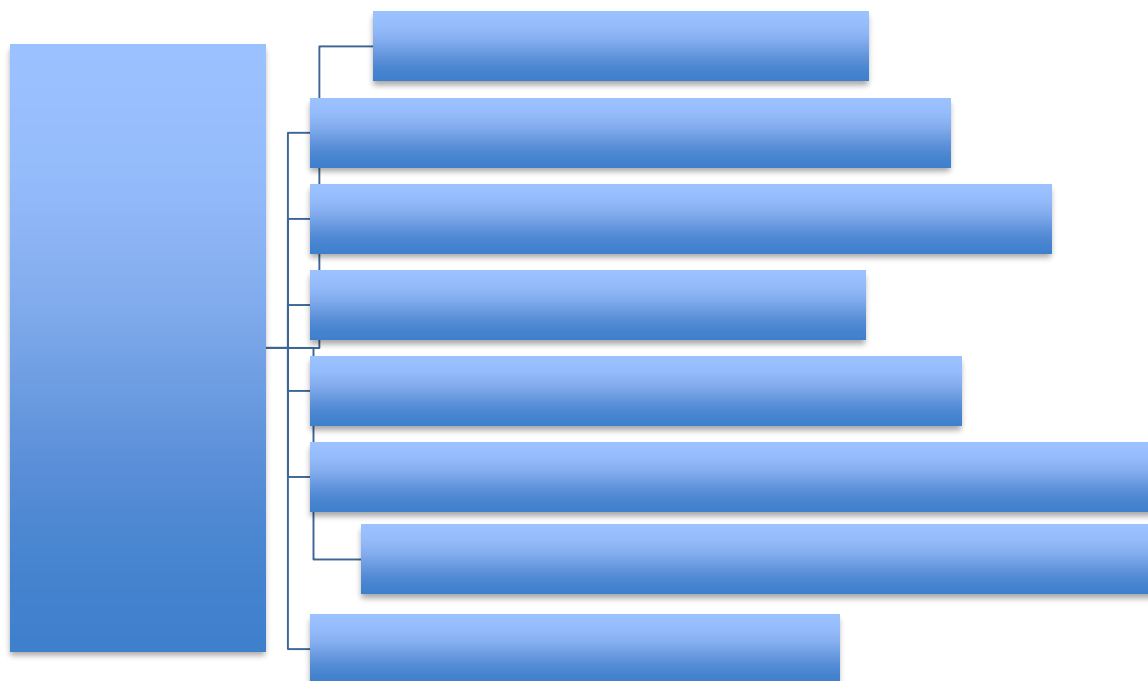
Балансовая прибыль включает 3 укрупненных элемента:

1. _____
2. _____
3. _____

2. Некоммерческая организация – это _____

3. Составьте схему «Основные организационно-правовые формы некоммерческих организаций»

Пример



ВАРИАНТ 4.

1. Теоретические вопросы

1. Формы собственности в здравоохранении.
2. Содержание и сущность процесса управления в медицинской организации.

2. Выполните практическое задание

1. Виды расходов некоммерческой организации.

Составьте схему «Структура расходов некоммерческой организации в здравоохранении»

Пример



2. Составьте схему «Типы организационно-правовой формы учреждений»

3. Заполните таблицу «Сильные и слабые стороны негосударственного сектора здравоохранения»

Сильные стороны	Слабые стороны

ВАРИАНТ 5.

1. Теоретические вопросы

1. Содержание и процедуры системного анализа системы здравоохранения
2. Классификация видов ресурсов здравоохранения.

2. Выполните практическое задание

1. Составьте таблицу «Классификация целей организации»

Критерии	Группы целей по видам и типам	

2. Охарактеризуйте основные показатели целей организации в зависимости от деятельности

Направления деятельности организации	Показатели цели

3. Перечислите стадии процесса управления

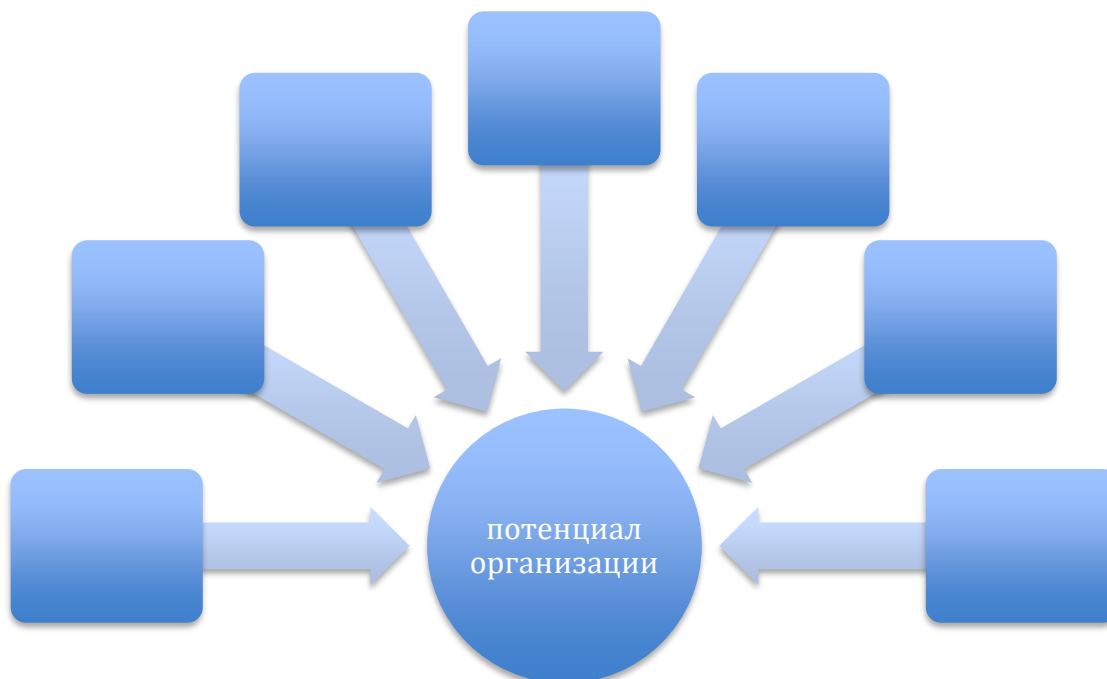
ВАРИАНТ 6.

1. Теоретические вопросы

1. Основные направления повышения эффективности труда медицинского персонала.
2. Финансовые ресурсы здравоохранения

2. Выполните практическое задание

1. Составьте схему «Основные элементы потенциала организации»



2. Соотнесите понятия с определениями

Социально-психологический климат в коллективе	сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социально-демографических и профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива.
Конфликт	это желание добиться чего-либо, совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих работника к реализации определенных задач.
Мотивация	открытое столкновение сторон, мнений и сил, связанное с различием ценностных установок, представлений о целях, путях и методах их достижения, о характере задач и способах их решения.
Лидер	человек, умеющий убедить работников в необходимости достижения общих целей и решении поставленных задач независимо от их собственных первоначальных намерений.

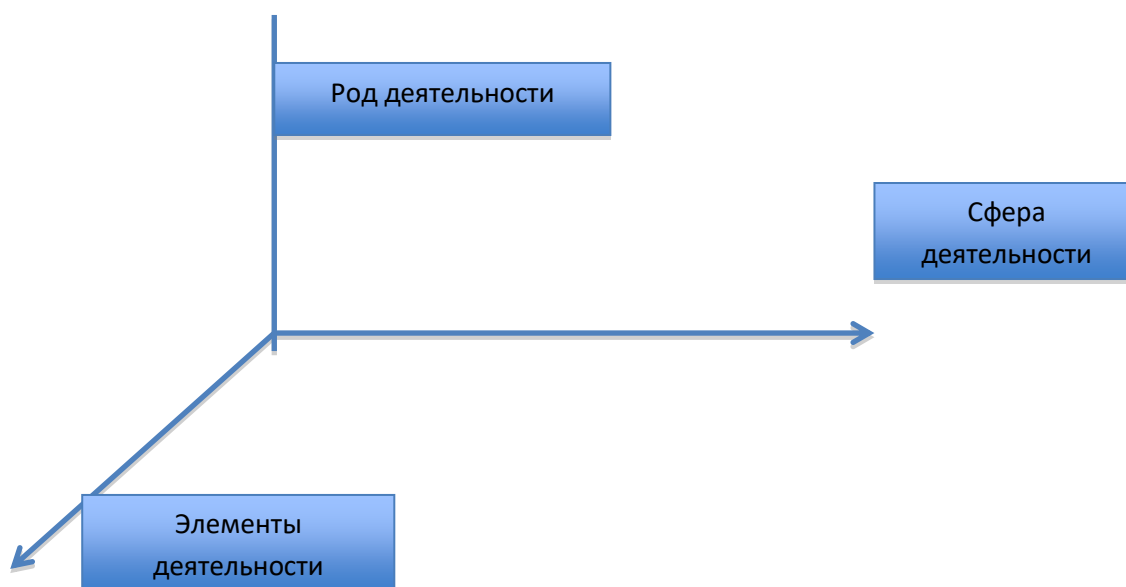
3. Перечислите принципы организационной структуры

ВАРИАНТ 7.

1. Теоретические вопросы

1. Материальные ресурсы здравоохранения.
 2. Трехмерное представление структуры деятельности по охране здоровья.
- ### 2. Выполните практическое задание

1. Допишите недостающие элементы схемы



2. Составьте схему формирования заработной платы работников системы здравоохранения

3. Заполните таблицу

Системы финансирования здравоохранения

Система финансирования	Характеристика

ВАРИАНТ 8.

1. Теоретические вопросы

1. Понятие «группа сотрудников» организации

2. Коммерческий сектор в здравоохранении.

2. Выполните практическое задание

1. Приведите примеры источников финансирования системы здравоохранения и представьте их в виде круговой диаграммы, отражающей примерную процентную значимость каждого источника.

2. Перечислите стадии процесса управления

3. Перечислите принципы организационной структуры

ВАРИАНТ 9.

1. Теоретические вопросы

1. Особенности организационно-правовых форм организаций здравоохранения Российской Федерации

2. Управление проектами - актуальная составляющая процесса управления

2. Выполните практическое задание

1. Выберите правильный ответ.

• Экономика здравоохранения - часть современных экономических знаний, относящаяся к блоку:

- а) фундаментальных экономических наук;
- б) конкретных экономических наук;
- в) прикладных экономических наук;
- г) специальных экономических наук;
- д) другому (какому?) блоку экономических наук.

Установите соответствие.

1. Наличие определенных закономерностей развития тех или иных процессов во времени.

2. Возможность поэлементного исследования данного объекта.

3. Формирования категориального состава, понятийного аппарата исследования.

4. Объединение элементов объекта исследования в систему и установление связей между ними.

5. Процесс восхождения от единичных наблюдений к общим выводам.

А. Индукция.

Б. Синтез.

В. Единство логического и исторического.

Г. Научная абстракция.

Д. Анализ.

Продолжите определение.

• Межсекторальные действия при решении проблем охраны здоровья - это:

а) действия различных государственных структур;

б) действия различных специалистов здравоохранения;

в) мероприятия экономического, социального и правового характера;

г) действия центрального и местного правительств,

неправительственных организаций и общественных групп, а также частных лиц.

2. Заполните таблицу «Общая структура элементов деятельности по охране здоровья»

Элементы деятельности по охране здоровья	Характеристика элементов деятельности по охране здоровья		
	Общие	Особенные	Специальные

3. Допишите определения:

К федеральным организациям относят _____

Региональные организации _____

Муниципальные организации _____

Иностранная организация _____

ВАРИАНТ 10

1. Теоретические вопросы

1. Функционально-структурный подход к изучению здоровья человека
2. Основные части деятельности по охране здоровья.

2. Выполните практическое задание

1. Ответьте на вопросы:

Средства медицинского страхования – это _____

Под добровольными имущественными взносами понимаются _____

2. Выберите правильный ответ.

1. Какой тип государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения преобладает на современном этапе реформирования правового статуса бюджетных учреждений в РФ:

- а) казенное учреждение;
- б) автономное учреждение;
- в) бюджетное учреждение?

2. Какие учреждения здравоохранения могут использовать упрощенную систему налогообложения:

- а) казенные учреждения;
- б) бюджетные учреждения;

в) автономные учреждения?

3. Какая организационно-правовая форма является основной среди коммерческих МО в РФ на современном этапе:

а) акционерное общество;

б) кооператив;

в) общество с ограниченной ответственностью;

г) унитарное предприятие?

3. Проанализируйте известные вам модели движения финансовых потоков в системе ОМС и выявите различия между ними.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

За все сведения, изложенные в контрольной работе, и за правильность всех данных ответственность несет студент - автор работы.

Структура контрольной работы содержит следующие обязательные элементы:

- титульный лист;
- план работы;
- основная часть;
- библиографический список;
- приложение(я) (при необходимости).

Титульный лист является первой страницей контрольной работы и оформляется по установленной форме (Приложение 1). Титульный лист не нумеруется.

В **плане работы** перечисляют основную часть контрольной работы, библиографический список и приложения (если имеются).

Содержание **основной части** работы должно соответствовать и раскрывать название вопросов контрольной работы. Изложение теоретического материала должно иметь самостоятельный характер, сопровождаться ссылками на использованные источники информации.

Библиографический список включает изученные и использованные в контрольной работе источники. Библиографический список свидетельствует о степени изученности проблемы и сформированности у студента навыков самостоятельной работы.

В **приложения** включаются связанные с выполненной контрольной работой материалы, которые по каким-либо причинам не могут быть внесены в основную часть: справочные материалы, таблицы, схемы, нормативные

документы, образцы документов, инструкции, методики (иные материалы), разработанные в процессе выполнения работы и т.д.

4. ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

К оформлению текста контрольной работы предъявляются определенные требования, предусмотренные государственными стандартами: ЕСКД ГОСТ 7.12-93; ГОСТ 2.105-95; ГОСТ 1.5-2002; ГОСТ 7.1-2003; ГОСТ Р 7.0.5–2008. Руководитель имеет право не принять от студента работу, если она оформлена не в соответствии с требованиями ГОСТа.

Контрольная работа должна быть выполнена в печатном варианте в виде текста, подготовленного на персональном компьютере с помощью текстового редактора и отпечатанного на принтере на листах формата А4 с одной стороны. Текст на листе должен иметь книжную ориентацию, альбомная ориентация допускается только для таблиц и схем приложений. Основной цвет шрифта - черный.

Параметры страницы

Размер бумаги – А4 (297x210 мм).

Ориентация страницы – книжная.

Левое поле – 3 см.

Верхнее поле – 2 см.

Правое поле – 1,5 см.

Нижнее поле – 2 см.

Формат шрифта

Шрифт – Times New Roman.

Размер шрифта – 14 пт.

Масштаб шрифта – 100%.

Интервал – обычный.

Формат абзаца

Выравнивание – по ширине.

Отступ слева – 0 см.

Отступ справа – 0 см.

Отступ первой строки – 1,25 см (пять знаков).

Межстрочный интервал – 1,5.

Интервал перед и после каждого абзаца – 0 пт.

Страницы нумеруются арабскими цифрами с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту (нумерация страниц - автоматическая). Номер страницы проставляется в центре нижней части листа без точки. В общую нумерацию включают титульный лист, план работы, но номер страницы на них не проставляют. Таким образом, работа начинается с 3-й страницы. Приложения включаются в общую нумерацию страниц.

Цифровой (графический) материал (далее - материалы), как правило, оформляется в виде таблиц, графиков, диаграмм, иллюстраций и имеет по тексту отдельную сквозную нумерацию для каждого вида материала, выполненную арабскими цифрами.

Правила оформления таблиц

Таблицы применяют для большей наглядности результатов расчета, анализа и удобства сравнения различных показателей. Таблица представляет собой способ подачи информации в виде перечня сведений, числовых данных, приведенных в определенную систему и разнесенных по графам (колонкам).

Таблицы должны иметь названия и порядковую нумерацию. Название таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Название следует помещать над таблицей. Таблицы основной части текста нумеруются

арабскими цифрами сквозной нумерацией. (Пример: Таблица 1 - Характеристика основных видов выпускаемой продукции). Слова в названии таблицы, в заголовках граф переносить и сокращать нельзя. Таблица не нумеруется, если в тексте она одна. В конце заголовка точку не ставят, заголовки не подчеркивают.

При переносе таблицы на следующую страницу пронумеровывают ее графы и повторяют их нумерацию на следующей странице; заголовок таблицы не воспроизводят, но над ней помещают выделенные курсивом слова «Окончание таблицы 1» или «Продолжение таблицы 1». В таблицах допускается применение 12 размера шрифта.

В каждой таблице следует указывать единицы измерения показателей и период времени, к которому относятся данные. Если единица измерения в таблице является общей для всех числовых табличных данных, то её приводят в заголовке таблицы после её названия.

При использовании в работе материалов, заимствованных из литературных источников, цитировании различных авторов, необходимо делать соответствующие ссылки, а в конце работы помещать список использованной литературы. Не только цитаты, но и произвольное изложение заимствованных из литературы принципиальных положений, включаются в работу со ссылкой на источник. Ниже таблицы указывается источник, из которого приведены данные. Если таблица является самостоятельной разработкой, то указывается, по каким источникам она составлена. Таблицу, в зависимости от ее размера, помещают под текстом, в котором впервые дана ссылка на нее, или на следующей странице, а при необходимости, в приложении к документу.

Таблица 1 - Анализ структуры источников формирования активов организации ОАО «Панацея», 2013г. (тыс. руб.)

Показатель	На начало года		На конец года		Отклонение, пункты (гр.4- гр.2)
	тыс. руб.	в % к валюте Баланса	тыс. руб.	в % к валюте Баланса	

А	1	2	3	4	5
Капитал и резервы – всего в том числе:	10536	100	13608	100	-
уставный капитал (за минусом собственных акций, выкупленных у акционеров)	9	0,09	9	0,07	-0,02
Переоценка внеоборотных активов	4179	39,7	4143	30,4	-9,3
Добавочный капитал (без переоценки)	18	0,2	18	0,1	-0,1
Резервный капитал	2	0,02	2	0,01	-0,01
Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)	6328	60,0	9436	69,3	+9,3
Долгосрочные обязательства – всего в том числе:	49	100	43	100	-
отложенные налоговые обязательства	49	100	43	100	-
Краткосрочные обязательства – всего в том числе:	4433	100	3762	100	-
кредиторская задолженность	2939	66,3	2394	63,6	-2,7
оценочные обязательства	1484	33,5	1368	36,4	+2,9
Итого пассивов (источников формирования имущества)	15018	100	17413	100	-
Из них:	10536	70,2	13608	78,1	+7,9
собственный капитал					
заемный капитал	4482	29,8	3805	21,9	-7,9

Правила оформления графического материала

К графическому материалу относят диаграммы, графики, схемы, рисунки, фотографии. Использование продуманных и тщательно подобранных иллюстраций там, где они возможны и нелишни, способно украсить любую студенческую письменную работу. Следует соблюдать соответствие графического материала тексту работы. Разрешается выполнять иллюстрации в любых цветах на цветном принтере, обеспечивающем высокое качество печати.

Количество иллюстраций должно быть достаточным для пояснения излагаемого текста. Иллюстрации могут быть расположены как по тексту документа (возможно ближе к соответствующим частям текста), так и в конце его. Иллюстрации, за исключением иллюстраций приложений, следует

нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, то он обозначается «Рисунок 1».

Допускается нумерация графического материала в пределах раздела. В этом случае номер рисунка состоит из номера раздела и порядкового номера рисунка, которые разделяют точкой.

Рисунок 1.1, Рисунок 1.2 и т. д.

Графический материал каждого приложения нумеруют арабскими цифрами отдельной нумерацией, добавляя перед каждым номером обозначение данного приложения и разделяя их точкой.

Рисунок В.3

Слово «Рисунок» и его номер приводят под графическим материалом. Далее может быть приведено его тематическое наименование, отделенное тире.

Рисунок 1 - Детали прибора

При необходимости под графическим материалом помещают также поясняющие данные. В этом случае слово «Рисунок» и наименование графического материала помещают после поясняющих данных.

При ссылках на иллюстрации следует писать «... в соответствии с рисунком 2» при сквозной нумерации и «... в соответствии с рисунком 1.2» при нумерации в пределах раздела.

С помощью диаграмм графически изображается зависимость между двумя величинами. Диаграммы используются для того, чтобы сделать такую зависимость более наглядной визуально и доступной для восприятия. По форме построения различают плоскостные, линейные (Рисунок 1) и объемные диаграммы. Чаще всего в контрольных работах используются линейные диаграммы и плоскостные, из последних – столбиковые (ленточные) (Рисунок 2) и секторные (Рисунок 3).

Примеры оформления диаграмм:

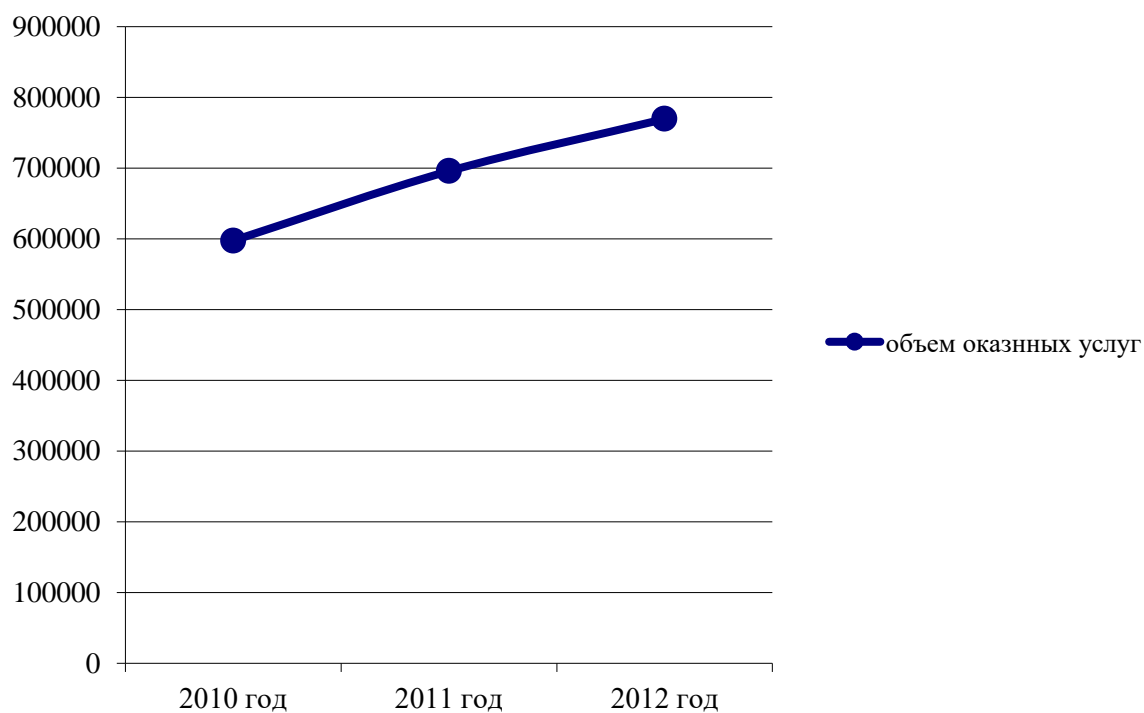


Рисунок 1 – Динамика оказанных услуг за 2010-2012 гг.

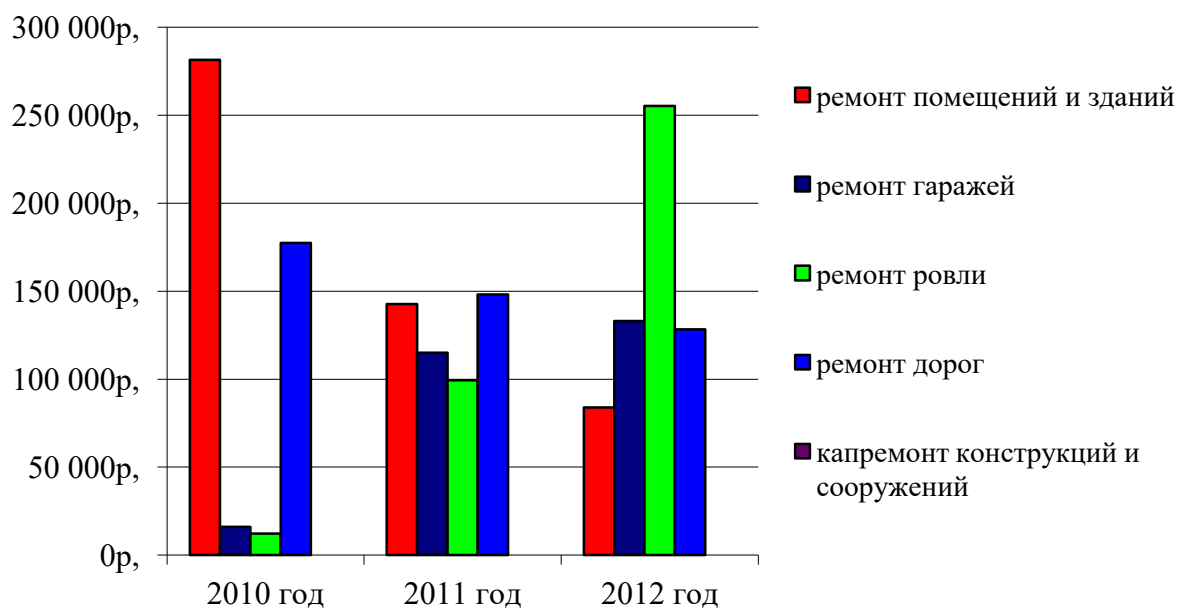


Рисунок 2 – Динамика выполненных работ за 2010-2012 гг.

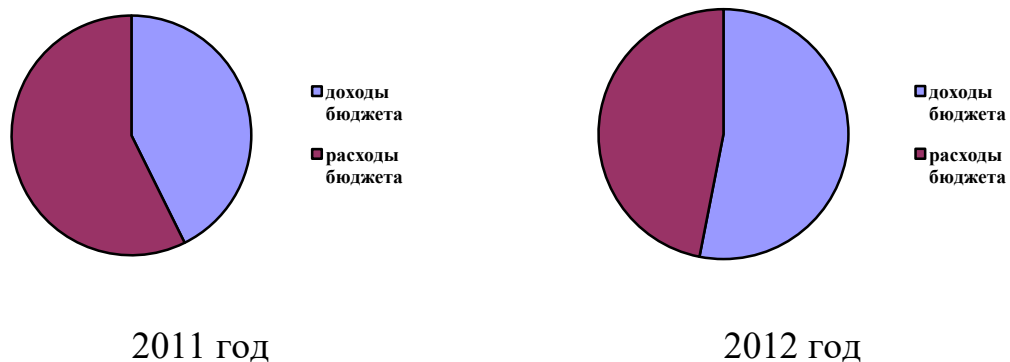


Рисунок 3 – Динамика изменения доходов и расходов бюджета за 2011-2012 гг.

Правила написания буквенных аббревиатур

В контрольной работе используются только общепринятые сокращения и аббревиатуры. В тексте работы могут быть использованы также вводимые автором буквенные аббревиатуры, сокращённо обозначающие какие-либо понятия из соответствующих областей знания. При этом первое упоминание таких аббревиатур указывается в круглых скобках после полного наименования, в дальнейшем они употребляются в тексте без расшифровки.

Правила оформления приложений

В приложениях помещается материал, дополняющий контрольную работу и носящий вспомогательный характер. Приложениями могут быть, например, графический материал, таблицы большого формата, расчеты, описания алгоритмов и т.д. Приложение оформляют как продолжение данного документа на последующих его листах или выпускают в виде самостоятельного документа. В тексте документа на все приложения должны быть даны ссылки.

Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его обозначения. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично

относительно текста с первой прописной буквы отдельной строкой и выделяют полужирным шрифтом.

Приложения оформляются на отдельных листах, причем каждое из них должно иметь свой тематический заголовок и в правом верхнем углу страницы надпись «Приложение» с указанием его порядкового номера арабскими цифрами (например: Приложение 1, Приложение 2 и т.д.) Если в работе есть приложения, то на них дают ссылку в основном тексте работы.

Приложения, как правило, выполняют на листах формата А4. Допускается оформлять приложения на листах формата А3, А4×3, А4×4, А2 и А1 по ГОСТ 2.301.

Правила оформления библиографического списка

Библиографический список должен быть выполнен в соответствии с ГОСТ 7.82.2001 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления» и правилами библиографического описания документов ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание».

Рекомендуется представлять единый список литературы к работе в целом. Список обязательно должен быть пронумерован. Каждый источник упоминается в списке один раз, вне зависимости от того, как часто на него делается ссылка в тексте работы.

Наиболее удобным является алфавитное расположение материала, так как в этом случае произведения собираются в авторских комплексах. Произведения одного автора расставляются в списке по алфавиту заглавий или по мере издания.

Примеры библиографического описания документов (ГОСТ 7.1-2003)

1. Нормативно-правовые документы:

1. Конституция (Основной закон) Российской Федерации [Текст]: офиц. текст. – М.: Маркетинг, 2001. – 39 с.

2. Российская Федерация. Законы. О воинской обязанности и военной службе [Текст]: федер. закон: [принят Гос. Думой 6 марта 1998 г.: одобр. Советом Федерации 12 марта 1998 г.]. – [4-е изд.]. – М.: Ось-89, 2001. – 46 с.

3. Гражданский процессуальный кодекс РСФСР [Текст]: [принят третьей сес. Верхов. Совета РСФСР шестого созыва 11 июня 1964 г.]: офиц. текст: по состоянию на 15 нояб. 2001 г. / М-во юстиции Рос. Федерации. – М.: Маркетинг, 2001. – 159 с.

2. Учебники и учебные пособия:

Книга с одним автором

Балабанов, И.Т. Валютные операции [Текст] / И.Т. Балабанов. – М.: Финансы и статистика, 1993. – 144 с.

Книга с двумя авторами

Азикова, С.Г. Структурообразующие факторы устойчивого развития региональной экономики [Текст] / С.Г. Азикова, О.Л. Таран. – Нальчик: Полиграфсервис и Т, 2004. – 180 с.

Книга с тремя авторами

Бутов, В.И. Основы региональной экономики [Текст] / В.И. Бутов, В.Г. Игнатов, Н.П. Кетова. – Ростов-н/Д: Март, 2000. – 448 с.

Книга с пятью авторами и более

История России [Текст]: учеб. пособие для студентов всех специальностей / В. Н. Быков [и др.]; отв. ред В. Н. Сухов; М-во образования Рос. Федерации, С.-Петербург. гос. лесотехн. акад. – 2-е изд., перераб. и доп. / при участии Т. А. Суховой. – СПб. : СПбЛТА, 2001. – 231 с.

Сборник

Малый бизнес: перспективы развития [Текст]: сб. ст. / под ред. В.С. Ажаева. – М. : ИНИОН, 1991. – 147 с.

Диссертации

Таран, О.Л. Теория и методология оценки асимметрии и пространственной поляризации развития региональных социально-экономических систем [Текст]: дис. ... д-ра. экон. наук: 08.00.05: защищена 04.03.09: утв. 26.06.09 / Таран Олег Леонидович. – Ставрополь, 2009. – 370 с.

Автореферат диссертации

Еременко, В.И. Юридическая работа в условиях рыночной экономики [Текст]: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: защищена 12.02.2000: утв. 24.06.2000 / В.И. Еременко. – Барнаул: Изд-во ААЭП, 2000. – 20 с.

Из сборника

Андреев, А.А. Определяющие элементы организации научно-исследовательской работы [Текст] / А.А. Андреев, М.Л. Закиров, Г.Н. Кузьмин // Тез. докл. межвуз. конф. Барнаул, 14–16 апр. 1997 г. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 1997. – С. 21–32.

Из словаря

Художник к кино [Текст] // Энциклопедический словарь нового зрителя. – М. : [Искусство], 1999. – С. 377–381.

3. Периодические издания

Из журнала

Гудков, В.А. Исследование молекулярной и надмолекулярной структуры ряда жидкокристаллических полимеров [Текст] / В.А. Гудков // Журн. структур. химии. – 1991. – Т. 32. – №4. – С. 86–91.

Из газеты

Горн, Р. Скауты вышли из подполья [Текст] / Р. Горн // Учит. газ. – 1991. – №38. – С. 9.

4. Электронные ресурсы

Электронный ресурс локального доступа (CD)

Описание электронного ресурса в области «Автор» и «Сведения об ответственности» осуществляется по правилам описания книжного издания.

Обозначение материала приводят сразу после заглавия в квадратных скобках: [Электронный ресурс]. Пример:

Даль, Владимир Иванович. Толковый словарь живого великорусского языка Владимира Даля [Электронный ресурс]: подгот. по 2-му печ. изд. 1880-1882 гг. – Электрон. дан. – М. : АСТ, 1998. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) – (Электронная книга).

Электронное учебное пособие из локальной сети

Заикин Д. А., Овчинкин В. А., Прут Э. В. Сборник задач по общему курсу физики [Электронный ресурс] / Том. политехн. ун-т. Томск, 2005. Загл. с тит. экрана. Электрон. версия печ. публикации. Доступ из корпоративной сети ТПУ. - Систем. требования: Adobe Reader. URL: <http://www.lib.tpu.ru/fulltext2/m/2005/mk4.pdf> (дата обращения: 01.04.2011).

Сайт

Национальный исследовательский Томский политехнический университет [Электронный ресурс]: офиц. сайт. Томск, 2002. URL: <http://www.tpu.ru> (дата обращения: 17.03.2011).

Правила оформления ссылок на использованные литературные источники

Цитаты (выдержки) из источников и литературы используются в тех случаях, когда свою мысль хотят подтвердить точной выдержкой по определенному вопросу. Цитаты воспроизводятся в тексте контрольной работы с соблюдением всех правил цитирования (соразмерная кратность цитаты, точность цитирования). Цитируемая информация заключаются в кавычки, и указывается номер страницы источника, из которого приводится цитата.

Если в цитату берется часть текста, т.е. не с начала фразы или с пропусками внутри цитируемой части, то место пропуска обозначается отточиями (три точки). В тексте необходимо указать источник

приводимых цитат. Как правило, ссылки на источник делаются под чертой, внизу страницы (сноска), нумерация ссылок является сквозной.

Например: ¹Искренко Э.В. Внешнеэкономические отношения как фактор развития аграрно-промышленного комплекса ЮФО / Э.В. Искренко // Научная мысль Кавказа. Приложения. – 2006. - №1. – С.28.

Если мысль из какого-нибудь источника излагается своими словами, то сноска должна иметь вид: «См.:» («смотри»), а затем выходные данные произведения или документа. Если на странице работы повторно дается ссылка на один и тот же источник, то сноска должна иметь вид: «Там же. С. ...». Возле цитаты в строке ставится цифра или звездочка, по которой под чертой определяется принадлежность цитаты. Цитаты можно приводить только по источнику, ссылка на который обязательна.

Такой порядок оформления ссылок на литературные источники позволяет избежать повторения названий источников при многократном их использовании в тексте.

5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

Аттестация по контрольной работе производится в виде её защиты. Защита контрольной работы имеет целью проверить качество самостоятельной работы студента над темой и его способности к творческой деятельности. Защита контрольной работы состоит из доклада студента в течении 5-6 минут, и ответов на поставленные преподавателем вопросы. В процессе беседы со студентом выясняется его теоретическая подготовка по данной теме (вопросу), знание основной литературы, умение автора излагать и обосновывать результаты своего исследования. Решение об оценке контрольной работы принимается по результатам анализа предъявленной контрольной работы, доклада студента и его ответов на вопросы.

Студент, успешно защитивший контрольную работу, допускается к сдаче зачёта и (или) экзамена. Преподавателю предоставляется право принятия зачёта в виде контрольной работы на практическом занятии. К защите не допускаются работы полностью или в значительной части, выполненные не самостоятельно, т.е. путем механического переписывания первоисточников, учебников, другой литературы, работы, в которых выявлены существенные ошибки и недостатки, свидетельствующие о том, что основные вопросы темы не усвоены, а также контрольные работы с низким уровнем грамотности и несоблюдением правил оформления

Контрольная работа оценивается преподавателем отметками «зачтено» или «не зачтено». Критерии оценки знаний обучающихся:

Оценка «зачет» выставляется, если обучающийся знает программный материал, правильно, по существу и последовательно излагает содержание вопросов контрольной работы, в целом правильно выполнил практическое задание, владеет основными умениями и навыками, при ответе не допустил существенных ошибок и неточностей.

Оценка «не зачтено» выставляется, если обучающийся не знает основных положений программного материала, при раскрытии вопроса контрольной работы допускает существенные ошибки, не выполнил практические задания, не смог ответить на большинство дополнительных вопросов или отказался отвечать.