

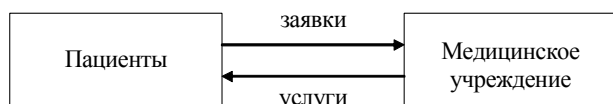
## ВОПРОСЫ СТРУКТУРНОГО ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

© 2005 В. В. Засканов

Самарский государственный медицинский университет

Рассмотрены вопросы управления деятельностью медицинских учреждений в современных условиях развития экономики России и недостаточности их финансирования. Исследование вопроса осуществлено на основе использования аппарата системотехники, а именно – построения дерева целей. Особенное внимание акцентировано на системах материального стимулирования как основного инструмента целеполагания деятельности организационных элементов.

Рассматривая проблему организации медицинского обслуживания населения, в первую очередь необходимо выделить ее структурные элементы. В самом общем виде имеет смысл проанализировать два элемента этой системы.



Пациенты по существу, если использовать терминологию теории управления [1], являются потребителями медицинских услуг, их заказчиками, а медицинское учреждение исполнителем. Исходя из сформулированной гипотезы, можно подойти к обсуждению в общем-то непростых вопросов, касающихся организации взаимодействия участников представленной выше схемы. Сложность проблемы заключается в специфике здравоохранения как вида деятельности. Данная специфика определяется многими факторами. Перечислим основные из них.

«Продукцией» объектов здравоохранения (медицинских учреждений) является медицинская услуга, которая включает в свой состав сложный комплекс определенным образом организованных процедур. На представленном ниже рисунке 1 предложена организационная схема, отражающая «технологические» процедуры оказания медицинской помощи. На первом этапе пациент обращается с жалобами к врачу (момент возникновения заявки). С этого, собственно, начинается процесс оказания медицинской услуги. Врач на основании жалоб пациента и осмот-

ра больного (измерение давления, состояния зрачков, реакций и т. д. в зависимости от профиля жалоб) либо ставит диагноз, либо в случае недостаточности информации назначает дополнительные лабораторные исследования.

На данном этапе формализации организационных схем оказания медицинских услуг следует обратить внимание на экономический аспект проблемы. Речь идет о том, что переход России от социалистических методов хозяйствования к рыночным, необоснованная приватизация ресурсодобывающих и энергетических комплексов привели к тяжелым последствиям. В первую очередь пострадали бюджетные организации образования, просвещения, здравоохранения. Бюджетное финансирование данных организаций, оплата труда их работников не в состоянии обеспечить их нормальное функционирование. В данных условиях, естественно, возникают и выходят на первый план вопросы экономического характера, а именно – стоимость оказываемых медицинских услуг. С учетом сказанного на схеме (рис. 1) отмечены блоки, реализация которых требует определенных финансовых ресурсов (стоимости). Так, в частности, проведение лабораторных исследований и диагностических процедур требуют в ряде случаев использования дорогостоящего оборудования, амортизация которого существенно удорожает эти процедуры. Необходимо понимать, что возможности медицинских учреждений в условиях только бюджетного финансирования (как указывалось выше) весьма ограничены, что в конечном

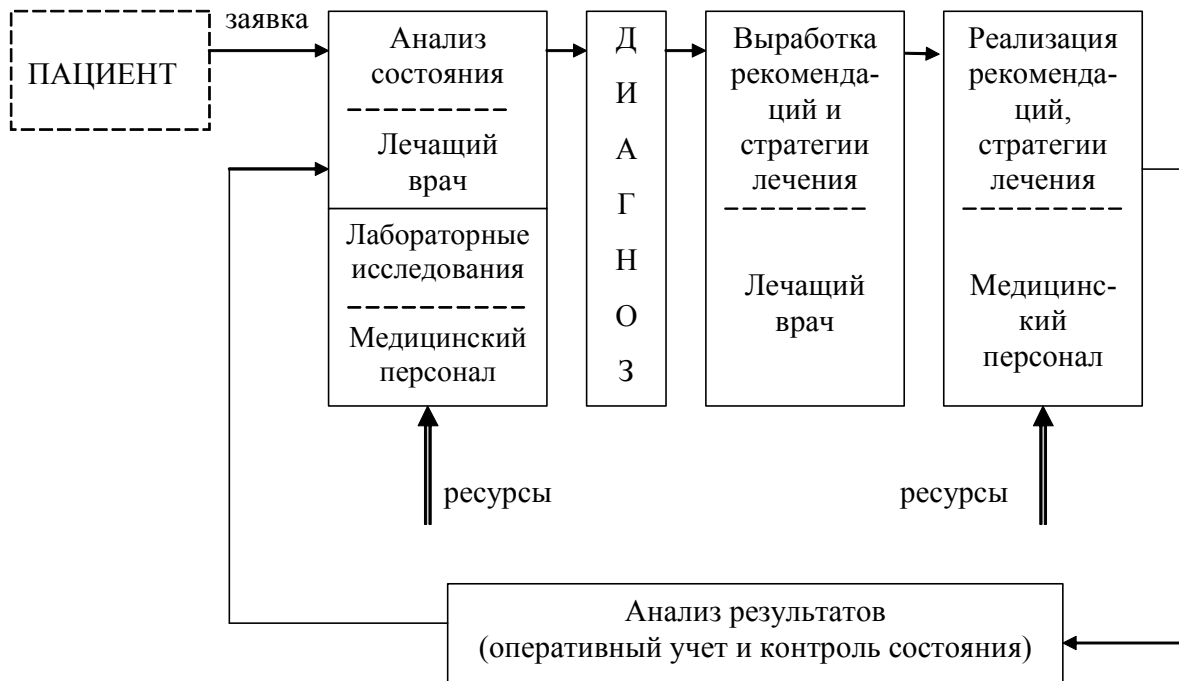


Рис. 1. Организационная схема оказания медицинских услуг

счете сказывается на качестве оказываемых медицинских услуг.

Рассмотрим далее схему (технология) оказания медицинских услуг. На основании проведенного анализа лечащий врач устанавливает диагноз, после которого должна следовать процедура выработки рекомендаций по оказанию пациенту медицинских услуг, т. е. разработка стратегии лечения. Данную задачу осуществляет лечащий врач (в исключительных случаях консилиум). После принятия решения о том, что делать, наступает этап реализации стратегии лечения, осуществляемый в общем случае разнообразным медицинским персоналом. Здесь имеет место широкая гамма вариантов – амбулаторное лечение, стационар, хирургическая операция и т. д. В любом случае данный этап также сопровождается затратами, которые в зависимости от специфики заболевания и характера назначаемых процедур могут быть весьма существенными. В процессе лечения осуществляется систематический контроль состояния больного. В зависимости от реально достигаемых результатов возможен итеративный возврат на этап анализа состояния с дальнейшей корректировкой диагноза и выбираемых стратегий лечения.

Рассмотрим еще одну специфическую особенность, связанную с организацией ме-

дицинских услуг. Речь идет о необыкновенной сложности предмета труда в медицине, а именно человеку. Пожалуй, не будет преувеличением утверждать, что человек, как творение природы, является самым сложным объектом. В силу этого следует признать, что возможности медицинской науки с точки зрения осознанности предмета труда и своих возможностей в определенной степени объективно ограничены. Поэтому медицинскому обслуживанию присуща высокая степень неопределенности в конечных результатах.

Рассмотрев специфические особенности медицинского обслуживания с позиций его организации, перейдем к анализу механизмов взаимодействия двух основных его участников – пациентов и медицинских учреждений. При этом методологическим инструментом анализа будут положения теории активных систем [2], в соответствии с которыми механизмы взаимодействия элементов организационных систем необходимо рассматривать через призму их интересов.

Если исходить из интересов пациентов, то очевидно, что они заключаются в получении медицинских услуг соответствующего качества. Для количественной оценки удовлетворения заявок можно предложить следующий подход.

Обозначим через  $\pi$  количество заявок на медицинские услуги, а через  $x$  количество реализованных заявок (можно это рассматривать как количество пролеченных больных). Тогда либо разность  $(x - \pi)$ , либо отношение  $(x / \pi)$  могут служить количественной оценкой удовлетворения заявок. Возможна и несколько иная смысловая трактовка последнего показателя. Так,  $x / \pi \cdot 100\%$  может рассматриваться как вероятность удовлетворения заявки конкретного пациента. Имеется и еще одна составляющая, которая характеризует медицинские услуги – речь идет о качестве. Многие факторы оценки качества медицинского обслуживания трудно поддаются формализации (культура обслуживания, наличие и качество медикаментов, время ожидания в очереди на прием к врачу и многое другое). Поэтому представляется целесообразным использовать показатель полной санации. Можно дискутировать по поводу несовершенства данного показателя, но в то же время следует признать, что он с точки зрения практики, реализуемости (количественности, измеримости, наличия содержательного смысла) может быть использован в задачах управления организациями здравоохранения и позволяет оценивать удовлетворение интересов пациентов.

Рассмотрим теперь механизм взаимодействия пациентов с медучреждением через призму интересов последнего. Исследуя данную проблему, необходимо осуществить определенную формализацию целевых установок. Реализацию данной формализации предлагается осуществить методом, который в теории сложных систем получил название «дерево цепей» [3]. Основная идея данного метода заключается в том, что в результате декомпозиции глобальной цели системы, имеющей достаточно общую формулировку, удастся получить совокупность локальных подцелей, отражающих различные направления деятельности, что в свою очередь позволяет перейти к конкретным управленческим задачам, решение которых обеспечивает достижение как локальных целей, так и глобальной цели. Построение дерева целей в определенном смысле является творческой

процедурой и во многом определяется его составителем. На основе проведенного анализа специфики медицинской деятельности предлагается структура дерева целей, представленная на рис. 2. В соответствии с предложенной схемой выделены три подцели второго уровня. Рассмотрим их последовательно.

Подцель 1 – повышение качества медицинского обслуживания. Необходимо отметить (и это уже оговаривалось выше), что категория качества является сложной, интегральной характеристикой. В зависимости от точки зрения исследования и решаемых задач можно говорить о различном содержании данной категории: качества продукции (услуг), качества оборудования и средств труда, качества используемых технологий и т. д. В нашем случае, продолжая рассмотрение данной вертикали (подцель 1), выделим три подцели третьего уровня, которые декомпозируют категорию качества медицинского обслуживания на ее составляющие.

Подцель 1.1 – «качество организации медицинского обслуживания» - отражает организационное обеспечение лечебного процесса. Здесь имеется в виду наличие и отработанность всех организационных процедур, направленных на обеспечение своевременного и качественного выполнения всех процедур лечения, согласно схеме на рис. 1. Время, проведенное пациентами в очереди, оперативность проведения лабораторных анализов, своевременность доставки медикаментов, заполняемость койко-мест – вот неполный перечень показателей, которые определяют уровень качества организации медицинских услуг.

Подцель 1.2 – «качество проведения лечебного процесса» – отражает сложную совокупную взаимосвязность элементов лечебного процесса (рис. 1). Так, в частности, качество лечебного процесса определяется профессиональной подготовкой медицинского персонала. Сюда же относятся качество проведения диагностических процедур и их достоверность, условия содержания больных в стационаре, культура поведения медицинского персонала и т. п. Все указанные выше компоненты в своем комплексе определяют качество проведения лечебного процесса.



Рис. 2. Целевые установки медицинского учреждения

Подцель 1.3 – «эффективность лечебного процесса по конечному результату». Данная подцель в значительной степени коррелируется с подцелями 1.1 и 1.2. Объясняется это тем, что при высоком уровне организации медицинского обслуживания и качества лечебного процесса конечный результат у каждого конкретного больного недетерминирован. Связано это с тем, что индивидуальные особенности каждого пациента и его заболевания в совокупности очень специфичны. Поэтому общие методические подходы, которые рекомендует медицинская наука, опирающаяся на опыт и статистические данные по успешности лечения тех или иных заболеваний, не могут обеспечивать стопроцентной гарантии успешного лечения конкретного больного. Мировая практика здравоохранения сформировала статистические нормативные оценки успешности излечения тех или иных заболеваний. Обозначим эти оценки через  $X^n$ . Тогда фактически достигаемые лечебным учреждением результаты  $X^\phi$  могут служить отправной точкой для оценки эффективности лечебного процесса. Это может быть либо разность  $(X^\phi - X^n)$ , либо отношение  $(X^\phi / X^n)$ .

Подцель 2 – «развитие материально-технической базы». Роль используемых технических средств является определяющим фактором эффективности функционирования разнообразных систем, включая здравоохранение. Поэтому техническая оснащенность лечебного процесса современным лабораторным, диагностическим, операционным оборудованием является существенным фактором эффективности.

Подцель 3 – «мотивация высокоэффективного труда медицинских работников». Ни квалификация медицинского персонала сама по себе, ни современное техническое оборудование не в состоянии обеспечить качественное обслуживание населения. Определяющим фактором является непосредственный участник процесса лечения – врач, медсестра, санитарка.

Конечный результат деятельности зависит от их отношения к своим обязанностям. Одним из инструментов мотивации высокопроизводительного и качественного труда является материальное стимулирование. Поэтому в данной вертикали дерева целей выделим две подцели третьего уровня.

Подцель 3.1 – «совершенствование условий труда медицинского персонала и по-

вышение уровня социальной защищенности». Одним из рычагов воздействия на мотивацию работы персонала в учреждении являются мероприятия по совершенствованию условий труда, социального обеспечения, предоставления различного ряда льгот. Данные мероприятия в опосредованной форме создают стимулы для работников медицинских учреждений.

Подцель 3.2 – «материальное стимулирование высокоэффективного труда медицинских работников». Мотивация труда всегда относилась к наиболее сложным и актуальным задачам организационного управления. В настоящее время оплата труда, способы ее начисления, ее связь с конечными результатами деятельности являются тем инструментом, который должен обеспечить высокоэффективный труд исполнителей. Правильно организованная оплата труда, оплата по труду, оплата по достигнутым результатам позволяет формировать целевые установки исполнителей. С учетом сказанного реализация данной подцели является одной из определяющих всего организационного механизма. Важность данной подцели и ее роль в обеспечении высокой эффективности функционирования медицинского учреждения объясняется теми условиями, в которых находятся их работники. Речь идет о том, что в условиях

недостаточного бюджетного финансирования, недопустимо низких ставок оплаты труда по линии бюджета весомую роль начинают играть доплаты за счет коммерческих форм медицинского обслуживания. И здесь очень важно правильно и грамотно организовать распределение финансовых средств, получаемых по линии коммерческого медицинского обслуживания, с целью их рационального использования и создания условий материальной заинтересованности работников в высокоэффективном и качественном труде.

Таким образом, в работе изложены методы структурного целеполагания деятельности медицинских учреждений в современных условиях России, которые позволяют формулировать задачи управления и развития конкретных организаций, исходя из сложившихся реалий их функционирования.

#### **Список литературы**

1. Бурков В. Н., Ириков В. А. Модели и методы управления организационными системами. - М.: Наука, 1994.
2. Новиков Д. А., Петреков С. Н. Курс теории активных систем. - М.: СИНТЕГ, 1999.
3. Воронин А. А., Мишин С. П. Оптимальные иерархические структуры. - М.: ИПУ РАН, 2003.

## **STRUCTURAL OBJECTIVES' ESTABLISHING OF THE ACTIVITY OF MEDICAL INSTITUTIONS**

© 2005 V. V. Zaskanov

Samara State Aerospace University

The paper deals with the issues of managing the activity of medical institutions in today's economical conditions in Russia and insufficiency of their financing. The problem is investigated on the basis of using system engineering, namely the construction of a tree of goals. Special attention is given to the system of material incentives as the main instrument for establishing objectives of organizational elements' activity.