

СИСТЕМНАЯ И ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ И НЕОБХОДИМОСТЬ КОНТРОЛЛИНГА В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.С.Полоник

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Контроллинг – система поддержки и управления, экономической организации предприятий (организаций), ориентированная на рационализацию выполнения оперативных и стратегических целей и достижение заданных результатов, объединяющая информационное обеспечение, планирование и анализ. В статье предпринята попытка проанализировать и обобщить возможности использования в здравоохранении различных существующих и научно обоснованных концептуальных подходов контроллинга.

С конца 1960–х гг. в здравоохранении осуществлен ряд экономических экспериментов, направленных на совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи. В отечественном здравоохранении подобные попытки предпринимались в 60–х и 80–х гг. XX века. Результаты анализов экспериментов по внедрению экономических методов управления в здравоохранении показали, что:

1) экономические методы управления в медицинских организациях, а также в целом в отрасли можно использовать в условиях бюджетного финансирования и при оказании платных услуг;

2) необходимо более интенсивно использовать имеющиеся фонды организаций здравоохранения и обеспечивать надлежащее качество медицинской помощи, что очень важно в условиях ограниченности ресурсов.

В Беларуси сохраняется государственная система здравоохранения; в ходе реформ, проводимых в отечественном здравоохранении, создается новая организационно–экономическая модель развития отрасли.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения в 2003–2007 гг. в республике формируется рынок медицинских услуг:

– разрабатываются и реализуются территориальные программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения;

– внедрены социальные стандарты по бюджетной обеспеченности расходов здравоохранения на одного жителя. Однако следует признать, что их размер во многом предопределен сложившимся объемом финансовых ресурсов государства, несущего основное бремя расходов на развитие отрасли [1]. Так, расходы на здравоохранение по системе Минздрава в 2007 г. определены в сумме 3,87 трлн руб., в расчете на одного жителя – 379 тыс. руб., что на 19% выше уточненного бюджета 2006 г. и составляет 4,2% прогнозируемого объема ВВП [2];

– все более очевидной становится необходимость привлечения внебюджетных источников финансирования;

– отмечена тенденция к тому, что организации здравоохранения должны иметь экономическую самостоятельность в использовании заработанных финансов [2];

– продолжается работа по реализации мероприятий по эффективному использованию ресурсов здравоохранения и совершенствованию механизма хозяйствования в медицинских организациях.

Вместе с тем, следует признать, что без использования экономических форм управления отраслью, повышения значимости исследований в области организации управления в здравоохранении сложно решать проблемы повышения эффективности работы.

Почти повсеместно в мире, вне зависимости от модели организации системы здравоохранения, в настоящее время происходят процессы реформирования. Большая роль уделяется экономическим методам управления деятельностью организаций здравоохранения. Активно внедряются в практику научно обоснованные экономические методы управления, применяемые ранее и успешно себя зарекомендовавшие в промышленно–экономическом и коммерческом секторах.

Как свидетельствует опыт развитых стран мира, перспективной системой, позволяющей значительно повысить степень эффективности управления и финансовую устойчивость организации, является контроллинг – система поддержки и управления, экономической организации предприятий (организаций), ориентированная на рационализацию выполнения оперативных и стратегических целей и достижение заданных результатов, объединяющая информационное обеспечение, планирование и анализ [3]. В самом определении имеются две составляющие: контроллинг как инструмент и контроллинг как философия. Термин "контроллинг" появился в Америке, с 1950–х гг. успешно развивается в Западной Европе, с 1990–х гг. наблюдается растущий интерес к контроллингу в странах СНГ.

В настоящей статье предпринята попытка проанализировать и обобщить возможности использования различных существующих и научно обоснованных

ванных концептуальных подходов контроллинга и их применение в здравоохранении.

Об общем характере контроллинга как функционально решающей функции поддержки управления существует широкое единодушие, но концепции контроллинга в литературе значительно варьируют. Нами была поставлена задача – выбрать из спектра существующих концепций те, которые лучше всего соответствуют сектору общественного здравоохранения.

Под концепцией контроллинга понимается совокупность высказываний в отношении целей, задач, инструментов и организации контроллинга [4], она охватывает функциональный, инструментальный и институциональный аспекты.

Решающий критерий по систематизации расходящихся концепций контроллинга – целевая ориентация, так как контроллинг рассматривается в качестве "инструментальной функции менеджмента" [5] и представляет собой средство для достижения определенных целей данного предприятия (организации). В основном между двумя целевыми категориями делаются различия и используются пары понятий – такие как косвенные и прямые [6]; опосредованные и непосредственные [7] цели.

При определении задач контроллинга можно выделить три направления [7]:

– ориентированный на информацию подход; сторонники данного направления считают исключительной или преобладающей задачей поддержки руководства с помощью информационного обеспечения;

– ориентированный на контроль подход; задача контроллинга понимается более широко: координация информационного обеспечения, с одной стороны, и планирование и контроль, с другой. При этом задача координации состоит в образовании согласованных друг с другом систем информационного обеспечения, планирования и контроля (системообразующая координация) и в их текущем информационном согласовании (системосогласующая координация) [8];

– подход, ориентированный на систему управления; задачи координации еще более расширяются за пределы информационной системы, системы планирования и системы контроля на все подсистемы руководства организации.

Так как существует два направления относительно целей организации и три – относительно задач контроллинга, можно систематизировать различные концепции в матрице с шестью полями (рис. 1). При наименовании матричных полей с целью семантического разделения измерений при экзогенных (с точки зрения контроллинга) целях организаций говорится о детерминировании, при частично эндогенных задачах контроллинга – об ориентации.



Рис. 1. Горизонты целей и задач концепции контроллинга

*) Формальные цели можно разделить на цели рентабельности, цели ликвидности, цели безопасности. Петер Айхгорн обозначает эти категории целей как "магический треугольник политики предприятия" [9].

В общем учении об экономике организации можно обнаружить большой интерес, с одной стороны, к детерминированной формальной целью, ориентированной на планирование и контроль концепции, с другой – к детерминированной универсальной целью, ориентированной на систему руководства концепции. Однако и детерминированная универсальной целью, ориентированная на информацию концепция пользуется большой популярностью. Выдающееся значение этих трех концепций оправдывает более детальное их изучение.

Приверженцы детерминированной формальной целью, ориентированной на планирование и контроль концепции (рис. 2) рассматривают контроллинг в качестве функции поддержки руководства и ограничивают координацию двумя подсистемами руководства – системой информационного обеспечения,

а также перерабатывающей информацию системой планирования и контроля.

Защитники детерминированной универсальной целью, ориентированной на систему руководства концепции (рис. 3) интерпретируют контроллинг как функцию метауправления, которая содержит координацию всей системы руководства. С одной стороны, это означает выходящее за рамки системы планирования, контроля информации расширение компетенции контроллинга, направленное на систему организации управления персоналом и систему данных.

Третья группа отдает предпочтение детерминированной универсальной целью, ориентированной на информацию концепции (рис. 4). Она характеризуется широким горизонтом, который включает все потенциальные цели. Этот обширный спектр целей

| Автор | Дефиниция |
|----------------|--|
| Дитлер Хан | «Общая задача контроллинга состоит в информационном обеспечении или соответственно в обеспечении ориентированного на результат планирования, управления, а также контроля всей жизни организации, в частой связи с функцией интеграции или, соответственно, с функцией формирования системы, в принципиальной связи с функцией координации» [10] |
| Петер Хорват | «Контроллинг является, с функциональной точки зрения, такой подсистемой руководства, которая координирует планирование и контроль, а также информационное обеспечение в отношении системообразования и системосогласования с ориентацией на цель результата и, таким образом, поддерживает адаптацию и координацию совокупной системы» [11] |
| Томас Райхманн | «Контроллинг – это касающаяся цели поддержка задач руководства, которая служит системоподдерживаемому получению информации для подготовки плана координации и контроля; это опирающаяся на учет и отчетность и предсистему систематика для улучшения качества решения на всех этапах руководства организации» [12] |

Рис. 2. Детерминированная формальной целью, ориентированная на планирование и контроль концепция

| Автор | Дефиниция |
|--------------------|---|
| Ханс-Ульрих Кюппер | «Функция контроллинга заключается по сути в координации общей системы руководства управления с целью обеспечения целенаправленного управления ... Координация во всей системе руководства включает функции ориентированной на информацию, а также на планирование и контроль концепции» [13] |
| Юрген Вебер | «Контроллинг обозначает определенную функцию в пределах системы руководства таких предприятий (организаций), система исполнения которых координируется преобладающим образом планами. Воспринятая контроллингом функция – это метаруководство. Она охватывает вместе с тем оформление структуры и последовательности всех подсистем руководства, между ними существующее согласование, а также внутреннюю для системы руководства координацию» [14] |

Рис. 3. Детерминированная универсальной целью, ориентированная на систему руководства концепция

| Автор | Дефиниция |
|----------------|---|
| Дитрих Будеус | «Контроллинг касается организованного с разделением труда процесса управления организацией и заключается в независимом от указаний предоставлении охватывающей функции информации по планированию, координации и контролю» [15] |
| Петер Айхгорн | «Контроллинг ... предназначен для поддержки руководства путем получения, оценки и предоставления касающихся цели и будущего сведений (информации)» [16] |
| Райнберт Шауэр | «Как контроллинг нужно рассматривать ... ту производственную функцию, которая должна обеспечивать взвешенное предоставление и использование сведений в рамках производственной системы руководства. Контроллинг обозначает, таким образом, координацию информационного обеспечения, с одной стороны, и использование информации, с другой, при управлении предприятием (организацией)» [17] |

Рис. 4. Детерминированная универсальной целью, ориентированная на информацию концепция

контрастирует с узкой дефиницией задач контроллинга, которые ограничиваются видами информационной деятельности. Разумеется, определенная градация концепций проявляется в рамках информационной ориентации.

До сих пор ведется научное обсуждение доводов в пользу различных концептуальных подходов. Анализируя вышеприведенные научно обоснованные концепции контроллинга, можно сделать выводы, что создание информационной согласованности рассматривается как задача контроллинга для применения его и в области организации управления в здравоохранении (рис. 5). Проблема подготовки информации для руководителей сегодня все более тесно смыкается с концепцией информационного управления, которая представляет собой новый тип управ-

ления организационной системой на основе комплексного использования всех видов информации. Возможное решение этой проблемы – создание специализированных служб для аналитико-информационного обеспечения руководителей отрасли и широкое использование автоматизированных баз данных, в совокупности образующих "комплексную информационную базу" здравоохранения [18].

Для организаций здравоохранения контроллинг можно рассматривать в качестве "инструмента для использования внутренних резервов эффективности" [19], однако ввиду его промышленно-экономических корней требуется определенная модификация с ориентацией на услуги, в частности на медицинские услуги, где учитываются преобладание персональных факторов ввода (контроллинг персонала), интег-



Рис. 5. Создание информационной согласованности как задача контроллинга

ративность предоставления услуг (интегративность медицинского и экономического контроллинга) и невещественность результата услуг (необходимость индикаторов качества медицинской услуги).

Оксфордский толковый словарь определяет любую отрасль экономики как организованную деятельность, в ходе которой используются капитал и труд для производства товаров (услуг). Экономисты понимают товар как продукт труда, предназначенный для обмена. Сегодня любое средство, способное удовлетворить нужду или потребность и предлагаемое с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления, выступающее в виде физического объекта, услуги, лица, места, организации или идеи, считается товаром [20].

В современном здравоохранении товар – это медицинские услуги, они характеризуются невещественностью результата и интегративностью предоставления услуг. Услуги по поддержанию здоровья относятся к двусторонним, касающимся личности услугам [21]. Организации, занимающиеся производством таких услуг, можно обозначить как "типичные предприятия, предоставляющие услуги" [21]. При этом особое внимание следует уделять близким пациенту услугам (первичные услуги) и относительно далеким от пациента областям услуг (вторичные услуги), таким как технические службы, прачечная, кухня в стационарах и др.

"Живой труд" выступает при производстве медицинских и технических услуг в качестве центрального фактора производства, который может быть заменен в других отраслях, но в здравоохранении – только условно, особенно там, где физическая работа особенно важна (например, в области ухода за пациентом, для автоматизации здесь установлены узкие рамки, так как услуга оказывается непосредственно человеку и имеет сильный социальный и эмоциональный компонент).

Высокое значение человеческой работоспособности влечет за собой последствия для менеджмента издержек и качества. На стороне издержек она проявляет себя в высоких долях расходов на использование рабочей силы, которые в стационарах, например, превышают 70% [22]. Соответственно этому планирование востребованности в персонале и его расстановки приобретает ключевую роль в управлении рентабельностью. Настоятельно предлагается – согласно эвристике: при 20% издержек достигать 80% точности [19] – осуществлять временную фокусировку деятельности по контроллингу на расходах на использование рабочей силы. На стороне качества – специальные и, в частности, социальные способности сотрудников, такие как компетентность, доверительность, чуткость, гибкость, способность к импровизации и самообладание, оказывают сильное влияние на качество услуг [23, 24].

В организациях здравоохранения важную роль играет личностный аспект, что может определяться в

форме контроллинга персонала. С оперативной точки зрения он подразделяется на сферы деятельности:

– контроллинг расходов на использование трудовых ресурсов;

– информационное обеспечение по кадрам, персоналу (концепция информационной системы по кадрам, персонального учета, сбор показателей по кадрам);

– контроллинг программ по кадрам.

В стратегическом выражении контроллинг персонала занимается генерированием информации раннего распознавания (тенденции в существенном для персонала медицинской организации окружении, результаты исследования персонала данной медицинской организации и рынка труда), а также информационным сцеплением стратегического руководства и стратегического менеджмента персонала [25].

При производстве двусторонних касающихся личности услуг их получатель прибавляется к внутренним факторам производства как внешний (или человеческий) фактор, пассивное или активное соучастие которого в рамках производства услуг настоятельно необходимо. Пассивное соучастие ограничивается простым присутствием, активное соучастие требуется при предоставлении физических или психических услуг [26]. Услуги касательно здоровья обычно требуют активного соучастия; только в экстренных случаях (например, доставка пациента в бессознательном состоянии) соучастие носит пассивный характер. В конечном итоге каждый пациент должен поддерживать лечащего врача при диагностировании путем предоставления необходимых сведений и исполнять медицинские указания во время лечения и реабилитации, чтобы содействовать улучшению состояния здоровья. Относительно этого в англосаксонском языковом ареале говорят о "compliance" пациента ("compliance" (англ.) – согласие).

Следовательно, успех производства услуг зависит от уровня плановой и фактической активности потребителя [3]. Под уровнем плановой активности понимают теоретически необходимую активность потребителя в сравнении с совокупной активностью. Если степень фактической активности потребителя ниже плановой, результат работы ухудшается. Во многих случаях при отсутствии определенной минимальной активности потребителя успех полностью отсутствует [24].

Тот факт, что степень фактической активности получателя услуг (так же, как вид и тяжесть его заболевания) не поддается объективному измерению, затрудняет анализ эффективности производства. Это обуславливает необходимость дополнения экономического контроллинга медицинским, который управляет процессами и структурами лечения в плане медицинского качества результата с учетом аспектов издержек [23]. На переднем плане (как системообра-

юющие задачи медицинского контроллинга) находят-ся концепция и обеспечение медицинской докумен-тации услуг и информационная поддержка при соз-дании менеджмента качества. Соединяя системы, он активизируется через интеграцию медицинских аспектов во внутреннее составление бюджета и соуча-стие при внутренней (относительно медицинской организации) оптимизации процесса [21].

Обязательная интеграция внешнего фактора при предоставлении услуг ведет к тому, что производ-ство и сбыт в случае использования услуг осуществ-ляются одновременно. Эта характерная черта произ-водства услуг обозначается как принцип синхронно-сти производства и сбыта [27]. На основании этой синхронности планирование мощностей (ресурсов) в организациях здравоохранения не может ориенти-роваться (в противоположность промышленному производству) на среднее значение и выравнивать колебания спроса путем расширения или закрытия складов готовой продукции [27]. Оно должно учиты-вать скорее пики спроса. Чем большими и более не-предсказуемыми являются колебания спроса, чем фатальнее временное неудовлетворение потребно-стей, тем сильнее создание мощностей должно ори-ентироваться на максимальные потребности. Пре-доставление соответствующей мощности неизбежно ведет при рассмотрении по средним значениям к связанному с работой вхолостую издержкам, которые обозначаются альтернативно как издержки удержи-вания или готовности к работе. Этим принимается в расчет, что удерживание мощностей (ресурсов) с общеэкономической точки зрения обеспечивает не-зависимую полезность, так как определенная мощ-ность создает потенциальным пациентам возмож-ность получения (при необходимости) актуальной о-лечения [26]. Относительно высокими являются из-держки готовности в больницах скорой помощи. При высоких долях постоянных издержек успех органи-зации реагирует исключительно чувствительно на раз-личный уровень загрузки производственных мощ-ностей. В сфере здравоохранения высокий коэффи-циент загрузки можно считать индикатором произ-водственно-экономического успеха медицинской организации.

На рис. 6 посредством диаграммы безубыточности продемонстрирована связь между загрузкой производственных мощностей и результатом деятель-ности предприятия (организации). K^I представляет общие издержки идеального промышленного пред-приятия, K^D – такой же график для идеального пред-приятия услуг. Более высокая доля постоянных из-держек производителя услуг выражается в более высоком исходном уровне на абсциссе, более незна-чительные переменные издержки – в более слабом подъеме прямой линии издержек. Для лучшей срав-нимости следует допустить, что оба предприятия располагаются напротив одинаковых прямых линий

дохода E и на пределе их мощностей X_{max} обнару-живают идентичный уровень издержек K_{max} . Таким образом, при полном использовании производствен-ных мощностей они добиваются хозяйственной дея-тельностью той же прибыли. Если количество выхо-да готовой продукции (услуг) опускается на X_2 , пред-приятие услуг попадает на край убыточной сферы, в то время как промышленное предприятие добывает-ся хозяйственной деятельностью еще прибыли соот-ветственно расстоянию $K^D_2 K^I_2$. При X_1 промышлен-ное предприятие работает как раз с покрытием из-держек, производитель услуг получает уже потери в размере $K^D_1 K^I_1$. Предложенный в общем для произ-водителей двусторонне личносно соотнесенных ус-луг график динамики издержек – ровно поднимаю-щаяся на высоком уровне линия издержек – имеет силу также и для организаций здравоохранения. Ра-зумеется, ход прямых линий дохода на практике пред-ставляется более комплексно, так как он детермини-руется узаконенным финансированием.

Невещественность результата выполненной рабо-ты одновременно рассматривается как конечный и центральный признак услуг. С точки зрения контрол-линга это затрудняет измерение результата деятельно-сти как в количественном, так и в качественном отно-шении. Результат деятельности медицинской органи-зации – наряду с предоставлением ресурсов для ус-луг – заключается в улучшении состояния здоровья пациентов. В литературе можно встретить высказы-вания относительно этого "changed human being" как о непосредственном результате работы [24, 28]. Улуч-шение состояния здоровья представляет собой абст-рактное действие, которое с трудом поддается опера-ционализации. Частично могут быть представлены объективированные экспертные заключения об улуч-шении статуса, но многие определяющие здоровье факторы, как, например, общее хорошее самочув-ствие или наличие болей, едва ли сравнимы между субъектами. Кроме того, не изменение состояния здо-ровья является существенным до и после лечения, а скорее, фиктивное состояние здоровья, которое воз-никло бы без лечения и служило бы базисной точкой.

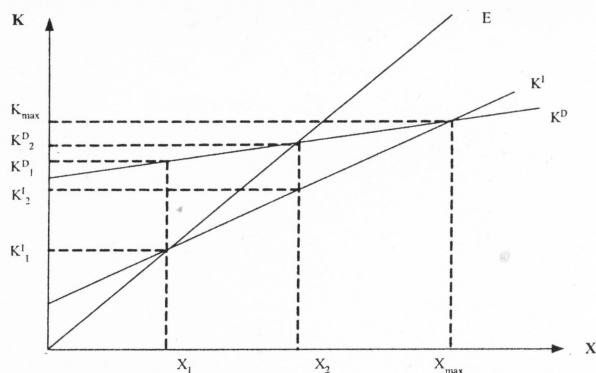


Рис. 6. Диаграмма безубыточности для промышленных предприятий и предприятий (организаций), предоставляющих услуги

Эта проблематика проявляется особенно при неизлечимых болезнях или обусловленных возрастом дегенеративных явлениях, при которых терапевтическая цель заключается лишь в возможном предотвращении ухудшения здоровья [28].

Количественное измерение выпуска, которое может осуществляться при промышленном производстве непосредственно через подсчет или взвешивание или косвенно через расходование сырья, в области услуг является проблематичным. Проблема квантификации решается на практике посредством того, что привлекаются оперативные вспомогательные величины, такие как:

- количество использованных факторов производства (например, рабочее время врачей (количество рабочих дней), среднего и младшего медицинского персонала, часы эксплуатации медицинской техники, медицинские и прочие расходы и т.д.);
- количество произведенных отдельных услуг (например, исследование, операция, лечение, профилактический осмотр, инъекции, занятия лечебной физкультурой и т.д.);
- количество (по возможности дифференцированно) посещений для оказания медицинской помощи амбулаторно или количество дней ухода для помощи, оказываемой в условиях стационара;
- количество случаев лечения (по возможности дифференцированно) по различным критериям.

С целью оценки эффективности деятельности организаций здравоохранения и качества оказания медицинской помощи в Беларуси используется система, названная Моделью конечных результатов (МКР) деятельности организаций здравоохранения. Большинство показателей, включенных в МКР, соответствуют

предлагаемым ВОЗ статистическим показателям для оценки выполнения задач, изложенных в рамках глобальной политики "Здоровье для всех в двадцать первом столетии". При ежегодном пересмотре некоторые показатели заменяются новыми, более информативными и актуальными в современных условиях.

Качественные измерения медицинской услуги осуществляются на объективной и субъективной основе. Для определения качества услуг отсутствуют объективные критерии в духе ревизируемых технических стандартов, которые находят применение в промышленном производстве. Методы субъективного измерения качества – это, в частности, опросы относительно удовлетворенности качеством услуги. При обеспечении качества медицинской услуги в организациях здравоохранения необходимо применение набора объективных и субъективных методов, касающихся затрат, процесса и конечного результата – индикаторов качества [28].

Решение проблемы повышения качества медицинского обслуживания требует создания системы управления им [1]. Ее формирование должно сопровождаться разработкой и внедрением научно обоснованных стандартов, содержащих основные требования к кадровым, финансовым, материальным ресурсам, а также стандартов лечебно-диагностических, профилактических и других процессов оказания медицинской помощи, и повышением ее эффективности, включая рациональное использование имеющихся ресурсов. Это связано с необходимостью сбора, оперативной обработки всей информации и дальнейшим ее использованием при анализе, прогнозировании и принятии решений по оптимизации оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Полоник И.С. Здоровье человека – наивысшая социально-экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №2. – С.11–15.
2. Жарко В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2006 году и основных направлениях деятельности на 2007 год // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – №1. – С.4, 6.
3. Hahn D. Duk-Controllingkonzepte, a.a.o. – S.13.
4. Hahn D. Controlling in Deutschland – State of the Art // Die Kunst des Controlling / Hrsg. von Roland Gleich und Werner Seidenschwarz. – Munchen, 1997. – S.13–46, hier S.16.
5. Welge M.K. Unternehmensfuhrung. Bd.3: Controlling. – Stuttgart, 1988.
6. Schweitzer M., Friedl B. Beitrag zu einer umfassenden Controlling-Konzeption // Controlling / Hrsg. von Klaus Spremann und Eberhard Zur. – Wiesbaden, 1992. – S.141–167, hier S.143.
7. Niedermayr R. Entwicklungsstand des Controlling: System, Kontext und Effizienz. – Wiesbaden, 1994. – S.12.
8. Horvath P. Controlling, 7. Aufl. – Munchen, 1998. – S.10 ff.
9. Eichhorn P. Rechnungsziide und Rechnungssysteme in Unternehmen und Verwaltungen // ZFB. – 1993. – Jg.63, №9. – S.859–872, hier S.861.
10. Hahn D. Duk-Controllingkonzepte: Planung und Kontrolle, Planungs- und Kontrollsysteme, Planungs- und Kontrollrechnung, 5 Aufl. – Wiesbaden, 1996. – S.182.
11. Horvath P. Controlling, a.a.o. – S.144, 149.
12. Reichmann T. Controlling mit Kennzahlen und Managementberichten, 5. Aufl. – Munchen, 1997.
13. Kupper H.-U. Controlling: Konzeption, Aufgaben und Instrumente, 2. Aufl. – Stuttgart, 1997. – S.12.
14. Weber J. Einfuhrung in das Controlling, 6. Aufl. – Stuttgart, 1995. – S.50.
15. Budaus D. Controlling als Ansatz zur Operationalisierung der Instrumentalfunktion offentlicher Unternehmen // Zogu. – 1984. – Bd.7. – S.143–161, hier S.156.
16. Eichhorn P. Controlling in offentlichen Institutionen // Vahlens Großes Controllinglexikon / Hrsg. von Peter Horvath und Thomas Reichmann. – Munchen, 1993. – S.120–122, hier S.120.
17. Schauer R. Controlling bei nicht auf Gewinn ausgerichteten Organisationen // Verbands-Management. – 1983. – Jg.8, №3. – S.7–12, hier S.7.

18. Пилипцевич Н.Н., Хейфец Н.Е., Москвичева Т.Н. Роль и место журнала "Вопросы организации и информатизации здравоохранения" в системе аналитико-информационного обеспечения специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. // Здоровье населения – основа благополучия страны. Материалы V съезда организаторов здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2006. – С.401.
19. Lachnit L. Controlling als Instrument der Unternehmensführung // Controllingssysteme für eine PC-gestütztes Erfolgs- und Finanzmanagement / Hrsg. von Laurenz Lachnit. – München, 1992. – S.1–18, hier S.1.
20. Экономика здравоохранения: Учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. / Под общ. ред. А.В.Решетникова. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2004.
21. Berekoven L. Der Dienstleistungsbetrieb: Wesen – Struktur – Bedeutung. – Wiesbaden, 1974. – S.35.
22. Dietrich A. Krankenhausmanagement im Wandel // Krankenhaus-Controlling / Hrsg. von Soachim Hentze, Burkhard Huch und Erich Kehres. – Stuttgart, Berlin, Köln, 1998. – S.27–37.
23. Hilke W. Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-Marketing // Dienstleistungs-Marketing / Hrsg. von Wolfgang Hilke. – Wiesbaden, 1989. – S.5–44, hier S.28 f.
24. Roscher R. Der Beitrag der Freien Wohlfahrtspflege zum Gemeinwohl am Beispiel der Sucht Krankenhilfe. – Baden-Baden, 1999. – S.78 ff.
25. Hentze J., Kammel A. Personalcontrolling im Krankenhaus, a.a.o. – S.112.
26. Oettle K. Die Dienstlereitschaft in einzelwirtschaftlicher und gesamtwirtschaftlicher Sicht // Dienstleistungen in Theorie und Praxis / Hrsg. von Hanns Linhardt, Peter Penzkofer und Peter Scherf. – Stuttgart, 1970. – S.16–36, hier S.21 ff.
27. Maleri R. Grundlagen der Dienstleistungsproduktion, a.a.o. – S.103.
28. Breyer F., Zweifel P. Gesundheitsökonomie, 3 Aufl. – Berlin, Heidelberg, New York, 1999. – S.255 ff.

Поступила 19.04.2007 г.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ ТРУДОВЫМИ РЕСУРСАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Л.Н.Величко, Л.П.Качура, Ю.Н.Метлицкий, В.О.Чернышев

ЗАО «НПП БелСофт», г. Минск

В работе с системотехнических позиций рассматриваются актуальные концептуально-методологические вопросы построения автоматизированных систем управления персоналом в здравоохранении. Описаны главные достоинства этих систем. Сформулированы основные функции и задачи, выполняемые в различных подсистемах автоматизированной системы управления трудовыми ресурсами.

Информатизация процессов управления персоналом и создание автоматизированной системы управления трудовыми ресурсами (АСУТР) в здравоохранении предназначены для ведения персонального учета (сбора, накопления, хранения, структурирования, обновления) и анализа сведений о сотрудниках медицинских организаций, обеспечивающих планирование кадровой политики, повышение эффективности управления количественными и качественными характеристиками человеческих ресурсов.

На АСУТР может быть возложено решение следующих задач:

1. Создание и актуализация (корректировка) организационных структур медицинских организаций, представление структуры как отдельной организации здравоохранения (ОЗ), так и здравоохранительного холдинга.

2. Ведение полного кадрового учета (возраст, пол, образование, трудовой стаж, социальный статус, назначения, перемещения, увольнения с анали-

зом мотивации, отпуска, обучение и т.п. в соответствии с законодательством страны и принятыми стандартами).

3. Разработка и формирование основных типовых документов по трудовым ресурсам.

4. Проектирование, ведение и оптимизация штатного расписания, непрерывное редактирование, осуществление контроля и анализа качества его комплектования.

5. Учет должностных обязанностей и требований к медицинским работникам ОЗ, поддержка базы функций, создание и корректировка должностных инструкций.

6. Расчет и начисление заработной платы всех категорий сотрудников по различным системам мотивации.

7. Планирование и контроль деятельности сотрудников, их взаимодействия с возможностью создания стратегических долгосрочных проектов.

8. Управление квалификацией сотрудников, разработка и реализация планов повышения профессио-