

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

---

**Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой**

**И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев**

# **УПРАВЛЕНИЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие для обучающихся  
на факультете подготовки кадров высшей квалификации  
и дополнительного профессионального образования

**Владикавказ, 2020**

## **СОСТАВИТЕЛИ:**

**Туаева И.Б.** – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Габараева Л.Н.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**Магаев К.А.** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

## **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

**И.Н. Тотров**– д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

**В.З. Тотиков** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России  
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

**Управление**, или **менеджмент** (англ. management – управление, заведование, организация) – совокупность принципов, методов, средств и форм управления предприятием (учреждением, организацией), ориентированная на повышение эффективности их деятельности и способствующая удовлетворению общественных потребностей. Цель управления состоит в достижении высокого уровня эффективности производства и качества произведенной продукции (услуг) при постоянном расширении и обновлении их номенклатуры. В широком смысле слова управление означает определенный стиль хозяйственной деятельности, поведение в условиях принятия решений по наиболее рациональному использованию материальных и духовных ресурсов как внутри, так и вне предприятия.

Профессионал в области управления называется **менеджером** (от англ. manager < manage – управлять). Именно он организует конкретную работу сотрудников предприятия (учреждения, организации) на основе современных методов управления. В XIX в. собственник или предприниматель, как правило, сам занимался управлением. В современных условиях управление возлагается на менеджера, который является наемным управляющим. Продвижение по служебной лестнице современного менеджера в отличие от классического предпринимателя (собственника) зависит не от доли капитала, вложенного в акции, а от личной предприимчивости и уровня компетенции.

Особенно возрастает роль менеджера в условиях рыночной экономики, при которой лишь конкурентоспособные предприятия (учреждения, организации) достигают наиболее высоких результатов и получают наиболее высокие прибыли. Естественно, это предъявляет высокие требования к менеджерам, причем не только к их квалификации, но и к личности.

Управление как вид деятельности в той или иной мере осуществляется каждым человеком, принимающим и реализующим принятые решения в отношении себя лично, своей семьи, образования, работы, отдыха и т. д. Для менеджера управление является профессиональной деятельностью.

Управление – целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и ее развитие в определенных условиях при имеющихся ресурсах, направленное на достижение поставленной цели. Своей непосредственной задачей управление чаще всего ставит внесение определенной упорядоченности в процесс производства, умение организовать совместные усилия персонала для достижения согласованности, координации в работе, поскольку перечисленные действия являются необходимыми условиями эффективной деятельности любого производства (учреждения, организации).

**Менеджмент** в здравоохранении – это наука управления, регулирования и контроля финансовыми, трудовыми и материальными ресурсами медицины.

**Цель менеджмента** – снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах.

**Задача** управления здравоохранением – это наиболее эффективное достижение цели путем повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения.

**Объект менеджмента** – это любая организация, занимающаяся лечебно-профилактической деятельностью.

По признаку объекта различают генеральный и функциональный менеджмент.

**Генеральный (общий) менеджмент** заключается в управлении медицинским учреждением в целом.

**Функциональный (специальный) менеджмент** заключается в управлении определенными сферами деятельности ЛПУ и его звеньев. Это управление инновационной, финансовой, профессиональной и маркетинговой деятельностью.

На стратегию генерального менеджмента ЛПУ большое влияние оказывает политика государства в отношении охраны здоровья населения (законы и другие нормативные акты, финансирование, определение объема платной и бесплатной медицинской помощи). Также на стратегию генерального менеджмента влияет географическое расположение и технические особенности ЛПУ, доступность медицинской помощи, обеспеченность квалифицированным персоналом, покупательная способность пациентов.

**Инновационный менеджмент** заключается в необходимости вложений в испытание и внедрение новых методов диагностики и лечения, их сертификации.

**Финансовый менеджмент** зависит от удельного веса каждого источника финансирования и возможностей перемещения средств из одной статьи сметы в другую, от степени прибыльности учреждения.

На проведение профессионального (персонального) менеджмента оказывают влияние размер заработной платы медицинских работников, возможности экономического стимулирования, повышение квалификации, социально-психологический климат в коллективе.

Управление возникает тогда, когда люди объединяются для совместного выполнения какой-либо деятельности. Причем суть управления не зависит от величины системы. Это может быть группа из нескольких человек или межгосударственное объединение, как ВОЗ.

В здравоохранении, медицинской деятельности управление ориентировано на производство, распределение, обращение, потребление медицинских товаров и услуг, участников этих процессов (персонал и организации, осуществляющие здравоохранительную деятельность) и в определенной степени – на пациентов – потребителей услуг.

**Генеральная цель управления** системой здравоохранения страны, региона – поддержание и укрепление здоровья населения, сокращение заболеваемости, увеличение продолжительности жизни.

Цель управления государственным сектором – обеспечение населения услугами здравоохранения на началах их общедоступности. Цель управления негосударственным сектором - обеспечение потребностей платежеспособной части населения, снижение нагрузки на государственный сектор при одновременном достижении безубыточности и нормативной прибыльности предпринимательских организаций.

Основные функции управления экономикой здравоохранения:

**Экономический анализ**, т. е. изучение затрат разных видов ресурсов на нужды здравоохранения, изучение сложившегося спроса на медицинские услуги, выявление проблем и тенденций, проявляющихся в экономике здравоохранения, анализ рынка медицинских товаров и услуг.

**2. Прогнозирование** состояния здоровья и уровня заболеваемости, потребностей и рыночного спроса на медицинские товары и услуги, ценовой конъюнктуры рынков, научно-технических достижений в области средств и методов лечения, возможностей выделения ресурсов на нужды охраны здоровья, последствий осуществления намечаемых проектов и программ здравоохранения.

**3. Государственное планирование и бюджетирование, негосударственное предпринимательское бизнес-планирование**, т. е. составление проектов, программ в области поддержки и развития здравоохранения, закупок лекарственных препаратов и медицинского оборудования за рубежом, ввода в строй новых объектов здравоохранения.

**4. Оперативное регулирование деятельности медицинских организаций государственного и негосударственного секторов** в соответствии со складывающейся внешней ситуацией, в условиях экологических катастроф, эпидемий и других форс-мажорных обстоятельств.

**5. Организация экономических процессов в здравоохранении**, с одной стороны, упорядочение протекания этих процессов в пространстве и во времени, достижение согласованности действий их участников, а с другой – формирование и преобразование организационно-правовых структур организаций, занятых медико-производственной деятельностью.

**6. Стимулирование целеориентированной, эффективной, результативной деятельности государственных и негосударственных организаций**, оказывающих медицинские услуги, частного предпринимательства в сфере услуг здравоохранения.

**7. Учет экономической деятельности в области здравоохранения и контроль** за осуществлением этой деятельности со стороны государственных органов и ревизионных органов организаций, занятых оказанием медицинских услуг.

В здравоохранении каждое медицинское учреждение (предприятие, организация), осуществляя свою основную лечебно-профилактическую деятельность, производит медицинские товары или медицинские услуги. При этом главная роль принадлежит управлению производственным процессом вне зависимости от того, производятся ли товары, услуги, знания, информация. Управление лечебно-профилактическим учреждением предполагает также управление качеством предоставляемых услуг и товаров, что в свою очередь требует управления медицинскими технологиями. Так, управление лечебно-диагностическим процессом на индивидуальном уровне включает объединение лечащим врачом совместной деятельности врачей различных специальностей, координации их действий и согласованности принятых решений, направленных на достижение оптимальных показателей здоровья у данного пациента,

упорядоченности в составлении планов осуществления диагностики и лечения, реабилитации и профилактики.

В управлении всегда присутствуют две стороны: управляющая и управляемая. Тех, кто управляет, принято называть субъектами управления, а тех, чем управляют, - объектами управления.

**Субъекты управления** – это люди, в функции и задачи которых входит осуществление функции управления, т. е. руководители, начальники, организаторы. Для системы здравоохранения – министр здравоохранения, для лечебно-профилактических учреждений – главные врачи (по отношению к учреждению в целом), их заместители (по отношению к подразделению, которое они курируют), заведующие отделениями (по отношению к отделению) и т. д.

**Объект управления** – это то, чем управляют, прежде всего ресурсы и производственные процессы (трудовые, финансовые и материальные ресурсы). К ресурсам относят кадры, действующие согласно установкам, предписаниям субъекта управления, а также любые хозяйственные и экономические объекты, подвергаемые определенным трансформациям по воле субъекта управления, распоряжающегося этими объектами (оснащение, финансы и т. д.). при этом следует учитывать, что самым сложным является управление кадрами. В значительной мере это обусловлено различиями в профессиональной подготовке, демографических характеристиках, личностных особенностях сотрудников.

Если субъект управления управляет собственными действиями, т. е. субъект и объект объединяются в одном лице, в этом случае имеет место частный случай управления, который называется самоуправлением.

Объектом управления в здравоохранении является система здравоохранения (или ее подсистемы, отдельные подразделения и учреждения). *Система* – совокупность взаимосвязанных, взаимодействующих элементов, имеющая единую цель и обладающая системными качествами. Такие организации, как система здравоохранения, считаются открытыми системами, потому что они динамично взаимодействуют с внешней средой. Здравоохранение представляет собой формальную организацию, которая включает в себя людей и технологические компоненты. Управление здравоохранением в связи со специфичностью объекта делает управление чрезвычайно сложным.

К основным особенностям управления здравоохранением относят:

- особую ответственность принимаемых решений, от которых зависит жизнь и здоровье людей;
- трудность, а иногда и невозможность предсказания отдаленных последствий принимаемых решений;
- трудность, а иногда и невозможность исправления неверных решений.

В связи с этим особую важность приобретает знание особенностей управленческой деятельности. В XX в. сформировалась специальная наука, изучающая общие законы управления вне зависимости от места и объекта управления, которая схематично может быть представлена следующим образом. Субъект управления вырабатывает управляющее воздействие в виде приказа, команды, сигнала, которое передается объекту управления. Объект управления,

воспринимая управляющее воздействие, изменяет свой образ действия в соответствии с управляющим сигналом. О том, что объект выполнил команду, отреагировал на управляющее воздействие, субъект управления узнает, получая информацию по каналу обратной связи. В зависимости от этой информации субъект вырабатывает новые управляющие воздействия.

Для эффективного воздействия субъекта управления на объект управления необходимо знать *технология управления*, которая включает в себя создание организационной структуры, использование определенных механизмов управления и осуществление непосредственно самого процесса управления.

**Организационная структура** – один из важнейших элементов управления. Он является каркасом деятельности учреждения, включающим количество и качество исполнительных структур. В лечебно-профилактическом учреждении составным элементом, организующим деятельность всего учреждения, служит отделение. Создание организационной структуры предполагает определение связей между отделениями (вертикальные или иерархические и горизонтальные или функциональные), распределение ресурсов по отделениям (кадры, оснащение и т. д.), разработку функциональных обязанностей медицинского персонала различного уровня и специализации.

**Механизм управления** – способы воздействия руководства на исполнителей, позволяющие обеспечить наилучшее выполнение работниками своих производственных задач. Способы воздействия субъекта на объект управления имеют определенную технологию, основанную на определении цели, принципов, методов, функций.

Управление включает анализ объекта управления как системы, элементов их связей и взаимодействия, а также результатов этого взаимодействия (системных качеств), которыми обладает только система в целом и которых нет у отдельно взятых подсистем и их элементов. Ситуационный анализ позволяет проанализировать ситуацию, в которой функционирует и развивается объект управления (система): выявить проблемы, ранжировать их по степени важности для достижения результата, оценить внутренние и внешние ресурсы, выделить приоритетные проблемы, исходя из степени их влияния на конечный результат деятельности системы. Проведение системного и ситуационного анализа дает возможность сформулировать и обосновать *цель* и пути ее достижения, иными словами разработать стратегию управления и стратегию развития объекта управления.

Таким образом, для определения цели необходимо оценить результат управления, основанный на анализе эффективности функционирования системы, являющейся объектом управления, и эффективности самого процесса управления. При этом следует различать *генеральную* (для системы в целом) и *промежуточные* цели (для составляющих подсистемы). Если для лечебно-профилактического учреждения генеральная цель состоит в улучшении состояния здоровья пациентов, получивших лечение в данном стационаре, что определяется снижением летальности, сокращением средней длительности пребывания больного на койке, числа больных, выписанных с ухудшением, и др. в целом по больнице, то для отделения – это те же показатели, но относящиеся только к

данному отделению, а для врача – те же показатели, но касающиеся только тех пациентов, которых наблюдает данный врач.

**Принципы управления** разделяются на организационные, развития и образа организации. *Организационные* принципы управления направлены на постановку задачи по усилению действия мотивации сотрудников. К ним относятся:

- разделение труда;
- власть и ответственность;
- централизация и единство руководства;
- иерархия и дисциплина;
- постоянство состава персонала и единение персонала;
- справедливость и порядок;
- инициатива и вознаграждение;
- подчинение частных интересов общему.

*Принцип развития* определяет взаимоотношения всех уровней управления (руководства и подчиненных), а принципы *образа организации* характеризуют имидж учреждения.

Эти принципы управления в той или иной мере связаны с такой формой социальных отношений, которой является власть.

### **Власть и ответственность**

Одним из принципов управления является власть и ответственность.

В управлении власть определяется формальным фактором – должностью. Из нее, как следствие, вытекает степень ответственности. Немалое значение здесь имеет личность. Личность может как усиливать, так и уменьшать проявление власти и степень ответственности. Органическое сочетание должностных обязанностей руководителя и его личных характеристик создает необходимую рабочую атмосферу. Несоответствие личности своей должности приводит к конфликтным ситуациям и появлению в коллективе неформального лидера. Власть может быть *официальной* и *неофициальной*.

*Официальной властью* обладают лица, занимающие официальные должности. Официальная власть или полномочия позволяют менеджеру принимать решения и отдавать распоряжения. Однако официальное распоряжение будет выполнено, если оно обосновано с точки зрения того, кто будет его выполнять. Поэтому руководитель может обладать официальной властью, но может не добиться конечного результата.

*Неофициальная власть* – это способность заставить других делать то, что вы хотите, не имея на это официальных полномочий.

Как правило, выделяют шесть типов власти:

1. *Законная власть*. В формально существующих организационных структурах (органах управления, организациях, предприятиях и др.) преимущественно используется законная власть. В них руководитель имеет законное право давать распоряжения и контролировать их выполнение. Традиционно люди подчиняются руководителям, занимающим определенную

должность. В этом случае подчиненные реагируют не на личность, а на должность. Таким образом, происходит процесс подчинения системе в целом.

2. *Представительная власть* – власть, переданная лидеру группы (делегирована). Группа соглашается следовать за лидером, но до тех пор, пока он советуется с коллективом и ведет его в том направлении, в каком она хочет идти.

3. *Власть знатока-эксперта* – это власть знания. Власть эксперта основана на том, что сотрудники понимают, что их лидер обладает глубокими знаниями и опытом, который полезен для их работы.

4. *Стихийная власть* основана на восхищении одним человеком. У подчиненных возникает желание быть похожими на лидера.

5. *Власть принуждения* основана на том, что подчиненные опасаются угрозы наказания со стороны руководителя. Эта форма власти дает временный эффект. При длительном ее применении в коллективе появляются скованность, отчуждение, возникают конфликты, происходит текучесть кадров.

6. *Власть поощрения* основана на возможностях руководителя награждать подчиненных за качественную работу. Такие вознаграждения включают моральное, материальное поощрение, повышение по службе и т.д.

### **Стили управления**

*Стиль управления – это индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности.* Стиль управления во многом формируется также под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

В общепринятом смысле *стиль управления – это совокупность наиболее характерных и устойчивых методов и форм работы руководителя с подчиненными.*

Наиболее распространены следующие четыре основных стиля управления:

- авторитарный;
- либеральный;
- демократичный;
- динамичный.

**Авторитарный стиль руководства** – совокупность характерных черт руководителя, приемов и средств деятельности, его поведение и взаимоотношения с подчиненными, абсолютизирующие власть в одних руках. Предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Не следует смешивать с административно-авторитарным стилем руководства, эффективно используемым в экстремальных ситуациях.

Для авторитарного стиля управления характерно преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля ориентируются прежде всего на дисциплину и жесткий контроль за деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власти принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и даже, в отдельных случаях, подавляется. Исключительное право на новые идеи, оценку результатов имеет только руководитель. Руководитель авторитарного стиля нередко резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен,

болезненно реагирует на критику. Иногда под этой маской скрывается его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

**Либеральный стиль управления** еще называют формальным, анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерно минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к подчиненным, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

**Для демократического стиля** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

Приведенное деление руководителей по стилю их работы является условным, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководства.

В современных условиях оптимальным стилем для руководителя признан по сути дела совершенно новый стиль управления – **динамичный**. Для такого стиля руководства характерны: четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность идти в разумных пределах на риск, научная обоснованность и гибкость в применении различных методов, установка на разумный риск, деловитость и предприимчивость, непримиримость к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опора на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Среди **методов управления** различают *командно-административные, экономико-математические, социально-психологические и общественные, или коллективные.*

**Командно-административные (организационно-распорядительные) методы управления** включают авторитарное управление на основе распоряжений, приказов, устава. Как правило, эти методы лежат в основе формирования порядка деятельности учреждения, его кадрового и материального обеспечения. Эти методы основаны на обязательном исполнении управляющих воздействий, управленческих решений, выработанных вышестоящими органами управления. Применение таких методов более характерно для государственного сектора экономики здравоохранения, объекты которого находятся в государственной и муниципальной собственности.

**Организационные методы** управления отражают статику управления – это организационная структура ЛПУ, его штаты, порядок и правила деятельности, устав, договоры, контракты и т.д.

Организационная структура является одним из важнейших инструментов управления. С ее помощью формируются составные элементы и связи между ними.

В медицинском учреждении основными элементами являются его лечебные и диагностические отделения и другие вспомогательные структуры.

Между этими структурными элементами существуют строго определенные связи, которые могут быть:

- вертикальными (линейными, иерархическими), которые определяют отношения подчинения;
- горизонтальными (функциональными), которые предназначены для согласования действий между подразделениями.

Как правило, эти связи существуют одновременно и называются *линейно-функциональными* связями.

*Распорядительные методы* отражают динамику управления. Это различного рода управленческие решения.

*Экономико-математические методы управления* используют для стимулирования деятельности персонала, воздействуя на заработную плату работника. Методы основанные на *экономической заинтересованности* участников медико-производственного комплекса в достижении целей здравоохранения, свойственные рыночному саморегулированию. Такие методы более характерны для негосударственного рыночного сектора экономики здравоохранения, объекты которого находятся в частной собственности или арендуются.

В настоящее время в нашей стране приоритет имеют *экономико-математические методы* управления, которые включают в себя экономический анализ деятельности ЛПУ, методы планирования и прогнозирования, статистические методы.

Особое значение имеет *метод экономического стимулирования*, который позволяет материально заинтересовать врачей в качественном выполнении медицинских услуг.

*Социально-психологические методы управления*, именуемые также *методами морального стимулирования, убеждения*, основаны на морально-этических принципах, установках, на изменении мотивационной деятельности сотрудников, они ориентированы на изменение взглядов у работающих и позволяют повысить степень удовлетворенности у них выполняемыми функциями. Подобные методы должны одинаково широко использоваться как в государственном, так и в негосударственном секторах экономики здравоохранения.

*Социально-психологические методы управления* можно рассматривать, как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы, на отдельных работников коллектива. Это умение мотивировать работника к труду и сотрудничеству, формирование сознательной дисциплины, добросовестного отношения к работе, создание благоприятного психологического климата в коллективе.

Поэтому в задачи менеджера входит формирование психологически единых, зрелых и экономически выгодных коллективов.

*Общественные, или коллективные, методы управления* подразумевают демократизацию управления, т. е. расширение участия работников в выполнении

управленческих функций. При этом используются такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы трудовых коллективов, которые создаются при главном враче в качестве совещательного органа. Как правило, в состав этих совещательных органов включаются заместители главного врача, руководители общественных организаций и те специалисты, которые пользуются личным авторитетом в коллективе и имеют большой багаж знаний. Надо отметить, что решения коллегии или совета не имеют юридической силы. На основании их решения главный врач может издать приказ, тогда с юридической точки зрения это правомерно, и приказ надлежит исполнению.

В народном хозяйстве, в том числе и здравоохранении в нашей стране до этапа реформирования, перехода на рыночные отношения, ведущим методом управления был командно-административный, приказной метод управления, при этом гораздо меньшее значение имели социально-психологические и экономико-математические управленческие методы. Современное управление, переход на рыночные отношения требуют иных соотношений, т. е. акцент должен быть сделан на экономико-математические и социально-психологические методы. Приоритет экономических методов в управлении здравоохранением стал одним из главных элементов нового хозяйственного механизма, который внедрялся в учреждения здравоохранения в начале 90-х годов. Экономические методы управления – необходимое условие для решения проблем доступности и качества медицинской помощи, услуг и товаров здравоохранения при ограниченных ресурсах и растущих затратах. Важнейшим элементом использования экономических методов в управлении является экономическое стимулирование производительного и качественного труда.

Основные **функции управления** связывают с тремя уровнями системы управления: *стратегическим, тактическим и оперативным*.

*Стратегический уровень* характеризуется функцией прогноза и планирования, что позволяет обеспечить формирование целей и определить мероприятия с учетом ресурсов учреждения по срокам исполнения и ответственным за выполнение каждого пункта.

*Тактический уровень* состоит из разработки программы действия для достижения поставленной цели, из оптимального распределения ресурсов, что можно сформулировать в виде проектирования и организации управления.

*Оперативный уровень* позволяет обеспечить эффективное достижение поставленных целей и включает регулирование (корректировка ситуации в случае сбоя), учет (регистрация текущих показателей), контроль (сравнение с плановыми показателями), анализ (определение отклонений, требующих исправлений). В условиях командно-административной системы управления такое распределение функций не находит реализации в полном объеме. Лишь при лидирующей роли экономико-математических методов трудовой коллектив заинтересован в использовании всех механизмов управления.

В здравоохранении России, где вопросы охраны здоровья относятся к сфере совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов, можно считать, что стратегический уровень управления соответствует управлению

здравоохранением Российской Федерации и субъектов РФ, тактический – управлению здравоохранением на отдельных территориях, в городах и сельской местности, оперативный – управлению здравоохранением в учреждениях здравоохранения и их подразделениях, у отдельных специалистов.

В медицинском учреждении выделяют три уровня системы управления:

1. Стратегический уровень - это главный врач ЛПУ (специалист с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специальности социальная медицина, экономика и управление здравоохранением).

2. Тактический уровень – это заместители главного врача по медицинской части (специалисты с высшим медицинским образованием, имеющие сертификат по специальности социальная медицина, экономика и управление здравоохранением).

3. Оперативный уровень – это начальники подразделений, не имеющие в подчинении других руководителей. Оперативный уровень имеет два подуровня:

- заведующие структурными подразделениями (специалисты с высшим образованием, имеющие сертификат по соответствующему профилю и дополнительное образование по социальной медицине, экономике и управлению здравоохранением, полученное на ФУВ, в ординатуре или аспирантуре).

- главные и старшие медицинские сестры (специалисты с высшим или средним сестринским образованием).

Необходимо отметить, что должности заведующего отделением, главной и старшей медицинской сестры не включены в номенклатуру аппарата управления, но, работая с исполнителями, они осуществляют управленческие функции.

В функции стратегического уровня входит разработка и принятие решений (стратегических) с учетом возможностей ЛПУ с целью совершенствования его деятельности. Таким образом, на стратегическом уровне лежит ответственность за последствия принятых решений. От правильности выбора решения будет зависеть успех медицинского решения в будущем.

Тактический уровень несет ответственность за оптимальное распределение ресурсов в соответствии с выбранным на стратегическом уровне решением. Этот уровень отвечает за организацию работы по отдельным направлениям деятельности учреждения и ее контролем.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение принятых выше решений в своих подразделениях. Оперативный уровень отвечает за практическую реализацию принятых стратегий развития организации.

Внедрение рыночных отношений в здравоохранение требует изменения системы управления отраслью. Можно выделить следующие особенности управления здравоохранением в РФ на современном этапе:

- демонополизацию;
- децентрализацию;
- демократизацию.

Эти процессы существенно меняют роль руководителя здравоохранения. С одной стороны, ему предоставляется самостоятельность в решении вопросов функционирования и распределения финансовых ресурсов. С другой стороны, возрастает ответственность руководства за достижение поставленных целей. В этой связи встает вопрос замены роли организатора, на роль менеджера или управленца. Сейчас требуются руководители совершенно нового склада – предприимчивые, разумно реагирующие на быструю смену ситуации, знающие законы экономики, психологии и социологии.

Кроме того, в здравоохранении отмечается сложность структуры медицинских учреждений. Ни одно другое предприятие не имеет такого разнообразия в своих сотрудниках как ЛПУ, с точки зрения профессионализма. Это разница в образовании, стаже работы, опыте, квалификации, ответственности за свои действия, профессиональной самостоятельности, разнообразии характеров.

Вышеизложенное приводит к высокой конфликтности в медицинских учреждениях. Кроме того, конфликт может вызывать сама интенсивность медицинского труда, так как зачастую решения нужно принимать безотлагательно. Иногда последствия ошибочных решений трудно и даже невозможно исправить. Это третья особенность в здравоохранении. Поэтому на руководителей в медицине возлагается особая ответственность принятия решения.

### Управленческий цикл

*Процесс*, или *технология управления*, представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности. Последовательность действий, приводящих к цели, называют *алгоритмом управления*. Цикл управления имеет три основные этапы: ***информационное обеспечение, разработка и принятие управленческого решения, реализация управленческого решения.***

***Первым этапом*** управленческого цикла является анализ сложившейся ситуации на основе внешней и внутренней информации. Информация в управлении имеет три основных значения. Она необходима для анализа настоящего состояния управляемой системы и разработки перспектив ее развития; разработки управленческих решений и контроля исполнения принятых решений. Поэтому информация должна быть комплексной, полной, достоверной и своевременной. В управлении здравоохранением информация должна содержать данные о фактическом состоянии управляемого объекта здравоохранения, ***в том числе:*** о состоянии материально-технической базы, обеспеченности кадрами и медикаментами, показателях здоровья населения.

На ***втором этапе*** управленческого цикла принимается управленческое решение и осуществляется планирование его выполнения.

Управленческое решение является директивным актом, обязательным для исполнения, и выполняет *три основные функции*. *Первая* из них – направляющая. Особая значимость данной функции состоит в том, что все последующие этапы управления (организация и контроль) осуществляются для реализации целей и задач, сформулированных в управленческом решении. *Второй функцией* решения

является координация и согласование деятельности. Управленческое решение определяет место каждого звена, подразделения в решении задач, стоящих перед системой; согласовывает и координирует их действия. Наконец, любое управленческое решение должно выполнять *мобилизующую (стимулирующую) функцию*, обеспечивающую наиболее полную активизацию отдельных исполнителей и трудовых коллективов для достижения сформулированных в решении целей. Управленческое решение имеет директивное значение и бывает *трех степеней: приказ, распоряжение, рекомендация*.

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

- иметь ясную целевую направленность;
- быть обоснованным;
- иметь адресата;
- быть непротиворечивым, т.е. должно быть согласовано с предыдущими решениями;
- быть правомочным, т.е. опираться на требования правовых актов, нормативных документов, а также учитывать обязанности и права как руководителей, так и подчиненных;
- быть эффективным, т.е. достижение результатов минимальными затратами;
- быть конкретным во времени, в пространстве;
- быть своевременным, т.е. приниматься тогда, когда реализация решения еще может привести к требуемой цели.

Способы принятия решения руководителями здравоохранения отличаются друг от друга степенью участия подчиненных в процессе принятия решений и степенью влияния на окончательное решение.

Следует отметить, что руководитель несет полную ответственность за принятое решение при любом способе его принятия.

Существует два основных способа принятия управленческого решения: индивидуальный и коллегиальный.

Принимая решение самостоятельно, руководитель может:

- не обсуждать ситуацию ни с кем;
- поручить кому-либо собрать информацию;
- советоваться с подчиненными по возможным вариантам решения проблемы, при этом он может либо принимать во внимание их точку зрения, либо нет.

В любом случае окончательное решение вопроса остается за руководителем.

Второй вариант принятия решения – коллегиально. В данном случае руководитель дает подчиненным возможность принять полное участие в процессе выработки решения. Он участвует в процессе принятия решения как любой другой член коллектива, но не использует свое влияние на коллектив. Коллектив вместе с руководителем принимает решение. Однако и в этом случае руководитель несет полную ответственность за это решение.

Действенность и эффективность каждого управленческого решения во многом зависят от рационального соотношения перечисленных функций.

Недооценка роли любой из указанных функций приводит к нарушению согласованности действий и снижению творческой инициативы исполнителей.

**Третью ступень** управленческого цикла составляет организация осуществления принятого решения путем упорядочения сил и средств, налаживания необходимых производственных связей.

Выполнение решения нередко является наиболее слабой стороной управленческой деятельности. Организация выполнения решения должна начинаться со своевременного доведения принятого решения до исполнителей. Реализация управленческого решения связана также с корректировкой сложившейся системы разделения труда и его кооперации.

Большое значение для повышения качества работы отдельных медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом имеет заключительная стадия управленческого цикла – проведение контроля.

**Контроль** представляет собой систематическую конструктивную деятельность руководителей, учреждений, органов управления, направленную на приближение фактического исполнения к запланированному результату.

Контроль может быть предварительным (до начала действий), направляющим (в процессе деятельности), фильтрующим (на определенном этапе) и последующим (после завершения работ).

Наряду с вышеуказанными типами контроля принято также выделять финансовый, производственный, маркетинговый контроль и контроль качества.

При проведении контроля необходимо выполнить четыре основных этапа:

- установление желаемого результата исполнения;
- изучение фактических результатов;
- сравнение и оценку полученных результатов с запланированными;
- выработку корректирующих воздействий.

Посредством контроля осуществляется обратная связь между объектом и субъектом управления, и при этом субъект управления (руководитель органа, учреждения здравоохранения) получает необходимую информацию о состоянии объекта управления, используемую в дальнейшем для принятия последующих управленческих решений.

Необходимо отметить, что наиболее полную информацию о реализации управленческих решений дает система контроля с использованием электронно-вычислительной техники.

В зависимости от субъекта управления выделяют административный и общественный контроль.

Административный контроль включает изучение деятельности учреждений, анализ выполнения различных управленческих решений и осуществляется руководителями органов и учреждений здравоохранения.

В новых условиях хозяйствования возрастает значимость общественного контроля, при котором деятельность подразделений учреждения и отдельных сотрудников производится советом бригады и советом трудового коллектива.

Таким образом, в соответствии со структурой управленческого цикла основными функциями управления являются:

- прогнозирование и планирование;

- организация;
- координация и регулирование;
- активизация и стимулирование;
- контроль.

В зависимости от особенностей объекта, наряду с функциями управления объектом в целом, могут выделяться функции отдельных звеньев управления, в т.ч.:

- технические функции – управление производственной деятельностью (например, лечебно-диагностическим процессом в медицинском учреждении);
- коммерческая;
- административная;
- финансовая;
- страховая;
- учетная функция.

Этот цикл завершается обратной связью, в результате которой получается информация о реализации принятого решения и новом состоянии объекта управления, после чего начинается новый цикл управления с использованием системного и ситуационного анализа «нового» объекта в новой ситуации. Смысл управления состоит в достижении целей через преодоление проблем. При этом проблема рассматривается как препятствие в достижении цели, противоречие желаемого и действительного. Выявление, ранжирование проблем, выделение среди них приоритетных позволяет сформулировать важнейшие задачи, от решения которых зависит достижение поставленной цели, и правильно распределить ограниченные ресурсы здравоохранения. Эту последовательность действий можно связать с *главными функциями управления – планированием, организацией, руководством и контролем.*

Субъекты управления в здравоохранении, которыми могут быть и лечащий врач, и заведующий кабинетом, отделением, и главный врач, и руководитель управления или министерства, в процессе управления выполняют четыре основные функции: планирование, организацию, руководство, контроль.

*Планирование* включает сбор, хранение, обработку, анализ информации (первая часть управленческого цикла), разработку альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения (вторая часть управленческого цикла). Методы планирования – аналитический, нормативный, бюджетный, метод соотношений и пропорций, эксперимента и моделирования. Особое внимание при планировании уделяют системному и ситуационному подходу и экономическому анализу. Современное планирование принято называть программно-целевым, так как в его основе должны быть целевая программа, конкретные обоснованные мероприятия, обеспечивающие достижение поставленной цели с минимальными издержками.

*Организация* – создание условий для реализации принятых управленческих решений, выполнения планов и программ, обеспечение необходимых для этого финансовых, материально-технических, информационных и других ресурсов.

*Руководство* – создание у людей, выполняющих управленческие решения, мотивов для их реализации. На этом этапе применяют организационно-распорядительные методы (приказы, рекомендации, указания, разрешения, санкционирование), экономические методы, премирование, экономическое стимулирование, различные формы хозрасчета (социально-психологические методы, поощрение, наказание, формирование общественного мнения и т. д.).

*Контроль* позволяет осуществлять обратную связь, завершает цикл управления, текущий контроль обеспечивает корректировку решений и их реализацию в соответствии с ситуацией.

Планирование и контроль связаны с информацией, ее сбором, хранением, обработкой, анализом. Эту работу возможно и целесообразно автоматизировать. В 70-е годы в здравоохранении России начали внедряться **автоматизированные системы** (АСУ), а в настоящее время чаще используются термины «информационные» и «экспертные системы», «автоматизированные рабочие места» (АРМ), которые создаются на базе персональных ЭВМ, объединенных в компьютерные сети. Разработаны автоматизированные рабочие места на основе персональных компьютеров для большинства специалистов системы здравоохранения.

Основной задачей **автоматизированных систем управления** (АСУ) является постоянное обеспечение органов управления здравоохранением необходимыми сведениями для реализации задач учета, планирования, стратегического оперативного управления.

Внедрение АСУ позволяет повысить эффективность деятельности учреждений за счет сокращения непроизводительных затрат рабочего времени, оптимизации использования материальных и кадровых ресурсов, улучшения качества диагностики и лечения при всестороннем анализе деятельности учреждения в целом и отдельных его подразделений.

Основными принципами АСУ в здравоохранении являются:

- системный подход;
- единство информационной базы;
- взаимосвязь всех подсистем на базе информационно-вычислительного центра;
- динамизм, т.е. непрерывное развитие системы.

Основные функции АСУ:

- моделирование деятельности управления;
- выработка рекомендаций принятия решений;
- контроль эффективности применения решений;
- анализ динамики состояния здоровья населения;
- управление оказания лечебно-профилактической помощи.

Для реализации этих функций проводится единая политика в области информатизации в здравоохранении, которая включает внедрение информационных систем и технологий в деятельность органов и учреждений здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций.

Создание и внедрение автоматизированных систем управления представляет собой комплекс организационно-технических мероприятий, которые связаны с совершенствованием структуры управления, формированием потоков и определением объемов информации, унификацией документов, кодированием циркулирующих данных, упорядочением нормативно-справочного хозяйства, переподготовкой кадров, с выявлением и формализацией основных функций управляемых процессов и построением адекватных математических моделей.

Особое значение в управленческой деятельности имеют **информационные системы**, представляющие собой совокупность средств, методов и исполнителей, обеспечивающих необходимой и достаточной информацией все уровни управления. Информационные системы могут быть централизованными и децентрализованными. Они помогают упорядочить способы сбора, обработки и распространения информации.

При построении информационных систем необходимо соблюдение принципов иерархичности системы, обеспечение и поддержание единства технического, технологической политики, защищенности и надежности функционирования информационных систем.

Ответственность за принятие реализации управленческих решений несет руководитель. Возможно авторитарное и демократическое руководство, единоличное или опирающееся на мнение большинства, последнее в современном обществе считается предпочтительным. Основные ошибки в управлении бывают связаны с недостаточностью информации, опыта, знаний или личностными особенностями субъектов управления, определяющими недостаточность суждения. Большая часть ошибочных решений (около 70 %) связана с информационным обеспечением.

**Информация** считается важнейшим ресурсом управления, а в условиях рыночной экономики она становится дорогим товаром. В управлении информацию используют для системного и ситуационного анализа, разработки и принятия управленческих решений, текущего и заключительного контроля и обратной связи. К информации предъявляют определенные требования: адекватность, достоверность, своевременность, достаточность, целенаправленность. Автоматизация информационной деятельности уменьшает риск принятия необоснованных управленческих решений, связанных с дефектами информации, а также увеличивает возможности своевременной коррекции процесса управления.

**Эффективность управления** медицинскими учреждениями подразумевает широкое внедрение принципов научной организации труда. Сущность научной организации труда состоит в создании оптимальных условий для эффективного использования работниками своего рабочего времени.

Среди основных принципов научной организации труда необходимо отметить:

- кооперацию и специализацию труда;
- научно обоснованную систему подбора и расстановки кадров;
- нормирование трудовых операций;

- внедрение в работу медицинских учреждений современных технических средств;
- организация рабочего места.

Кооперация и разделение труда предусматривают необходимость разработки должностного регламента, включающего Положения о медицинском учреждении и его подразделениях; должностные инструкции и функциональные обязанности.

Большое значение для повышения качества медицинского обслуживания имеет подбор и расстановка кадров. Наличие сертификата, получаемого при проведении аккредитации, обеспечивает соответствие занимаемой должности каждым работником. В то же время роль руководителя заключается в подборе и расстановке кадров не только в соответствии с их квалификационными характеристиками, но и в зависимости от личных качеств сотрудников, их темперамента, коммуникабельности, от доминирующих мотиваций к труду и состояния здоровья.

Нормирование трудовых операций особую значимость приобретает в новых условиях хозяйствования, когда заработная плата каждого работника определяется в зависимости от объема выполненной работы и ее качества.

Внедрение в работу медицинских учреждений современных технических средств предусматривает:

- использование технических средств оперативного сбора, хранения и обработки информации (пишущие машинки, печатные устройства, диктофоны, средства копирования и размножения документов);
- Средства хранения, поиска и транспортирования информации (картотечное оборудование, транспортеры, лифтовые подъемники, электромагнитная почта);
- Средства связи (телефоны, электронная почта и др.).

Рациональное использование рабочего времени каждого сотрудника связано с научной организацией рабочего места, включающее и место расположения, и соответствие рабочего места функциям, выполняемым данным работником, и наличие современных технических средств. В связи с этим большую актуальность приобретает создание автоматизированных рабочих мест: АРМ главного врача, АРМ заведующего отделением, АРМ участкового врача и др., объединенных в автоматизированную сеть медицинского учреждения. При этом, с одной стороны, уменьшаются затраты рабочего времени на поиск, анализ и передачу информации, а с другой стороны, упрощается проведение контроля за качеством лечебно-диагностического процесса.

Управлению отводят особую роль в реформировании здравоохранения России. В соответствии с главными положениями «Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации» следует отказаться от чрезмерной децентрализации управления и финансирования здравоохранения и строить единую систему здравоохранения. Необходимо повысить роль федеральных органов. В системе управления и финансирования здравоохранения должен утвердиться принцип разделения функций федеральных органов и органов управления субъектов Федерации. Необходимо обеспечить

минимум социальных гарантий в здравоохранении для жителей разных территорий за счет выравнивания условий их финансирования.

Не имея возможности развивать в равной мере все направления охраны здоровья и все виды организации медицинской помощи, органы управления здравоохранением и структуры ОМС обеспечивают преимущественное развитие тех из них, которые способны дать наибольший эффект для улучшения показателей здоровья населения на единицу ресурсов. Это предполагает четкое определение объема и структуры потребностей населения в медицинской помощи, а также формирование приоритетов развития отрасли. Это мероприятия, обеспечивающие экономное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, контроль за использованием ресурсов и усиление подотчетности органов и учреждений здравоохранения за результаты деятельности.

В разделе «Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации», посвященном направлениям повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения, констатируется, что, пожалуй, ни в одной стране с развитыми системами общественного здравоохранения нет таких острых проявлений низкой эффективности и структурных диспропорций в отрасли. Так, на долю стационарной помощи приходится примерно 65 % от объема общих расходов, выделяемых на здравоохранение, против 35-50 % в западных странах. Это означает, что при общем «недофинансировании» здравоохранения в большей мере страдают поликлиники. Доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, к которым в России относят участковых врачей – терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, а в западных странах - врачей общей практики, в нашей стране составляет 20-25 % от общего числа врачей, в то время как в экономически развитых странах эти специалисты составляют более половины всех врачей. При этом уровень госпитализации в Российской Федерации составляет примерно 21 на 100 жителей против 12-17 на 100 человек населения в западных странах. Средняя продолжительность стационарного лечения в нашей стране колеблется от 15 до 17 дней, что несколько выше, чем в западных странах, где этот показатель равен 8-13 дням. Частота направления пациентов участковыми врачами к специалистам составляет в нашей стране не менее 30 % от числа первичных посещений, в то время как в западных странах – от 4 до 10 %. К сожалению, значительное число медицинских учреждений и больничных коек сегодня реально трудно содержать. Предлагаются следующие управленческие механизмы, направленные на улучшение структурной эффективности здравоохранения:

- повышение роли амбулаторно-поликлинической помощи;
- оптимизация использования коечного фонда стационаров;
- интеграция отдельных звеньев и уровней оказания медицинской помощи.

Большое внимание уделяют использованию экономических рычагов повышения роли амбулаторно-поликлинической помощи, выбору адекватных методов оплаты стационарной помощи, совершенствованию организационно-

управленческих механизмов повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Как важнейшие компоненты реформы здравоохранения рассматривают преобразование организации первичной медико-санитарной помощи, формирование и развитие института врачей общей практики. При реформировании стационарной помощи предусмотрено развитие новых форм стационарного обслуживания, механизмов реализации многоуровневой системы организации медицинской помощи, развитие дифференцированной по профилям нормативной базы стационарной помощи, по возрастным группам и интенсивности лечебно-диагностического процесса (койки интенсивного лечения, долечивания, реабилитации, для длительного лечения хронических больных, сестринского ухода, медико-социального назначения), уделяют внимание вопросу разделения медицинской и социальной госпитализации, разработке правил реализации прав пациента на выбор больничного учреждения. В связи с реализацией новых форм стационарной помощи предполагается изменение хозяйственно-правового статуса больниц. Перспективным, согласно «Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации», может быть применение больницами статуса некоммерческих организаций или больничного траста с целью повышения прав и ответственности больниц за результаты своей деятельности, развития конкуренции между ними за получение заказа на предоставление стационарной помощи. На реализацию изложенных в «Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации» мероприятий потребуется не менее 10-15 лет.

Для современного управления характерны децентрализация и сосредоточение большей ответственности на низких уровнях управления, прежде всего на рабочих местах. В связи с этим знание основ технологии управления становится необходимым не только для профессиональных менеджеров, но и для рядовых сотрудников.

Следует помнить, что достижение поставленного результата будет определяться не только качеством всех рассмотренных выше элементов, но и качеством взаимосвязей, формально закрепленных организационной структурой и качеством взаимодействия, которое определяется развитием согласованности по уровням процесса управления. Эффективность взаимодействия невозможна без овладения всеми, начиная с руководителя и заканчивая рядовыми сотрудниками, искусства управления и коммуникации. В понятие *менеджмент* включают искусство управления интеллектуальными, финансовыми, сырьевыми и материальными ресурсами в целях обеспечения наиболее эффективной производственной деятельности. Успех развития медицины и здравоохранения в значительной степени зависит от подготовки специалистов в области менеджмента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 342-353.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 496-508.
3. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство/Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина, К. А. Отдельнова и др. Под ред. Ю. П. Лисицына – М.: 1999. – С.680-693.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. для студ./Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. –М.: 2003. –С.
5. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – СПб.: 2000. -С.
6. Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под ред. А. И. Вялкова. –М.: 2002. –С.286-290.
7. Экономика здравоохранения: Учебн. пособие / Под общ. ред. А. В. Решетникова. – М.: 2003. – С.
8. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. –М.: 2003. –С. 141-178.
9. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/ В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С.198-204, 215-222.
10. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период»
12. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
13. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).