

УДК 378:331:334.7

А. Н. Максимов

ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет» (СФУ), Красноярск,
e-mail: anmaksimov56@mail.ru

С. И. Максимова

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской
Федерации, Красноярск, e-mail: maksimovasi@mail.ru

ОРГАНИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВА КАК ИНДИКАТОР КОМПЛЕКСНОГО АДРЕСНО ОРИЕНТИРОВАННОГО ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Ключевые слова: органическое строение производства, интеллектуализация труда, карты рисков и неопределенности, медицинская помощь, полные общественные затраты.

Органическое строение производства как полиформа получила применение прежде всего при замере оптимизационных решений в материальном производстве. В отраслях, где наукоемкость, формируемая от фундаментальных исследований до опытно-конструкторских разработок, определялась как ядро инновационности, конкурентоспособности, качества. Причем, ядро инновационных циклов предопределяло и предопределялось организационными механизмами менеджмента компетентностных составляющих интеллектуализации труда. Многокомпонентность инновационности в отрасли здравоохранения, ее организационные компоненты при усложнении связей и их логистики, предопределяли процессы становления, нарастания, развития и снятия неопределенности. В этом тренде значение замеряемого: детерминируемого, стохастического компонентов и их управленческой реализации в «органическом строении производства» здравоохранения получило определенное управленческое применение. В то же время реализация в коммерчески ориентированной классификации отраслей, работ, продукции медицинских видов деятельности представлено недостаточно. Многие высокотехнологичные процессы с применением радиационных, лазерных методов диагностики, лечения, а также информационно-логистические технологии: консалтинга, дистрибуции и фактического включения в дистанционные форматы предоставления медико-социальной помощи, находят применение и эффективность именно при менеджменте количественных и качественных оценок (замеров) по интегрированному показателю «Органическое строение производства». Органическое строение капитала, как полиформа в модели неопределенности и рисков неполучения услуг, работ по полным общественным затратам, отраслевая специфика предоставления медико-социальной помощи лицам, находящимся на надомном обслуживании, приобретает экономико-социальную актуальность по многим современным факторам наращивания социально-экономической устойчивости, позитивной социально-демографической динамики России и иным вызовам.

A. N. Maximov

Siberian Federal University (SFU), Krasnoyarsk, e-mail: anmaksimov56@mail.ru

S. I. Maximova

Krasnoyarsk State Medical University n.a. Professor V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk,
e-mail: maksimovasi@mail.ru

ORGANIC STRUCTURE OF PRODUCTION AS AN INDICATOR OF COMPLEX ADDRESSED FORMATION OF THE PROVISION OF MEDICAL AND SOCIAL CARE

Keywords: organic structure of production, intellectualization of labor, maps of risks and uncertainty, medical care, total social costs.

The organic structure of production as a polyform has been used primarily in measuring optimization solutions in material production. In industries where knowledge intensity, formed from fundamental research to experimental development, was defined as the core of innovation, competitiveness, and quality. Moreover, the core of innovation cycles predetermined and was predetermined by the organizational mechanisms for managing the competence components of the intellectualization of labor. The multicomponent nature of innovation in the healthcare industry, its organizational components with the complication of connections and their logistics, predetermined the processes of formation, growth, development and removal of uncertainty.

In this trend, the importance of measurable: deterministic, stochastic components and their managerial implementation in the “organic structure of production” of healthcare has received a certain managerial application. At the same time, implementation in the commercially oriented classification of industries, works, and products of medical activities is not sufficiently represented. Many high-tech processes using radiation, laser methods of diagnosis, treatment, as well as information and logistics technologies: consulting, distribution and actual inclusion in remote formats for the provision of medical and social care, find application and effectiveness precisely in the management of quantitative and qualitative assessments (measurements) of integrated indicator “Organic structure of production”. The organic structure of capital, as a polyform in the model of uncertainty and risks of non-receipt of services, work at full public costs, the industry specifics of providing medical and social assistance to persons receiving home care, acquires economic and social relevance due to many modern factors of increasing socio-economic sustainability, positive socio-demographic dynamics of Russia and other challenges.

Введение

Актуализация изучения экономико-социального содержания категории «Органическое строение капитала (производства)» (ОСК) для организаций здравоохранения и воспроизводственно связанных с ними систем переподготовки медицинского персонала определились радикальными изменениями в технологиях. Возросли ограничения в затратности предоставления медицинской помощи, услуг, продуктов, виртуализация многих видов этой экономической деятельности, в том числе в цифровом формате и дистанционных методах сетевого продвижения и дистрибьюции.

Именно в этой конструкции содержательного наполнения категории ОСК формировалась логистика внутри и внешне организационных контуров, дезагрегация в пофакторном анализе, что позволяет выявить векторы инновационного развития в предоставлении медицинской помощи при минимизации рисков неполучения ее по ПОЗ (Полным общественным затратам), то есть в соответствии с оптимумами в показателях «цена-качество».

Так же данный синтез позволяет, выявить угрозы и возможности, сильные и слабые стороны медицинских, образовательных организаций, их кооперационные связи с региональными и т.п. организациями практического здравоохранения. Это позволяет наиболее эффективно продвигать медицинскую помощь, содержащую инновационность, качество как образовательных технологий в конечном продукте социально-экономического свойства, относимого к «человеческого фактору», так и социально измеряемые от медицинской помощи эффекты, формируемые практическим здравоохранением.

Цель исследования

Рассмотреть интегрирующее влияние категории ОСК для всей отрасли здраво-

охранения. Выявить системообразующее значение в воспроизводстве интеллектуального потенциала данной отрасли ОСК как полиформы, в которой компетентностные компоненты переподготовки медицинских работников являются предпосылкой для повышения эффективности использования организационных рычагов в практическом здравоохранении. В то же время, использование медицинской помощи и всех этапов ее формирования, продвижения, предоставления как экономического вида деятельности актуализирует измеряемые параметры как по сегментам потребителей результатов деятельности, так и по типам помощи: частная, смешанная, общественная. В этом новом для всей отрасли здравоохранения формате функционирования усиливается значение комплексного рассмотрения как уточнений в замерах показателя ОСК, так и методологии пофакторного и воспроизводственного срезов менеджмента интеллектуальной деятельности для: детерминированных, стохастических и неопределенных элементов. Предлагается рассматривать полиформу ОСК здравоохранения как индикатор трехэтапного вхождения в неопределенность с одновременным усилением цифровизации измеряемых и прогнозируемых трендов. Рядом авторов в формате общественное здоровье и здравоохранение предложены схемы улучшения качества жизни населения и собственно модель управления здравоохранением АТО с учетом приоритетов деятельности и состояния здоровья населения [1]. Регулирование в процессном и проектном менеджменте ОСК здравоохранения, сфокусированное во многом на компетентностные компоненты интеллектуализации в ее воспроизводственных аспектах предлагается изучать с применением карт «Неопределенностей» и «Рисков». Предоставление же медицинской помощи при ориентации ее на конечные результаты для получателей

данных дифференцированных по типам благ получает уточнения при оптимизациях в показателях «Цена – качество» и возможных минимизациях рисков непрофильной для потребителей комбинации помощи как в бюджетном, так и чисто рыночных наборах.

Материал и методы исследования

Рядом авторов проведены исследования, которые соответствуют логике формирования и развития, рассматриваемой нами проблемы, объединенной категорией ОСК как полиформы. Конкретизация по этим направлениям предоставления медицинских, медико-социальных и социальных услуг при полиформатности потребителей данных видов помощи с учетом рисков внутри и внешне организационных сред, что вписывается в формат менеджмента человеческого капитала, реализуемого в формах частных, смешанных и общественных благ.

Экономические составляющие в определении временных затрат медицинского работника, предоставляющего медицинскую, медико-социальную помощь пациентам в условиях ОКВЭД, актуализировали классификации в формате видов экономической деятельности.

В качестве факторов неопределенности предоставления этих видов помощи выделяются внешне и внутри организационные контуры медицинских организаций, уровень влияния на которые носит экономический, организационный, социально-психологический характер, что определяет разные уровни детерминированности, стохастичности достижения целеполаганий по видам медицинской деятельности и соответственно риски.

В качестве этих факторов определяющих состав, структуру персонала и его возможные понятийно-классификационные характеристики с учетом специфики экономического контекста медицинской деятельности, в том числе по предпочтениям работы сотрудников в различных форматах, при различных механизмах мотиваций и стимулирования, что актуализировано современными трендами инновационности, качества и экономико-технологической эффективности как в структурно-функциональном, так и воспроизводственном аспектах. В связи с этим необходимо учитывать:

- 1) возраст медицинского работника;
- 2) стаж работника по сегментам предоставления как чисто общественных, так

и смешанных благ через профессиональные виды деятельности;

3) стаж работника по предоставлению общественных и смешанных благ через организационно-управленческие виды деятельности (планирование, контроль, организация и т. п.), что стало одним из трендов в организации профессиональной подготовки и переподготовки;

4) реальные альтернативы трудоустройства медицинского работника с большей для него привлекательностью предложения общественных, смешанных, частных благ;

5) уровень сложности предоставляемых разных видов медико-социальной помощи с освоенными профессиональными и организационно-управленческими компетенциями, что может замеряться по сегментно через уточняющие показатели инновационности и качества;

6) мотивации и их вариативные наборы, определяющие приоритетные комбинации по видам деятельности и их совпадением по функционалам вакансий;

7) неопределенности предоставления разных видов медико-социальной помощи в этапах становления неопределенности кратко, средне и долгосрочного периодов;

8) риски неполучения пациентами медико-социальной помощи по ПОПЗ (Полным общественным затратам).

9) неопределенности от наличия «узких мест» на городских магистралях (транспортная логистика), обусловленных оптимальным временем прибытия медицинских работников;

10) информационные компоненты, входящие в цифровизацию.

Ряд данных аспектов представлены в статьях, монографиях: Максимова А.Н., Максимовой С.И., Фалалеева А.Н., Таюрского А.И., Артюхова И.П., Терещенко Н.Н. и др. [2; 3; 4; 5; 6].

Учет данных факторов позволяет формализовать их в модели «Методики расчета временных затрат медико-социального работника на предоставление медико-социальной помощи»:

$$\sum PН ПОЗ_{план (факт)} = \sum P \times В.М.Р \times У.С.М.П \times К.Э.П.М.П.поПр.Ф.П \times КАЗ \times КИ;$$

где P – вид работы, услуги (в минутах);
ВМР – возраст медицинского работника;
УСМП – уровень сложности предоставления медицинской помощи;

КЭПМПпоПр.Ф.П. – коэффициент эффективности предоставления медпомощи адресно по приоритету финансирования;
 КАЗ – коэффициент альтернативных затрат по определенному виду медпомощи (рассчитываются из соответствующей трудоемкости, квалификации, учитывающих реальность альтернативы занятости через конкретно организованные территориально оформленные рынки труда и т. п.);
 Ки – коэффициент инфляции;
 РН ПОЗ – риск неполучения медицинской помощи и сопутствующих ей услуг по Полным Общественным Затратам (рассчитывается по каждой конкретной услуге, виду помощи затем суммируется за период времени плановый и фактический).

Разница между плановыми (нормативными) и фактическими РН ПОЗ предоставляет резерв в менеджменте организации медицинских работников по предоставлению соответствующей медико-социальной помощи.

Этот же резерв рассматривается как условие для реализации организационного рычага и организационно-управленческих компетенций прошедших переподготовку медицинских работников.

$\sum \text{ПОЗ}_{\text{план}} = \sum \text{З}_{\text{план}} + \sum \text{РН ПОЗ}_{\text{план}}$ – это все затраты с учетом рисков, что позволяет реалистичнее планировать нагрузку медицинского работника;

$\sum \text{ПОЗ}_{\text{факт}} = \sum \text{З}_{\text{факт}} + \sum \text{РН ПОЗ}_{\text{факт}}$ – это затраты, которые определены с учетом уже реальных произошедших событий при воспроизводстве всего цикла медицинской помощи по рискам.

$$\begin{aligned} \text{Организационный резерв} &= \\ &= \sum \text{ПОЗ}_{\text{план}} - \sum \text{ПОЗ}_{\text{факт}}. \end{aligned}$$

Интеграция и организация различных видов логистических связей двух относительно самостоятельных структур, входящих в одно ведомство Министерство здравоохранения, не исключает, а предполагает использование модели «Методики оценки конкурентоспособности образовательных услуг», где в качестве фактора определяющего прогресс заложен предел – «ПОЗ» (Полные общественные затраты по предоставлению образовательных услуг).

Объединение двух определенных моделей наиболее полно укладывается в формат поли структурности ОСК всего ведомства и его структурных составляющих. В этом

случае цифровизация факторов органического строения производства и их моделирование может рассматриваться одновременно в матрицах неопределенности и матрице рисков. В этом случае неопределенность при ее трехэтапном становлении в определенность (цифруемая от 0 до 1) через категорию ОСК предполагает реализацию для каждого этапа технологии риск менеджмента.

В этой категории удастся наиболее полно учитывать процессы и проекты отраслевого, регионального, корпоративного менеджмента как в структурно-функциональном замере того, что уже состоялось, так и в воспроизводственном аспекте того, что может быть при прохождении этапов неопределенностей и минимизации рисков в рамках каждого этапа. В этом случае неопределенность и риски рассматриваются не как элементы причинно-следственной детерминированности, а как элементы опосредуемые возникновения возможности и ее перевода в действительность. Детерминируемые, стохастические элементы системного анализа в воспроизводственном аспекте дополняются относительно самостоятельным элементом неопределенности. Это особенно актуализируется требованиями инновационности самой медико-социальной помощи (деятельности), как и формируемыми специалистами и их организационно-технологическими взаимодополнениями с вещественными факторами производства. В этом замере пока лишь реализуется «Техническое строение производства» имевшее некогда значение при отсутствии высоких дифференциаций по потребителям медицинской помощи и их дифференциации по доходам, предпочтениям, комбинациям основных медицинских благ с различными видами восстановительной медико-социальной помощи. При переходе здравоохранения на ОКВЭД и соответственно к экономической деятельности «Техническое строение производства» с неизбежностью входит в рыночно определяющие детерминанты спроса, предложения, несовершенства рынков и т. п. В данном случае выраженность технических факторов и личностных факторов в стоимости и измерение соответствующей динамики предлагает «Стоимостное строение капитала».

При возникновении инновационности, иной технологичности в соответствующих факторах предоставления, форматирования медицинской помощи (деятельности)

возможно появление категории ОСК. Причем, для здравоохранения ОСК в большей степени, чем для иных отраслей должно быть реализовано в менеджменте как полиформа.

В этом двуединстве органическое строение производства рассматривается как форма и техники его развития, снятия неопределенностей и одновременно с этим как инструментальное средство роста социально-экономической эффективности как отраслевого, так и общенационального уровня.

В этом аспекте терминология ОСК, использованная К. Марксом как синтез показатель развития машинного производства с приоритетами замеров через уровни и динамики постоянного и переменного капитала дали ориентиры для использования этой категории как для изучения внутри, так и внешне корпоративных контуров. В то же время корпоративный уровень, определявший коммерческую эффективность, уступил место уровню вертикально-горизонтально интегрированным производственным системам. Последние, спорадически уступая ряд функций государственному уровню воспроизводства и механизмам государственного регулирования, государственно-частного партнерства (ГЧП), сформировали вне корпоративное пространство. Последнее все более требовало возникновения надкорпоративного менеджмента, снижающего неопределенности, риски, детерминируемые и стохастические процессы комплексности формирования и развития человеческого капитала.

Это стало тем, что внешне корпоративные, отраслевые динамики измерения ОСК потребовали дополнительных социальных, социально-демографических элементов замеров и регулирования динамики социально-экономических процессов эффективнее трансформируемых в проектные реализации уровня корпораций и регионов.

О существенных отличиях во внутри региональном разбросе по замерам технического строения производства, представленных в работах Бабенко А.В., Абрамовских Л.Н., Колосковой Ю.И., Якимовой Л.А. [7; 8], просматривается все-таки предпосылка введения в анализ, прежде всего, рыночных индикаторов: номинальной, реальной ставок заработной платы.

В то же время появление категории ОСК как полиформы, дает иные векторы, в которых интегрируются:

А. Вертикальные связи преимущественно финансового типа государственного ре-

гулирования с приоритетами продвижения, предоставления общественных и смешанных медицинских благ и образовательных услуг, продуктов по ПОЗ (полным общественным затратам).

Б. Вертикально-горизонтальные связи отраслевого уровня, разносимые в локациях территориально-отраслевых размещений организаций образовательного блока и блока практической медицины.

В. Горизонтальные связи с фактически локациями от размещенного и фактического проживающего населения с соответствующим уровнем обеспечения предоставления медицинской помощи, услуг и т. п.

Результаты исследования и их обсуждение

Используя особенности отрасли «Здравоохранение» – предоставление медицинской помощи с учетом ее отраслевого цикла технолого-организационного порядка, отсутствие «запаса» данной помощи до возникновения необходимости в ней, существенно повышает значение как технических средств отрасли, так и уже накопленного потенциала мобильности, стоимости нематериальных активов, что может быть представлено как в собственно информационные базы медицинских организаций, так и в квалификационно-креативные компоненты медицинского персонала.

Затраты на повышение квалификации и профессиональную переподготовку в данном случае для медицинских работников, проходящих обучение по программам дополнительного профессионального образования (ДПО) в институте последипломного образования по ОЗиОЗ КраСГМУ, после освоения данных финансовых средств в процессе обучения должны включаться уже в технолого-организационные процессы реализации деятельности медицинского работника в системе практического здравоохранения.

В этом случае инновационность и качество отдачи от медицинской помощи оказывается зависимой от организации процессов, проектов минимизации рисков, неопределенностей, где возможности «интеллектуализации профессионально-квалификационных компонентов» могут не перейти в фактическую деятельность, предоставляющей медицинскую помощь и соответствующую дистрибьюцию.

В этой логистике образовательных технологий и технологий организации

предоставления медицинской помощи про-
смачивается воспроизводственный подход
в формировании, развитии перспективных
форм органического строения производства.

Различные общественные институты
оказываются во внешних для них коопера-
ционных, а в ряде случаев интегрирован-
ных связях при наличии обратных связей
для ответа на вызовы формирования, раз-
вития и воспроизводства ЧФ «Человече-
ского фактора» (Капитала) современной
России. Предложенная расчетная формула
ОСК Румянцевым А.А. и нашедшая при-
менение в теоретическом анализе и прак-
тической проверке в отраслевом формате
(приборостроение, добывающая промыш-
ленность) у Лунина И.А., Голованова А.А.
и др. [9; 10; 11], может получить некоторые
уточнения для отраслевого использования
в отрасли здравоохранения.

$$Оск = ((Fa + M + Nm) / (S + Ст)) \times 100,$$

где Fa – стоимость основных средств;

M – стоимость материалов;

Nm – стоимость нематериальных активов
(патенты, лицензии) + (квалификации, кре-
ативные компоненты предоставления мед-
помощи в условиях не всегда прописанных
нормативно);

S – затраты на оплату труда работников (учет
не только сумм данных средств, но и саму
организацию их стимулирования: от каче-
ства, количества мед. помощи; сложности
медпомощи; своевременности оказания
медпомощи и т. п.);

Ст – затраты на повышение квалификации,
переподготовку (суммы, источники, уровень
результативности влияния на освоение но-
вых компетенций и навыков).

Очевидно, что возможны различные ва-
рианты, комбинации процессов формирова-
ния, предоставления медицинской помощи,
в том числе от преимущественной специфи-
ки организации технологических процессов
медицинской помощи и ее организационно-
го оборота с учетом параметра вид экономи-
ческой деятельности.

При преобладании в процессах предо-
ставления медико-социальной помощи
основных средств как главных факторов,
причем при наполненности технолого-тех-
ническими прогрессивными изменениями,
что может приводить к росту органическо-
го строения производства фондоемкого типа
интенсификации. В данном случае интен-
сификация, как элемент общеэкономической

динамики, является фактором безотноси-
тельным к типобразующим видам отноше-
ний собственности.

При приоритетности энергозатратности
в процессах предоставления медицинской
помощи и ее снижении на предоставление
помощи по видам и т. п. В данном случае
органическое строение производства энер-
госберегающего типа интенсификации.

При приоритетности материалов, ме-
дицинских технологий и медикаментозных
средств в предоставлении медицинской по-
мощи, что относится в большей части к обо-
ротным средствам и их снижению на единицу
оказываемой помощи. Органическое строе-
ние производства преимущественно мате-
риало-сберегающего типа интенсификации.

При выраженности трудо-квалифика-
ционного компонента как главного фактора
предоставления медицинской помощи и со-
ответствующего снижения данных затрат
при не снижении качества, а в ряде случа-
ев предложения инновационных элементов
в медицинской помощи. ОСК преимуще-
ственно трудо-квалификационного типа,
в котором образовательная составляющая,
заложенная в формате ПОЗ (Полных обще-
ственных затрат), потенциально позволяет
формировать, реализовывать перспектив-
ные механизмы мотиваций, стимулирова-
ния, в которых и через которые возможны
к реализации тезаурусные составляющие
интеллектуального потенциала и т. п.

Полиформа ОСК – это дальнейшее раз-
витие данной категории, выводящей орга-
низационно-управленческие и планируе-
мые смыслы за рамки:

А. Преимущественно горизонтальных
связей, некогда определявших развитие
промышленных предприятий и социально-
го воспроизводства населения как фактора
воспроизводства капитала в системах ры-
ночных ограничений и выбора.

Б. Преимущественного развития ОСК
как инструмента менеджмента и соответ-
ствующих экономико-математических по-
казателей замеров для нахождения оптими-
зационных решений различных отраслей
материального производства.

В. Преимущественно как инструмент
рыночного внешне организационного ре-
гулирования, создававший предпосылки
перехода к иной системе внутривыпроиз-
водственного разделения труда, вытеснявше-
го по ряду причин разделение работ пред-
шествующего технологического уклада

техническим разделением труда и соответствующим ростом значения внутри корпоративного менеджмента персонала предприятий.

Полиформа ОСК в современных условиях – это интегрирующая категория отношений, логистических процессов, проектов, прежде всего при:

А. Усилении вертикальных связей разнотипных и разнородных производств, укладываемых в разные виды диверсификаций, аутсорсинга, коммерческих схем встраиваний в производственно-технологические процессы и т. п.

Б. Усилении несовершенств фактических рынков (становление разнотипных видов исключительностей) при нарастающих потерях общественного благосостояния, от разных видов как объективных аллокаций, так и комбинаторики субъективно принимаемых решений и нарастаний вызываемых этими решениями рисков и т. п. Отраслевая специфика по ряду специфически сформированным сегментам предоставления медицинской помощи и предложенным ее критериям представлены в методике Тяжелникова Ю.А. В частности, автор выделяет 11 критериев медицинской эффективности и 8 критериев эффективности социальной. Это подход к относительной самостоятельности видов эффективности рассматривается им через риски, измеряемые в баллах как от внешне организационной, так и внутри организационной среды и соответственности социальной специфики персонала [12].

В. Усилении в воспроизводстве взаимодополнений при сочетаниях коммерческой логистики, логистики движения смешанных благ, логистике чисто общественных благ;

Г. Усилении глобализации многих инновационно емких процессов, требующих долгосрочности инвестирования, что для корпоративного уровня с высокими долями самостоятельности чаще рискованно и недостаточно убедительно в средне и долгосрочной перспективе.

Это делает достаточным в реализации ОСК как полиформы, сочетающей государственно-частное партнерство (ГЧП), определяющего приоритеты, виды в создании предпосылок роста. Эта комплексность реализации актуализирована многими современными процессами, происходящими на территории РФ и за ее пределами. Появляются возрастающие социальные группы населения, требующие целенаправленной многоуровневой системы поддержки, вос-

становления различными звеньями разнородных ведомственных систем. Последние все более ориентированы на конечные результаты самой медико-социальной помощи и соответственно снижению рисков ее предоставления при минимизациях не профильности данной помощи.

Учитывая трансформацию ОСК и полиформу его современных значений, можно отметить, что:

1. Тренды опосредуемых этой категорией отношений (контрактов) по направлениям технологического-организационным, средне и долгосрочных периодов позволят выходить на приоритеты другого уровня возможностей инноваций и качества, соответственно иных возможностей продукции, работ, услуг, предоставляемых здравоохранением в разных сегментах этой помощи, что нашло подтверждение в исследованиях Модестова А.А., Подкорытова А.В., Захаровой Т.И., Тяжелникова Ю.А., Шульмина А.В. и др. [1; 12; 13].

2. Тренды этих отношений в направлениях становления, развития неопределенностей средне и долгосрочных процессов как по разным типам, видам благ, так и в замерах объективных предпосылок и субъективных формах их реализаций.

3. Тренды этих отношений в организации поэтапной минимизации рисков неполучения продукции, работ, услуг с низкими уровнями инновационности и качества.

4. Тренды этих отношений в минимизации рисков разрывов воспроизводства человеческого фактора общественными институтами.

5. Тренды, сочетающие структурно-функциональные и производственные аспекты конкурентоспособности образования. Многоуровневость, социально-экономическая эффективность образования (представление образовательного продукта, как в профессиональных, так и социальных компетенциях), особенности отраслевого и общенационального регулирования и т. п. позволяют формировать интеллектуальный и иные виды потенциала работников, которые с учетом чисто рыночных, смешанных и иных благ наиболее достаточны для отраслевых вхождений в структуры персонала и привнесения в динамику организаций импульса роста ОСК.

Для реализации данных трендов возможно использование:

А. Карты «Преимущественных типов органического строения производства» при формировании и предоставлении медицинской

помощи с учетом «Карты «Рисков неполучения эффективной отдачи от человеческого капитала в соответствии с полными общественными затратами».

Б. Карты «Факторов неопределенности управления органическим строением производства как полиформой».

Это позволит мониторить уровень и динамику данного процесса через соответствующий показатель, планировать и в долгосрочной перспективе прогнозировать перспективные направления снижения неопределенностей и рисков в предоставлении медицинской помощи (табл. 1, 2).

Заключение

1. Управленческая реализация категории «Органическое строение капитала» в виде полиформы находит свое применение в практическом здравоохранении так таковым, а так-

же в кооперации со структурами подготовки, переподготовки медицинских кадров.

2. Интеграция в системе внутри и внешне отраслевых связях, организации контрактов системовоспроизводимых элементов по инновационности и качеству «Органическое строение капитала» отраслевого, подотраслевого уровней замыкается в механизмах менеджмента неопределенностей и рисков.

3. Вхождение здравоохранения с предоставлением им по разным направлениям видам помощи, услуг, продуктов в формат экономической деятельности актуализировали факторный анализ и перспективы реализации четырех видов интенсификации, являющейся ресурсосберегающим элементом при определенных задачах качества предоставления медицинской помощи как результата экономической деятельности медицинских работников.

Таблица 1

Карта рисков неполучения эффективной отдачи от человеческого капитала медицинских организаций (МО) в соответствии с полными общественными затратами (ПОЗ)

Факторы управления рисками строения капитала как полиформы	Риски от несовпадения человеческого капитала в органическом строении	Риски корпоративного уровня снижения эффективности интеллектуального потенциала при вхождении в фактические структуры производств	Риски не использования опережающего развития вновь входящего человеческого капитала в формы технического строения
Формируемые образовательные компетенции, компетенции по переподготовке мед. персонала.	Риски некомплексности, не системности оценки разных типов и динамик органического строения производства (ОСК)	Риски снижения эффективности корпоративного мониторинга за уровнем и динамикой разных типов ОСК.	Риски отсутствия действенного механизма реализации интеллектуально-креативного потенциала вновь входящих в состав мед. персонала.
2.Формируемые и реализуемые стимулирующие, мотивационные профили переобучающего персонала корпоративными и образовательными структурами	Риски непрофильных стимулов и мотиваций для управления перспективной динамикой органического строения МО.	Риски от сформированных структур МО по реализации стимулов и мотивов для сочетаний разных форм и типов ОСК органического строения производства.	Риски не реализации интеллектуально-креативного потенциала персонала по типам развития органического строения МО.
3.Факторы организации, планирования прямых, обратных связей по реализации государственно-частного партнерства в реализации перспективных направлений органического строения производства МО.	Риски отсутствия долгосрочных планов, проектов формирования человеческого фактора, способного быстро входить в структуры МО, воспроизводящих органическое строение производства в формате полиформы.	Риски не снятия организационных эффектов от технологий, техник интегративного планирования реализации отдачи от ОСК МО.	Риски не реализации организационных рычагов после переподготовки медицинского персонала.
4.Факторы организации, планирования межотраслевых, региональных связей по реализации многоформатных направлений динамики органического строения МО.	Риски отсутствия территориально-отраслевого регулирования связей реализации органического строения как отраслевой и территориально организованной совокупности.	Риски не снятия организационных эффектов от планирования контрактов и их менеджмента по развитию ОСК и предоставления медицинской деятельности по ПОЗ.	Риски не реализации компетенций в форматах дистанционных технологий и цифровизаций, снижающих эффекты прохождения ОСК соответствующего этапа.

Таблица 2

Карта факторов неопределенности менеджмента медицинских организаций (МО)

Уровни становления, снятия неопределенности	Циклы внутри и внешне организационной неопределенности менеджмента орг. стр. капитала (ОСК) как полиформы в медицинской организации (МО)			
	1	2	3	4
А. Уровни формирования различий в становлении ОСК МО	Уровни неопределенности от типа возможного к появлению ОСК МО	Уровни неопределенности от преобладающего наполнения вещественных и личностных факторов МО.	Уровни неопределенности от формализуемых и стохастических процессов, циклов ОСК по типам.	Уровни неопределенности в ОСК МО. как технологически перспективной формы от внешне организационной логистики.
Б. Уровни различий в процессах начала объективной динамики ОСК в рациональном менеджменте МО.	Уровни процессной самонастраиваемости ОСК в МО по типам (фондоёмкой, энергоёмкой и т. п.).	Уровни проектного регулирования предпочтительных динамик ОСК МО	Уровни неопределенности в прохождении управленческих решений по сформированным и возможным к формированию организационных структур.	Уровни неопределенности снятые сформировавшие устойчивые развития в динамике ОСП МО.
В. Уровни оптимального регулирования процессов самонастраивания и управленческого регулирования развития ОСК МО	Уровень и динамика неопределенности в стоимостных и технологических формах ОСК МО	Уровни неопределенности одно и разнонаправленности движения разных типов ОСК и разных по зрелости форм орг. стр.	Уровни неопределенности и динамики разных факторов в разных типах ОСК МО	Уровни сформировавшейся неопределенности перспективных форм ОСК МО при планировании предоставления частных, смешанных и чисто общественных форм медицинских благ.

4. Кооперационные, а в ряде случаев интеграционные контракты практического здравоохранения и системы подготовки, переподготовки кадров усиливаются в измеряемых параметрах структурированных элементах персонала медицинских организаций, относимых к различным видам нематериальных активов.

5. Переподготовка медицинского персонала разных профилей, стажа, специализаций, возраста и т. п. создает предпосылки для вхождения этих сотрудников в структуры персонала клиник и т. п., где возможность реализации организационных рычагов в условиях технологической

взаимодополняемости факторов с цифровизацией становится новым уровнем как самой медицинской помощи, так и направлениями оптимизационных решений в категории «Органическое строение капитала».

6. Структурно-функциональный и воспроизводственный подходы в условиях экономической деятельности здравоохранения при применении категории «Органическое строение капитала» как полиформа выходит на показатели социально-экономической эффективности при углублении сегментации по рыночным, смешанным и чисто общественным сегментам.

Библиографический список

1. Модестов А.А., Подкорытов А.В., Захарова Т.И. Медико-социальная реабилитация ветеранов боевых действий в условиях региона (на примере Красноярского края). Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей, работников социальной защиты населения, службы занятости, военных комиссариатов. Красноярск 2006. 28 с.
2. Максимов А.Н., Максимова С.И. Органическое строение капитала как полиформа менеджмента современных коммерческих организаций // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2023. № 6. Ч. 2. С. 206-214.

3. Максимов А.Н., Максимова С.И. Методика оценки конкурентоспособности образовательных услуг современного этапа развития рынка образования РФ // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17490> (дата обращения: 29.01.2024).
4. Максимова С.И. Оптимизация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим цереброваскулярной патологией и находящимся на надомном социальном обслуживании: автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск, 2006. 24с.
5. Фалалеев А.Н. Российская школа на пути к экономике, основанной на знаниях // Современные проблемы теории и практики непрерывного образования: коллективная монография / под. общ. ред. Академика РАО, д. экон. наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ А.И. Таюрского. Красноярск, 2013. С.69-72.
6. Формирование и регулирование рынка образовательных услуг в сфере высшего профессионального образования: монография / под общ. ред. Н.Н. Терещенко / И.П. Артюхов, Н.Л. Борщева, Н.И. Денисова, Н.Н. Терещенко. Красноярск: КрасГМУ, 2011. 253 с.
7. Бабенко А.В., Абрамовских Л.Н. Социально-экономические проблемы России и обеспечение экономического роста на основе инновационного развития // Социально-экономический и гуманитарный журнал Красноярского ГАУ. 2019. № 1 (11). С. 69-78.
8. Колоскова Ю.И., Якимова Л.А. Механизм формирования человеческого капитала сельских территорий // Вестник Красноярского государственного аграрного университета. 2015. № 4. С. 220-224.
9. Румянцев А.А. Органическое строение капитала: влияние технологического развития // Журнал экономической теории. 2020. Т. 17. № 1. С. 91-110.
10. Лунин И.А. Изменения в органическом строении производственного капитала в условиях неиндустриального развития российской экономики // Проблемы развития предприятий: теория и практика. 2020. № 1-2. С. 60-64.
11. Голованов А.А. Органическое строение капитала: теория, анализ, практика // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2021. № 9-2. С. 132-141. URL: <https://vaeel.ru/ru/article/view?id=1850> (дата обращения: 29.01.2024).
12. Тяжелников Ю.А. Социально-гигиенические аспекты здоровья и оптимизации медико-социальной помощи подросткам, находящимся в местах лишения свободы: автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск, 2005. 25 с.
13. Шульмин А.В. Научное обоснование приоритетов деятельности здравоохранения административно-территориальных образований (на примере Красноярского края): автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск, 2005. 24 с.