

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

УДК: 614.2

На правах рукописи

**КАЛИЕВА ДИАНА АМИРЖАНОВНА**

**Прогнозирование и совершенствование  
подготовки кадровых ресурсов в сфере менеджмента  
здравоохранения Республики Казахстан**

6D110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени  
доктора философии (PhD)

Научный руководитель: Калматаева Ж.А.,  
д.м.н., ассоциированный профессор  
Научный консультант: Падайга Ж.,  
доктор PhD, профессор

Республика Казахстан  
Алматы, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	8
ВВЕДЕНИЕ	10
1 ПЕРСПЕКТИВЫ РЫНКА ТРУДА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЛОБАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	13
1.1 Глобальные тенденции рынка труда и технологий	14
1.2 Тенденции, трансформирующие системы здравоохранения	18
1.3 Перспектива функций здравоохранения	21
1.4 Обучение менеджеров здравоохранения в Республике Казахстан	29
2 МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ	33
3 ПОТРЕБНОСТЬ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ОБУЧЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ И СОДЕРЖАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ	42
3.1 Отношение слушателей курсов повышения квалификации и действующих руководителей здравоохранения Казахстана к существующей системе обучения	42
3.2 Формирование перечня и содержания современных и перспективных компетенций специалистов в сфере менеджмента здравоохранения на основе качественных исследований среди менеджеров здравоохранения	51
4 КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПРОГНОЗ РЫНКА ТРУДА, КАК ОСНОВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СФЕРЕ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	63
4.1 Качественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения	63
4.2 Количественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения	67
4.3 Совершенствование образовательного процесса и программ подготовки менеджеров здравоохранения на уровне магистратуры	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	81
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	85
ПРИЛОЖЕНИЯ	95

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113.

Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 - 2021 годы, Министра национальной экономики Республики Казахстан от 4 февраля 2016 года № 58.

Концепция Развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 г, в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы, утвержденный приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 сентября 2013 года № 498.

Резолюция «Актуальные проблемы развития кадровых ресурсов системы здравоохранения в области менеджмента» от 12 декабря 2011 года.

Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. ВОЗ/ ПРОЕКТ, декабрь 2015 год.

Приказ Министерства Здравоохранения РК №774 от 24.11.2009 года.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2012 года №588 «О внесении изменения в приказ исполняющего обязанности министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам расширения академической и управленческой самостоятельности высших учебных заведений» от 4 июля 2018 года № 171-VI ЗРК.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

**Аутсорсинг** – это передача части функций по обслуживанию деятельности учреждения другой организации.

**Биотехнология** – дисциплина, изучающая возможности использования живых организмов, их систем или продуктов их жизнедеятельности для решения технологических задач, а также возможности создания живых организмов с необходимыми свойствами методом геной инженерии.

**Биосенсор** – это аналитический прибор, в котором для определения химических соединений используются реакции этих соединений, катализируемые ферментами, иммунохимические реакции или реакции, проходящие в органеллах, клетках или тканях.

**Биоэтик** – специалист, обеспечивающий нормативно-правовые и этические рамки деятельности медицинских, диагностических и биоинженерных центров, в которых осуществляется трансплантология и генетическое моделирование.

**Блокчейн** (англ. blockchain) – выстроенная по определённым правилам непрерывная последовательная цепочка блоков (связный список), содержащих информацию.

**Бенчмаркинг** – это метод сравнительного анализа эффективности работы одной компании с показателями других, более успешных компаний для повышения эффективности деятельности, совершенствования бизнес-процессов.

**Большие данные** (англ. big data) – обозначение структурированных и неструктурированных данных огромных объёмов и значительного многообразия, эффективно обрабатываемых горизонтально масштабируемыми программными инструментами.

**Виртуальная реальность** (VR, англ. virtual reality, VR, искусственная реальность) – созданный техническими средствами мир, передаваемый человеку через его ощущения: зрение, слух, обоняние, осязание и другие. Виртуальная реальность производится в реальном времени.

**Веб приложения** – клиент-серверное приложение, в котором клиент взаимодействует с сервером при помощи браузера, а за сервер отвечает — веб-сервер.

**Веб-портал** – крупный сайт, объединяющий различные сервисы.

**Веб-вещание, Интернет-вещание** – передача потоковых данных через сеть Интернет для осуществления широкоэвещательных передач.

**Видеоконференция** (от англ. videoconference) – область информационной технологии, обеспечивающая одновременно двустороннюю передачу, обработку, преобразование и представление интерактивной информации на расстоянии в режиме реального времени с помощью аппаратно-программных средств вычислительной техники.

**Искусственный интеллект** – (ИИ; англ. Artificial intelligence, AI) наука и технология создания интеллектуальных машин, интеллектуальных компьютерных программ; свойство интеллектуальных систем выполнять творческие функции, которые традиционно считаются прерогативой человека.

**Инновация** – это внедрённое новшество, обеспечивающее качественный рост эффективности процессов или продукции, востребованное рынком.

**ИТ-медик** – это специалист с хорошим знанием информационных технологий, статистики и медицины. Он создает базы физиологических данных и управляет ими, создает программное обеспечение для лечебного и диагностического оборудования.

**Кейс-стади** (от англ. case-study) – техника обучения, использующая описание реальных (или очень близких к реальности) конкретных ситуаций.

**Контент** – содержимое, информационное наполнение сайта, издания. Системы управления контентом представляют собой программное обеспечение, устанавливаемое на веб-сервере и предназначенное для создания и обслуживания динамического сайта.

**Коуч** – тренер, инструктор, наставник.

**Трекер** – (от англ. to track) проследить, оставлять след, намечать курс.

**Телемедицина** – использование компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией.

**Менеджмент** – это вид профессиональной деятельности, направленный на достижение определенных намеченных целей, действующей в рыночных условиях, путем рационального использования материальных и трудовых ресурсов с применением принципов, функций и методов экономического механизма менеджмента.

**Нейротехнология** – это любые технологии, которые оказывают фундаментальное влияние на то, как люди понимают мозг и различные аспекты сознания, мыслительной деятельности, высших психических функций.

**Нанотехнология** – область фундаментальной и прикладной науки и техники, имеющая дело с совокупностью теоретического обоснования, практических методов исследования, анализа и синтеза, а также методов производства и применения продуктов с заданной атомной структурой путём контролируемого манипулирования отдельными атомами и молекулами.

**Профессиональная компетенция** – способность успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении профессиональных задач.

**Смарт-медицина** – комплекс профилактических, лечебных и иных медицинских процессов с применением высокотехнологичного оборудования и инновационных лекарственных препаратов.

**Стартап** – это только что созданная компания, находящаяся на стадии развития и строящая свой бизнес либо на основе новых инновационных идей, либо на основе только что появившихся технологий.

**Стейкхолдер** (с англ. stakeholder) – это группы, организации или индивидуумы, на которые влияет компания и от которых она зависит. Заинтересованная сторона, причастная сторона.

**Тренд** (с англ. trend – тенденция) – основная тенденция изменения чего-либо.

**Трендотчер/форсайтер** – это специалист в области рекламы и маркетинга, отслеживающий появление новых тенденций среди потребителей, анализирует их потребности, отношение к тем или иным продуктам, предвосхищает возникновение новых потребностей.

**Трансфер технологий** – движение технологии с использованием каких-либо информационных каналов от одного ее индивидуального или коллективного носителя к другому.

**Топ-менеджер** – руководитель высшего уровня иерархии, который ежедневно несет ответственность за эффективное управление организацией.

**Робототехника** – прикладная наука, занимающаяся разработкой автоматизированных технических систем и являющаяся важнейшей технической основой интенсификации производства.

**Фокус-группа** – метод качественных исследований, заключается в глубинном интервьюировании представителей целевой аудитории.

**Цифровизация** – переход на цифровой способ связи, записи и передачи данных с помощью цифровых устройств.

**Электронное обучение** (англ. E-learning, сокращение от англ. Electronic Learning) – это система обучения при помощи информационных и электронных технологий.

**Эмпатия** – осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания.

**Government Relations** – специалист, который взаимодействует с органами государственной власти.

**Lean production** – бережливое производство, концепция управления производственным предприятием, основанная на постоянном стремлении к устранению всех видов потерь. Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации бизнеса каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя.

**R&D-менеджеры** (от англ. Research & Development) – разрабатывают стратегии технологического развития компании, ищут перспективные разработки и проводят модернизацию производства; совокупность работ, направленных на получение новых знаний и практическое применение при создании нового изделия или технологии.

**SWOT-анализ** – метод стратегического планирования, заключающийся в выявлении факторов внутренней и внешней среды организации и разделении их на четыре категории: Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности) и Threats (угрозы).

**T-shaped эксперт** – концепция T-образных навыков, используемой при найме на работу для описания способностей людей в рабочей силе. Вертикальная панель на T представляет собой глубину связанных навыков и опыта в одной области, тогда как горизонтальная полоса, это способность сотрудничать по дисциплинам с экспертами в других областях и применять знания в областях знаний, отличных от собственных.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- АМА – американская медицинская ассоциация  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВОП – врач общей практики  
ВУЗ – высшее учебное заведение  
ВВП – валовый внутренний продукт  
ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь  
ГПРЗ – государственная программа развития здравоохранения  
ВШОЗ – Высшая школа общественного здравоохранения  
ЕврАзЭС – евразийское экономическое сообщество  
ЕНСЗ – Единая национальная система здравоохранения  
ИИ – искусственный интеллект  
ИМН – изделия медицинского назначения  
КазНМУ – Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова  
КОМУ – комитет оплаты медицинских услуг  
ЛС – лекарственные средства  
МТ – медицинская техника  
МЗ РК – министерство здравоохранения Республики Казахстан  
МО – медицинская организация  
МООК – массовые открытые онлайн курсы  
МСФО – международные стандарты финансовой отчётности — набор документов (стандартов и интерпретаций), регламентирующих правила составления финансовой отчётности, необходимой внешним пользователям для принятия ими экономических решений в отношении предприятия. (IFRS англ. International Financial Reporting Standards)  
НПА – нормативный правовой акт  
ОРК – отраслевая рамка квалификаций  
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития (англ. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD)  
ОСМС – обязательное социальное медицинское страхование  
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь  
ПХВ – право хозяйственного ведения  
РК – Республика Казахстан  
РЦРЗ – Республиканский Центр развития здравоохранения  
РФ – Российская федерация  
СКО – Северо-Казахстанская область  
СМИ – средства массовой информации  
СНГ – содружество независимых государств  
СССР – Союз Советских Социалистических Республик  
СМИ – средства массовой информации  
США – Соединенные Штаты Америки  
ФСМС – фонд социального медицинского страхования

GR – Government Relations - специалист, который взаимодействует с органами государственной власти

IT-технологии, ИТ – Information Technology, информационно-коммуникационные технологии

JCI – (Junior Chamber International, Международная молодёжная палата) — это некоммерческая организация, которая занимается улучшением качества обслуживания и безопасности пациентов в медицинских учреждениях, оценивает уровень профессиональной подготовки врачей и другого медицинского персонала, технологическую и административную инфраструктуру

MBA (Master of Business Administration) – магистр делового администрирования

HR – английский термин, обозначающий кадровую службу, дословно от англ. Human Resource — человеческие ресурсы

HRM – кадровый менеджмент

PBL (Problem Based Learning) - метод проблемного обучения

PDA – (англ. Personal Digital Assistant) карманный персональный компьютер, портативное вычислительное устройство, обладающее широкими функциональными возможностями

TBL (team based learning) – командно-ориентированное обучение

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Одним из основных направлений государственной политики страны является улучшение качества медицинских услуг и системы здравоохранения. В мировом опыте эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от уровня подготовки медицинских работников. Из Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы одним из направлений является модернизация медицинского образования. Для реализации данного направления, актуальным является изучение и развитие кадрового ресурса здравоохранения [1].

В соответствии с программой, Министерством здравоохранения Республики Казахстан был разработан проект Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 гг., целью которой является - формирование эффективной кадровой политики отрасли, обеспечивающей предоставление качественных услуг здравоохранения. Основными задачами данной концепции являются: оптимизация планирования, штатной численности и структуры кадров; совершенствование подготовки и непрерывного профессионального развития кадров; эффективное управление человеческими ресурсами здравоохранения [2].

Особенно остро кадровый вопрос стоит в отношении таких специальностей, как менеджеры и экономисты здравоохранения, с учетом того, что организации здравоохранения получили больше самостоятельности в управлении своими ресурсами [3].

Менеджеры в области здравоохранения играют важную роль в обеспечении эффективного, продуктивного и качественного предоставления услуг. На протяжении последних лет отмечается активный рост требований к менеджменту в учреждениях отрасли здравоохранения. В связи с этим большую актуальность приобретают вопросы подготовки и переподготовки высококвалифицированных клинических кадров – менеджеров в сфере здравоохранения [4-5].

Ожидается, что в период с 2010 по 2022 год к рабочей силе будет добавлено более 5 миллионов рабочих мест в сфере здравоохранения. От повышения безопасности пациентов до широкого внедрения телемедицины возникают новые роли и высокий спрос на новые навыки на быстро развивающемся рынке здравоохранения [6].

Современные тенденции рынка труда, и уровень развития мирового образования, предъявляют все более высокие требования к подготовке будущего специалиста здравоохранения. Одной из актуальных проблем для отечественной системы здравоохранения является обеспечение отрасли кадрами с необходимыми профессиональными компетенциями [7].

Данная тенденция предполагает углубленное изучение потребностей практического здравоохранения и оценку проблем управленческих кадровых

ресурсов для совершенствования обучения специалистов служб общественного здравоохранения и руководителей нового поколения.

Улучшение образовательных программ на основании компетентного подхода и с учетом запроса практического здравоохранения, позволит повысить эффективность подготовки и развития менеджеров здравоохранения, что в конечном итоге создаст возможность улучшения качества медицинских услуг и совершенствования системы здравоохранения.

### **Цель исследования**

Совершенствование образовательной программы магистратуры по подготовке специалистов в сфере менеджмента здравоохранения.

### **Задачи исследования**

1. Изучить современное состояние рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения на основе глобальных тенденций и преобразований в Республике Казахстан и определить перспективы.

2. Определить потребности руководителей здравоохранения Республики Казахстан в обучении с точки зрения методологии и содержания профессиональных компетенций.

3. Провести количественный и качественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения в Республике Казахстан.

4. Разработать и апробировать образовательные программы магистратуры в сфере менеджмента здравоохранения, с учетом востребованных и перспективных профессиональных компетенций для здравоохранения Республики Казахстан.

### **Научная новизна**

Научная новизна исследования состоит в том, что с использованием качественных и количественных методов исследования определены востребованные и перспективные профессии и компетенции специалистов в сфере менеджмента здравоохранения, проведен количественный и качественный прогноз кадров общественного здравоохранения Казахстана.

### **Практическая значимость**

Отработаны методы изучения потребностей и нужд в сфере рынка труда здравоохранения и определены стейкхолдеры образовательного процесса в подготовке специалистов и менеджеров здравоохранения. На основе полученных результатов исследования, были разработаны и апробированы образовательные программы на уровне магистратуры в сфере менеджмента здравоохранения.

### **Основные положения, вынесенные на защиту**

1. Мировой рынок труда и кадровая прогнозная оценка в сфере менеджмента здравоохранения Казахстана ориентируют на подготовку разнопрофильных менеджеров, с многосторонним кроссекторальным подходом в здравоохранении, но с четким разграничением компетенций по профессиям и уровням квалификации.

2. Основой для разработки и определения востребованности образовательных программ являются данные изучения потребностей практического здравоохранения, прогноза мирового и отечественного рынка труда и постоянной оценки программ.

### **Внедрение результатов исследования**

Основные результаты исследования внедрены в Высшей школе общественного здравоохранения Казахского Национального университета имени аль-Фараби, занимающейся последипломным обучением руководителей здравоохранения.

### **Публикации по теме диссертации**

По материалам диссертационного исследования опубликованы 8 научных работ, из них 3 статьи в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 3 публикации в сборниках международных и зарубежных конференций, 1 статьи в медицинских научных журналах, 1 статья в зарубежном журнале, входящая в базу данных Scopus.

### **Апробация диссертации**

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: 2 международных конференциях, в публикациях в профильных изданиях; на ученом Совете в Казахстанском медицинском университете «ВШОЗ».

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 105 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 2-х разделов собственного исследования, заключения, включающего выводы и рекомендации. Работа иллюстрирована 20 таблицами, 23 рисунками. Библиография включает 124 источника, из них 57 на русском языке и 67 – иностранных авторов.

## **1 ПЕРСПЕКТИВЫ РЫНКА ТРУДА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЛОБАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами. В соответствии с определением ВОЗ, работниками здравоохранения являются люди, основная деятельность которых направлена на улучшение здоровья. В их число входят специалисты, оказывающие медицинские услуги (врачи, медицинские сестры, фармацевты и лаборанты), а также административные и вспомогательные работники. В мире насчитывается около 60 миллионов работников здравоохранения. Примерно две трети из них оказывают медицинские услуги (провайдеры), а одна треть выполняет административные и вспомогательные функции [2]. Прогнозируется, что спрос на глобальные кадровые ресурсы здравоохранения и их численность в последующие десятилетия существенно увеличатся в результате роста численности населения и экономического роста в сочетании с демографическими и эпидемиологическими изменениями [8-9].

Политика государства в области кадровых ресурсов здравоохранения, должна решать задачи по планированию, подготовке и использованию кадровых ресурсов в отрасли. Одним из главных направлений развития медицинских кадров является необходимость подготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения с учётом потребности регионов РК [10]. Остается на низком уровне подготовка менеджеров, несовершенство образовательных программ. В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, для совершенствования механизмов управления в здравоохранении будут разработаны и внедрены новые функциональные и квалификационные требования к руководителям, стимулирование и поддержка обучения менеджмента клиники, в том числе по программам MBA [1, с.44].

Современный рынок труда требует наличия ответственных и профессиональных кадров, особенно это актуально в системе здравоохранения. Необходима подготовка нового поколения менеджеров здравоохранения, способных перестраивать направление и содержание своей деятельности в связи с внедрением современных высоких технологий и требованиями рынка [11-12].

Мировая тенденция развития здравоохранения тесно связана с развитием IT-технологий. В странах ОЭСР идет активный процесс внедрения новых коммуникативных технологий, позволяющих значительно упростить взаимоотношения между врачом и пациентом. Развитие смарт-медицины становится главным трендом развития отрасли. В Казахстане, несмотря на заметный прогресс в области внедрения в отрасль современных информационных технологий, создание ряда порталов, улучшение обеспечения компьютерной техникой, разработанные и внедренные веб-приложения направлены только на решение отдельных вопросов финансирования и управления системой здравоохранения [13].

Сегодня сектор здравоохранения сталкивается с комплексными и взаимосвязанными проблемами, поэтому положительных результатов, скорее всего, необходимо ждать от многостороннего подхода, основанного на сотрудничестве и использовании современных технологий. Среди потенциальных решений повышение доступности медицинских услуг посредством формирования двойной системы государственного и частного здравоохранения, а также использование современных технологий виртуального здравоохранения [14-16].

### 1.1 Глобальные тенденции рынка труда и технологий

Рынок труда тесно взаимодействует с технологиями, порождая взаимный спрос и изменяя друг друга.

#### А) Организация труда

Группа Deloitte является одной из крупнейших в мире команд отраслевых экспертов, осуществляет свою деятельность в мире цифровых технологий, по работе с компаниями в сфере высоких технологий, телекоммуникаций, развлечений и СМИ. Согласно исследованию сферы человеческих ресурсов, регулярно проводимому Deloitte, по состоянию на 2017 год сложилась следующая картина важности трендов (см. рис. 1) [17]:

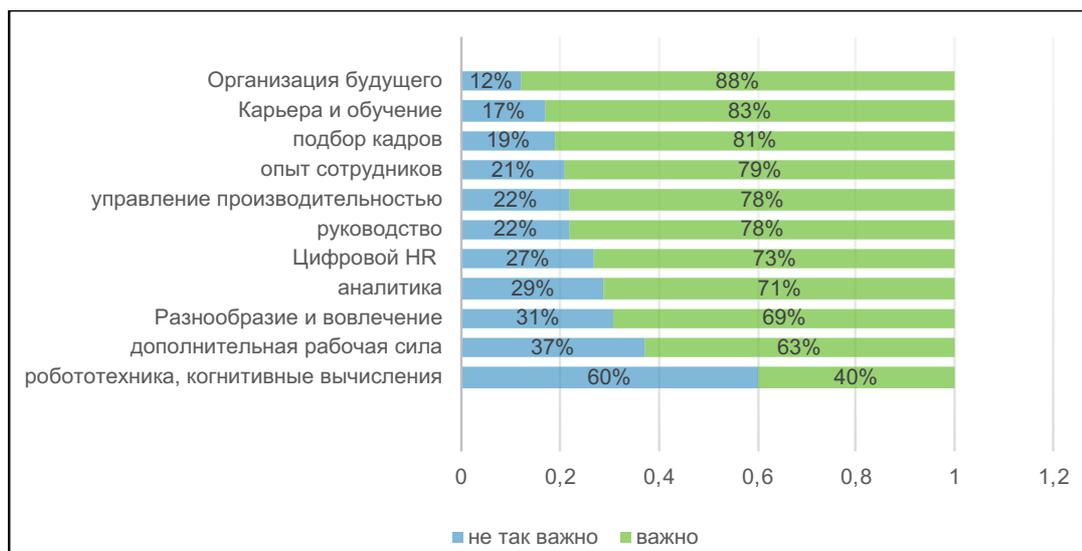


Рисунок 1 - Важность трендов в сфере HR в 2017 году

В исследовании Accenture получены похожие результаты, выдвинувшем следующие тезисы:

- цифровые технологии радикально видоизменяют HR службу;
- перенастройка под таланты без границ. Имеется рост глобальной трудовой конкуренции благодаря совершенствованию средств коммуникации и технологий дополненной и виртуальной реальности;

- привлечение специалистов в определенное место и время (широкое распространение практики почасовой, проектной, удаленной, в целом – ориентированной на результат работы);
- управление персоналом с индивидуальным подходом к каждому;
- привлечение внешних кадровых ресурсов;
- размывание границы HR, как отдельной функции;
- управление талантами в соответствии с научными знаниями о поведении человека;
- HR становится двигателем гибкой организации (оперативно адаптирующейся к изменениям внешней среды и внутренних потребностей);
- HR должны управлять рисками и конфиденциальностью;
- социальные связи приводят к демократизации работы (в том числе, к уплощению организационной иерархии и сокращению менеджерского штата, особенно на исполнительских позициях и в среднем звене)
- Навыки будущего – это навыки, которые позволяют работникам быть конкурентоспособными в будущей социально-экономической и технологической реальности [18-20].

В Working Paper Организации экономического сотрудничества и развития в результате анализа трендов использования рутинных и не рутинных видов труда (см. рис. 2) делаются выводы о наличии долгосрочного тренда роста востребованности навыков сложных коммуникаций и экспертного мышления. Соответствующие примеры в терминах инструментов – умение разрабатывать стратегии и планы их реализации; мыслить, находить решения и действовать кроссекторально, за пределами сферы здравоохранения [21-22].



Рисунок 2 - Тренды использования рутинных и не рутинных видов труда

Уже сегодня имеется потребность в T-shaped экспертов. «Т-образная личность», имеющих, с одной стороны, кросс-секторальный взгляд и опыт, а с другой – «вертикальные» компетенции в отрасли основной специализации., является одним из ключевых аспектов современной креативной работы [23-26].

С точки зрения глобальных тенденций важно отметить следующие направления:

- в целом, критическое повышение важности HR службы. В настоящее время в организациях здравоохранения РК практически отсутствует профессиональный HR менеджмент. Вместе с тем, спрос на привлечение и удержание лучших врачей растет [27-28];

- управление производительностью труда: растет востребованность компетенций разработки и внедрения систем повышения эффективности труда, ее оценки и поощрения [17,20-21,29-31];

- усиление человеческого потенциала современными технологиями и устройствами представляет собой подмножество предыдущего пункта в технологическом/инструментальном аспекте [16-17,20, 32];

- кадровый аутсорсинг, уже сегодня успешно практикуемый в РК медицинскими ВУЗами для обеспечения клинической базы обучения и медицинскими организациями для поддержания компактности штата при условии сохранения мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению [20,33-37].

## **Б) Технологии**

Сегодня информационные технологии в области здравоохранения (ИТ, ИТ) и цифровая инновация открывает мир возможностей для пациентов и врачей. Американская медицинская ассоциация (АМА) считает, что здравоохранение ИТ может сыграть решающую роль в оказании медицинской помощи [20, 38-40].

Переходя к тенденциям в сфере современных технологий, можно выделить 6 ключевых областей их развития, потенциально оказывающих наибольшее воздействие на развитие здравоохранения: искусственный интеллект, робототехника, дополненная и виртуальная реальность, биотехнологии, генетика, нейротехнологии, информационные технологии.

Развитие инновационных методов необходимо как с клинической, так и с экономической точки зрения. Уже сегодня потенциальные возможности улучшения результатов и снижения затрат демонстрируют роботизированная хирургия, 3D-печать, имплантируемые устройства, а также другие инновации, работающие на основе цифровых решений и современных технологий, которые направлены на профилактику, мониторинг и лечение. Это дает возможность работы с большими данными и аналитика создают также возможности для инноваций [17, 41-42].

Будущие инновации преобразовывают здравоохранение. Множество новых технологических достижений дают персонализированную и доступную помощь пациентам. Все это может сделать будущее здравоохранение более

мобильным и точным. Больницы, которые интегрируют цифровые решения в более широкие организационные возможности, могут улучшить потенциал для долгосрочного успеха интеграции. Усовершенствованная рабочая сила и использование новых технологий требуют постоянного изучения новых навыков управления и работы наряду с роботами и процессами ИИ. Это обеспечивает повышение эффективности медицинского обслуживания и уровня его безопасности и позволяет оптимизировать бизнес-процессы в медицинских учреждениях [43].

Мнение Билла Гейтса, выраженное в Twitter, также подтверждает перечень наиболее перспективных областей: «Если бы я начинал карьеру сегодня, то специализировался бы в сфере искусственного интеллекта, биологических наук или энергетики».

Использовать возможности в области информационных и коммуникационных технологий, если это осуществимо, эффективно с точки зрения затрат и дает преимущества для результатов здоровья пациентов. Необходимы новые профессиональные квалификации, навыки и компетенция, чтобы использовать потенциал информационных и коммуникативных технологий [8, с.16].

Новые технологии совершенствуют обучение медицинских работников и повышают его качество. Методы обучения, основанные на видеоконференциях, веб-вещании, интерактивные контент-программы могут обеспечить глобальный доступ к самым лучшим преподавателям и более экономически эффективны, чем стандартные программы обучения. Цель любой стратегии или учебной программы в области здравоохранения должна состоять в том, чтобы представить образовательный контент и провести обучение таким образом, чтобы все учащиеся могли приобретать необходимые клинические компетенции. Смешанная стратегия обучения, основанная на использовании информационно-коммуникативных технологий, электронном обучении и других методах обучения, может достичь этой цели [44-45].

В докладе группы Deloitte, «Тенденции развития человеческого капитала в 2015 году» подчеркивается 10 тенденций для достижения в области здравоохранения лучших результатов с меньшими затратами [46]:

- Новое поколение расшифровки генетической последовательности
- Устройства, изготовленные на 3D-принтере
- Иммуноterapia
- Искусственный интеллект
- Диагностика по месту лечения
- Виртуальная реальность
- Социальные СМИ
- Биосенсоры и трекеры
- Удобные медицинские услуги
- Телемедицина

Развитие перечисленных технологий сформирует мощный запрос на данные и умение работать с ними. Этот цикл включает организацию

автоматического сбора данных, их защиту, обработку, анализ, триангуляцию, интерпретацию, формулирование и проверку гипотез с погружением вглубь вопроса, формирование выводов и разработку путей решения проблем.

Один из двигателей востребованности данных – развитие рынка big data. В Российской Федерации уже действуют программы «Цифровая экономика» и «Электронное здравоохранение». Благодаря программам ожидается повышение доступности и прозрачности медицинской помощи, подняв систему здравоохранения на качественно новый уровень, в том числе в мобильности принятия управленческих и врачебных решений [47].

## **1.2 Тенденции, трансформирующие системы здравоохранения**

Перспектива вызовов системам здравоохранения. Традиционно, перечисляют 5 основных вызовов системам здравоохранения [48]:

- старение населения;
- развитие медицинских инноваций и технологий;
- рост ожиданий населения;
- экономический рост;
- рост цен на ресурсы, потребляемые здравоохранением.

Рассмотрим каждый вызов с точки зрения воздействия на рынок труда в сфере здравоохранения.

### **а) Старение населения**

Низкие показатели рождаемости и увеличивающаяся продолжительность жизни изменяют демографию во всех странах [48-52].

Процесс старения населения одна из наиболее значимых социальных трансформаций двадцать первого века. Это отражается практически на всех секторах общества. В 2017 году количество жителей планеты в возрасте 60 лет и старше достигло 962 миллионов человек, составив 13 процентов мирового населения. Число людей преклонного возраста растет со скоростью три процента в год. В следующие десятилетия многие страны могут столкнуться с финансовым и политическим давлением в отношении общественных систем в области здравоохранения, пенсионного обеспечения и социальной защиты пожилых [52-53].

По данным ВОЗ в период с 2015 до 2050 года численность населения в мире в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в два раза с 900 миллионов до 2 миллиардов. По прогнозам население мира увеличится чуть более чем на один миллиард человек в течение следующих 13 лет, достигнув 8,6 млрд. в 2030 году и увеличится до 9,8 млрд. в 2050 году и 11,2 млрд. человек к 2100 году [54].

По прогнозам Deloitte, к 2030 году около 60% всех людей старше 65 лет будет проживать в Азии. Это вызовет целый ряд экономических и демографических проблем в регионе. К этому времени людей старше 65 лет в Азии будет больше, чем населения Европы и Америки вместе взятых. Самая тяжкая ноша достанется Китаю: там уже сейчас проживает более 150 миллионов пожилых людей. А к 2050 году количество работников в возрасте

от 15 до 64 лет упадет с 70% до 60%. Пожилых людей, напротив, станет гораздо больше — продолжительность жизни растет с каждым годом. Технология может помочь облегчить разрыв между нехваткой квалифицированных кадров и стареющей рабочей силой. Переход к автоматизации и робототехнике будет способствовать повышению производительности и эффективности, поскольку ручной труд становится слишком трудным для стареющего населения. Цифровая технология может сыграть важную роль в решении проблем, возникающих в результате старения и сокращения населения [55-56].

Старение приведет к повышению роли геронтологии, паллиативной помощи и сестринского ухода, управления множественными состояниями, разработок в области трансплантологии, искусственных тканей и органов.

#### **б) Развитие медицинских инноваций и технологий**

Американская медицинская ассоциация (АМА) считает, что здравоохранение ИТ может сыграть решающую роль в оказании помощи пациентам в более эффективном управлении широким спектром услуг в современной быстро меняющейся цифровой экономике [57].

В Казахстане принята Концепция развития электронного здравоохранения на 2013-2020 годы, конечной целью, которой является создание электронных паспортов здоровья для населения страны к 2020 году. Развивается телемедицина, в 2016 году, по сравнению с 2015 годом, количество проведенных телемедицинских консультаций на 1,7 тыс. больше и составило 28060 [58]. В рамках выполнения Государственной программы «100 школ, 100 больниц» в каждом областном центре, в г. Алматы и г. Астана построены и оснащены современной медицинской техникой региональные кардиохирургические центры, подготовлены кардиоинтервенционисты и кардиохирурги. Для повышения эффективности кардиологической службы в Республике Казахстан, необходимо осуществлять регулярный социологический мониторинг и ретроспективный анализ основных показателей [59].

Ключевые технологические направления – искусственный интеллект (диагностика и принятие решений, фармацевтика и др.), робототехника (роботы, в том числе управляемые удаленно, наноустройства, мобильные приложения и устройства самодиагностики и др.), дополненная и виртуальная реальность, биотехнологии (выращивание тканей и органов, фармацевтика и др.), генетика (превентивная и персонализированная медицина), нейротехнологии (включая применения в протезировании), информационные технологии (включая моделирование процессов и блокчейн) развиваются быстрыми темпами. Соответственно появляется потребность в специалистах по прогнозированию развития технологий и выявлению перспективных областей (трендвотчер/форсайтер), разработчиках инноваций, специалистах по трансферу технологий, управлению недостатком способностей и знаний, обслуживанию медицинской (робото)техники, биоэтике [60-62].

#### **в) Рост ожиданий населения**

В качестве критерия общественной оценки эффективности деятельности здравоохранения, большинство авторов используют показатель удовлетворенности населения организацией и качеством медицинской помощи. С точки зрения системного подхода удовлетворенность пациента выступает как элемент обратной связи, замыкающий цикл управленческого процесса и дающий информацию для оптимизации деятельности [63-64].

Менеджеры здравоохранения стремятся учитывать ожидания пациентов при разработке стратегий повышения качества медицинской помощи. В последнее время перешли к рыночному подходу опросов удовлетворенности пациентов. Удовлетворенность пациентов является одним из индикаторов качества медицинской услуги. Рост ожиданий населения обуславливает улучшение качества сервиса, включая эмпатию, и информационной работы, включая обратную связь [65-67].

#### **г) Экономический рост**

За последние полтора десятилетия Казахстан добился значительных экономических и социальных успехов. Тем не менее, Казахстан должен поддерживать высокие темпы роста в будущем, чтобы сближаться с уровнем жизни стран ОЭСР [68].

Отбор поставщиков медицинских услуг для заключения договоров будет осуществляться с учетом критериев доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи. С этой целью, согласно Госпрограмме запланировано развитие инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и расширение участия частных поставщиков медицинских услуг в системе ОСМС путем привлечения прямых инвестиций, также совершенствование тарифной политики [58].

Возможное повышение стоимости на медицинские услуги потребует внедрения принципа стратегических закупок медицинских услуг, точности в ценообразовании, выверенной ценовой политики.

#### **д) Рост цен на ресурсы**

Эксперты всемирного банка наблюдают огромный потенциал для более непрерывного и активного анализа оперативных данных. Это обеспечит стратегическую закупку показателей здоровья, более эффективное распределение ресурсов и, следовательно, более высокую отдачу от инвестиций [69-71].

Государственные органы, медицинские учреждения, страховые компании и пациенты по всему миру вынуждены постоянно разрываться между двумя первоочередными задачами: удовлетворением растущего спроса на медицинские услуги и сокращением роста стоимости таких услуг [72].

Рост цен на ресурсы, потребляемые здравоохранением, стимулирует совершенствование процессов закупок ресурсов, повышение эффективности их использования, включая точность и обоснованность назначений, появление

новых логистических решений и решений экономики совместного потребления [72-75].

### **1.3 Перспектива функций здравоохранения**

Для контроля полноты охвата круга вопросов, проанализируем ожидаемые изменения с точки зрения четырех функций здравоохранения: управление, финансирование, обеспечение ресурсами, предоставление услуг.

#### **1.3.1 Управление здравоохранением**

Управление организацией здравоохранения — это сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом, как внутренних проблем организации, так и меняющейся экономической и политической ситуации. Для оптимального управления необходимо опираться на следующие основные принципы управления: принцип целенаправленности; принцип правовой защищенности управленческого решения; принцип оптимизации управления; принцип достаточности в централизации и децентрализации управления; принцип единоначалия; принцип делегирования полномочий [76].

Улучшение администрирования и управления системы здравоохранения является одним из приоритетов Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан. Основные изменения в управлении системой здравоохранения произошли благодаря переходу от административно-командной системы управления к системе экономического стимулирования [3, с.39].

В современном медицинском пространстве управление невозможно без активного использования риск-менеджмента, который направлен на достижение необходимого баланса между доходами и расходами. Заблаговременно определять риски в управлении особенно актуально для медицинских организаций на праве хозяйственной самостоятельности в современных условиях. Управление рисками требует четкого распределения функций между менеджерами в организации здравоохранения. Повышение эффективности инвестиционно-инновационных процессов обеспечивают конкурентоспособность организации. [77-80].

Здравоохранение нуждается в управлении информацией, чтобы создать будущее, где надежная информация может быть надежно и надежно использована в медицинских организациях для поддержки безопасного, экономически эффективного ухода и общего улучшения здоровья населения. Управление информацией обеспечит доступность медицинской информации там, где и когда это необходимо, для улучшения системы здравоохранения для поставщиков и пациентов. Для управления организациями здравоохранения компетентным образом, менеджеры здравоохранения должны обладать различными управленческими навыками [81–85].

Согласно ВОЗ, чтобы иметь кадры здравоохранения, которые могли бы обеспечивать все необходимые услуги, нужна хорошо функционирующая

инфраструктура стратегического руководства. ВОЗ решает эти задачи при помощи: укрепления потенциала стратегического руководства для решения кадровых проблем в области здравоохранения; усовершенствования глобальной базы информации и доказательств; и содействия созданию обсерваторий и других механизмов сотрудничества по кадрам здравоохранения с тем, чтобы обмениваться опытом, информацией и данными в поддержку принятия политических решений [8,с.14-15].

Необходимы новые профессиональные квалификации, навыки и компетенция, чтобы использовать потенциал кадровых ресурсов решений в целях оказания медико-санитарных услуг [2].

Рекомендация ВОЗ улучшить качество в образовании и в обучении на протяжении всей жизни, чтобы все работники здравоохранения имели навыки, которые соответствуют потребностям населения и новым условиям. Быстро меняющиеся технологии, особенно цифровые инновации, обладают потенциалом для изменения медицинских услуг. Прогнозируется, что более 7 миллионов рабочих мест к 2020 году будет не нужными, в связи с технологическими достижениями, и, хотя это будет неизменно формировать новые требования к квалификации работников здравоохранения [86].

Несоответствие между спросом и предложением в медицинских кадровых ресурсах связаны с демографическими, эпидемиологическими и макроэкономическими тенденциями, в том числе с устаревшими моделями обучения. Некоторым специальностям угрожает избыточность и другим быстрый рост и изменения в наборах навыков. В странах ОЭСР рост занятости в сфере здравоохранения и социальной сферы вырос на 48% в период между 2000 и 2014 годами. Прогнозирование и подготовка будущих требований к квалификации приобретает все большее значение, чтобы полностью воспользоваться представленными возможностями по новым тенденциям - и смягчить нежелательные последствия [86-88].

Роль непосредственно управления (и количество управляющих) будет со временем уменьшаться. Одновременно будет возрастать власть технологий и потребность в выверенном законодательном регулировании с целью легитимизации технологий. Стандартом станет принятие управленческих решений на основе доказательной информации. Произойдет переход от управления организацией-звеном цепочки предоставления медицинской помощи к управлению комплексом услуг.

### **1.3.2 Финансирование**

Здравоохранение является одной из крупнейших в мире отраслей, однако сложные экономические условия не позволяют правительствам в различных регионах мира направлять необходимое финансирование на удовлетворение растущих потребностей населения в сфере здравоохранения, особенно на фоне постоянно растущих затрат. Многие страны используют многосторонний подход к сдерживанию затрат путем проведения масштабных реформ систем

здравоохранения, поиска альтернативных финансовых моделей и рассмотрения возможности создания государственно-частных партнерств [72].

В течение последних нескольких лет проблемы обеспечения и финансирования здравоохранения во всем мире не претерпели значительных изменений. Рост спроса и связанных с ним расходов подпитывается стареющим населением; ростом хронических заболеваний и сопутствующих заболеваний; разработкой дорогостоящих клинических инноваций; повышение информированности, знаний и ожиданий пациентов; и продолжающаяся экономическая неопределенность [89].

Три основные взаимосвязанные проблемы ограничивают медицинскую помощь к всеобщему охвату. Это доступность ресурсов, чрезмерная зависимость от прямых платежей и неэффективное и несправедливое использование ресурсов. Всем странам необходимо постоянно адаптировать систему финансирования здравоохранения [90].

По информации показателей здоровья на 2017 год, большинство стран ОЭСР имеют универсальные системы медицинского обслуживания, которые способствуют справедливому доступу к необходимым медицинским услугам. Расходы на здравоохранение в настоящее время составляют около 9% ВВП в среднем. Объем охвата населения для основного набора услуг составляет 95% или выше во всех, кроме семи ОЭСР страны и самые низкие в Греции, США и Польше. Дополнительные платежи составляют в среднем 20% всех расходов на здравоохранение в ОЭСР и более 40% в Латвии и Мексике. Дополнительные затраты на расходы приводят к тому, что около 10% людей пропускают консультации, а 7% не покупают предписанные лекарства. Наличие достаточных финансовых и материальных ресурсов имеет решающее значение для функционирования системы здравоохранения [91].

В Казахстане «Фонд социального медицинского страхования» создан в соответствии с постановлением Правительства от 01 июля 2016 года №389. Фонд является некоммерческой организацией в организационно-правовой форме акционерного общества, единственным учредителем и акционером которого является Правительство Республики Казахстан. ОСМС обеспечивает равный доступ к медицинской помощи с доказанной эффективностью, финансовую защиту населения от непредвиденно высоких расходов на медицинскую помощь, осуществление закупок медицинской помощи на основе сбалансированности гарантий и обязательств [92].

ОСМС предполагает реальную конкуренцию на рынке медицинских услуг, которая безусловно подстегнет и качество оказываемой помощи. Если сегодня при старой системе финансирования государственные клиники уверены в своих доходах, и не сильно заботятся о конечных результатах лечения, создании для пациентов максимально комфортных условий, то завтра частники могут «перетянуть на себя одеяло», привлекая большее количество больных и соответственно оказывая большее количество медицинских услуг, которые будут покрываться из Фонда медицинского страхования [93].

Внедрение ОСМС, заявленные планы по развитию частной медицины (включая приватизацию в различных формах) и политическая конъюнктура задают основные тренды преобразований в ближайшие годы:

- ужесточение конкуренции за пациента приблизит функционирование медицинских организаций государственного сектора к бизнес-моделям: управляющие медицинскими организациями научатся грамотно и эффективно управлять, в частности финансами. Аналогичное преобразование уже находится на достаточно зрелом этапе в РФ, где в течение длительного времени действует страховая модель;

- коммерциализация медицины создаст стимулы для входа на рынок крупных инвесторов и активизации сильных игроков. Как следствие, будет запущен процесс сегментации рынка по ценовому признаку. Возрастет важность добровольного медицинского страхования, как источника средств для коммерческой медицины. Всё это обусловит рост клиентоориентированности и потребностей в маркетинге;

- формирование ассоциаций и групп лоббирования;

- как следствие, конкуренция за врачей-профессионалов выйдет на новый уровень. Профессия врача на горизонте ближайших десяти лет неизбежно станет высокооплачиваемой. Задача привлечения и удержания «звёзд» станет неотъемлемой частью стратегии и бизнес-плана любой медицинской организации.

### **1.3.3 Обеспечение ресурсами**

В период повышения финансовых рисков, резервы повышения конкурентоспособности и финансовой устойчивости медицинских организаций, следует повышать эффективность имеющихся кадровых, медико-технологических, финансовых ресурсов. Высокотехнологичность, безопасность, высокое качество и социальная востребованность оказываемых населению медицинских услуг, являются наиболее чувствительными индикаторами конкурентоспособности организаций. Рациональное использование медико-технологических ресурсов и сокращение непроизводительных расходов является актуальной задачей организации. В условиях бюджетных ограничений, необходимо активизировать маркетинговую деятельность с использованием новейших средств информации и коммуникации [94].

По прогнозу эксперта Митча Морриса (Deloitte) необходим постоянный поиск путей сокращения ненужных затрат в системе. В то же время необходимость сокращения затрат, изменяющиеся модели кадрового укомплектования, развитие новых технологий и потребительские предпочтения создают предпосылки для формирования «повсеместной» модели оказания медицинской помощи за счет использования альтернативных способов предоставления медицинских услуг и таких операционных моделей, как розничные клиники, уход на дому, телемедицина и лечебный туризм. Однако по мере роста численности населения и увеличения потребности в

медицинской помощи, все страны мира испытывают трудности с удовлетворением спроса на квалифицированный медицинский персонал [72,с.10].

Помимо преобразований, описанных выше в категории «рост цен на ресурсы, потребляемые здравоохранением», радикальные изменения ожидают сферу медицинского образования и HR. Предоставление услуг будущего наиболее содержательно описывается тремя словами: клиентоориентированное (включает безопасность пациента), проблемноориентированное (включает качество), доступное.

### **1.3.4 Фактор глобальной конкуренции**

Глобализация конкуренции – мощный фактор, имеющий несколько аспектов. Здравоохранению Казахстана предстоит конкуренция на нескольких глобальных полях.

#### **Евразийское Экономическое Сообщество**

Евразийское экономическое сообщество (ЕврАзЭС) — международная экономическая организация, созданная для эффективного продвижения ее странами-членами процесса формирования Таможенного союза и Единого экономического пространства, а также реализации целей и задач, связанных с углублением интеграции в экономической и гуманитарной областях. Межгосударственный совет Евразийского экономического сообщества (на уровне глав государств) 4 февраля 2009 года принял решение о создании Центра высоких технологий ЕврАзЭС. С переходом к новому технологическому укладу, с использованием современных разработок в области высоких технологий все страны в настоящее время сталкиваются с необходимостью концентрации ресурсов на приоритетных направлениях научно-технического прогресса, ориентированных на развитие нано- и биотехнологий, информационно-коммуникативных технологий и других. Важный проект предложен Белорусским инновационным фондом — это создание электронного мультимедийного учебника для обеспечения учебного процесса современными технологиями и мультимедийными материалами, позволяющими значительно усовершенствовать процесс обучения путем использования современных систем поиска, анализа и отображения информации [95].

В Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, одним из направлений является развитие эффективных форм управления медицинскими организациями и инфраструктуры здравоохранения, которые будут проводиться на основе наилучшего международного опыта с учетом глобализации рынков медицинской индустрии, интеграции Казахстана в региональные и глобальные экономические союзы (Шанхайская организация сотрудничества, Евразийский экономический союз и др.) [96].

Уже сегодня наблюдается высокая активность вокруг распределения зон влияния и рынков в рамках ЕврАзЭС. В частности, российские производители

ЛС, ИМН и МТ, сети клиник и стартапы в области медицинских технологий – наиболее мощные из географически приближенных конкурентов.

### **Медицинский туризм**

В эпоху глобализации мировой экономики, когда весь мир объединяют единая система финансового и валютного рынков, транспортной системы и информационных коммуникаций, расширяются границы безвизового пространства и создаются предпосылки для увеличения перемещения людских потоков. Стремление современного общества к здоровому образу жизни, а также тенденции в мире к увеличению продолжительности жизни, привели к появлению новых направлений в сфере услуг, новых маркетинговых стратегий – медицинского туризма. Процессы глобализации привели к расширению границ медицинского туризма. Медицинский туризм способствовал развитию новой концепции современной медицины XXI века – «Пациенты без границ!» [97].

В наше время медицинский туризм относится к быстрорастущей сфере международного бизнеса, получившего широкое распространение в связи с открытостью международных границ, доступностью средств перемещения, но главным образом за счет неравенства стран в вопросах стоимости и качества медицинского обслуживания [96]. Во многих странах создаются условия для медицинского туризма, например: департамент здравоохранения на Филиппинах подготовил медицинский туристический путеводитель, который будет распространяться по всей Европе; в Корее создаются новых медицинских учреждений для международных пациентов; на Тайване правительство объявило о проекте в размере \$ 318 млн. для содействия дальнейшему развитию медицинских услуг страны, в Малайзии правительство увеличило допустимое пребывание в медицинскую визу от 30 дней до шести месяцев [99].

В Казахстане за период реализации программы развития здравоохранения удалось построить новые отношения между горизонтальными и вертикальными уровнями системы, что отразилось, в первую очередь, в резком увеличении трансферта высоких технологий из зарубежных клиник, особенно в кардиохирургии и трансплантологии. Это направление имеет две целевые группы: с одной стороны, сформулирован политический приоритет по привлечению иностранных пациентов в РК [1,с.3]; с другой – такие естественные факторы, как удешевление логистики, улучшение коммуникаций и развитие медицины соседних государств, повышают риск интенсификации и без того значительного оттока собственных граждан за рубеж в целях получения медицинской помощи [100]. Управление этими потоками потребует глубокого маркетинга, высокой клиентоориентированности и международно-сравнимого уровня развития медицины [101-103].

Помимо дальнейшего совершенствования сферы оказания медицинских услуг, развитие медицинского туризма в Казахстане должно быть сопряжено с другими мерами, направленными на создание имиджа страны в качестве

политически стабильного, экономически развитого, а также привлекательного и доступного по цене туристического направления [98].

### **Медицинские технологии и фармацевтика**

Доступ к важнейшим, качественным технологиям здравоохранения - лекарства, медицинские приборы и другие важные технологии здравоохранения - является фундаментальной частью права каждого человека на здоровье [104].

Высокое качество общественного здоровья улучшает не только продолжительность здоровой жизни, но и производительность труда. Важнейшей частью сектора здравоохранения является индустрия медицинских технологий. Основные технологические достижения, как правило, увеличивают расходы на здравоохранение, что рассматривается как важная проблема политики, особенно с учетом постоянно ограниченных бюджетов здравоохранения. Эксперты в целом согласны с тем, что достижения в области медицинских технологий в течение следующего десятилетия кардинально преобразуют системы здравоохранения и доставки, предоставляя новые решения, которые будут оспаривать существующие парадигмы и революционизировать способы лечения [105-106].

ВОЗ рекомендует, в отношении фармацевтических препаратов, увеличить глобализацию продуктов здравоохранения. Сегодня с новыми и объединяющими технологиями ВОЗ должен расширить свою работу по укреплению фармацевтических систем путем принятия различных возможностей интегрировать изменения структурно, в тоже время реагировать на возникающие тенденции [107].

Роль лекарственного обеспечения существенна в сохранении и поддержании здоровья и поэтому в странах ОЭСР вопрос качества и безопасности лекарственных средств поднят до уровня национальной биологической безопасности и в среднем 80% средств от общего объема финансирования лекарственного обеспечения направляется на обеспечение пациентов лекарственными средствами на амбулаторном уровне. В структуре государственных расходов на лекарственные средства доля амбулаторного лекарственного обеспечения в Казахстане занимает всего 55% [1, с.6].

Вопрос развития отечественной фармацевтической промышленности стоит остро во всех постсоветских странах. Единичные производства, что есть, либо маломощны и имеют ограниченный ассортимент выпускаемой продукции, либо работают на готовых зарубежных субстанциях. С 2016 года в Евразийском экономическом союзе начинает функционировать единый рынок лекарств. И при такой конкуренции выживут те, кто внедряет передовые технологии и инновации, совершенствует производственный процесс [108].

Следует признать, что сегодня в РК в области медицинской науки отсутствует государственная политика проведения радикальных мер, необходимых для обеспечения конкурентоспособности страны в области науки/R&D.

### **Версия Атласа новых профессий**

Отдельного анализа заслуживает версия будущего рынка труда, предлагаемая Атласом новых профессий. В материале названы следующие профессии будущего, отвечающие теме настоящего исследования:

- ИТ-медик – разработка и управление базами физиологических (больших) данных и программным обеспечением для медицинской техники;
- медицинский маркетолог – аналитик рынка со специализацией в здравоохранении. В развитых странах профессия существует давно;
- R&D менеджер здравоохранения – обеспечивает коммуникацию и кооперацию между исследовательскими центрами и поставщиками медицинских услуг;
- оператор медицинских роботов;
- биоэтик – специалист по нормативно-правовым и этическим аспектам деятельности медицинских организаций и исследовательских центров (особенно по вопросам, связанным с трансплантологией и генетикой).

В Йельском университете уже существуют программы по подготовки вышеуказанных специалистов.

Согласно Атласу новых профессий отмечается, что ожидается рост роли неиерархических сообществ организаций, координирующих через сеть планы продаж, производства, инвестиции в оборудование и человеческий капитал [60, с. 8-31].

Для студентов-медиков 21-го века технология — это сила, которая будет и будет постоянно присутствовать в их профессиональной карьере. Особое внимание должно быть уделено сообществу медицинского образования для подготовки будущих врачей к современным условиям и возможностям. Новый вход в образовательную среду, оказавший огромное влияние на распространение и приобретение знаний, является цифровым информационным ресурсом, будь то в виде компьютера или ручного устройства, такого как персональный цифровой помощник (PDA). Каждый, будь то в традиционной роли ученика или учителя, теперь имеет множество доступных медицинских знаний, буквально на кончиках пальцев. Технология представляет собой необычный источник медицинской информации, она не может заменить мнение опытного учителя или способность получать, обрабатывать и синтезировать клиническую информацию от пациента. Поэтому образовательные подходы должны быть разработаны для наиболее эффективной интеграции технологий с традиционными методами обучения и должны учитывать как преимущества, так и пределы технологий как ценного образовательного инструмента [109].

Инновационные преобразования в Казахстане изменили требования к работникам. Развитие новой модели управления по современным технологиям определяет высокие требования к знаниям, умениям, навыкам и компетентности. Моделирование профессиональных компетенций, заключающееся в определении для каждой должности совокупности ключевых требований к знаниям, умениям, навыкам, а также морально-деловым и иным

личностным качествам сотрудника, необходимым работнику для замещения соответствующей должности [110].

Важный вывод из представленного обзора глобальной конкуренции: – повышение востребованности профессионального HR менеджмента и компетенций разработки и внедрения эффективности труда; появляется потребность в специалистах по прогнозированию развития технологий и инноваций, специалистах по трансферу технологий и использование кадрового аутсорсинга; на уровне ВУЗов и медицинских организаций станет жизненно необходим принципиально новый подход к обучению с глубокой приверженностью, беспрецедентной гибкостью и интенсивностью [111].

#### **1.4 Обучение менеджеров здравоохранения в Республике Казахстан**

В современных условиях требуется высокий уровень подготовки руководителей здравоохранения, от которого зависит успех работы медицинской организации.

Укрепление потенциала менеджеров здравоохранения на всех уровнях является важным компонентом проводимых реформ в сфере здравоохранения Казахстана. Вместе с этим, необходимо совершенствовать механизмы подготовки управленцев для здравоохранения и повышение профессорско-преподавательского потенциала медицинских образовательных организаций по вопросам менеджмента и управления здравоохранением. Согласно приказу Министерства Здравоохранения РК №774 от 24.11.2009 года, в номенклатуру специальностей введен «Менеджмент здравоохранения» и утверждены квалификационные характеристики менеджеров здравоохранения (Приказ МЗРК №791 от 26.11.2009).

В должностные обязанности руководителя организации здравоохранения входит: производственная, хозяйственная и финансово-экономическая деятельность, определение политики и стратегии деятельности организации. Требования к квалификации: высшее медицинское образование с наличием первой (высшей) квалификационной категории по специальности "Организация здравоохранения" ("Общественное здравоохранение", "Менеджмент здравоохранения") или наличие магистратуры по специальности "Общественное здравоохранение", "Менеджмент здравоохранения", "Менеджмент" или "Медицина" и стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет, или высшее экономическое образование с наличием магистратуры по специальности "Общественное здравоохранение", "Менеджмент здравоохранения", "Менеджмент" или «Медицина» и стаж работы на руководящих должностях в органах государственного управления здравоохранением или в организациях здравоохранения не менее 5 лет.

В Республике Казахстан с 2009 года внедрена программа MBA в области управления здравоохранения и с 2016 года в классификатор высшего и послевузовского образования включен «Менеджмент здравоохранения» включен. Обучение руководителей в здравоохранении в Республике Казахстан состоит из бакалавриата, постдипломного обучения (магистратура и PhD-

докторантура - по профильному и научно-педагогическому направлению) и дополнительного (или непрерывного) профессионального образования (в виде курсов повышения квалификации и переподготовки). Подготовку специалистов в области управления здравоохранения в Республике Казахстан осуществляют на уровне бакалавриата, магистратуры и постдипломном уровне. В подготовке участвуют государственные и частные вузы РК, в том числе все 6 медицинских вузов (Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Казахстанский Медицинский университет «ВШОЗ», Медицинский университет Астана, медицинский факультет - Высшая школа общественного здравоохранения Казахского национального университета имени аль-Фараби, школа медицины Назарбаев университета, Алматы Менеджмент Университет, Казахский медицинский университет непрерывного образования) [11].

Подготовка осуществляется согласно утвержденным Государственных общеобязательных стандартов образования РК по специальности «Общественное здравоохранение» и Государственных стандартов дополнительного образования по специальностям «Общественное здравоохранение» и «Менеджмент здравоохранения».

Согласно дорожной карте по реализации проекта «Развитие менеджмента и корпоративного управления в медицинских организациях» в декабре 2017 года утвержден профессиональный стандарт по специальности «Менеджмент здравоохранения» [112]. Данный стандарт предназначен для единых требований к содержанию профессиональной деятельности работника к его квалификации, формирования образовательных программ всех уровней профессионального образования и проведения оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов. Профессиональные компетенции менеджера зависит от квалификационного уровня по ОРК. Так руководитель медицинской организации должен обладать знаниями в области общего руководства деятельностью, управления человеческими и материально-техническими ресурсами, бизнес-планирования в здравоохранении, анализа и управления информацией, эффективного взаимодействия с другими организациями здравоохранения и государственными органами, координации совершенствования и рационального обеспечения медицинских услуг в соответствии с законодательством РК и совершенствования медицинских услуг и определение потребностей общества в услугах здравоохранения и их удовлетворение [113].

По данным РЦРЗ, по проекту «Развитие института профессионального менеджмента в здравоохранении», за 2009-2016 года в Республике Казахстан: в номенклатуру специальностей введен «Менеджмент здравоохранения» (Приказ МЗ РК №774 от 24.11.2009), утверждены квалификационные характеристики менеджеров здравоохранения (Приказ МЗРК №791 от 26.11.2009), внедрена программа МВА в области управления здравоохранения (2009 г.), «Менеджмент здравоохранения» включен в классификатор высшего и

послевузовского образования (2016 г.), сформирован перечень компетенций менеджеров здравоохранения (2016 г.), актуализирован профессиональный стандарт «Менеджмент здравоохранения» (2016 г.), создана база менеджеров здравоохранения (2016 г.). По данным на 2017 год, собранным через УЗ регионов – 7419 менеджеров здравоохранения, из них по уровням: стратегический– 146 (2%); операционный – 2486 (33%); производственный – 4787 (65%). Членство в зарубежных профессиональных ассоциациях: операционный 210 чел. (8%), производственный 238 чел. (5%), (чел.) Данные по составу менеджеров в РК представлены в рисунках 3-5 [114].

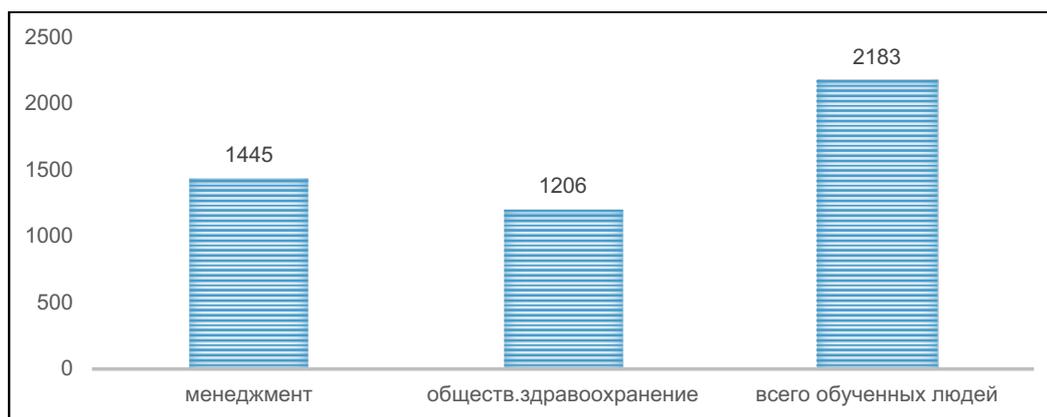


Рисунок 3 - Повышение квалификации по специальностям к 2017г. (по данным РЦРЗ)

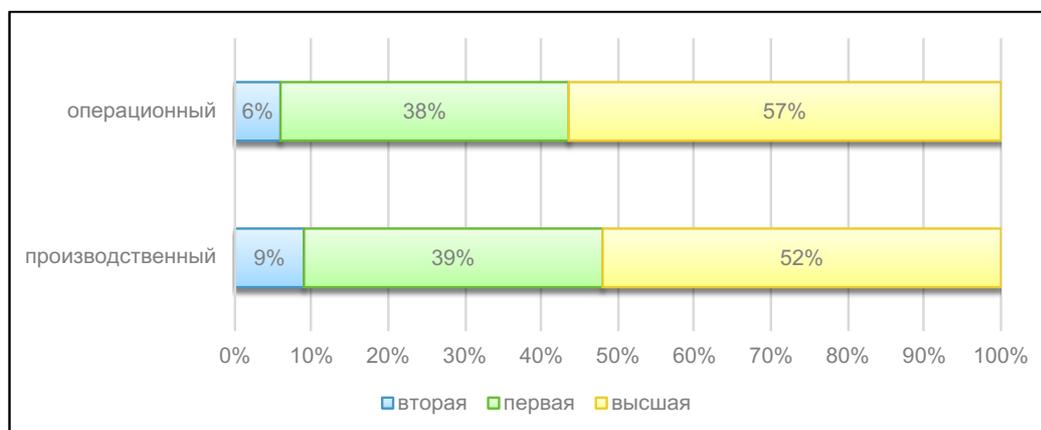


Рисунок 4 - Квалификационная категория по специальности «Общественное здравоохранение» к 2017г. , по данным РЦРЗ (имеют категорию 30% операционного и 2% производственного уровней)

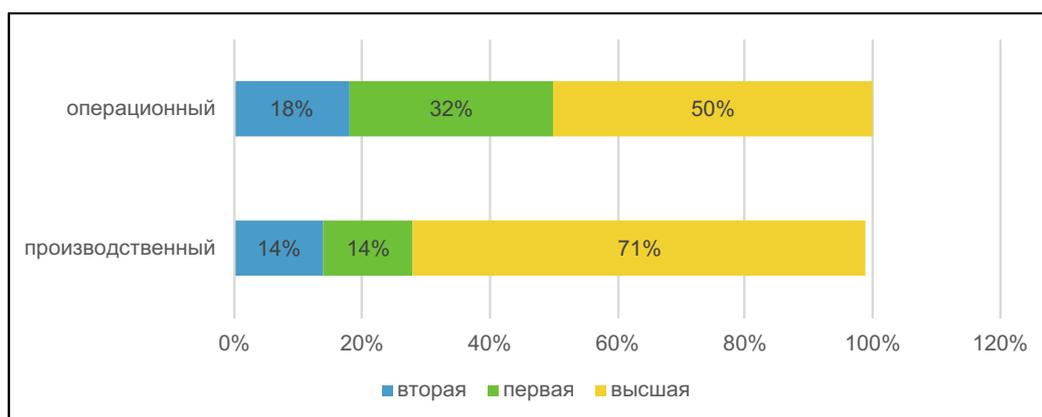


Рисунок 5 - Квалификационная категория по специальности «Менеджмент здравоохранение» (имеют категорию 2% операционного и 0,2% производственного уровней) к 2017 году, по данным РЦРЗ

Таким образом, на сегодня остается актуальным вопрос учет потребностей в кадровом обеспечении менеджеров и руководителей в свете задач реформирования здравоохранения, и определение уровня и перечня компетенций руководителей при моделировании программ обучения [115].

Руководители медицинских организаций имеют недостаточные знания и навыки в области современного менеджмента, процесс совершенствования менеджмента медицинских организаций требует дальнейшего развития и усиления и непрерывности процесса подготовки менеджеров на всех уровнях высшего образования. Обучение менеджеров здравоохранения необходимо проводить на регулярной основе с применением эффективных обучающих технологий и для повышения эффективности подготовки необходимо создание программ на основе компетентностно-ориентированного подхода [116].

## 2 МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в передовой образовательной практике широко используется компетентностно-ориентированный подход в разработке и совершенствовании образовательных программ с участием практического здравоохранения, системой оценкой знаний и навыков специалистов и системой оценкой образовательных программ. Схематично отображено на рисунке 6.



Рисунок 6 - Компетентностно-ориентированный подход в разработке и совершенствовании образовательных программ подготовки менеджеров здравоохранения.

Менеджеры здравоохранения, подготавливаемые и оцениваемые по существующим программам, не соответствуют потребностям практического здравоохранения. Следовательно, для конечной цели диссертации – совершенствования образовательных программ на уровне магистратуры, необходимо оценить потребности и ожидания практические здравоохранения и других стейкхолдеров, а также провести прогнозирование и определить перечень необходимых компетенций специалистов в сфере менеджмента здравоохранения.

Для достижения и решения поставленной цели и задач была разработана программа исследования (таблица 1).

Таблица 1– Программа исследования

Задачи/этапы исследования	Объекты и объем исследования	Методы	
Изучить современное состояние рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения на основе глобальных тенденций и преобразований в Республике Казахстан и определить перспективы.	Литературные источники -124 источника, из них 57 на русском языке и 67 иностранных авторов.	Библиографический	Были труд; с точ инно в пер
Определить потребность менеджеров здравоохранения Республики Казахстан в обучении с точки зрения методологии и содержания компетенций.	Менеджеры здравоохранения на первой ступени – 328 чел на второй ступени: магистры МВА, менеджмента, бизнес и экономики - 5 человек топ менеджеры - 28	Анкетирование  Фокус-группа Глубинное интервью	Были обуч орга
Провести качественный и количественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения в Республике Казахстан.	на первой ступени: база данных по количеству менеджеров и специалистов ОЗ, обеспеченности МО; административные расходы КОМУ, данные ПМСП. 124 источник на второй ступени: 70 человек	Аналитический Математический  Контент анализ  Интернет опрос	Пров коли сфер
Разработать и апробировать образовательные программы обучения менеджеров здравоохранения, учитывающие основные направления рыночных преобразований в здравоохранении РК.	Технологии обучения менеджеров	Аналитический	Реко: обуч

В исследовании были применены количественные и качественные методы исследования.

Для выполнения задач **первого этапа** диссертационного исследования были изучены перспективы рынка труда в сфере здравоохранения с точки зрения глобальных тенденций, анализ литературных источников, посвященных инновационным процессам в передовых странах и в Республике Казахстан. В рамках литературного обзора проведен углубленный анализ 124 источников по следующим направлениям: глобальные тенденции организации труда и технологий, развитие медицинских инноваций и технологий, экономический рост, управление и финансирования здравоохранением, фактор глобальной конкуренции, прогноз будущего рынка труда. Также были изучены научные исследования в Республике Казахстан по вопросам совершенствования менеджмента и обучения в здравоохранении.

Для выполнения задач **второго этапа** было проведено изучение процесса обучения менеджеров здравоохранения Казахстана с точки зрения методологии образовательных программ, направления программ и формируемых компетенций, с участием респондентов из числа слушателей программы переподготовки «Менеджмент здравоохранения» и действующих топ менеджеров здравоохранения.

**На первом ступени второго этапа** дана количественная характеристика обучающимся и действующим руководителям здравоохранения и осуществлено социологическое измерение их отношения к действующей системе их обучения. Материалами исследования служили результаты анонимного анкетирования 172 слушателей краткосрочных курсов обучения, в 2014-2015 годах, а также опрос 156 действующих руководителей здравоохранения г. Алматы, Алматинской и Карагандинской областей, проведенного через их сайты в интернете. Интернет-опрос проводился по интерактивной анкете, размещенной на сайте организаций. По классификации онлайн-опросов, предложенным М. Купером, тип выборки был не случайным и опрос на основе самоотбора респондентов [117].

При этом «городские» респонденты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 133 слушателей ВШОЗ, а во вторую 124 действующих руководителей и специалистов, которые опрашивались онлайн-опросом. Таким же образом были сгруппированы «сельские» респонденты. Здесь I группу составили 39 слушателей ВШОЗ, а вторую (32 чел.) – действующие руководители сельских организаций здравоохранения. Распределение респондентов по профилю и месту нахождения организации здравоохранения приведено в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение респондентов анкетирования по профилю и месту нахождения организации здравоохранения

Профиль организации здравоохранения	Город		Село	
	Слушатели ВШОЗ	Действующие руководители и специалисты	Слушатели ВШОЗ	Действующие руководители и специалисты
Амбулаторно-поликлинические	89	84	30	27
Больничные	30	31	9	5
Специализированные	8	6	-	-
Органы управления и финансирования	4	3	-	-
Научные и образовательные организации	2	-	-	-
<b>Итого</b>	<b>133</b>	<b>124</b>	<b>39</b>	<b>32</b>

Данные анкетирования опросов обработаны с помощью традиционных статистических методик, позволивших выявить количественные и структурные тренды и различия в изучаемых индикаторах.

**На втором этапе** исследования дана качественная характеристика предпочтений в обучении менеджеров здравоохранения и определение востребованных компетенций для специалистов сфере менеджмента в здравоохранении. Для составления вопросника для стандартизованного глубинного интервью, была проведена фокус группа, в которой приняли участие 5 человек. Продолжительность работы фокус группы была 3 часа, в течение которых обсуждались вопросы, которые были сформированы для проведения интервью основной группы респондентов. Критериями отбора участников фокус группы было обязательное наличие степени магистра делового администрирования, наличие степени магистра делового администрирования, магистра бизнеса и экономики, магистра общественного здравоохранения, опыт работы на руководящих позициях не менее 3 лет.

После фокус группы, с целью определения перспективных и востребованных компетенций в сфере менеджмента здравоохранения проведено стандартизованное глубинное интервьюирование 28 менеджеров с помощью вопросника (приложение 2). Глубинное интервьюирование проводилось по формализованному типу.

Методика проведения интервьюирования:

1. В первый этап исследования входило составление вопросника, подбор интервьюируемых, определение времени и места интервью. Вопросник для выявления предпочтений в обучении, составлялся по структурированному типу. Выборка состояла из респондентов разного возраста и пола, должности и

направления деятельности. Обязательным критерием отбора был стаж работы более 5 лет в сфере менеджмента здравоохранения, наличие степени магистра делового администрирования, магистра бизнеса и экономики, магистра общественного здравоохранения. Определение времени и места зависело от предпочтения участников интервью.

Заключительной ступенью второго этапа исследования стала обработка и анализ данных качественных методов исследования с написанием перечня перспективных профессий с необходимыми компетенциями и предложениями по совершенствованию методологии образовательного компонента на уровне магистратуры.

**Для реализации третьей задачи**, был проведен качественный и количественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения.

Качественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения строился на основе контент-анализа литературных источников и рекрутинговых компаний, данных интернет-опроса среди казахстанских и российских медицинских работников. Количество интернет респондентов - 70 человек, все кто пожелал участвовать в опросе. Приглашение принять участие в интернет опросе было разослано в целевые группы социальных сетей, такие как «менеджеры здравоохранения», «независимое медицинское сообщество», «врачи РК» и «врачи России». Были поставлены открытые вопросы об общих тенденциях рынка труда и о специализациях и навыков врачей, которые будут востребованы в течение 5-15 лет. Прогноз адаптирован к реалиям инновационного потенциала РК и представляет собой новую перспективу в рынке труда изучаемой области, основанной на новейших глобальных тенденциях.

Количественный прогноз был построен на республиканском уровне агрегации, с учетом потребности в кадрах ведомственных медицинских организаций и медицинских организаций частной формы собственности. Проводился анализ динамики кадров в сфере здравоохранения РК за период 2010-2016 гг. (рисунок 7-8). Данные по материалам отчета о медицинских и фармацевтических кадрах, форма 17 [118]. Общий прогноз кадров производился методом алгоритма экспоненциального сглаживания (ETS) версии AAA.

Для количественного прогноза использовались сведения, характеризующие обеспеченность населения Республики Казахстан медицинскими организациями различного уровня оказания медицинской помощи [118-119]. Были исключены из данных, организации с заведомо низкой клиентоориентированностью, организации не предоставляющие медицинские услуги и оказывающие сугубо бюджетного характера услуги. Были включены Медицинские университеты, поскольку при них имеются либо планируется открытие университетских клиник, и клиники Национального Медицинского Холдинга.



Рисунок 7- Фактическая численность менеджеров здравоохранения в РК в 2010-2016 гг.



Рисунок 8 - Фактическая численность специалистов по общественному здравоохранению в РК в 2010-2016 гг.

Для каждой специальности сформирован прогноз количества активно обучающихся физических лиц, основанный на количестве медицинских организаций различного уровня оказания помощи, допущении об уровнях на которых востребована соответствующая специальность (например, форсайтер востребован в основном на уровне республиканских организаций) и допущении о типичном количестве специалистов соответствующей специальности в штате медицинской организации. В результатах исследования указано прогнозируемое количество эпизодов обучения по каждой специальности в год. Сведения представлены на рисунке 9-10 и в таблице 3.

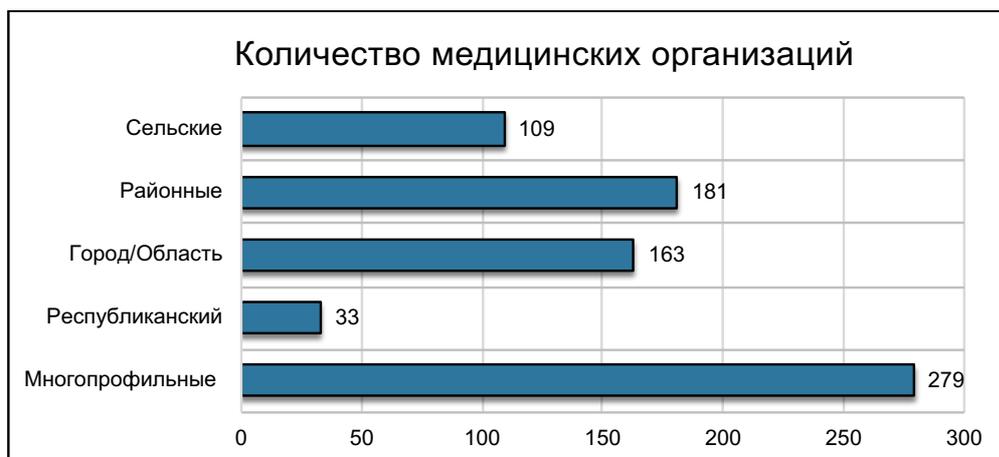


Рисунок 9 - Обеспеченность населения Казахстана медицинскими организациями по данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан по состоянию на 2016 год

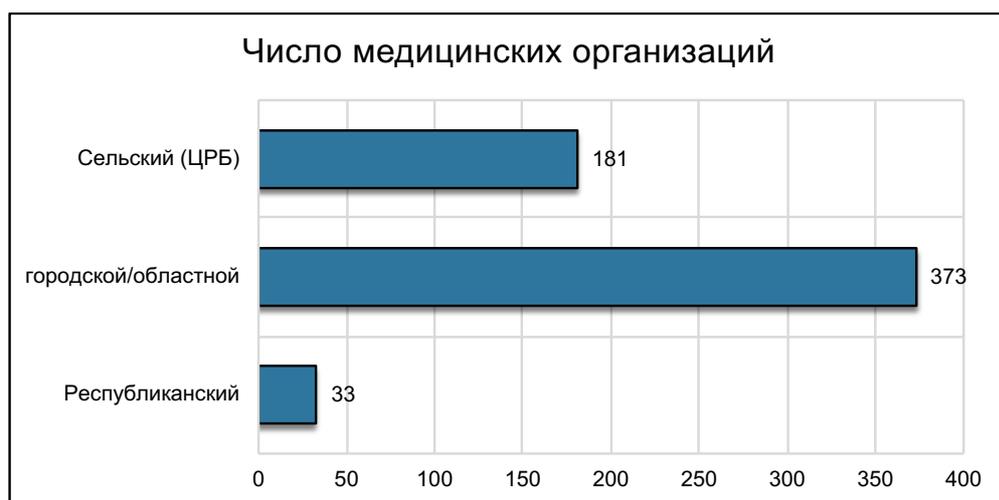


Рисунок 10 - Обеспеченность населения Казахстана медицинскими организациями по данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан по состоянию на 2016 год

Таблица 3 - Обеспеченность населения медицинскими организациями в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, с исключением некоторых МО (Официальная статистика РК 2016г.)

Медицинские организации		Кол-во
Село	Медицинский пункт	3194
	Акушерский пункт	854

Медицинские организации		Кол-во
Село	Медицинский пункт	3194
	Семейно-врачебные амбулатории	1364
	Сельская поликлиника	11
	Районная поликлиника	39
	Диспансеры, предоставляющие амбулаторную помощь	22
	Другие	220
	Общее количество	5704
Город	Медицинские амбулатории	79
	Городская поликлиника	162
	Стоматологическая поликлиника	35
	Консультативно-диагностические центры	13
	Диспансеры, предоставляющие амбулаторную помощь	107
	Многопрофильные больницы, предоставляющие амбулаторную помощь	85
	другие	91
	Общее количество	572

По специальностям, спрос на которые формируется в основном за счет введения ОСМС (медицинский маркетолог, закуп и логистика, экономист здравоохранения, специалист по стандартизации деятельности, профессиональный HR менеджмент, специалист по управлению производительностью труда), рассчитан коэффициент роста спроса на образовательные услуги в 2022 году по отношению к 2017 году. Этот прогноз основан на вышеуказанных коэффициентах эффекта введения ОСМС и эффекта усиления ПМСП и разукрупнения.

К промежуточным результатам расчетов применен понижающий коэффициент. Это позволит учесть следующие обстоятельства:

- разную степень (конечного) проникновения реформы ОСМС и приватизации в регионы;
- вероятную тенденцию к появлению сетей кабинетов ПМСП и частнопрактикующих врачей;
- проектную занятость.

Эффект ведения ОСМС оценен путем сопоставления административных расходов КОМУ и его фактического преемника – ФСМС, в допущении о том, что усложнение администрирования на центральном уровне стимулирует аналогичные изменения на всех уровнях системы. Данные использованы из презентации ФСМС (таблица 4).

Таблица 4 - Административные расходы КОМУ и ФСМС

Показатель	Значение
Административные расходы КОМУ (2016, млн.тг.)	700
Административные расходы ФСМС (2018, млн.тг.)	8 500

Эффекты усиления ПМСП и разукрупнения, по сути родственные и накладывающийся, были оценены совместно, с использованием наиболее явного официального численного показателя – разукрупнение участков ВОП (участковых терапевтов, педиатров) до 1500 прикрепленного населения на 1 врача с текущего показателя 2200 [1; с.21,31,41,152].

Период прогнозирования (момент полной реализации эффекта реформ) – 2022 год.

Количественный прогноз представляет оценку новых профессий, и основывается на качественном прогнозе. По причине отсутствия полных данных о количестве менеджеров в разрезе специальностей, выявление численной закономерности невозможно и выбран метод прогнозирования, ввиду отсутствия преимущественных аргументов в пользу какого-либо иного метода – линейный рост.

Линейная функция  $n$  переменных  $x=(x_1, x_2, \dots, x_n)$  — функция вида

$$f(x)=a_0+a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_nx_n \quad (1)$$

где  $a_0, \dots, a_n$  — некоторые фиксированные числа.

Областью определения линейной функции является всё  $n$ -мерное пространство переменных  $x_1, x_2, \dots, x_n$ .

В данной работе, применена линейная функция в двумерном пространстве вида  $y=kx+b$ . Основное свойство линейных функций заключается в пропорциональности приращения функции приращению аргумента [120].

В зависимости от размера понижающих коэффициентов, сформировано три варианта прогноза: оптимистичный, реалистичный и пессимистичный.

На заключительном этапе выполнения программы диссертационного исследования оценивались основные результаты проведенного исследования, формулировались выводы и разрабатывались рекомендуемые дисциплины и компетенции по направлению «Менеджмент здравоохранения» и была апробирована образовательная программа магистратуры по специальности «Менеджмент» в Казахском национальном университете имени аль-Фараби в 2017-2018 учебном году.

### **3 ПОТРЕБНОСТЬ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ОБУЧЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ И СОДЕРЖАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ.**

#### **3.1 Отношение слушателей курсов повышения квалификации и действующих руководителей здравоохранения Казахстана к существующей системе обучения.**

В настоящее время в системе здравоохранения Республики Казахстан идет поэтапное введение обязательного социального медицинского страхования, что приводит к ужесточению конкуренции и коммерциализации в медицине. Одновременно активно включаются новые технологии, которые приводят к необходимости нового подхода к обучению на уровне ВУЗов и медицинских организаций. В этих условиях возрастает роль руководителей государственных и частных организаций здравоохранения, от профессиональной компетенции которых зависит успех происходящих преобразований.

Для изучения количественной характеристики групп обучающихся и действующих руководителей здравоохранения Казахстана осуществлен среди них социологический опрос, а также измерение их отношения к действующей системе обучения.

Опрос показал, что в большинстве случаев группу обучающихся и действующих менеджеров в Казахстане составляют мужчины, как среди «городских» и «сельских» респондентов. Так, среди «городских» респондентов, их удельный вес составлял соответственно  $76,7 \pm 3,67\%$  и  $77,4 \pm 3,76\%$ . Такая же картина, наблюдалась среди «сельских» респондентов ( $77,8 \pm 6,65\%$  и  $80,0 \pm 6,41\%$  соответственно). Менее выраженные соотношения в пользу превалирования мужчин в половом составе руководителей, обнаруживалась среди городских респондентов, работающих в специализированных организациях здравоохранения. Другие группы респондентов в основном представляли женщины.

Как показано в таблице 5 в двух группах «городских» респондентов было 133 слушателей краткосрочных курсов обучения в ВШОЗ и 124 действующих руководителей и специалистов, которые опрашивались через интернет – сайт их организаций здравоохранения. В двух группах «сельских» респондентов было соответственно 39 и 32 опрошенных «городских» респондентов.

Установлено, что среди «городских» респондентов I группы, работающих в амбулаторно - поликлинических организациях было  $67,4 \pm 4,97\%$  женщин и  $32,6 \pm 4,97\%$  мужчин. Во второй группе «городских» респондентов женщин были предоставлены  $66,7 \pm 5,14\%$ , а мужчин –  $33,3 \pm 5,14\%$ .

Показано, что среди «сельских» респондентов, работающих в амбулаторно-поликлинических организациях, обнаруженная разница в половом составе опрошенных была еще более выражена. Так здесь в I группе респондентов было  $70,0 \pm 8,37\%$  женщин и  $30,0 \pm 8,37\%$  мужчин, а во второй соответственно  $81,5 \pm 7,47\%$  и  $18,5 \pm 7,47\%$  опрошенных.

Таблица 5 - Распределение респондентов по профилю и месту нахождения и полу организации здравоохранения

Профиль организаций здравоохранения	Город						Село													
	Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты			Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты										
	Всего	жен.		Всего	жен.		Всего	жен.		Всего	жен.									
		абс. число	%		абс. число	%		абс. число	%		абс. число	%								
амбулаторно-поликлинические	89	60	67,4	29	32,6	84	56	66,7	28	33,3	30	21	70,0	9	30,0	27	22	81,5	5	18,5
больничные	30	7	23,3	23	76,7	31	7	22,6	24	77,4	9	2	22,2	7	77,8	5	1	20,0	4	80,0
специализированные	8	3	37,5	5	62,5	6	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
органы управления и финансирования	4	3	75,0	1	25,0	3	3	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
научные и образовательные организации	2	2	100,0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	133	75	56,4	58	45,6	124	68	54,8	56	45,2	39	23	59,0	16	41,0	32	23	71,9	9	28,1

Анализ результатов изучения распределения респондентов по возрасту (таблица 6) показал, что среди общих групп «городских» опрошенных, их доля в возрасте от 25 до 29 лет была приблизительно одинаковой и составляла соответственно 35,3±4,14% и 36,4±4,32%. Среди «сельских» респондентов выявленная тенденция повторялась.

Таблица 6 - Распределение респондентов по возрасту

Возрастные группы	Город				Село			
	Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и пациенты		Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и пациенты	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
от 25 до 29 лет	47	35,3	45	36,4	14	35,9	11	34,4
от 30 до 39 лет	39	29,3	38	30,6	10	25,6	9	28,1
от 40 до 49 лет	24	18,1	20	16,1	9	23,1	6	18,8
от 50 до 58 лет	19	14,3	16	12,9	3	7,7	4	12,5
от 59 до 63 лет	4	0,3	3	2,4	3	7,7	1	3,1
64 года и старше	-	-	2	1,6	-	-	1	3,1
Итого	133	100,0	124	100,0	39	100,0	32	100,0

В следующей возрастной группе респондентов (от 30 до 39 лет), удельный вес «городских» опрошенных колебался в пределах от  $29,3 \pm 3,95\%$  до  $30,6 \pm 4,14\%$ , а в «сельских» - от  $25,6 \pm 6,99\%$  до  $28,1 \pm 7,95\%$ .

В возрастной группе от 40 до 49 лет «городских» респондентов было соответственно  $18,1 \pm 3,34\%$  и  $16,1 \pm 3,3\%$ , а «сельских» - соответственно  $23,1 \pm 6,75\%$  и  $18,8 \pm 6,91\%$ .

Установлено далее, что среди «городских» респондентов, лиц в возрасте от 50 до 58 лет, было соответственно  $14,3 \pm 3,04\%$  и  $12,9 \pm 3,01\%$ , а среди «сельских» обучающихся в 2 раза меньше, чем среди «городских». При этом удельный вес действующих руководителей сельских организаций здравоохранения был таким же, как и городских. Респондентов старших возрастных групп (от 59 до 63 лет и 64 года и старше) были единицы, как среди «городских», так и среди «сельских» опрошенных.

Далее было изучено распределение респондентов по базовым врачебным специальностям (таблица 7). Установлено, что наибольший удельный вес как среди «городских» ( $33,8 \pm 4,20\%$  и  $34,7 \pm 4,33\%$ ), так и «сельских» ( $33,3 \pm 7,55\%$  и  $34,4 \pm 8,40\%$ ) респондентов составляли терапевты.

Таблица 7 - Распределение респондентов по базовым врачебным специальностям

Наименование должностей	Город				Село			
	Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты		Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
терапевт	44	33,8	43	34,7	13	33,3	11	34,4
хирург	21	15,8	19	14,9	8	20,6	7	21,8
педиатр	38	29,1	36	28,9	11	28,2	9	28,1
акушер-гинеколог	20	14,2	16	13,2	7	17,9	5	18,7
прочие врачебные специальности	10	7,1	10	8,3	-	-	-	-
Итого	133	100,0	124	100,0	39	100,0	32	100,0

На втором ранговом месте стояли педиатры, доля которых среди «городских» респондентов колебалась вокруг  $29,1 \pm 4,03\%$  и  $28,9 \pm 4,12\%$ .

Третье ранговое место во всех исследуемых группах респондентов, занимали хирурги, доля которых среди «городских» опрошенных была несколько ниже ( $15,8 \pm 3,24\%$  и  $14,9 \pm 3,24\%$ ), чем в сельских ( $20,6 \pm 6,48\%$  и  $21,8 \pm 7,30\%$ ) соответственно.

Акушеры – гинекологи как среди «городских» ( $14,2 \pm 3,10\%$  и  $13,2 \pm 3,08\%$ ), так и среди «сельских» респондентов были на четвертом ранговом месте.

При этом респонденты других врачебных специальностей были только среди «городских» опрошенных (соответственно  $7,1 \pm 2,28\%$  и  $8,3 \pm 2,51\%$ ).

При анализе распределения респондентов по занимаемым должностям установлено (таблица 8), что наибольшую долю как среди «городских», так и «сельских» респондентов, занимали заместители главного врача.

Их удельный вес среди «городских» респондентов колебался в пределах от  $42,8 \pm 4,29\%$  до  $50,0 \pm 4,49\%$ , а среди «сельских» – соответственно в диапазоне от  $43,7 \pm 7,94\%$  до  $46,9 \pm 8,82\%$ .

Главных врачей среди «городских» респондентов было соответственно  $34,7 \pm 4,13\%$  и  $38,8 \pm 4,38\%$ , а среди «сельских» - соответственно  $35,9 \pm 7,68\%$  и  $37,5 \pm 8,56\%$ .

Заведующие отделениями среди «городских» респондентов составляли соответственно  $9,0 \pm 2,48\%$  и  $5,6 \pm 2,06\%$ , а среди «сельских» их доля была несколько большей (соответственно  $10,2 \pm 4,85\%$  и  $9,4 \pm 5,16\%$ ).

При этом, удельный вес врачей – статистиков и методистов как среди «городских», так и «сельских» респондентов, почти не отличался от значений в предыдущей анализируемой группе опрошенных.

Таблица 8 - Распределение респондентов по занимаемым должностям

Должность	Город				Село			
	Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты		Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
главные врачи	46	34,7	48	38,8	14	35,9	12	37,5
заместители главного врача	57	42,8	62	50,0	17	43,7	15	46,9
заведующие отделением	12	9,0	7	5,6	4	10,2	3	9,4
врачи статистики (методисты)	12	9,0	7	5,6	4	10,2	2	6,2
экономисты и финансисты	4	3,0	-	-	-	-	-	-
научные работники и преподаватели	2	1,5	-	-	-	-	-	-
Итого	133	100,0	124	100,0	39	100,0	32	100,0

В процессе опроса представляло интерес изучить мнение респондентов о важных проблемах современного общественного здравоохранения – управлению и экономике.

Результаты изучения отношения респондентов к управлению здравоохранением показали (таблица 9), что  $90,2 \pm 2,58\%$  респондентов – слушателей краткосрочных курсов ВШОЗ и  $85,6 \pm 3,01\%$  - действующих руководителей и специалистов, работающих в городах, на I ранговое место по степени важности поставили раздел «управление объемами, структурой и качеством медицинской помощи». Респонденты, приехавшие на обучение во ВШОЗ из сельской местности, I ранговое место отдали разделу – «управление кадрами», а действующие руководители сельских организаций здравоохранения ( $90,6 \pm 5,16\%$ ) – разделу «управление ресурсами». Далее установлено, что  $84,2 \pm 3,16\%$  «городских» респондентов, обучающихся во ВШОЗ и  $81,1 \pm 3,41\%$  действующие «городские» руководители, II ранговое место определили разделу «управление финансами». «Сельские» респонденты при определении II рангового места придерживались другого мнения. Так

первая из них ( $82,0 \pm 3,67\%$ ), на это место поставила раздел «управление ресурсами», а вторая ( $84,3 \pm 6,43\%$ ) – раздел «управление объемами, структурой и качеством медицинской помощи».

Третье ранговое место ( $76,7 \pm 3,67\%$ ) первая группа городских респондентов отдала разделу «управление ресурсами», а вторая – разделу «управление кадрами».

«Сельскими» респондентами, III ранговое место было отдано другим разделам управления. Так, первая из них это ранговое место отдала разделу «управление объемами, структурой и качеством медицинской помощи», а вторая ( $78,1 \pm 7,31\%$ ) – разделу «управление финансами».

Таблица 9 - Отношение респондентов к наиболее важным вопросам управления общественного здравоохранения

Управление общественного здравоохранения	Город						Село					
	Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты			Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты		
	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг
Управление финансами	112	84,2	II	107	81,1	II	29	74,3	IV	25	78,1	III
Управление объемами структурой и качеством	120	90,2	I	113	85,6	I	30	76,9	III	27	84,3	II
Медицинской помощи управление ресурсами	102	76,7	III	97	73,5	IV	32	82,0	II	29	90,6	I
Управление кадрами	96	72,2	IV	105	79,5	III	36	92,3	I	22	68,7	IV
Итого	133	-	-	124	-	-	39	100	-	32	100	-

Анализ и ранжирование отношения респондентов к актуальным проблемам экономики здравоохранения показал (таблица 10), что I группа «городских» респондентов ( $92,5 \pm 2,28\%$ ), I ранговое место отдали разделу «бизнес – планирование в частной организации здравоохранения», вторая группа «организация платных медицинских услуг» населению. При этом ( $82,0 \pm 6,15\%$  и  $87,5 \pm 5,85\%$ ) первая и вторая группа «сельских» респондентов, на I ранговое место поставили «формирование госзаказа и оплата медицинских услуг». На второе ранговое место  $87,2 \pm 2,90\%$  «городских» респондентов I группы поставили раздел «организация платных медицинских услуг».

населению», а вторая – раздел «бизнес – планирование в частной организации здравоохранения».

При определении II рангового места другого мнения придерживались обе группы «сельских» респондентов ( $69,2 \pm 7,39\%$  и  $81,2 \pm 6,91\%$  соответственно), которые это ранговое место отдали разделу «бизнес – планирование в частной организации здравоохранения».

Таблица 10 - Отношение респондентов к наиболее важным вопросам экономики общественного здравоохранения

Экономика общественного здравоохранения	Город						Село					
	Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты			Слушатели ВШОЗ			Действующие руководители и специалисты		
	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг	абс. чис.	%	ранг
Формирование госзаказа и оплата мед. услуг	106	79,7	IV	101	76,5	IV	32	82,0	I	28	87,5	I
Бизнес – планирование частной организации здравоохран-я	123	92,5	I	120	90,9	II	27	69,2	II	26	81,2	II
Организация платных мед. услуг	116	87,2	II	126	95,4	I	25	64,1	III	18	56,2	IV
Экономический анализ и оценка эффективности деятельности	109	82,0	III	118	89,4	III	18	46,1	IV	20	62,5	III
Маркетинг	91	68,4	V	97	73,5	V	16	41,0	V	14	43,7	V
Итого	133	-		124	-		39	-		32	-	

Далее было установлено, что I группа «городских» респондентов ( $82,0 \pm 3,33\%$ ) и вторая ( $89,4 \pm 2,68\%$ ) на III ранговое место поставили раздел «экономический анализ и оценка деятельности организации здравоохранения».

I группа «сельских» респондентов ( $64,1 \pm 7,68\%$ ) на III ранговое место поставили раздел «организация платных медицинских услуг», вторая группа «экономический анализ и оценка деятельности организации здравоохранения».

Далее показано, что первая группа «городских» респондентов (79,7±3,91%), вторая (76,5±3,69%) на IV ранговое место отдала разделу «формирование госзаказа и оплата медицинских услуг».

Первая группа «сельских» респондентов (46,1±4,68% и 56,2±8,77% соответственно), на IV ранговое место поставили раздел «экономический анализ и оценка деятельности организации здравоохранения» и «организация платных медицинских услуг населению».

На V ранговое место, I группа «городских» респондентов (68,4±4,03%), вторая (73,5±3,84%) – разделу «маркетинг». Это же V ранговое место обе группы «сельских» респондентов отдали разделу «маркетинг».

Также изучалось отношение респондентов к различным аспектам их обучения на краткосрочных курсах по общественному здравоохранению.

Результаты изучения мнение респондентов по длительности обучения показали (таблица 11), что 42,1±4,28% и 39,4±4,25% «городских» групп опрошенных, оптимальным сроком обучения считают 2 недели; 45,1±4,31% и 48,5±4,35% - от 2 до 4 недель. Среди «сельских» групп опрошенных, доля респондентов, предпочитающих обучаться не более 2 недель, была значительно больше и составляла соответственно 79,5±6,46% и 84,3±6,43%, а оставшаяся часть (20,5±6,46% и 15,7±6,43%) выразила желание обучаться не более одного месяца. При этом негативное отношение к более длительным срокам обучения высказало подавляющее число респондентов.

Таблица 11 - Распределение респондентов к деятельности обучения на краткосрочных курсах

Длительность обучения	Город				Село			
	Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты		Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
до 2 недель	56	42,1	49	39,4	31	79,5	27	84,3
от 2 до 4 недель	60	45,1	60	48,5	8	20,5	5	15,7
свыше 4 недель	17	12,8	15	12,1	-	-	-	-
Итого	133	100,0	124	100,0	39	100,0	32	100,0

Как показали результаты изучения отношения респондентов к выбору и содержанию методов обучения, большая часть из них предпочтение отдали активным и интенсивным методам обучения, о необходимости поиска более

интенсивных технологий и программ обучения, которые адекватно соответствовали бы целям и задачам современного здравоохранения.

При этом установлено, что к традиционным методам обучения (сочетание лекций, семинаров и практических занятий) больше склонны «сельские» респонденты (17,9±6,14% и 25,0±7,65% соответственно), а к активным и интенсивным (деловые и ролевые игры в малых группах и дискуссия) – «городские» респонденты (41,3±4,27% и 43,2±4,29% соответственно).

«Городские» респонденты, по сравнению с сельскими, проявляют больший интерес к освоению интернет - технологий самообучения. За включение этого раздела в программы обучения высказались 23,3±3,67% и 20,4±3,51% «городских респондентов»; 10,2±4,85% и 15,6±6,41% - «сельских» (таблица 12).

Полученные данные свидетельствуют о различиях «городских» и «сельских» респондентов в выборе тех или иных методов обучения.

Таблица 12 - Распределение респондентов по предложениям к выбору методов обучения

Методы обучения	Город				Село			
	Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты		Слушатели ВШОЗ		Действующие руководители и специалисты	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Сочетание лекций, семинаров и практических занятий	20	15,0	13	10,6	7	17,9	8	25,0
Деловые и ролевые игры в малых группах и дискуссия	55	41,3	54	43,2	10	25,6	8	25,0
Составление и защита проектов	12	9,0	13	10,6	4	10,2	3	9,4
Знакомство с передовыми организациями здравоохранения	15	11,4	19	15,2	7	17,9	8	25,0
Освоение интернет технологий самообучения	31	23,3	25	20,4	4	10,2	5	15,6
Итого	133	100,0	124	100,0	39	100,0	32	100,0

Таким образом, опрос показал, низкий показатель специализированного образования менеджеров здравоохранения, в основном формирования кадрового резерва проходит в рамках программ переподготовки.

Среди управленцев превалирует возрастная группа от 25 до 39 лет, как среди городских, так и сельских руководителей, и это можно интерпретировать как положительную тенденцию в кадровой политике. При этом, слушателями программ обучения являются в основном руководители (главные врачи и их заместители) медицинских организаций амбулаторно поликлинического и стационарного профиля. Низкое количество слушателей из органов управления и финансирования, а также научных организаций. Есть разница между городскими и сельскими управленцами в определении приоритетов направлений обучения. Для городских топ менеджеров на первый план в обучении выходят вопросы управления финансами, управления объемами, структурой и качеством. Для сельских менеджеров актуальны вопросы управления ресурсами и управление кадрами.

В вопросах экономики городское здравоохранение более бизнес ориентировано. Им интересны в первую очередь тема бизнес – планирования в частной организации здравоохранения и организация платных медицинских услуг населению. Для сельского здравоохранения остается приоритетным формирование госзаказа и оплата медицинских услуг.

К сожалению, вопрос экономического анализа и оценки эффективности деятельности имеет низкий рейтинг во всех группах респондентов менеджеров.

Исходя из полученных результатов, программы обучения руководителей и специалистов общественного здравоохранения должны больше соответствовать наиболее важным направлениям их деятельности и учитывать особенности функционирования различных типов организаций здравоохранения в современных условиях.

### **3.2 Формирование перечня и содержания современных и перспективных компетенций специалистов в сфере менеджмента здравоохранения на основе качественных исследований среди менеджеров здравоохранения.**

На втором ступени второго этапа исследования детально изучались предпочтения менеджеров здравоохранения в обучении с помощью метода фокус группы и интервьюирования.

Проведение фокус группы позволило определить направления и сформулировать вопросы для интервьюирования. Вопросы представлены в приложении 2.

Всего в исследовании приняло участие 28 респондентов: 39,3±9,23% мужчин и 60,7±9,23% женщин, в возрасте «от 25 до 29 лет» – 10,7±5,84%, «от 30 до 39 лет» – 32,1±8,82%, «от 40 до 49 лет» – 35,7±9,05% и «старше 50 лет» – 21,4±7,75% (рисунок 11).

Основная базовая специальность менеджеров участвующих в исследовании – акушер-гинеколог (35,7±9,05%), терапевт (32,1±8,82%), педиатр

(17,9±7,24%). Также принимали участие в исследовании менеджеры с базовой специальностью хирург, экономист, финансист и юрист (рисунок 11).

Опрошены менеджеры из амбулаторно-поликлинического звена (39,3±9,23%), из специализированных и больничных учреждений (25,0±8,18% и 17,9±7,24%), из организаций науки и образования (10,7±5,84%), а также из органов управления и финансирования (7,1±4,85%) (рисунок 12).

Основная доля опрошенных представлена главными врачами (46,4±9,42%), их заместителями (10,7±5,84%) и заведующими отделений (17,9±7,24%). Кроме того в опросе приняли участие врачи статистики (методисты), научные работники и преподаватели, а также специалисты по кадрам (рисунок 12).

Направлениями деятельности опрошенных менеджеров являются: управление организацией (82,1±7,24%), управление объемами структурой и качеством (10,7±5,84%) и управление кадрами (7,1±4,85%) (рисунок 12).

На рисунке 13 представлены данные о направлениях и методах исследования, используемых менеджерами в работе. Основными направлениями в работе менеджеров являются: связь с общественностью, маркетинг, отслеживание и анализ новых рыночных тенденций. В кадровом делопроизводстве основными направлениями являются: подбор кадров, кадровый аудит, тестирование кадров и HR-менеджмент. Применяются следующие основные методы исследования рынка: опрос, анкетирование, экспертное мнение, наблюдение и открытые маркетинговые исследования.

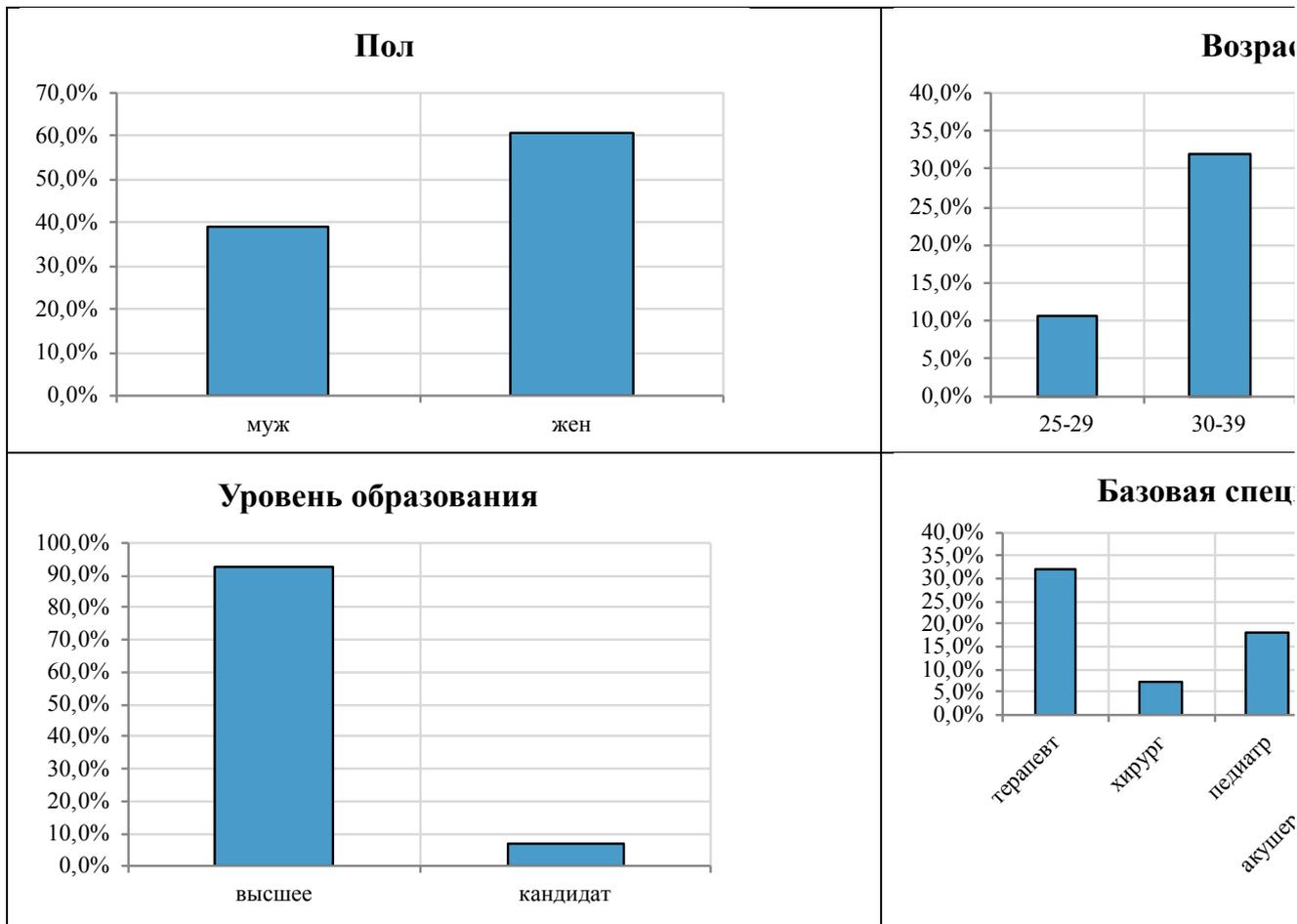


Рисунок 11 – Распределение респондентов по полу, возрасту, уровню образования, и

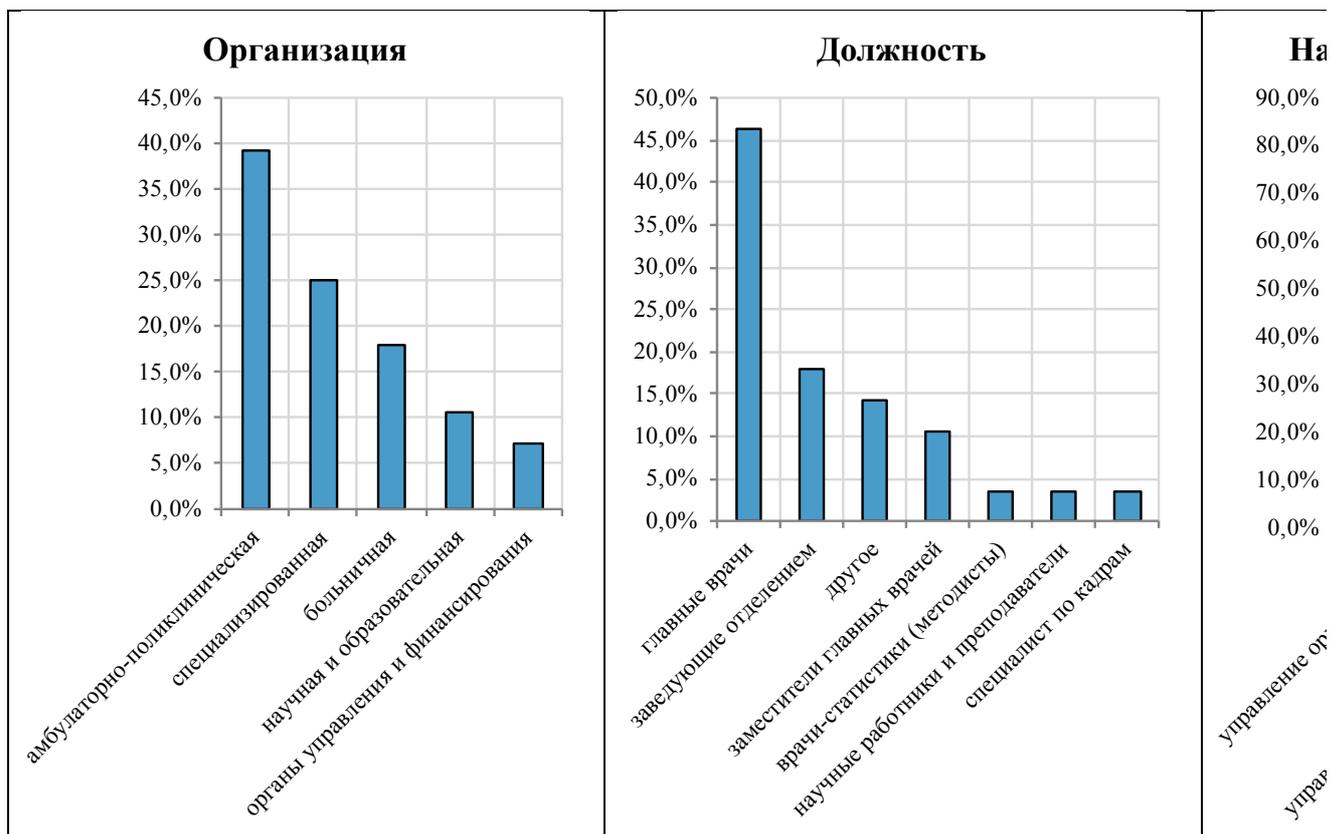


Рисунок 12 – Распределение респондентов по виду организации, в которой они работают деятельности

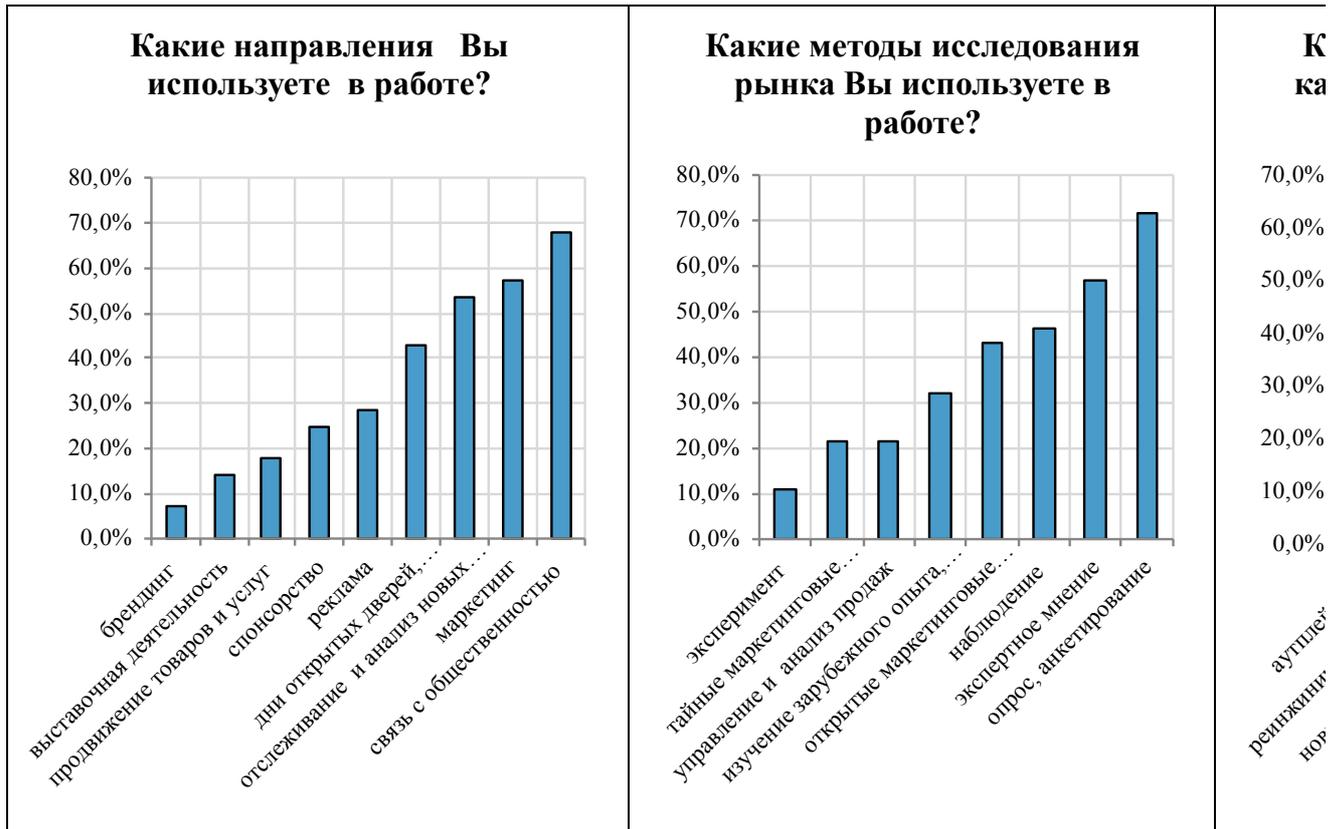


Рисунок 13 – Направления и методы исследования, используемые менедж

На вопрос «Какие качества/компетенции необходимы Вам?» большинство респондентов ответили – способность использования новых технологий (71,4±8,54%). Профессионализм необходим 53,6±9,42% менеджерам, лидерские качества 46,4±9,42%, командный подход 42,9±9,35%, а категорию «ответственность» указали 21,4±7,75% опрошенных (рисунок 14).

При этом мужчины-менеджеры чаще отдают предпочтение профессионализму, лидерским качествам и командному подходу, а женщинам-менеджерам необходимы – способности использования новых технологий.

В возрасте 25-29 лет предпочитают ответственность, командный подход и способности использования новых технологий, в возрасте 30-39 лет – профессионализм, лидерские качества и способности использования новых технологий, в возрасте 40-49 лет – лидерские качества и командный подход, а в возрасте старше 50 лет в основном предпочитают способности использования новых технологий.

Представителям амбулаторно-поликлинического звена необходимы такие качества/компетенции как профессионализм и способности использования новых технологий. Менеджеры больничных организаций предпочитают лидерские качества и профессионализм, менеджеры специализированных организаций – способности использования новых технологий, лидерские качества и профессионализм, менеджеры органов управления и финансирования, а также менеджеры научных и образовательных организаций – способности использования новых технологий.

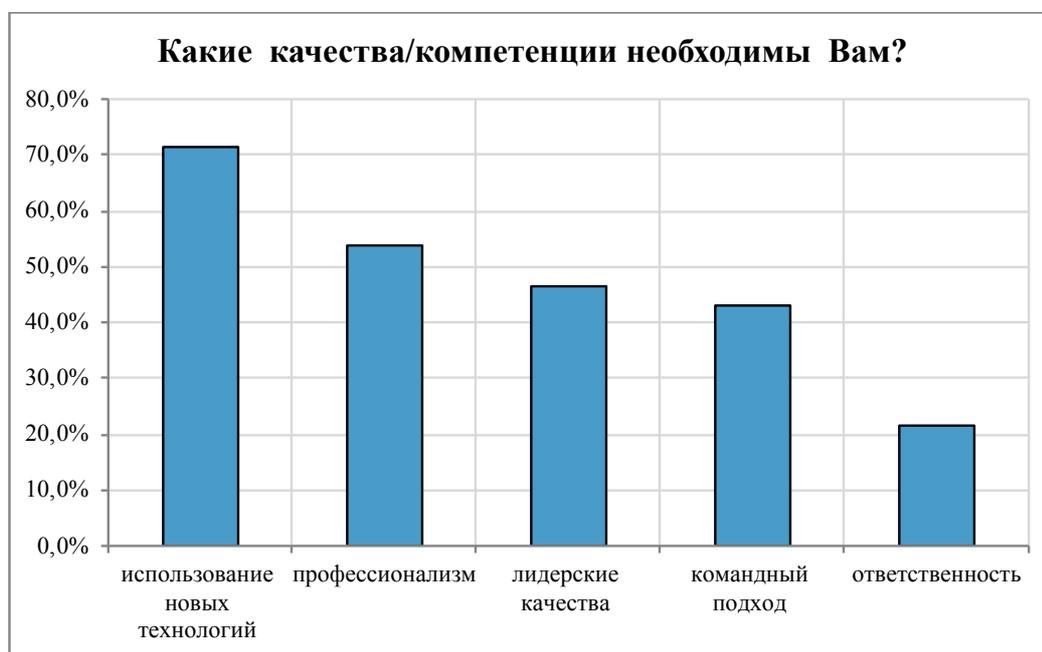


Рисунок 14 – Предпочтения менеджерами качеств/компетенций

Среди навыков и знаний, необходимых для дальнейшего развития менеджеры здравоохранения в большинстве случаев указали на управление

организацией ( $67,9 \pm 8,82\%$ ), бизнес-планирование ( $57,1 \pm 9,35\%$ ), финансовый менеджмент ( $53,6 \pm 9,42\%$ ), управление персоналом ( $53,6 \pm 9,42\%$ ) и управление проектами ( $50,0 \pm 9,45\%$ ). Менее интересуют менеджеров такие навыки и знания как управление контрактами ( $7,1 \pm 4,84\%$ ), фармацевтическое управление ( $14,3 \pm 6,62\%$ ), готовность к чрезвычайным ситуациям ( $14,3 \pm 6,62\%$ ), компьютерная/информационная грамотность ( $14,3 \pm 6,62\%$ ) и статистический анализ ( $14,3 \pm 6,62\%$ ) (рисунок 15).

Навыки и знания в управлении организацией и бизнес-планирование больше предпочитают менеджеры женского пола. Указанные навыки и знания чаще предпочитают менеджеры в возрасте 30-39 лет. Также, свойственно предпочтение данных навыков и знаний менеджерам амбулаторно-поликлинического звена и менеджерам специализированных организаций.

Финансовый менеджмент и управление персоналом также более интересен менеджерам женского пола, однако возраст менеджеров, в котором предпочитают данные навыки и знания соответствует – 40-49 годам. Получить навыки и знания в области финансового менеджмента и управления персоналом предпочитают менеджеры амбулаторно-поликлинических и больничных и специализированных организаций.



Рисунок 15 – Предпочтения менеджерами навыков и знаний

Из дополнительных областей знаний менеджеры здравоохранения больше всего хотели бы изучить эффективное управление ( $64,3 \pm 9,05\%$ ), проектный менеджмент, разработку стартап проектов ( $60,7 \pm 9,23\%$ ), менее всего – современные методы закупа и логистики ( $32,1 \pm 8,82\%$ ), бизнес подход ( $28,6 \pm 8,54$ ) и коммуникации с поставщиками ( $14,3 \pm 6,62\%$ ) (рисунок 16). При этом заинтересованы в дополнительных курсах по повышению квалификации  $92,9 \pm 4,85\%$  менеджеров здравоохранения. Из них: мужчины менеджеры –

100%, женщины менеджеры –  $88,2 \pm 7,82\%$ ; в возрасте 25-29 лет – 100%, в возрасте 30-39 лет –  $88,9 \pm 10,75\%$ , в возрасте 40-49 лет –  $90,0 \pm 10,20\%$ , в возрасте 50 лет и старше – 100%; менеджеры амбулаторно-поликлинического звена, органов управления и финансирования и научных и образовательных организаций – 100%, больничных и специализированных организаций –  $80,0 \pm 17,89\%$  и  $85,7 \pm 13,23\%$  соответственно. Помимо дополнительных курсов,  $92,9 \pm 4,85\%$  менеджерам здравоохранения интересно участвовать в выступлениях спикеров из различных компаний, которые рассказывают о трендах, технологиях, интересных проектах и возможностях.

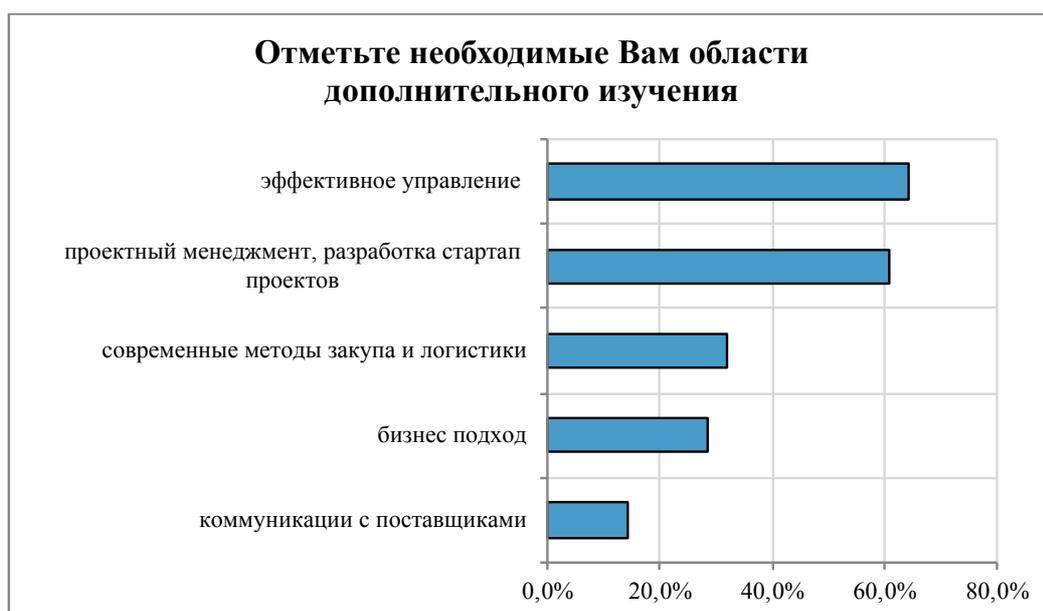


Рисунок 16 – Предпочтения менеджерами дополнительных областей знаний

На вопрос «Какие направления новых технологий Вас интересуют?» большинство менеджеров ответили – цифровые технологии ( $89,3 \pm 5,84\%$ ) и новые медицинские услуги ( $67,9 \pm 8,82\%$ ). Также интересны менеджерам технологии искусственного интеллекта ( $39,3 \pm 9,23\%$ ) и 3D устройства ( $39,3 \pm 9,23\%$ ). Менее интересны технологии виртуальной реальности ( $10,7 \pm 5,84\%$ ) и иммунотерапия ( $10,7 \pm 5,84\%$ ) (рисунок 17).

Нужно отметить, что менеджеров мужского пола больше интересуют цифровые технологии и 3D устройства, а менеджеров женского пола – новые медицинские услуги, искусственный интеллект, телемедицина, виртуальная реальность и иммунотерапия.

Цифровые технологии интересны менеджерам в возрастной группе 30 лет и старше, 3D устройства – в возрасте 25-29 лет, новые медицинские услуги и технологии иммунотерапии – в возрасте 40-49 лет, искусственный интеллект и виртуальную реальность – в возрасте 30-39 лет, а телемедицину – в возрасте 50-58 лет.

Менеджерам амбулаторно-поликлинического звена, специализированных и больничных организаций, а также научных и образовательных организаций более интересны цифровые технологии, а другие направления новых технологий их интересует меньше. В свою очередь, менеджеры органов управления и финансирования более интересуются искусственным интеллектом и новыми медицинскими услугами.

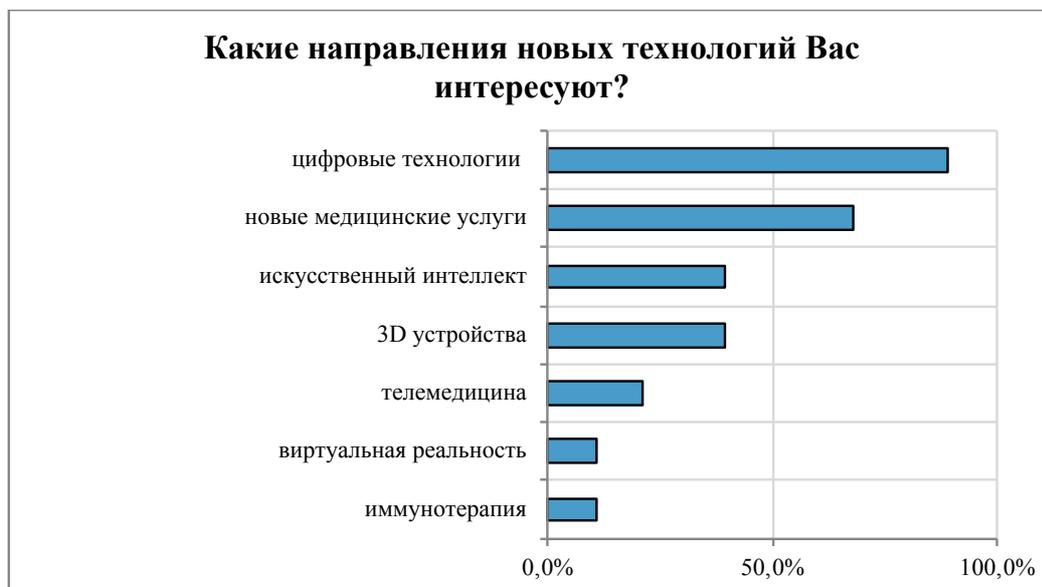


Рисунок 17 – Предпочтения менеджерами направлений новых технологий

По мнению опрошенных менеджеров более всего им подходят следующие виды обучения: теория и практика ( $60,7 \pm 9,23\%$ ), дистанционное обучение ( $39,3 \pm 9,23\%$ ), стажировка в организации с практикой ( $35,7 \pm 9,05\%$ ), онлайн обучение, вебинары ( $32,1 \pm 8,82\%$ ). Менее всего подходят исключительно теоретические ( $7,1 \pm 4,85\%$ ) и исключительно практические занятия ( $3,6 \pm 3,52\%$ ) (рисунок 18).

В мужской когорте менеджеров предпочитают дистанционный вид обучения и стажировки в организациях с практикой, а в женской когорте – теоретическое и практическое обучение одновременно.

Менеджеры 25-39 лет и старше 50 лет предпочитают преимущественно теорию и практику, в 40-49 лет – дистанционное обучение.

Амбулаторно-поликлинические менеджеры предпочитают теоретическое и практическое обучение одновременно и стажировки в организациях с практикой. Менеджеры больничных и специализированных организаций, а также менеджеры органов управления равнозначно предпочитают все виды обучения, за исключением исключительно теоретического и исключительно практического вида.

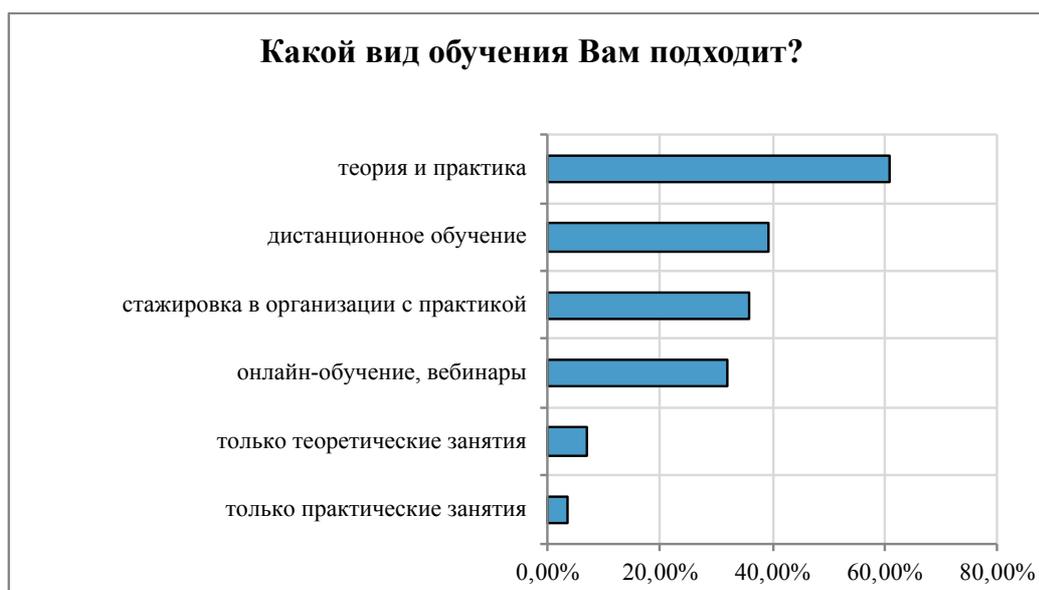


Рисунок 18 – Предпочтения менеджерами вида обучения

Предпочитают экспресс-курс (до 2 недель) обучения  $57,1 \pm 9,35\%$  менеджеров здравоохранения, курс средней интенсивности (от 2-4 недель)  $42,9 \pm 9,35\%$ . Наряду с этим отсутствуют желающие обучаться на неинтенсивном (свыше 4 недель) курсе. Другой тип обучения предпочли  $3,6 \pm 3,52\%$  менеджеров (рисунок 19).

Мужчинам менеджерам более интересен курс обучения средней интенсивности (от 2-4 недель), а женщинам – экспресс-курс (до 2 недель).

Менеджеры в возрасте 25-29 лет предпочитают исключительно курс обучения средней интенсивности (от 2-4 недель), другие возрастные группы – экспресс-курс (до 2 недель).

Амбулаторно-поликлиническим менеджерам и менеджерам больничных и специализированных организаций интересен экспресс-курс (до 2 недель) обучения, а менеджерам научных и образовательных организаций – курс обучения средней интенсивности (от 2-4 недель). Менеджерам органов управления и финансирования равнозначно интересны оба курса обучения.

На вопрос «Какой формат дополнительных курсов Вас интересует?» большинство опрошенных ответили – дистанционный онлайн экспресс-курс ( $57,1 \pm 9,35\%$ ) и тренинг-курс (1-3 дня) ( $50,0 \pm 9,45\%$ ). Дневной или вечерний курс (5-10 дней) предпочитают  $14,2 \pm 6,60\%$  менеджеров (рисунок 19).

Среди тех, кто предпочитает дистанционный онлайн экспресс-курс равнозначное количество мужчин и женщин. Тренинг-курс и вечерний курс обучения более интересен женщинам менеджерам, а дневной курс – мужчинам.

В возрасте 25-29 лет и 50 и старше менеджеры больше предпочитают дистанционный онлайн экспресс-курс, а в возрасте 30-49 лет – как дистанционный онлайн экспресс-курс так и тренинг-курс (1-3 дня).

Дистанционный онлайн экспресс-курс обучения предпочитают большинство менеджеров специализированных организаций, органов

управления и финансирования и научных и образовательных учреждений, а тренинг-курс (1-3 дня) – менеджеры амбулаторно-поликлинического звена и больничных организаций.



Рисунок 19 – Предпочтения менеджерами типа обучения и формата дополнительных курсов обучения

Таким образом, результаты данного этапа исследования позволили сформировать перечень основных направлений качеств/компетенций менеджеров здравоохранения РК: способность использования новых технологий, профессионализм, лидерские качества и командный подход. Для дальнейшего развития им необходимы навыки и знания в управлении организацией, бизнес-планировании, финансовом менеджменте, управлении персоналом и управлении проектами. Из дополнительных областей – знания и навыки эффективного управления, проектного менеджмента и разработки стартап проектов, цифровые технологии, в определении новых медицинских услуг, технологий искусственного интеллекта и 3D устройства. Предпочтительный вид обучения: теория + практика, дистанционное обучение, стажировка в организации с практикой, онлайн обучение, вебинары. Также менеджеры здравоохранения предпочитают экспресс-курс (до 2 недель) обучения, курс средней интенсивности (от 2-4 недель), дистанционный онлайн экспресс-курс и тренинг-курс (1-3 дня). Наряду с вышесказанным существуют различия в предпочтениях по признаку пола и возраста, а также в зависимости от принадлежности менеджеров к организации.

Результаты показывают, что содержание и архитектура программ обучения руководителей и специалистов общественного здравоохранения должны больше соответствовать наиболее важным направлениям их практической

деятельности; больше учитывать особенности функционирования различных типов организаций здравоохранения в современных условиях [121-122].

Таким образом, проведенное исследование, позволило лучше увидеть их потребности в обучении, а также наметить пути его совершенствования. Полученные результаты нами использованы в процессе совершенствования программ обучения менеджеров здравоохранения, и стали основой для формулировки конкретных профессий и компетенций специалистов в сфере менеджмента здравоохранения.

## **4 КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПРОГНОЗ РЫНКА ТРУДА, КАК ОСНОВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СФЕРЕ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Глобальные тенденции, экономические изменения изменяют рынок труда в здравоохранении, что повышает требования к руководителям медицинских организаций. На уровне ВУЗов и медицинских организаций станет жизненно необходимым принципиально новый подход к обучению с глубокой приверженностью, беспрецедентной гибкостью и интенсивностью. Понятно, что в таких новых условиях, возрастают квалификационные требования к знаниям и умениям менеджеров здравоохранения, которые были бы способны в максимальной степени использовать свой профессиональный потенциал и инновационные технологии для обеспечения необходимой конкурентоспособности организаций. Система планирования подготовки и переподготовки менеджеров здравоохранения должна состоять из прогнозирования кадров, определения реальной потребности в обучении, планирования и финансирования обучения. Программы обучения должны быть дифференцированными и отражать основные приоритеты деятельности организации, соответствовать новым рыночным условиям и прогностическим оценкам [123-124].

### **4.1 Качественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения**

В рамках исследования был проведен интернет-опрос среди казахстанских и российских медицинских работников. Количество опрошенных - 70 человек. Опрос проводился с публикацией открытого приглашения к опросу в социальной сети. Были поставлены следующие открытые вопросы:

- общие тенденции рынка труда;
- рынок труда в здравоохранении;
- перспективы рынка труда в здравоохранении;
- специализации и навыки в здравоохранении, которые будут востребованы в течение 5-15 лет.

В результате опроса определены следующие перспективные направления:

- врачи, которые должны обладать очень чутким настроем на личность пациента (неонатологи, педиатры, гинекологи, андрологи, психиатры, психологи);
- врачи, работающие с искусственным интеллектом и медицинской техникой в различном качестве: от разработки и обучения ИИ до управления проектами на базе ИИ, оценки результатов и технического обслуживания;
- R&D: разработчики новых подходов к лечению, технологий, фармацевтической продукции.

Качественный прогноз адаптирован к реалиям инновационного потенциала РК и представляет собой новую перспективу в рынке труда изучаемой области, основанной на новейших глобальных тенденциях.

Данный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения строился на основе материала предшествующих глав представлен в таблицах 13 и 14, с указанием перечня перспективных специальностей с 2017 года и в ближайшие 5 лет, с описанием профессии, категории и востребованностью. В третьем столбце «категория» предложен метод наполнения рынка труда по профессиям с точки зрения образовательного процесса: новая профессия, либо деквалификация отраслевых специалистов или специализация в здравоохранении специалистов из других отраслей. В четвертом столбце «востребованность на 2017 год» указан дополнительный источник информации по востребованности данной профессии в мире.

Таблица 13 - Перечень перспективных специальностей в сфере менеджмента здравоохранения: сегодня (с введением ОСМС).

Профессия	Описание	Категория	Востребованность на 2017 г
Форсайтер / трендотчер в здравоохранении	Специалист по прогнозированию развития технологий и выявлению перспективных областей	Новая профессия	Глобальные сайты: пул вакансий по запросам международных рекрутинговых компаний. (не в здравоохранении)
Специалист по стратегированию и бизнес-планированию в здравоохранении		Деквалификация отраслевых специалистов или специализация в здравоохранении специалистов по бизнес-планированию	Пул вакансий по международным запросам
Специалист по закупу и логистике	<ul style="list-style-type: none"> <li>– совершенствование процессов закупа ресурсов;</li> <li>– логистические решения и решения экономики совместного потребления</li> </ul>	Специализация в здравоохранении специалистов по закупу и логистике	Глобальные сайты: пул вакансий.
Экономист здравоохранения	– (Микро)экономист, специализирующийся в здравоохранении.	Специализация в здравоохранении специалистов по микроэкономике	Пул вакансий

Продолжение таблицы 13

Медицинский маркетолог	<ul style="list-style-type: none"> <li>– исследования рынка, включая потребительские предпочтения;</li> <li>– анализ продаж;</li> <li>– ценовая политика;</li> <li>– информационные кампании;</li> <li>– организация обратной связи;</li> <li>– привлечение индивидуальных и корпоративных клиентов;</li> <li>– привлечение стратегических партнеров;</li> <li>– развитие медицинского туризма.</li> </ul>	Новая профессия или доквалификация отраслевых специалистов	Пул вакансий
Специалист по стандартизации деятельности / методолог	Разработка и внедрение внутренней документации, политик, стандартов, включая аккредитационные требования и JCI.	Доквалификация отраслевых специалистов или новая профессия	Пул вакансий по запросам
Профессиональный HR менеджмент	полный цикл HRM; цифровые технологии в HR; таланты без границ: использование глобальных кадровых ресурсов благодаря совершенствованию средств коммуникации и технологий дополненной и виртуальной реальности; кадровый аутсорсинг; привлечение специалистов в определенное место и время; управление рисками и конфиденциальностью	Специализация в здравоохранении специалистов по HRM	Пул вакансий
Специалист по управлению производительностью труда	разработка и внедрение систем повышения эффективности труда, ее оценки и поощрения; усиление человеческого потенциала современными технологиями и устройствами	Доквалификация отраслевых специалистов или специализация в здравоохранении специалистов по управлению производительностью труда	Пул вакансий по запросу «Организация труда» (не в здравоохранении)

Продолжение таблицы 13

Специалист по управлению недостатком знаний	HRM в части обучения, организывает процесс обучения персонала в областях, определяемых форсайтером	Специализация в здравоохранении специалистов по управлению недостатком знаний	Вакансий нет; специальность будет характерна для отстающих в развитии стран
Специалист по регуляторному консалтингу	Лоббирование изменений в законодательство, в том числе с целью легитимизации технологий	Специализация в здравоохранении специалистов по регуляторному консалтингу знаний или новая профессия	Глобальные сайты: пул вакансий.
Government Relations специалист		Специализация в здравоохранении специалистов по GR или доквалификация отраслевых специалистов	Глобальные сайты: пул вакансий

Таблица 14 - Перечень перспективных специальностей в сфере менеджмента здравоохранения: завтра (с 2019 года)

Профессия	Описание	Категория
R&D менеджер здравоохранения	Коммуникация и кооперация между исследовательскими центрами и поставщиками медицинских услуг	Новая профессия
Инженер систем искусственного интеллекта (ИИ)	Разработка и обучение ИИ	Специализация в здравоохранении специалистов по ИИ
ИТ-медик	разработка и управление базами физиологических (больших) данных и обеспечением для медицинской техники; моделирование процессов; технологии на базе блокчейн	Новая профессия
Управляющий проектами на базе искусственного интеллекта	Управление проектами на базе ИИ от разработки дизайна проекта до оценки результатов	Специализация в здравоохранении специалистов по управлению проектами на базе ИИ
Инженер-робототехник	Техническое обслуживание медицинской робототехники	Новая профессия или доквалификация отраслевых специалистов
Биоэтик	Нормативно-правовые и этические аспекты деятельности медицинских организаций и исследовательских центров (особенно по вопросам, связанным с трансплантологией и генетикой)	Новая профессия или доквалификация отраслевых специалистов

В условиях быстрых технологических изменений и конкуренции с технологиями искусственного интеллекта и роботами, в скором будущем наиболее успешными и диверсифицированными будут T-shaped эксперты, имеющие, с одной стороны, кросс-секторальный взгляд и опыт в смежных областях, а с другой – «вертикальные» компетенции в основной специализации.

#### 4.2 Количественный прогноз рынка в сфере менеджмента здравоохранения

Количественный прогноз строился на республиканском уровне агрегации, с учетом потребности в кадрах ведомственных медицинских организаций и медицинских организаций частной формы собственности.

В данном фрагменте исследования проводился анализ динамики кадров в сфере здравоохранения РК за период 2010-2016 гг. (по материалам отчета о медицинских и фармацевтических кадрах, форма 17). Установлено, что численность менеджеров здравоохранения в динамике существенно увеличилась. В 2016 г. в сравнении с 2010 г. количество менеджеров здравоохранения возросла в 4,7 раз: абсолютный прирост составил 454 человек, а темп прироста – 369,1% (таблица 15). В среднем с каждым годом численность менеджеров здравоохранения в РК увеличивалась на 29,4% (средний темп прироста).

Таблица 15 – Фактическая численность менеджеров здравоохранения в РК в 2010-2016 гг. и основные показатели ряда динамики

Год	Кол-во менеджеров	Цепной способ			Базисный способ		
		абс. прирост	темп роста	темп прироста	абс. прирост	темп роста	темп прироста
2010	123	-	100	-	-	100	-
2011	134	11	108,9	8,9	11	108,9	8,9
2012	247	113	184,3	84,3	124	200,8	100,8
2013	294	47	119,0	19,0	171	239,0	139,0
2014	223	-71	75,9	-24,2	100	181,3	81,3
2015	386	163	173,1	73,1	263	313,8	231,8
2016	<b>577</b>	191	149,5	49,5	454	469,1	369,1

Согласно прогнозным оценкам (рисунок 20) численность менеджеров здравоохранения в РК к 2020 г. увеличится в 1,3 раза в сравнении с 2016 г. или в 6,1 раз в сравнении с 2010 г. Нужно отметить, что полученные прогнозные оценки будут близки к реальным данным только при условии сохранения текущей тенденции.

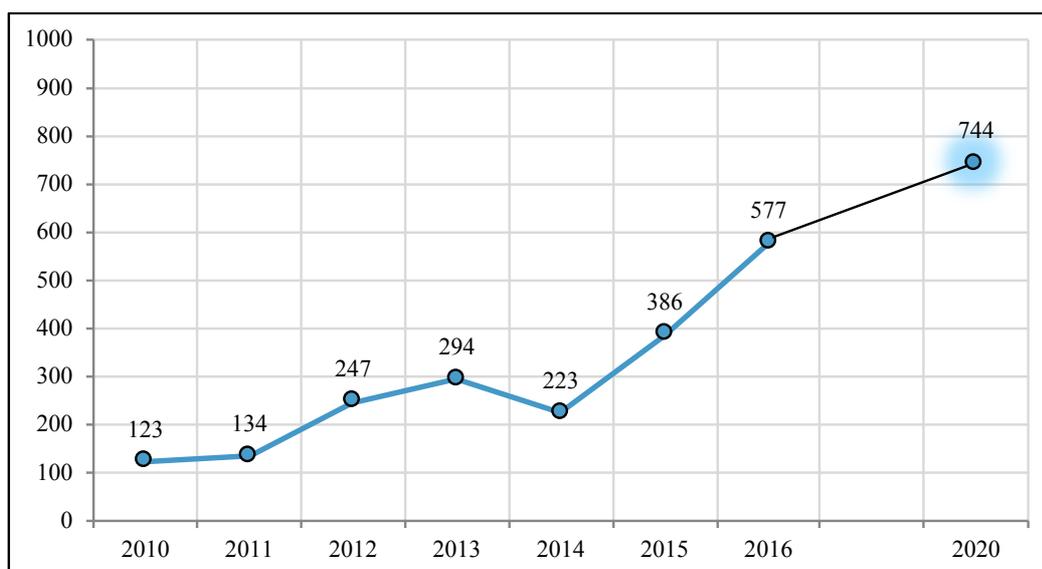


Рисунок 20 – Прогноз численности менеджеров здравоохранения в РК на 2020 г.

Проведенный анализ динамики численности специалистов по общественному здравоохранению в РК свидетельствует о значительном увеличении искомой численности. Абсолютный прирост специалистов по общественному здравоохранению в 2016 г. в сравнении с 2010 г. составил 1060 человек, а темп прироста – 26,2% (таблица 16). Рост – в 1,2 раза. С каждым годом численность специалистов по общественному здравоохранению в РК в среднем увеличивалась на 4,0% (средний темп прироста).

Таблица 16 – Фактическая численность специалистов по общественному здравоохранению в РК в 2010-2016 гг. и основные показатели ряда динамики

Год	Кол-во специалистов ОЗ	Цепной способ			Базисный способ		
		абс. прирост	темп роста	темп прироста	абс. прирост	темп роста	темп прироста
2010	4044	-	100	-	-	100	-
2011	4175	131	103,2	3,2	131	103,2	3,2
2012	4250	75	101,8	1,8	206	105,1	5,1
2013	4258	8	100,2	0,2	214	105,3	5,3
2014	3915	-343	91,4	-8,1	-129	96,8	-3,2
2015	4841	926	123,7	23,7	797	119,7	19,7
2016	5104	263	105,4	5,4	1060	126,2	26,2

По прогнозным оценкам (рисунок 21) численность специалистов по общественному здравоохранению в РК к 2020 г. возрастет в 1,1 раз по отношению к 2016 г. или в 1,3 раз по отношению к 2010 г. Также необходимо отметить, что рассчитанный прогноз будет близок к реальным данным в случае сохранения прямолинейности динамики.

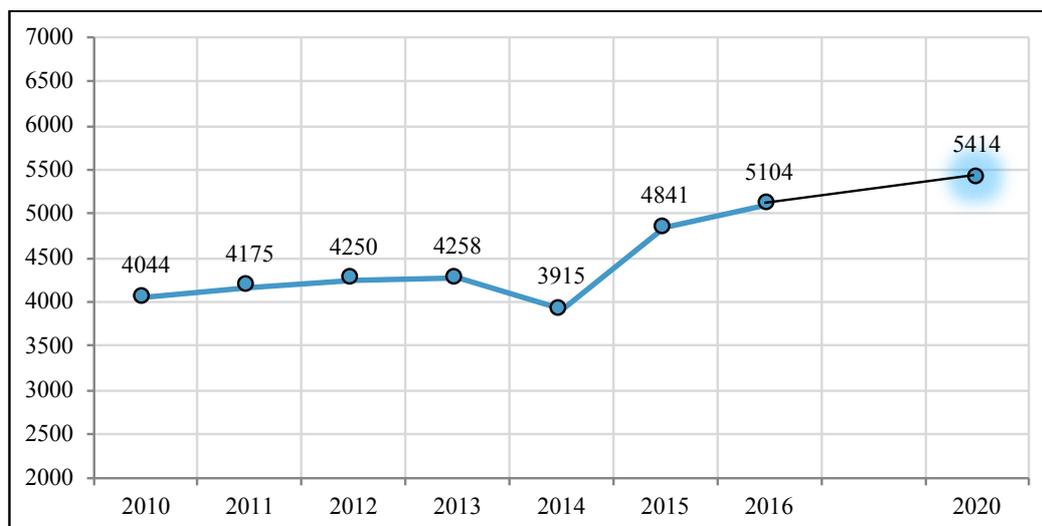


Рисунок 21 – Прогноз численности специалистов по общественному здравоохранению в РК на 2020 г.

В РК в период 2010-2016 гг. численность менеджеров здравоохранения и специалистов по общественному здравоохранению увеличилась в 4,7 и 1,2 раза соответственно. При этом согласно прогнозным оценкам (при сохраняющейся тенденции) к 2020 г. возможно последующее увеличение численности в 6,1 и 1,3 раза соответственно (по отношению к 2010 г.). Данный факт представляет возможным планирование и организацию учебного процесса.

В ближайшие 10 лет на численность менеджеров здравоохранения будут воздействовать два разнонаправленных фактора. Введение ОСМС с последующим усложнением администрирования будет требовать увеличения численности и качества менеджерского состава в медицинских организациях. С другой стороны, будет набирать темп автоматизация труда, ранее описанные технологические и организационные тренды: передача функций роботам и искусственному интеллекту, уплощение организационной структуры. Этот фактор будет естественным образом вытеснять ручной труд и в конечном счете уничтожит часть профессий. Таким образом, отечественная система здравоохранения и ее потребности в кадрах в силу наложения описанных факторов будет развиваться нелинейно.

Для количественного прогноза использовались сведения, характеризующие обеспеченность населения Республики Казахстан медицинскими организациями различного уровня оказания медицинской помощи с исключением организаций с заведомо низкой клиентоориентированностью и не предоставляющие медицинские услуги. Были включены Медицинские университеты, поскольку при них имеются либо планируется открытие университетских клиник, и клиники Национального Медицинского Холдинга.

Количественный прогноз представляет оценку новых профессий, и основывается на качественном прогнозе, с периодом прогнозирования (момент полной реализации эффекта реформ) – 2022 год. В настоящей работе сделано допущение о том, что фактор усложнения администрирования будет преобладать в ближайшие 5-10 лет, а в дальнейшем возобладает тренд замещения рабочей силы. Поскольку временной горизонт свыше 10 лет выходит за рамки настоящего исследования, а также в связи с тем, что прогнозирование более длительного периода в современных условиях представляется затруднительным, ниже будет построен прогноз первого этапа, т.е. для профессий №№1-11 (см. таблицу 14). Тренд замещения рабочей силы, фактически не поддающийся прогнозированию и лишь зарождающийся в РК, приниматься во внимание не будет.

В целом, существуют 3 фактора, потенциально воздействующих на численность рабочей силы в здравоохранении: рост численности населения, изменения эпидемиологии, и политические решения/реформы.

Факторы роста численности населения и эпидемиологии оказывают весьма опосредованное влияние на потребность в менеджерских кадрах.

Основными драйверами изменений станут:

- введение ОСМС, как стимулятора профессионального администрирования здравоохранения на всех уровнях;
- планы по выведению ПМСП на новый уровень, в первую очередь, через увеличение числа ВОП и соразмерное наращивание финансирования;
- развитие частной медицины с частичным разукрупнением точек оказания медицинской помощи.

Эффект ведения ОСМС будет оценен путем сопоставления административных расходов КОМУ и его фактического преемника – ФСМС, в допущении о том, что усложнение администрирования на центральном уровне стимулирует аналогичные изменения на всех уровнях системы. Данные использованы из презентации ФСМС. (таблица 17)

Таблица 17- Коэффициент административных расходов

Показатель	Значение	Скорректированные на инфляцию за 2 года (7%)	Скорректированные на соотношение з/п (2,5 раза)
Административные расходы КОМУ (2016, млн.тг.)	700	700	700
Административные расходы ФСМС (2018, млн.тг.)	8 500	7 424	2 970
Коэффициент административных расходов			4,24

Эффекты усиления ПМСП и разукрупнения, по сути родственные и накладывающиеся, будут оценены совместно, с использованием наиболее явного официального численного показателя – разукрупнение участков ВОП (участковых терапевтов, педиатров) до 1500 прикрепленного населения на 1 врача с текущего показателя 2200 [1; с.21,31,41,152]. (таблица 18).

Таблица 18 - Коэффициент разукрупнения ПМСП

Параметр	Значение	Скорректированное на прирост населения за 3 года (1,5%)
Средний размер участка ПМСП (2016), чел.	2 200	2 200
Средний размер участка ПМСП (2019+), чел.	1 500	1 569
Коэффициент разукрупнения ПМСП		1,40

В работе построен оценочный прогноз, характеризующий различными коэффициентами рынок труда и образовательных услуг.

Для каждой специальности сформирован прогноз количества активно обучающихся физических лиц. Он основывается на количестве медицинских организаций различного уровня оказания помощи по данным официальной статистики МЗ РК), востребованности соответствующей специальности от уровня организации и допущении о типичном количестве специалистов соответствующей специальности в штате медицинской организации. Единица измерения в прогнозе – количество специалистов по Республики Казахстан. Также рассчитано прогнозируемое количество эпизодов обучения по каждой специальности в год.

По специальностям, спрос на которые формируется в основном за счет введения ОСМС (медицинский маркетолог, закуп и логистика, экономист здравоохранения, специалист по стандартизации деятельности, профессиональный HR менеджмент, специалист по управлению производительностью труда), рассчитан коэффициент роста спроса на образовательные услуги в 2022 году по отношению к 2017 году. Этот прогноз основан на вышеуказанных коэффициентах эффекта введения ОСМС и эффекта усиления ПМСП и разукрупнения. К промежуточным результатам расчетов применен понижающий коэффициент, который позволяет учесть следующие обстоятельства:

– разную степень (конечного) проникновения реформы ОСМС и приватизации в регионы. Наибольший отклик преобразования найдут в Астане, Алматы и других крупных городах (однако и здесь развитость квазигосударственного и частного сектора будет сдерживать рост численности менеджерского состава); в более мелких областных центрах влияние будет меньше; наконец, в сельской местности вряд ли будут созданы достаточные

условия для конкуренции и стимулы для совершенствования менеджмента и локального оказания услуг;

– вероятную тенденцию к появлению сетей кабинетов ПМСП, и лишь во вторую очередь частнопрактикующих врачей: крупный капитал будет стремиться реализовать свои интересы. Соответственно, администрирование сетей будет выноситься на уровень управляющей компании и всячески оптимизироваться;

– проектную занятость.

По причине отсутствия данных, выявление численной закономерности невозможно и выбран метод прогнозирования, ввиду отсутствия преимущественных аргументов в пользу какого-либо иного метода – линейный рост.

В зависимости от размера понижающих коэффициентов, будет сформировано три варианта прогноза: оптимистичный, реалистичный и пессимистичный. Окончательные результаты прогноза представлены в таблице 19.

Таблица 19 - Результаты количественного прогноза рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения

№	Профессия	Уровень востребованности профессии	Типичное число специалистов в штате	Тип прогноза	Количество специалистов или эпизодов обучения					Кол-во эпизодов обучения ежегодно
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	Форсайтер / трендотчер	Респ.	1	опт.	4,0	7,9	11,9	15,8	19,8	4,0
				реал.	2,6	5,3	7,9	10,6	13,2	2,6
				песс.	1,3	2,6	4,0	5,3	6,6	1,3
2	Специалист по стратегированию и бизнес-планированию в здравоохранении	Респ. и город. / област.	1	опт.	48,7	97,4	146,2	194,9	243,6	48,7
				реал.	32,5	65,0	97,4	129,9	162,4	32,5
				песс.	16,2	32,5	48,7	65,0	81,2	16,2
3	Медицинский маркетолог	Респ. и город. / област.	1	опт.	48,7	97,4	146,2	194,9	243,6	48,7
				реал.	32,5	65,0	97,4	129,9	162,4	32,5
				песс.	16,2	32,5	48,7	65,0	81,2	16,2

Продолжение таблицы 19

4	Закуп и логистика	Респ., город. / област., сельский	2	опт.	140,9	281,8	422,6	563,5	704,4	140,9
				реал.	93,9	187,8	281,8	375,7	469,6	93,9
				песс.	47,0	93,9	140,9	187,8	234,8	47,0
5	Экономист здравоохранения	Респ., город. / област., сельский	2	опт.	140,9	281,8	422,6	563,5	704,4	140,9
				реал.	93,9	187,8	281,8	375,7	469,6	93,9
				песс.	47,0	93,9	140,9	187,8	234,8	47,0
6	Специалист по стандартизации и деятельности / методолог	Респ. и город. / област.	1	опт.	48,7	97,4	146,2	194,9	243,6	48,7
				реал.	32,5	65,0	97,4	129,9	162,4	32,5
				песс.	16,2	32,5	48,7	65,0	81,2	16,2
7	Профессиональный HR менеджмент	Респ. и город. / област.	2	опт.	48,7	97,4	146,2	194,9	243,6	48,7
				реал.	32,5	65,0	97,4	129,9	162,4	32,5
				песс.	16,2	32,5	48,7	65,0	81,2	16,2
8	Специалист по управлению производительностью труда	Респ. и город. / област.	1	опт.	48,7	97,4	146,2	194,9	243,6	48,7
				реал.	32,5	65,0	97,4	129,9	162,4	32,5
				песс.	16,2	32,5	48,7	65,0	81,2	16,2
9	Специалист по управлению недостатком знаний	Респ.	1	опт.	4,0	7,9	11,9	15,8	19,8	4,0
				реал.	2,6	5,3	7,9	10,6	13,2	2,6
				песс.	1,3	2,6	4,0	5,3	6,6	1,3
10	Специалист по регуляторному консалтингу	Респ.	1	опт.	4,0	7,9	11,9	15,8	19,8	4,0
				реал.	2,6	5,3	7,9	10,6	13,2	2,6
				песс.	1,3	2,6	4,0	5,3	6,6	1,3
11	Government Relations специалист	Респ.	1	опт.	4,0	7,9	11,9	15,8	19,8	4,0
				реал.	2,6	5,3	7,9	10,6	13,2	2,6
				песс.	1,3	2,6	4,0	5,3	6,6	1,3

Ввиду того, что в ближайшие 5 лет, согласно расчетам Фонда социального медицинского страхования, значительного притока дополнительных средств в здравоохранение не предвидится, наиболее вероятным представляется пессимистичный вариант. Коэффициент роста спроса на образовательные услуги к 2022 году по отношению к 2017 году составит 3,6 (оптимистичный), 2,4 (реалистично), 1,2 (пессимистично).

### 4.3 Совершенствование образовательного процесса и программ подготовки менеджеров здравоохранения на уровне магистратуры.

Согласно закону РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам расширения академической и управленческой самостоятельности высших учебных заведений», ВУЗы будут обладать академической свободой, то есть имеют полномочия по самостоятельному определению содержания программ повышению качества обучения. Образовательные программы по каждой специальности будут разрабатываться самостоятельно вузом с ориентиром на рыночные потребности. Рынок труда будет формировать спрос, который определит будущую подготовку специалистов.

При формировании и реализации программ обучения менеджеров нового поколения необходимо повышение уровня знаний в технологиях финансирования, оплаты, оказания качественных и своевременных медицинских услуг, использования инноваций.

Качественный и количественный прогноз дал перспективные направления в сфере рынка труда менеджмента здравоохранения с 2017 года и в ближайшие 5 лет. Перечень перспективных специальностей, с описанием профессии, категории и востребованностью были рассмотрены в предшествующих главах.

В представленном фрагменте исследования сформированы базовые требования к компетенциям менеджеров и архитектура программ их обучения. Разработаны компетенции для перспективных профессий, которые будут востребованы в ближайшем будущем в связи с глобальными тенденциями. Результаты представлены в таблице 20.

Таблица 20 - Перечень дисциплин и компетенций, рекомендуемых для образовательных программ магистрантам по направлению «менеджмент в здравоохранении»

Профессия	Минимальный набор компетенций
Форсайтер / трендвотчер	Применять качественные методы прогнозирования; применять количественные методы прогнозирования и моделирования; использовать продвинутый уровень владения MS Excel; провести литературный обзор; описать анализ СМИ; объяснить ключевые технологические направления; объяснить медицинские технологии и их оценку; применить методы социологии; применить методы антропологии; использовать методы управления по слабым сигналам; осуществлять коммуникации с потребителями; осуществлять коммуникации с потенциальными партнёрами; проводить бизнес-анализ; применять методы выхода на рынок.

Продолжение таблицы 20

<p>Специалист по стратегированию и бизнес-планированию в здравоохранении</p>	<p>Использовать разные подходы к разработке стратегии; применять анализ НПА; составлять политику организации; проводить бизнес-планирование; проводить инвестиционный анализ; осуществлять методы мониторинга и оценки.</p>
<p>Медицинский маркетолог</p>	<p>Владеть методами исследования рынка, включая клиентов, конкурентов, потребности, спрос и предложение; использовать работу с (большими) данными (продвинутый уровень владения MS Excel); владеть стратегиями доступа и выхода на рынок; осуществлять разработку, мониторинг и оценку рекламных кампаний; применять организацию систем обратной связи; владеть техниками переговоров с клиентами и партнерами; осуществлять развитие медицинского туризма; проводить ценовую политику.</p>
<p>Специалист по закупке и логистики</p>	<p>Владеть современными методами закупок и логистики; уметь управлять складом, включая ЛС; осуществлять коммуникации с поставщиками, включая технику переговоров.</p>
<p>Экономист здравоохранения</p>	<p>Применять современные методы и стандарты управления экономикой организации, включая МСФО; уметь производить расчеты затрат по видам деятельности, сбалансированной системе показателей, применять lean production, 6 сигма, разные методы планирования; осуществлять расчет себестоимости, тарифообразования, анализ деятельности медицинской организации; знать НПА; владеть продвинутым уровнем MS Excel.</p>
<p>Специалист по стандартизации деятельности / методолог</p>	<p>Разрабатывать и управлять бизнес-процессами больницы; осуществлять разработку стандартов, внутренней документации и политики; адаптировать внешние стандарты; знать национальные стандарты аккредитации, стандарты JCI и уметь внедрять их.</p>

Продолжение таблицы 20

<p>Профессиональный HR менеджмент</p>	<p>Осуществлять полный цикл HRM; использовать цифровые технологии в HR; осуществлять проектный менеджмент; уметь управлять рисками и конфиденциальностью; знать специфику кадровых ресурсов здравоохранения.</p>
<p>Специалист по управлению производительностью труда</p>	<p>Применять современные системы мотивации и повышения производительности труда; знать современные технологии и устройства повышения производительности труда; применять нормирование труда; осуществлять совершенствование форм оплаты труда и оценку производительности труда и климата.</p>
<p>Специалист по управлению недостатком знаний</p>	<p>Проводить HRM в части процессов обучения персонала, начиная с этапа определения трендов и потребностей и заканчивая оценкой результатов.</p>
<p>Специалист по регуляторному консалтингу</p>	<p>Знать процессы подготовки и принятия решений; применять процессы разработки и принятия НПА; знать о персоналиях и группах влияния, отраслевых НПА с историей правок; анализировать НПА; использовать методы лоббирования.</p>
<p>Government Relations специалист</p>	<p>Применять процессы подготовки и принятия решений; знать о персоналиях и группах влияния; уметь применять техники переговоров и методы лоббирования.</p>
<p>R&amp;D менеджер здравоохранения</p>	<p>Понимать ключевые технологические направления; знать медицинские технологии и их оценку; осуществлять коммуникации с исследовательскими центрами и медицинскими организациями; владеть проектным управлением.</p>
<p>Инженер систем искусственного интеллекта</p>	<p>Разрабатывать и обучать ИИ; понимать медицинские технологии; знать физиологию.</p>

Продолжение таблицы 20

ИТ-медик	Разрабатывать и управлять базами физиологических (больших) данных и программным обеспечением для медицинской техники; уметь моделировать процессы; применять технологии на базе блокчейн; знать физиологию.
Управляющий проектами на базе искусственного интеллекта	Осуществлять управление проектами на базе ИИ от разработки дизайна проекта до оценки результатов; знать физиологию и медицинские технологии.
Инженер по робототехнике	Осуществлять техническое обслуживание медицинской робототехники; знать современные технологии робототехники.
Биоэтик	Осуществлять анализ НПА; знать физиологию и генетику; применять нормативно-правовые и этические аспекты деятельности медицинских организаций и исследовательских центров.

На базе Высшей школы общественного здравоохранения КазНУ им. Аль-Фараби с учетом полученных результатов качественных и количественных методов были разработана и апробирована образовательная программа по магистратуре профильному направлению, по специальности «Менеджмент». Программа имеет четыре траектории или основные направления, как:

1. Политика и управление в системе здравоохранении;
2. Административный менеджмент;
3. Экономика и финансирование в здравоохранении;
4. Маркетинг и управление качеством.

Целью программы является обеспечение квалифицированных и востребованных на рынке специалистов в области менеджмента здравоохранения. В программу вошли изучение новых технологий, межсекторальное сотрудничество, разработка и внедрение стратегий, управление проектами, принципы медицинского страхования, управление современной медицинской организации и т.д..

Программа по специальности представлена циклами дисциплин – цикл общеобразовательных дисциплин, цикл базовых дисциплин, цикл профилирующих дисциплин. Общеобразовательные дисциплины определяются Типовым (основным) учебным планом (ТУПл). Они являются обязательными для всех студентов, обучающихся по образовательной программе. Базовые и профилирующие дисциплины представлены списком обязательного компонента и компонента по выбору. Обязательный компонент определен ТУПл. Компонент по выбору представлен в виде перечня учебных дисциплин

в Каталоге дисциплин, рекомендуемых студентам для самостоятельного формирования индивидуальной образовательной траектории.

Образовательные дисциплины:

1. политика и управление в системе здравоохранения (международное здравоохранение и законодательство, межсекторальное взаимодействие в здравоохранении, страховая медицина, лидерство в здравоохранении, информатизация в здравоохранении и новые технологии)

2. административный менеджмент (больничный и проектный менеджмент, модели и методы принятия решений, HR-технологии и мотивация труда)

3. экономика и финансирование в здравоохранении (макро и микроэкономика в здравоохранении, оценка медицинских технологий и риск-менеджмент, бизнес-планирование, финансовый учет в сфере здравоохранения. закуп и логистика)

4. маркетинг и управление качеством медицинских услуг (маркетинг в медицинской организации, организационное поведение, внешний и внутренний аудит медицинских услуг, стандарты в здравоохранении. аккредитация и лицензирование в сфере здравоохранения)

Базовые дисциплины: иностранный язык, менеджмент.

Компонент по выбору – психология, управление научными проектами в системе здравоохранения, статистика в здравоохранении.

Образовательные программы по направлению «Менеджмент» позволяют освоить не только содержание управленческой работы в диагностико-лечебном процессе, но медико-правовые и финансово-экономические основы. Программа выстроена с точки зрения междисциплинарного комплексного подхода. В настоящее время ни одно высшее учебное заведение в Казахстане не имеет образовательных программ в магистратуре, специализированных для менеджмента в сфере здравоохранения. В программе используется уникальные авторские курсы, новейшие методики и технические средства в образовании. Широкий спектр проблематики и методологии исследований в области менеджмента здравоохранения и углубленное изучение инновационных технологий обучения современным принципам управления в медицинских организациях, является основой обучения. Будущие магистранты могут выстроить индивидуальную образовательную траекторию по образовательной программе специальности Менеджмент.

По новой программе обучение проходит по смешанной форме с дистанционным компонентом, с проектно-ориентированным направлением. Магистранты получают вначале обучения проект, который защищается в конце курса.

Количество прошедших курс магистратуры по менеджменту:

- 2016/2017 учебный год – 26 человек. Охват: ЮКО, Алматинская обл. (2 региона)
- 2017/2018 учебный год – 63 человека. Охват: ЮКО, Алматинская обл., ВКО, г.Астана (4 региона)

- 2018/2019 учебный год – 73 человека. ЮКО, Алматинская обл., ВКО, г.Астана, Атырауская обл., Жамбылская обл., Костанайская обл.(7 регионов). Структура программы при смешанной форме с дистанционным компонентом в 2016-2017 году, состояла из 6 выездов преподавательского состава в регион и проведением 3 кредитов, с последующим выполнением магистрантов самостоятельной работы (Рисунок 22). В программу входило практика, зарубежная стажировка (НИИ, НЦ, зарубежные клиники и университеты), научные семинары, комплексный экзамен и защита диссертации и проекта в университете.

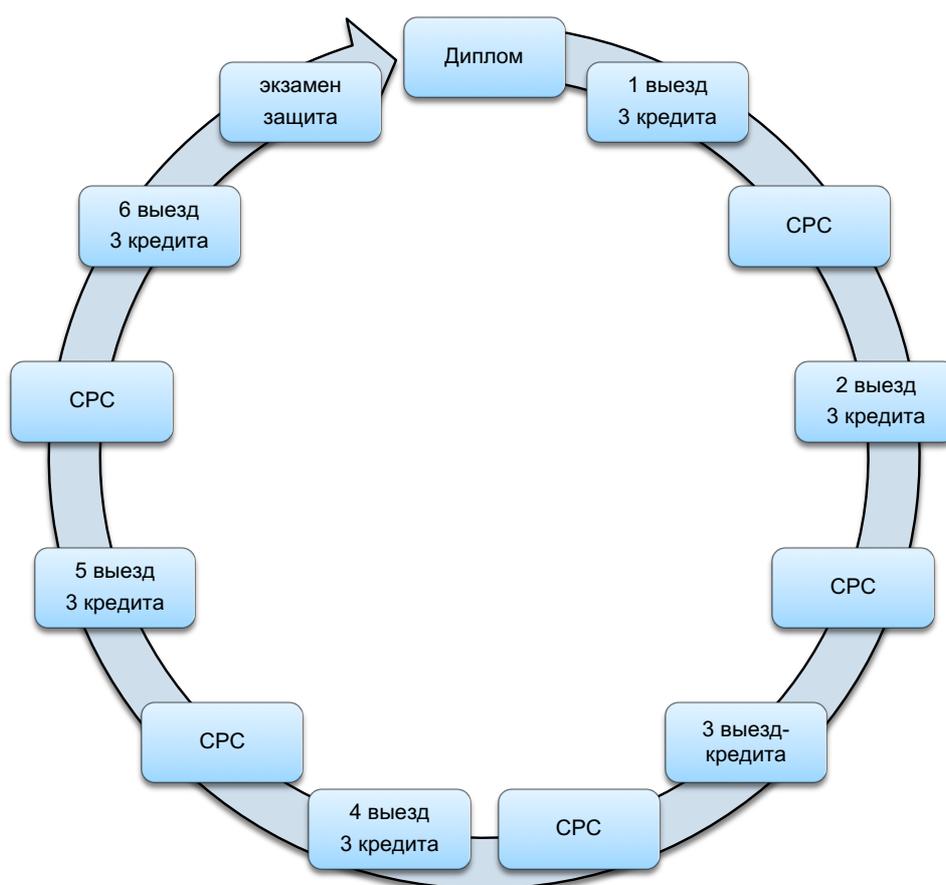


Рисунок 22- Структура программы при смешанной форме с дистанционным компонентом в 2016-2017 году

С 2018 года программа стала более дистанционной. Проведено 3 выезда по 3 кредита, 9 кредитов проводились с помощью вебинаров и онлайн-лекций (рисунок 23).

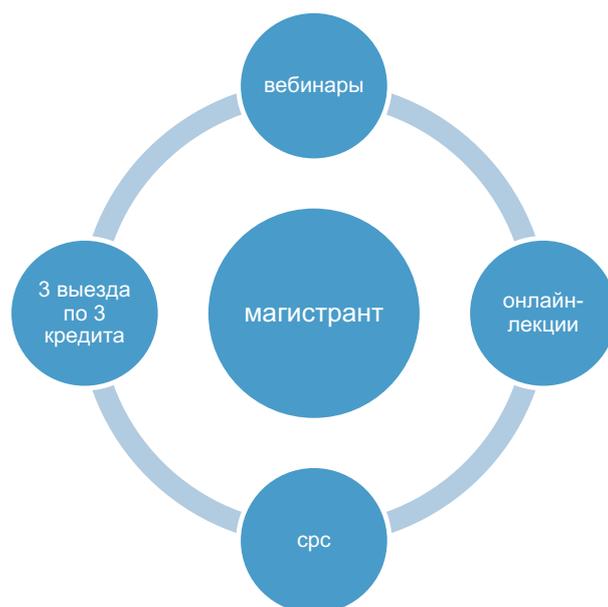


Рисунок 23- Структура программы при смешанной форме с дистанционным компонентом в 2018 году

Новые образовательные технологии, которые использовались в новой программе:

- Отказ от лекций. Лекции, как материал для изучения и MOOK.
- Семинары с технологиями PBL, TBL.
- Самостоятельная работа проектно-ориентированная, кейс-стади, индивидуализирована на магистрантов.
- Дистанционные технологии, вебинары и онлайн-конференции, частичный и полный переход от аудиторного формата в онлайн и дистанционный формат.
- Тестовый формат оценки знаний, тестовые вопросы разрабатываются как задачи, которую нужно решить, соответственно, не возможен формат переписывания ответа.
- Технология освоения кредитов дисциплин магистратуры вне программы магистратуры, в рамках дополнительного семестра, с перезачетом кредитов при зачислении.

Таким образом, разработанный перечень дисциплин и навыков новых перспективных специальностей в сфере менеджмента, могут стать базовой основой их подбора, расстановки и обучения; обеспечивать конкурентоспособность.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив современное состояние рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения на основе глобальных тенденций и преобразований в Республике Казахстан, определились следующие перспективы: повышаются требования к подготовке будущих специалистов здравоохранения и совершенствования программ обучения; появляется востребованность в новых специальностях; использование новых технологий в обучении.

С точки зрения глобальных тенденции, будущие инновации преобразовывают здравоохранение. Будущее здравоохранение становится более мобильным и точным. Отмечается повышение востребованности профессионального HR менеджмента и управления производительности труда. Технологические направления развиваются быстрыми темпами и появляется потребность в специалистах по прогнозированию развития технологий и выявлению перспективных областей, разработчиках инноваций, специалистах по трансферу технологий, управлению недостатком способностей и знаний, обслуживанию медицинской (робото)техники, биоэтике и использованию кадрового аутсорсинга. Новые технологии совершенствуют обучение медицинских работников и повышают его качество. Методы обучения, основанные на новых достижениях науки и техники, могут обеспечить глобальный доступ к университетам и преподавателям. Инновации могут использоваться для достижения лучших результатов в области здравоохранения с меньшими затратами.

Внедрение ОСМС задают основные преобразования в ближайшие годы: ужесточение конкуренции, коммерциализация медицины, рост клиентоориентированности. Возрастает власть технологий и потребность в выверенном законодательном регулировании с целью легитимизации технологий. Стандартом станет принятие управленческих решений на основе доказательной информации. Повышение стоимости на медицинские услуги потребует внедрения принципа стратегических закупок медицинских услуг, ценообразования и правильной ценовой политики.

В рамках перспектив рынка труда в сфере менеджмента с точки зрения глобальных тенденций и в условиях обязательного социального медицинского страхования, на различных этапах жизненного цикла организации можно ожидать роста потребности в следующих специалистах:

- маркетологи со специализацией в отрасли (от исследователей рынка до менеджеров по продажам и привлечению индивидуальных, корпоративных клиентов и стратегических партнеров);
- разработчики стратегий и бизнес-планов. Выработка стратегии и бизнес-плана – логическое продолжение исследования рынка;
- специалисты по организации деятельности, в том числе на основе стандартов JCI;
- микроэкономисты, специализирующиеся в здравоохранении и владеющие самыми передовыми методами анализа, планирования и управления экономикой медицинской организации.

– специалисты в области регуляторного консалтинга и government relations.

HR менеджеры с профессиональным полным циклом управления кадровыми ресурсами.

Социологическое исследование по изучению процесса обучения менеджеров здравоохранения Республики Казахстан дала характеристику с точки зрения методологии и содержания компетенций. Проведена оценка процесса подготовки специалистов – менеджеров медицинских организаций. Программы обучения должны больше соответствовать важным направлениям их деятельности и учитывать современные тенденции.

Проведен качественный и количественный прогноз рынка труда в сфере менеджмента здравоохранения. Качественный прогноз рынка труда основывался на глобальных тенденциях с указанием перечня перспективных специальностей в области менеджмента здравоохранения с 2017 года и в ближайшие 5 лет.

Количественный прогноз представляет оценку новых профессий, для каждой специальности сформирован прогноз количества обучающихся. Согласно прогнозным оценкам (при сохраняющейся тенденции) к 2020 г. возможно последующее увеличение численности в 6,1 и 1,3 раза менеджеров здравоохранения и специалистов по общественному здравоохранению. Качественный и количественный прогноз представляет возможным планирование и организацию учебного процесса.

На основании прогноза сформированы базовые требования к компетенции менеджеров и архитектура программ их обучения. В связи с глобальными тенденциями разработанные компетенции для перспективных профессий будут востребованы в ближайшем будущем. Разработанный перечень дисциплин и навыков для содержания обучения менеджеров здравоохранения в Республике Казахстан, позволяет органам здравоохранения осуществлять планирование и финансирование обучения, а образовательным организациям – формировать конкурентную среду и повышать эффективность учебно-педагогической деятельности. Компетенции менеджеров здравоохранения повышают профессиональный уровень и обеспечивают конкурентоспособность на рынке медицинских услуг. Разработанные и апробированные программы обучения менеджеров здравоохранения, учитывают основные направления рыночных преобразований в здравоохранении Республики Казахстан. Программы обучения должны быть дифференцированы для менеджеров и отражать основные приоритеты рынка труда и инновации.

## ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Современное состояние рынка труда и кадровое обеспечение в сфере менеджмента здравоохранения заключается в быстром развитии smart-медицины, с многосторонним кроссекторальным подходом, с умением разрабатывать и выполнять стратегии, находить решения и действовать за пределами сферы здравоохранения, определять и управлять рисками, управлять рациональным использованием медико-технологических ресурсов.

2. Определить потребность руководителей здравоохранения Республики Казахстан в обучении с точки зрения методологии и содержания профессиональных компетенций.

Основными потребностями в обучении менеджеров здравоохранения РК стали вопросы: использование новых технологий (71,4±8,54%), навыки и знания управления организацией (67,9±8,82%), бизнес-планирования (57,1±9,35%), финансового менеджмента, управления персоналом, управления проектами, эффективного управления, проектного менеджмента и разработки стартап проектов, цифровых технологий, новых медицинских услуг, технологий искусственного интеллекта и 3D устройства, при обучении с минимальным отрывом от производства посредством смешанной формы подготовки.

3. Прогноз рынка в сфере менеджмента здравоохранения определил 17 перспективных специальностей и компетенций в сфере менеджмента здравоохранения, из них 11 специальностей и профессий на текущий период: форсайтер (трендвотчер), специалист по стратегированию и бизнес-планированию, медицинский маркетолог, специалист по закупу и логистике, экономист здравоохранения, специалист по стандартизации деятельности / методолог, профессиональный HR менеджер, специалист по управлению производительностью труда, специалист по управлению недостатком знаний, специалист по регуляторному консалтингу. Шесть специальностей будут востребованы в ближайшие 2-3 года: R&D менеджер здравоохранения, инженер систем искусственного интеллекта, ИТ-медик, управляющий проектами на базе искусственного интеллекта, инженер-робототехник, биоэтик.

4. Согласно прогнозным оценкам (при сохраняющейся тенденции) к 2020 г. возможно последующее увеличение численности в 6,1 и 1,3 раза менеджеров здравоохранения и специалистов по общественному здравоохранению.

5. Основой для совершенствования образовательных программы магистратуры и обновления компетенций текущих и перспективных специальностей, стал системный подход, заключающийся в комплексном анализе глобальных тенденций рынка и кадрового потенциала менеджмента здравоохранения Казахстана, определении приоритетов общественного здравоохранения и оценки потребностей разных групп стейкхолдеров.

По результатам проведенного исследования **рекомендуется** следующее:

1. Соответствующая запросам рынка методика по качественному и количественному прогнозу, может быть использована в определении

потребности и приоритетов обучения менеджеров здравоохранения в стране и позволяет оценить количество специалистов и их обучения.

2. Разработанные программы обучения, учитывающие потребности в обучении менеджеров здравоохранения, соответствует современным тенденциям и включает различные форматы обучения: дистанционное обучение, стажировка в организации с практикой, онлайн обучение, вебинары, экспресс-курсы, и тренинг-курсы.

3. Разработанный перечень дисциплин и навыков для содержания обучения менеджеров здравоохранения в Республике Казахстан учитывают основные направления рыночных преобразований в здравоохранении Республики Казахстан и позволяет органам здравоохранения осуществлять своевременное планирование и финансирование обучения, а образовательным организациям – формировать конкурентную среду и повышать эффективность учебно-педагогической деятельности.

4. В организации образовательного процесса по менеджменту рекомендовано тесное межотраслевое сотрудничество между различными службами здравоохранения, университетами, регулярная оценка образовательных программ и обновление компетенций специалистов в сфере менеджмента здравоохранения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: утв. Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года, № 176.
- 2 Концепция Развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы: утв. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 августа 2013 года, № 485.
- 3 Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review // Health Systems in Transition. – 2012. - Vol. 14, №4. - 154 P.
- 4 Исакова С.З., Джигитчиева К.М., Кожаметова А.О. К вопросу о переподготовке кадров по направлению «менеджмент здравоохранения» // Менеджер здравоохранения Республик Казахстан. – 2012. – №3(4). – С. 46-48.
- 5 Ергалиев К.А., Исакова С.З., Джигитчиева К.М., Кожаметова А.О. Подготовка и переподготовка менеджеров здравоохранения в Казахстане: обзор образовательных программ // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2012. – №3(4). – С. 48-51.
- 6 How health IT is keeping patients out of the Hospital. College of Healthcare Information Management Executives // Media planet. Future of health care. <http://www.futureofhealthcarenews.com/patient-safety/how-health-it-is-keeping-patients-out-of-the-hospital>. 03.05.2017.
- 7 Совершенствование клинической подготовки обучающихся, в том числе на основе внедрения наставничества в клинических базах организаций медицинского образования: методические рекомендации. – Астана, 2016 г. – 52 с.
- 8 Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. // ВОЗ: ПРОЕКТ, апрель 2016 г. [http://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy2030ru.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030ru.pdf). 08.05.2017.
- 9 Liu J.X., Goryakin E., Maeda A., Bruckner T., Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 // Human resources for health development journal. - 2017. - №ISSN 0859-8037. PMID: PMC5291995. doi: 10.1186/s12960-017-0187-2.
- 10 Турумбетова Т.Б., Мусина Г.А., Кабдуллина М.М. и др. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения: метод. рек. - Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2015. – 42 с.
- 11 Койков В.В., Калиева М.А., Кульмирзаева Д.М., Абуова Х.Ж., Отыншиев Б.Н. Актуальные вопросы подготовки менеджеров для системы здравоохранения // Сборник материалов с конференции "Интегрированное обучение: состояние и направления развития». – Караганда, 2011. – С. 12-25.
- 12 Ермекбаев К.К. Роль менеджмента в современных условиях здравоохранения // РГП «Республиканский Центр Развития Здравоохранения». <http://healthproject.kz/wp-content/uploads/2015/08/Yermekbayev-RU.pdf>. 01.11.2016.
- 13 Главные проблемы казахстанской медицины и пути их решения // Официальный сайт Республиканского Центра Развития Здравоохранения.

<http://www.rcrz.kz/old/index.php/ru/component/content/article/29-stati/384-glavnye-problemy-kazahstanskoj-meditsiny>. 23.06.2016.

14 2017 global health care outlook. Making progress against persistent challenges // Deloitte Touche Tohmatsu Limited. [https://www2.deloitte.com/za/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017\\_global\\_health\\_care\\_outlook.html](https://www2.deloitte.com/za/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017_global_health_care_outlook.html). 05.09.2017.

15 Повышение доступности медицинских технологий и инноваций на стыке здравоохранения, интеллектуальной собственности и торговли - Всемирная организация здравоохранения, Всемирная организация интеллектуальной собственности и Всемирная торговая организация. - 2013. - 253 с. – ISBN : 978-92-415-0487-4.

16 Thimbleby H. Technology and the Future of Healthcare // Journal of Public Health Research. - 2013. – Vol. 2, №3. - P. 28.

17 Deloitte's Global Human Capital Trends 2015 // Deloitte. [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/human-capital/HCTrends%202015%20Report\\_TuesFeb24.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/human-capital/HCTrends%202015%20Report_TuesFeb24.pdf). 05.06.2017.

18 Мир 2035: повестка развития и новые отрасли // Global Education Futures. <https://events.vedomosti.ru/media/materials/material-7f4ab99a-457c.../download>. 05.06.2017.

19 В ожидании «девятого вала»: компетенции и модели образования для 21 века // Global Education Futures. <https://vbudushee.ru/.../Компетенции%20и%20модели%20для%20образования%200...> 06.06.2017.

20 The Future of HR: A Radically Different Proposition // Accenture. <http://www.accenture.com/SiteCollectionDocuments/PDF/Accenture-Future-of-HR-Overview.pdf>. 28.05.2017.

21 How technology changes demands for human skills // OECD Education Working Paper. <http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/45052661.pdf>. 23.05.2017.

22 HR Landscape 2025: Transformation in HR Systems and Operations // MBA skool. <https://www.mbaskool.com/business-articles/human-resource/9148-hr-landscape-2025-transformation-in-hr-systems-and-operations.html>. 23.07.2017.

23 Супергерои прогресса t-shape // Cultlook. [http://cultlook.org/ea\\_t-shape](http://cultlook.org/ea_t-shape). 06.08.2017.

24 Moghaddam Y., Bess C., Demirkan H., Spohrer J. T-Shaped: The New Breed of IT Professional // Business Agility & Software Engineering Excellence. - 2016. - №8. – P. 1-7.

25 The T in a Great UX Design Team: Generalists, Specialists and T-Shaped People // Integrated Computer Solutions. <https://www.ics.com/blog/t-great-ux-design-team-generalists-specialists-and-t-shaped-people>. 29.05.2017.

26 Kaputa C. Graduate to a Great Career: How Smart Students, New Graduates and Young Professionals can Launch BRAND YOU. - Boston: Nicholas Brealey Publishing, 2016. - 256 p. - ISBN: 9781857886405 pub.

27 Актаева Л.М. Развитие менеджмента и корпоративного управления в организациях здравоохранения Республики Казахстан // Материалы

республиканской конференции «Развитие менеджмента и корпоративного управления в организациях здравоохранения РК». <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/razvitie-menedzhmenta-i-korporativnogo-upravleniya-v-organizatsiyakh-zdravookhraneniya-rk>. 04.10.2017.

28 Развитие HR-менеджмента в Казахстане - настало время перемен // Сетевое издание «Zakon.kz». <https://www.zakon.kz/4819144-razvitie-hr-menedzhmenta-v-kazakhstane.html>. 09.03.2017.

29 Воробьев С.П. Методические аспекты анализа производительности труда медицинских работников // Менеджер в здравоохранении. - 2014. - №2. - С. 13-18.

30 Ziapour A., Khatony A., Kianipour N., Jafary F. Identification and Analysis of Labor Productivity Components Based on ACHIEVE Model // Global journal of health science. - 2015. - №1. - P. 315.

31 Kenneth D. McClatchey. Clinical Laboratory Medicine, 2 edit. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. - 1693 p.

32 Daudi O Simba. Application of ICT in strengthening health information systems in developing countries in the wake of globalisation // African health sciences. US National Library of Medicine National Institutes of Health. NCBI.Makerere Medical School. - 2004. - Vol. 3, № 1. - С. PMID: PMC2688333.

33 Кузнецов О.И. Применение аутсорсинга в управлении персоналом современных медицинских учреждений как инновационный подход к управлению // Журнал «Менеджер в здравоохранении». - 2013. - №ISSN 1811-0185.

34 Султанова Г.Т., Мусина Г.А., Кабдуллина М.М., Смаилова А.Н. Модель компетенций специалистов кадровых служб медицинских организаций: метод. рек. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2016. - 14-15 с. – ISBN 978-601-7541-46-0.

35 Michael Sandler. Outsourcing medical staffing: Hospitals turn to managed-service providers to handle all temporary staffing chores // Modern Health Care. <http://www.modernhealthcare.com/article/20151107/MAGAZINE/311079981>. 24.02.2017.

36 Travis Good. The Advantages and Measures of Outsourcing in Healthcare // Datica Health, Inc. <https://datica.com/blog/the-advantages-and-measures-of-outsourcing-in-healthcare>. 05.03.2017.

37 Heather Punke. Outsourcing is Exploding in Healthcare — Will the Trend Last? <https://www.beckershospitalreview.com/human-capital-and-risk/outourcing-is-exploding-in-healthcare-will-the-trend-last.html>. 12.04.2017.

38 Carla Smith. 4 Health IT Trends Patients Can Expect in 2017 // Media planet. Future of health care. <http://www.futureofhealthcarenews.com/digital-health/4-health-it-trends-patients-can-expect-in-2017>. 18.07.2017.

39 Carla Smith. 3 Ways Health IT is Improving Patient Care // Media planet. Future of health care. <http://www.futureofhealthcarenews.com/digital-health/3-ways-health-it-is-improving-patient-care-in-2015>.-2015. 19.07.2017.

40 Steven J. Stack. All Hands on Tech: The Future of Health Information Technology // Media planet. Future of health care.

<http://www.futureofhealthcarenews.com/digital-health/all-hands-on-tech-the-future-of-health-information-technology.-2017.09.08.2017>.

41 Bajwa M. Emerging 21st Century Medical Technologies // *Pak J Med Sci.* – 2014. – 30(3). – P. 649-655. – doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.303.521>.

42 Fennell M.L. The New Medical Technologies and the Organizations of Medical Science and Treatment // *Health Services Research.* – 2008. – Vol.43. – P. 1–9. – doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00832.x.

43 Randolph Gordon, Marc Perlman, Maulesh Shukla. The hospital of the future. How digital technologies can change hospitals globally // *The Deloitte Center for Health Solutions.* <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/global-digital-hospital-of-the-future.html>. 12.05.2017.

44 Robert Bollinger, Larry Chang, Reza Jafari, Thomas O'Callaghan, Peter Ngatia, Dykki Settle, Jane McKenzie-White, Kunal Patel, Amir Dossal, Najeeb Al Shorbaji. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2013. – Vol. 91. – P. 890–892. – doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118737>.

45 Funes R., Hausman V., Rastegar A. Preparing the next generation of community health workers: the power of technology for training // *New York: Dalberg Global Development Advisors.* <http://hetv.org/pdf/power-of-technology-for-training.pdf>. 03.05.2017.

46 Global Human Capital Trends 2015 // *Deloitte Insights.* <https://www2.deloitte.com/insights/us/en/focus/human-capital-trends/2015.html>. 17.05.2017.

47 Ахмеров Т. Цифровая эра: как ИТ-технологии адаптируются в российской системе здравоохранения // *Официальное издание конференции БИОТЕХМЕД «Цифровая эра: как ИТ адаптируются в российской системе здравоохранения».* – Геленджик, 2017. – С. 46-47.

48 Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems // *World Health Organization.* [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/91430/E93699.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/91430/E93699.pdf). 03.01.2016.

49 John Bongaarts. Human population growth and the demographic transition // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* – 2009. – №364(1532). – P. 2985–2990.

50 World Population ageing: 1950-2050 // *Отдел народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам.* <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050>. 01.12.2016.

51 George W. Leeson Increasing Longevity and the New Demography of Death // *International Journal of Population Research.* – 2014. – Article ID 521523, [dx.doi.org/10.1155/2014/521523](http://dx.doi.org/10.1155/2014/521523).

52 David E. Bloom, David Canning and Günther Fink. Implications of Population Aging for Economic Growth // *PGDA. New-York: Harvard University.* – 2011. – Working Paper 64.

53 Глобальные вопросы повестки дня. Старение // *Организация объединенных наций.* <http://www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/index.html>. 21.07.2017.

54 The 2017 Revision Key Findings and Advance Tables // World Population Prospects. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs. – 2017. – Working Paper No. ESA/P/WP/248.

55 Asia will be home to 60% of world's over 65s by 2030, creating growth opportunities for business // Deloitte Southeast Asia Ltd. <https://www2.deloitte.com/sg/en/pages/about-deloitte/articles/voice-of-asia-demographics.html>. 12.05.2017.

56 Demographics under the spotlight, by country // Deloitte Southeast Asia Ltd. <https://www2.deloitte.com/insights/us/en/economy/voice-of-asia/sept-2017/demographics-countrywise.html>. 11.05.2017.

57 AMA CEO Outlines Digital Challenges, Opportunities Facing Medicine // AMA Media Relations. <https://www.ama-assn.org/ama-ceo-outlines-digital-challenges-opportunities-facing-medicine>. 01.06.2017.

58 Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 - 2021 годы // Министерство здравоохранения Республики Казахстан. <http://www.mz.gov.kz/ru/pages/strategicheskiy-plan-ministerstva-zdravooxraneniya-respubliki-kazahstan-na-2017-2021-gody>. 05.03.2017.

59 Калиева Д.А. О совершенствовании высокоспециализированной кардиологической помощи в Республике Казахстан // Тезисы VIII Конгресса кардиологов Республики Казахстан, III съезда Казахстанского общества интервенционных кардиологов и рентгэнхирургов, I Конгресса по электрофизиологии и стимуляции сердца. - Алматы: Терапевтический вестник, 2016. - №1. - С. 41.

60 Лукша П., Лукша К., Песков Д., Коричин Д. Атлас новых профессий. – М.: Агентство стратегических инициатив, Московская школа управления «Сколково», 2014. - 168 с.

61 Задачи команды прогнозирования // Национальный центр оценки науки и технологий. <http://www.ncste.kz/en/content/foresight>. 10.11.2016.

62 Morteza Hemmat, Haleh Ayatollahi, Mohammad Reza Maleki, Fatemeh Saghafi. Future Research in Health Information Technology: A Review // Perspectives in Health Information Management. – 2017. – №14. – PMC5430110 PMID: 28566991.

63 Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Роль мониторинга удовлетворенности населения в управлении качеством первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. Всероссийская научно-практическая конференция «Пути развития первичной медико-санитарной помощи». – 2014. – С. 1091-1094.

64 Bhanu Prakash. Patient Satisfaction // Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. – 2010. – №3(3). – P. 151–155. – doi10.4103/0974-2077.74491. PMID: PMC3047732.

65 Rashid Al-Abri., Amina Al-Balushi. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement // Oman Med Journal. – 2014. – №29(1). – P. 3–7. – doi: 10.5001/omj.2014.02. PMID: PMC3910415.

66 Kathryn A.M., David A.C., Susan M.G. The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals // A journal of the Decision Sciences Institute. – 2004. – № 3, Vol. 35. – P. 349-369.

67 Iftikhar A., Allah N., Shadiullah K., Habibullah K., Muhammad A., Muhammad H. Predictors of patient satisfaction // Gomal Journal of Medical Sciences. – 2011. – Vol. 9, No. 2. – P. 183-188.

68 OECD Economic performance and framework conditions for innovation in Kazakhstan // OECD Reviews of Innovation Policy: Kazakhstan 2017. Paris: OECD Publishing, 2017. – P. 41-42.

69 Vergeer P., Heard A., Josephson E., Fleisher L. Verification in results-based financing for health // Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. – 2016. – P. 7-10.

70 Трудности и возможности, которыми сопровождается оптимизация обеспечения лекарственными средствами в Европейском регионе ВОЗ с помощью эффективных госзакупок // Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2016. – P. 86-90. – ISBN 978 92 890 5234 4.

71 Anne S. Johansen. Strategic planning for health: a case study from Turkey // Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization. – 2015. – P. 5-7.

72 Global health care outlook | Battling costs while improving care // Deloitte Touche Tohmatsu Limited. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2016-health-care-outlook.pdf>. 09.02.2017.

73 Bastani P., Mehralian G., Dinarvand R. Resource allocation and purchasing arrangements to improve accessibility of medicines: Evidence from Iran // Journal of Research in Pharmacy Practice. – 2015. – Vol. 4(1). – P. 9-17. –doi:10.4103/2279-042X.150045.

74 John W. Peabody, Mario M. Taguiwalo, David A. Robalino, Julio Frenk. Improving the Quality of Care in Developing Countries // Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. – New York: Oxford University Press, 2006. – P. 1293-1298.

75 Figures J., Robinson R., Jakubowski E. Responding to purchasing: provider perspectives // Purchasing to improve health systems performance. – Berkshire: Open university press. World Health Organization, 2005. – P. 265-278.

76 Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. – ISBN 978-5-9704-3325-6.

77 Марцыновский Д.А., Владимирцев А.В., Марцыновский О.А. Руководство по риск-менеджменту. - СПб.: Береста: Русский регистр. СПб, 2007. - 331 с.

78 Марцынковский Д.А., Владимирцев А.В., Марцынковский О.А. Управление рисками в современных системах менеджмента. – Рус. Регистр. СПб.: Береста, 2010. – 246 с.

79 Поляков Р.К. Развитие риск-менеджмента в предпринимательстве: концептуальный подход // *Management in Russia and Abroad Journal*. - 2008. - №1. - С. 34-37.

80 Калматаева Ж.А., Калиева Д.А. Использование риск-менеджмента, как инструмента управления организациями здравоохранения // *Материалы международной научной конференции студентов и молодых ученых "Фараби алами"*. - Алматы: III Международные Фарабиевские чтения, 2016. - С. 17-19.

81 Information Governance Prescribes Better Security for Health Data // *Future of Health Care*. <http://www.futureofhealthcarenews.com/digital-health/information-governance-prescribes-better-security-for-health-data>. 12.11.2017.

82 Zeng X., Reynolds R., Sharp M. Redefining the Roles of Health Information Management Professionals in Health Information Technology. *Perspectives in Health Information Management* // AHIMA, American Health Information Management Association. – 2009. – Vol. 6:1f.

83 Slipicevic O., Masic I. Management Knowledge and Skills Required in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina // *Materia Socio-Medica*. – 2012. – Vol. 24(2). – P. 106-111. – doi:10.5455/msm.2012.24.106-111.

84 Karen A. Wager, Frances Wickham Lee, John P. Glaser *Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives*. – John Wiley & Sons, 2005. – 498 p.

85 Anthony R. Kovner. *Careers in Healthcare Management* / New-York: Springer Publishing Company, 2012. – 352 p.

86 Reforming health service delivery and organization. Information technology // *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. WHO, 2016.

87 Najeeb Al-Shorbaji, Rifat Atun, Josip Car, Azeem Majeed, Erica Wheeler. eLearning for undergraduate health professional education: a systematic review informing a radical transformation of health workforce development // *A systematic review informing a radical transformation of health workforce development*. WHO, 2015.

88 The Future of Jobs Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution // *Global Challenge Insight Report*. World Economic Forum. – 2016. – P. 3-5.

89 2017 global health care outlook. Making progress against persistent challenges // Deloitte Touche Tohmatsu Limited. [https://www2.deloitte.com/za/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017\\_global\\_health\\_care\\_outlook.html](https://www2.deloitte.com/za/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017_global_health_care_outlook.html). 05.09.2017.

90 The world health report: health systems financing // *The path to universal coverage*. – Switzerland: World Health Organization, 2010. – P. 128.

91 *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. – Paris: OECD Publishing, 2017. – 220 P.

92 О фонде // Фонд социального медицинского страхования. <https://fms.kz/ru/content/o-fonde>. 30.05.2017.

93 Минздрав принимает системные меры по снижению жалоб от населения // Республиканский Центр Развития Здравоохранения. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/component/content/article/8-struktura/656-ob-osms>. 02.09.2017.

94 Калматаева Ж.А., Калиева Д.А. К вопросу повышения конкурентоспособности государственных организаций здравоохранения // Центрально-азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2016. – С. 33-36. – №1. ISSN 1609-8692.

95 ЕврАзЭС сегодня. - М.: Секретариат Интеграционного Комитета Евразийского экономического сообщества, 2013. - 52 с.

96 Байгенжин А.К., Исмаилов Ж.К., Ахметниязова Л.М., Исатаева Н.М. Перспективы развития системы здравоохранения Республики Казахстан // Менеджер здравоохранения. - 2015. - №4 (17). - С. 12-16.

97 Тастанбекова Ш.О. Медицинский туризм: история развития, сущность и основные составляющие // International Scientific and Practical Conference “WORLD SCIENCE”. – 2016. – Vol. 6, № 10(14). – P. 48-49. –ISSN 2413-103246.

98 Медицинский Туризм: мифы и реальность, перспективы для Казахстана. <https://www.zdrav.kz/kk/novosti/medicinskiy-turizm-mify-i-realnost-perspektivy-dlya-kazahstana>. 10.10.2017.

99 Medical Tourism. Consumers in Search of Value // The Deloitte Center for Health Solutions. <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>. 13.08.2016.

100 По информации южнокорейской клиники Severance // Презентация для казахстанской делегации 21-23 января 2017 года, посетившей клинику в рамках совместного проекта с Korea Development Institute.

101 Ruggeri K., Zališ L., R Meurice C., Hilton I., Ly T., Zupan Z., Hinrichs S. Evidence on global medical travel // Bulletin of the World Health Organization. – 2015. – №93. – P. 785–789. – doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.146027>.

102 Lunt N., Mannion R. Patient mobility in the global marketplace: a multidisciplinary perspective // International Journal of Health Policy and Management. – 2014. – Vol. 2(4). – P. 155-157. – doi:10.15171/ijhpm.2014.47.

103 Whittaker A. Challenges of medical travel to global regulation: A case study of reproductive travel in Asia // Global Social Policy. – 2010. – №10(3). – P. 396-415. – doi: 10.1177/1468018110379981.

104 Health Technologies and Pharmaceuticals Division of Health Systems and Public Health. - Annual Report WHO. Europe // World Health Organization. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/334038/HTP-annual-report-2016.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/334038/HTP-annual-report-2016.pdf?ua=1). 21.04.2017.

105 Sorenson C., Drummond M., Bhuiyan Khan B. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship // Clinicoecon Outcomes Res. – 2013. – №5. – 223 p. – doi: 10.2147/CEOR.S39634.

106 Maresova P., Penhaker M., Selamat A., Kuca K. The potential of medical device industry in technological and economical context // Therapeutics and Clinical Risk Management. – 2015. – Vol. 11. – P. 1505-1514. – doi:10.2147/TCRM.S88574.

107 Oxford international model united nations // OxIMUN.  
[http://oximun.org/wp-content/uploads/2017/10/European-Council-Study-Guide-v1\\_0-OxIMUN-2017.pdf](http://oximun.org/wp-content/uploads/2017/10/European-Council-Study-Guide-v1_0-OxIMUN-2017.pdf). 26.12.2017.

108 Фармацевтическая перспектива // Сетевое издание "Zakon.kz".  
<https://www.zakon.kz/4724627-farmaceutvicheskaja-perspektiva.html>. 23.09.2016.

109 Weinberger S. The Medical Educator in the 21st Century: A Personal Perspective // Transactions of the American Clinical and Climatological Association. – 2009. – № 120. – P. 239-248.

110 Султанова Г.Т., Мусина Г.А., Кабдуллина М.М., Смаилова А.Н. Современная модель кадровой службы организации здравоохранения и перечень HR-технологий: метод. рек. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2015. – 18 с.

111 Калиева Д.А. Перспективы рынка труда в сфере здравоохранения с точки зрения глобальных тенденций // Вестник КазНМУ. – 2018. – №2. – С. 347-349.

112 Дорожная карта проекта "Развитие менеджмента и корпоративного управления в медицинских организациях" // Республиканский центр развития здравоохранения. <http://www.rcrz.kz/images/pr10-DK.pdf>. 12.01.2018.

113 Профессиональный стандарт по специальности «Менеджмент здравоохранения» // Министерство Здравоохранения Республики Казахстан. <http://www.mz.gov.kz/ru/pages/professionalnyy-standart-menedzhment-zdravoohraneniya>. 08.01.2018.

114 Развитие менеджмента и корпоративного управления в организациях здравоохранения Республики Казахстан // Республиканский Центр Развития Здравоохранения. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/korporativnoe-upravlenie-i-menedzhment>. 16.08.2017.

115 Чен А.Н. Проблемы формирования руководителя в контексте развития реформ в здравоохранении Республики Казахстан (концептуальные и методологические основы): дис. ... док. мед. наук: 14.00.33. – Алматы, 2002. – 232 с.

116 Байсугурова В.Ю. Оценка внедрения института менеджеров здравоохранения как инструмента совершенствования процесса управления медицинскими организациями в Казахстане: дис. ... PhD мед. наук: 6D110200. – Алматы, 2014. – 128 с.

117 Онлайн-опрос // Википедия библиотека.  
<https://ru.wikipedia.org/wiki/онлайн-опрос>. 28.05.2014.

118 Статистика // Министерство здравоохранения Республики Казахстан. <http://www.mz.gov.kz/ru/kategorii/statistika-0>. 04.05.2018.

119 ОЭСР Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018 // ОЭСР. <http://www.oecd.org/countries/kazakhstan/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018-9789264289062-en.htm>. 03.05.2018.

120 Линейная функция // Википедия.  
[https://ru.wikipedia.org/wiki/линейная\\_функция](https://ru.wikipedia.org/wiki/линейная_функция). 10.09.2017.

121 Калиева Д.А. Руководитель здравоохранения и его предпочтения в обучении // Международный профессиональный журнал "Медицина". – 2016. – №8/170. – С. 2-4.

122 Калиева Д.А. О системном подходе к обучению руководителей здравоохранения // Международный профессиональный журнал "Медицина". – 2016. – №6/168. – С. 2-4.

123 Калматаева Ж.А., Калиева Д.А. О подготовке и переподготовке руководителей частного медицинского бизнеса // Научная дискуссия: вопросы медицины. сб. ст. по материалам LIV междунар. научн.-практ.конф. – М.: Интернаука, 2016. – Секция 7.

124 Калматаева Ж.А., Калиева Д.А. Методика определения потребности руководителей здравоохранения в обучении // Georgian Medical News. – 2016. – С. 111-115. – №6(255), ISSN 1512-0112.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Анкета

по изучению мнения руководителей о предпочтениях в обучении

*Уважаемые дамы и господа!*

*Настоящий анонимный опрос проводится с целью определения приоритетов  
вашего обучения в современных рыночных условиях*

*Ваши ответы будут использованы конфиденциально.*

Наименование отделения \_\_\_\_\_  
(укажите)

1. Укажите, пожалуйста, Ваш пол: (отметьте )  
мужской   
женский
  
2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст: (отметьте )  
от 25 до 29 лет   
от 30 до 39 лет   
от 40 лет до 49 лет   
от 50 до 58 лет   
от 59 лет до 63 лет   
от 64 года и старше
  
3. Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования: (отметьте )  
средне-специальное   
высшее
  
4. В какой организации здравоохранения Вы работаете: (отметьте )  
амбулаторно-поликлинические   
больничные   
специализированные   
органы управления и финансирования   
научные и образовательные   
организации  
другое (указать) \_\_\_\_\_

**5. Укажите место нахождения и профиль организации здравоохранения** (отметьте )

- амбулаторно-поликлинические
- больничные
- специализированные
- органы управления и финансирования
- научные и образовательные
- организации
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**6. Укажите Вашу базовую врачебную специальность:** (отметьте )

- терапевт
- хирург
- педиатр
- акушер-гинеколог
- прочие врачебные специальности
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**7. Укажите занимаемую Вами должность:** (отметьте )

- главные врачи
- заместители главных врачей
- заведующие отделением
- врачи-статистики (методисты)
- экономисты и финансисты
- юрист
- научные работники и преподаватели
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**8. Укажите направления Вашей деятельности:** (отметьте )

- управление финансами
- управление объемами структурой и качеством
- управление ресурсами
- управление кадрами
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**9. Укажите Ваши предпочтения к разделам обучения (отметьте )**

- формирование госзаказа и оплата медицинских услуг
- бизнес-планирование частной организации здравоохранения
- организация платных медицинских услуг
- экономический анализ и оценка эффективности деятельности
- маркетинг
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**10. Укажите приемлемые для Вас сроки обучения на краткосрочных курсах (отметьте )**

- до 2 недель
- от 2 до 4 недель
- свыше 4 недель

**11. Предложение руководителей по методам обучения (отметьте )**

- Сочетание лекций, семинаров и практических занятий
- Деловые и ролевые игры в малых группах и дискуссия
- Составление и защита проектов
- Знакомство с передовыми организациями здравоохранения
- Освоение интернет технологий самообучения

## ПРИЛОЖЕНИЯ Б

### Вопросник

по изучению мнения менеджеров на предпочтении в обучении

*Уважаемые коллеги!*

*Настоящий анонимный опрос проводится с целью определения приоритетов  
вашего обучения в современных условиях*

1. **Укажите, пожалуйста, Ваш пол:** (отметьте )  
мужской   
женский
  
2. **Укажите, пожалуйста, Ваш возраст:** (отметьте )  
от 25 до 29 лет   
от 30 до 39 лет   
от 40 лет до 49 лет   
от 50 до 58 лет   
от 59 лет до 63 лет   
от 64 года и старше
  
3. **Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования:** (отметьте )  
средне-специальное   
высшее   
магистр наук   
кандидат наук   
pHД степень   
доктор наук
  
4. **В какой организации Вы работаете:** (отметьте )  
амбулаторно-поликлинические   
больничные   
специализированные   
органы управления и финансирования   
научные и образовательные   
организации  
другое (указать) \_\_\_\_\_

**5. Укажите Вашу базовую специальность:** (отметьте )

- терапевт
- хирург
- педиатр
- акушер-гинеколог
- прочие врачебные специальности
- экономист, финансист
- юрист
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**6. Укажите занимаемую Вами должность:** (отметьте )

- главные врачи
- заместители главных врачей
- заведующие отделением
- врачи-статистики (методисты)
- экономисты и финансисты
- юрист
- научные работники и преподаватели
- специалист по кадрам
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**7. Укажите направление Вашей деятельности:** (отметьте )

- управление организацией
- управление финансами
- управление объемами структурой и качеством
- управление ресурсами
- управление кадрами
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**8. Какие новые профессиональные направления менеджера Вы знаете**  
(отметьте )

- Форсайтер/трендвотчер
- Специалист по стратегированию и бизнес-планированию  
по здравоохранению
- Специалист по кадровым ресурсам
- Медицинский маркетолог
- Профессиональный HR-менеджер
- Экономист здравоохранения
- Специалист по управлению

- производительностью труда
- Специалист по стандартизации
- Биоэтик
- ИТ-медик
- R&D менеджер здравоохранения
- Government Relations специалист
- Специалист по регуляторному консалтингу
- Специалист по управлению  
недостатком знаний
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**9. Какие навыки и знания необходимы Вам? (отметьте )**

- профессионализм
- ответственность
- использование новых технологий
- лидерские качества
- командный подход
- другое (указать) \_\_\_\_\_

**10. Какие навыки и знания необходимы Вам для дальнейшего развития? (отметьте )**

- управление организацией
- управление программами
- управление проектами
- управление персоналом
- бизнес-планирование
- административное управление
- финансовый менеджмент
- составление бюджета
- стратегическое планирование
- знание и использование новых технологий
- командные отношения
- самоуправление, тайм-менеджмент
- фармацевтическое управление
- управление контрактами
- готовность к чрезвычайным ситуациям
- компьютерная / информационная грамотность
- статистический анализ
- профессиональное поведение / этика

знания в рекламе и маркетинге   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**11. Какие направления Вы используете в работе? (отметьте )**

маркетинг   
реклама   
отслеживание и анализ новых рыночных тенденций   
связь с общественностью   
продвижение товаров и услуг   
выставочная деятельность   
спонсорство   
дни открытых дверей, благотворительность   
брендинг   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**12. Какие направления новых технологий Вас интересуют? (отметьте )**

цифровые технологии   
3D устройства   
иммунотерапия   
искусственный интеллект   
виртуальная реальность   
биосенсоры и трекеры   
новые медицинские услуги   
телемедицина   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**13. Что в Вашем понимании- работа в команде? (отметьте )**

принятие командного решения   
эффективное взаимодействие   
партнерство   
выполнение общего проекта или задачи   
быть лидером   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**14. Какие направления планирования Вы знаете? (отметьте )**

долгосрочное и краткосрочное планирование   
текущее планирование   
стратегический менеджмент   
бизнес - планирование

инвестиционный анализ   
корпоративное планирование   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**15. Какие методы исследования рынка Вы используете в работе?**  
(отметьте )

открытые маркетинговые исследования   
тайные маркетинговые исследования   
опрос, анкетирование   
наблюдение   
экспертное мнение   
эксперимент   
управление и анализ продаж   
изучение зарубежного опыта, медицинского туризма   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**16. Отметьте необходимые Вам области дополнительного изучения**  
(отметьте )

эффективное управление   
проектный менеджмент, разработка стартап проектов   
бизнес подход   
современные методы закупа и логистики   
коммуникации с поставщиками   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**17. Какими направлениями в кадровом делопроизводстве Вы владеете?**  
(отметьте )

подбор кадров   
тестирование кадров   
кадровый аудит   
реинжиниринг кадровых процессов   
HR- менеджменту   
новым технологиям в HR   
аутплейсмент   
другое (указать) \_\_\_\_\_

**18. R&D-менеджмент - это?** (отметьте )

переосмысление и радикальное перепроектирование деловых процессов для достижения резких, скачкообразных улучшений современных показателей деятельности компаний

разработка стратегии технологического развития компании, перспективы и модернизация производства; создании нового изделия или технологии

передача организацией, на основании договора, определённых видов или функций производственной предпринимательской деятельности другой компании, действующей в нужной области

не знаю

другое (указать) \_\_\_\_\_

**19. Заинтересованы ли Вы в дополнительных курсов по повышению квалификации в различных сферах здравоохранения?** (отметьте )

да

не знаю

нет

другое (указать) \_\_\_\_\_

**20. Какой вид обучения Вам подходит?** (отметьте )

только теоретические занятия

только практические занятия

теория/практика

дистанционное обучение

онлайн-обучение, вебинары

стажировка в организации с практикой

другое (указать) \_\_\_\_\_

**21. Какой тип обучения Вам интересен?** (отметьте )

экспресс-курс (до 2 недель)

средней интенсивности (от 2-4 недель)

не интенсивный (свыше 4 недель)

другое (указать) \_\_\_\_\_

**22. Какой формат дополнительных курсов Вас интересует?** (отметьте )

дистанционный онлайн экспресс-курс

тренинг-курс (1-3 дня)

вечерний курс (5-10 дней)

дневной курс

другое (указать) \_\_\_\_\_

**23. Помимо дополнительных курсов, интересно ли вам участвовать в выступлениях спикеров из различных компаний, которые рассказывают о трендах, технологиях, интересных проектах и возможностях? (отметьте )**

да

не знаю

нет

другое (указать) \_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### АКТ

#### Внедрении результатов научно-исследовательской работы

**Наименование организации, где внедряется работа:**

Казахский Национальный университет имени аль-Фараби, медицинский факультет -Высшая школа здравоохранения

**Работа включена из** диссертационного исследования Калиевой Д.А. на тему «Прогнозирование и совершенствование подготовки кадровых ресурсов в сфере менеджмента здравоохранения Республики Казахстан».

**Наименование предложения:**

Совершенствование образовательных программ в сфере менеджмента здравоохранения.

**Форма внедрения:** использование результатов работы в разработку образовательных программ по магистратуре, по специальности «6М050700-менеджмент».

**Эффективность внедрения:** совершенствование программ по магистратуре, по специальности «6М050700-менеджмент» повысило качество подготовки менеджеров.

**Сроки внедрения:** 2016-2018 гг.

Председатель комиссии

*У.С.*



Члены комиссии

*Д.С.*  
*У.С.*

*Алиев М.А.*

*А.С.*

*Уметкеренов Н.М.*

Исполнитель: Калиева Д.А.