

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

УДК: 614.2:65.9(5каз)21(574)

На правах рукописи

**БАЙСУГУРОВА ВЕНЕРА ЮРЬЕВНА**

**Оценка внедрения института менеджеров здравоохранения как  
инструмента совершенствования процесса управления медицинскими  
организациями в Казахстане**

6D110200 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
доктора философии (PhD)

Научный руководитель: Турдалиева Б.С., доктор медицинских наук

Научный консультант: Гржибовский А.М., MD, PhD, профессор

Республика Казахстан  
Алматы, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |     |
|---|-----|
| НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....   | 3   |
| ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....  | 5   |
| ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....   | 6   |
| ВВЕДЕНИЕ.....   | 7   |
| 1 МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИСТОРИЯ,<br>СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....  | 11  |
| 1.1 Историческое развитие менеджмента как науки.....  | 11  |
| 1.2 Совершенствование менеджмента здравоохранения: зарубежный и<br>отечественный опыт.....  | 17  |
| 1.3 Основные управленческие механизмы повышения эффективности<br>деятельности медицинских организаций.....                                | 26  |
| 1.3.1 Предоставление автономии и самостоятельности медицинским<br>организациям как фактор повышения эффективности их деятельности         | 26  |
| 1.3.2 Внедрение института менеджеров как фактор совершенствования<br>управления в системе здравоохранения.....                            | 31  |
| 1.3.3 Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи<br>как показатель процесса управления медицинскими организациями.....      | 36  |
| 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....  | 41  |
| 3 АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И<br>ПРОЦЕССА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ<br>МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В КАЗАХСТАНЕ..... | 50  |
| 3.1 Характеристика менеджеров здравоохранения Республики<br>Казахстан.....  | 50  |
| 3.2 Результаты анализа уровня знаний руководителей здравоохранения<br>по вопросам менеджмента.....  | 56  |
| 3.3 Результаты анализа оценки программы обучения.....   | 72  |
| 3.4 Результаты анализа планов медицинских организаций по<br>совершенствованию процесса управления.....                                    | 73  |
| 3.5 Результаты анализа процесса совершенствования менеджмента в<br>медицинских организациях, руководители которых прошли обучение         | 78  |
| 3.6 Результаты экспертного анализа факторов, препятствующих<br>внедрению современного менеджмента.....                                    | 90  |
| 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ<br>КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....   | 95  |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....   | 101 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....   | 116 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ А.....   | 129 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....   | 130 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ В.....   | 133 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....   | 135 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....   | 136 |

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

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

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.

Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года.

Указ Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года N 310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года».

Закон Республики Казахстан «О государственном имуществе» от 1 марта 2011 года № 413-IV.

Гражданский кодекс Республики Казахстан от 1 июля 1999 г. № 410-1.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №287 от 20 мая 2008 года об утверждении «Методики преобразования государственных организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения».

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 августа 2009 года № 407 «Об утверждении Методических рекомендаций по реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №179 от 4 апреля 2011 года «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении правил оплаты труда медицинских работников».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №622 от 16 сентября 2011 года «О внесении изменений и дополнений в приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» и от 26 ноября 2009 года №801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках государственного объема бесплатной медицинской помощи».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 13 апреля 2012 года № 245 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №212 от 22 апреля 2011 года «Об обеспечении функционирования Центров, созданных в рамках Проекта «Передача технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения» Республики Казахстан.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №727 от 17.09.2010г. «О создании рабочих групп».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 июня 2011 года «Об утверждении Правил создания наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июня 2003 года N 458 «Об утверждении Номенклатуры врачебных должностей и специальностей».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 775. «Об утверждении Номенклатуры должностей работников здравоохранения».

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».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий №1400.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

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

**Бенчмаркинг** – это метод сравнительного анализа эффективности работы одной компании с показателями других, более успешных компаний для повышения эффективности деятельности, совершенствования бизнес-процессов. Смысл бенчмаркинга – найти и перенять чужой положительный опыт.

**Корпоративная культура** – совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавшие свою эффективность и разделяемые большинством членов организации. Компонентами корпоративной культуры являются: принятая система лидерства; стили разрешения конфликтов; действующая система коммуникации; положение индивида в организации; особенности гендерных и межнациональных взаимоотношений; принятая символика: лозунги, организационные табу, ритуалы.

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

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

**Право хозяйственного ведения** – вещное право государственного предприятия, получившего имущество от государства как собственника и осуществляющего в пределах, установленных законодательными актами, права владения, пользования и распоряжения этим имуществом.

**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).

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

**Транспарентный** – от англ. transparent, прозрачный, ясный, открытый.

**Фокус-группа** – метод качественных исследований, заключается в глубинном интервьюировании представителей целевой аудитории. Во время интервьюирования от аудитории исследователи получают субъективные мнения о товаре, услуге и прочих объектах исследования.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- ВВП – валовой внутренний продукт  
ВКО – Восточно-Казахстанская область  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь  
ВУЗ – высшее учебное заведения  
ВШОЗ – Высшая Школа общественного здравоохранения  
ГП на ПХВ – государственное предприятие на праве хозяйственного ведения  
Г ОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи  
ДО – дифференцированная оплата  
ЕНСЗ – Единая национальная система здравоохранения  
ЗКГМУ – Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени М.Оспанова  
ЗКО – Западно-Казахстанская область  
КазНМУ – Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова  
КЗГ – клиничко-затратные группы  
КПЭ – система ключевых показателей эффективности  
МЗ РК – министерство здравоохранения Республики Казахстан  
МО – медицинская организация  
МРП – месячный расчетный показатель  
НС – Наблюдательный совет  
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь  
ПХВ – право хозяйственного ведения  
РК – Республика Казахстан  
РЦРЗ – Республиканский Центр развития здравоохранения  
СКО – Северо-Казахстанская область  
СМИ – средства массовой информации  
СНГ – содружество независимых государств  
СССР – Союз Советских Социалистических Республик  
США – Соединенные Штаты Америки  
СКПН – стимулирующий компонент подушевого норматива  
EFQM (European Foundation for Quality)  
EPOS – ведущая международная компания в сфере профессиональных консалтинговых услуг в области здравоохранения  
ЮКО – Южно-Казахстанская область  
МВА (Master of Business Administration; магистр делового администрирования)  
TQM (Total quality management)

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность проблемы**

В условиях активного реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан, формирования рынка медицинских услуг, создания конкурентной среды среди поставщиков медицинских услуг и предоставления большей самостоятельности медицинским организациям повышается роль первых руководителей. Поэтому в настоящее время уделяется большое внимание обучению руководителей медицинских организаций в области менеджмента и маркетинга в здравоохранении.

Как отмечено в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы: «Ключевые проблемы связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования, то есть на сегодняшний день управление и финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность. Кроме того, необъективная система тарифообразования, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров существенно тормозят развитие конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг». Поэтому одной из задач в области совершенствования организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения определено совершенствование системы управления и менеджмента в здравоохранении.

В настоящее время руководителями медицинских организаций являются специалисты, которые сформировались как врачи-клиницисты, и были выдвинуты на руководящую должность. Врачи-клиницисты как руководители медицинских организаций имеют преимущества перед менеджерами – не клиницистами, например, при решении проблем клинического управления или управления качеством медицинской помощи, однако в большинстве случаев врачи-руководители не имеют достаточных специальных знаний для профессионального управления. В связи с этим возникает необходимость подготовки руководителей медицинских организаций по программам менеджмента. Обучение основным принципам и практическим навыкам эффективного менеджмента рассматривается как один из важнейших этапов в процессе реформирования системы здравоохранения в Казахстане.

В «Стратегии «Казахстан-2050» Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А. подчеркивает: «Мы должны были окончательно избавиться от управленческих традиций административно-командной системы и создать современный и эффективный корпус управленцев».

Реформы в системе здравоохранения, проводимые в последние десять лет, наглядно отражают стремление руководства страны улучшить систему управления отраслью. В настоящее время в стране реализуется проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения при поддержке Всемирного Банка, одной из задач которого

является создание постоянной, устойчивой и эффективной системы обучения менеджеров в сфере здравоохранения на всех уровнях, с учетом международного опыта и особенностей Казахстана [1].

Подготовка главных врачей больниц и поликлиник, главных бухгалтеров и экономистов медицинских организаций направлена на содействие в реорганизации казенных предприятий здравоохранения и государственных учреждений здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения (ГП на ПХВ), что позволит совершенствовать систему управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повысить экономическую эффективность деятельности медицинских организаций, а также повысить эффективность управления персоналом и качество медицинской помощи.

Это диктует необходимость развития научной основы и проведения исследований по оценке эффективности проводимых преобразований. В тоже время, исследования, обобщающие опыт подготовки менеджеров здравоохранения и оценку совершенствования процесса управления медицинскими организациями с внедрением института менеджеров, единичны и не позволяют научно обосновать результативность внедрения современного менеджмента в систему здравоохранения Казахстана.

#### **Цель исследования**

Оценка процесса совершенствования управления медицинскими организациями в Казахстане с внедрением института менеджеров здравоохранения.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить международный опыт внедрения института менеджеров здравоохранения.

2. Изучить нормативно-законодательную базу по подготовке менеджеров здравоохранения и ситуацию по внедрению института менеджеров здравоохранения в Казахстане.

3. Провести анализ процесса подготовки компетентных специалистов - менеджеров по вопросам политики управления здравоохранением, управления ресурсами медицинской организации, повышения эффективности затрат и профессиональных умений по реорганизации казенных предприятий здравоохранения и государственных организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения.

4. Оценить результативность процесса совершенствования менеджмента через анализ перехода медицинских организаций в новую организационно-правовую форму и удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи.

5. Разработать рекомендации по повышению эффективности подготовки компетентных специалистов – менеджеров здравоохранения.



### **Объект исследования**

- Руководящий состав медицинских организаций, переходящих на право хозяйственного ведения.
- Население города Алматы, прикрепленное к медицинским организациям, переходящим на право хозяйственного ведения.

### **Предмет исследования**

- Процесс подготовки менеджеров здравоохранения.
- Процесс перехода медицинских организаций на право хозяйственного ведения.
- Процесс внедрения дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях.
- Удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи.

### **Научная новизна**

Дана научно-обоснованная оценка результативности процесса совершенствования менеджмента медицинских организаций во взаимосвязи с удовлетворенностью населения качеством медицинской помощи.

Установлены основные факторы, влияющие на совершенствование менеджмента медицинских организаций, и определены ранги влияния данных факторов на процесс перехода медицинских организаций на право хозяйственного ведения.

### **Практическая значимость**

Проведен комплексный анализ и мониторинг процесса внедрения современного менеджмента в медицинские организации, на основе которого выявлены факторы, препятствующие процессу активного перехода на новую организационно-правовую форму управления медицинскими организациями, решение которых позволит системе здравоохранения и медицинским организациям реализовать внедрение современного менеджмента в организациях.

На основе изученного процесса подготовки менеджеров здравоохранения в Казахстане и его влияния на процесс совершенствования управления медицинскими организациями предложены научно-обоснованные рекомендации по повышению эффективности подготовки компетентных специалистов – менеджеров здравоохранения.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. На совершенствование процесса управления медицинскими организациями влияет ряд внутренних и внешних факторов, таких как недостаточный уставный капитал, отсутствие поддержки акимата, слабая материальная база, дефицит высококвалифицированных кадров, несовершенство нормативно-законодательной базы.

2. Обучение руководителей медицинских организаций по вопросам менеджмента способствует процессу перехода медицинских организаций в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения и совершенствованию управления медицинскими организациями.

#### **Внедрение результатов исследования**

По результатам проведенного исследования подготовлена методика комплексной оценки эффективности обучения менеджеров здравоохранения, на которую получено свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права № 1751 (Приложение А).

Для организаторов системы здравоохранения, преподавателей медицинских вузов, руководителей медицинских организаций разработаны методические рекомендации «Подготовка менеджеров здравоохранения в Казахстане».

#### **Публикации по теме диссертации**

По материалам диссертации опубликованы 14 научных работ, из них 7 статей в журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 3 публикации в сборниках международных и зарубежных конференций, 1 статья в зарубежном журнале Life Science Journal с импакт-фактором 0,165, 1 тезисы в зарубежном журнале European Journal of Epidemiology с импакт-фактором 5,118, 1 свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права № 1751.

#### **Апробация диссертации**

Основные результаты, положения, заключения и выводы диссертации были доложены и представлены на следующих конференциях: Международной конференции «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента: настоящее и перспективы» (Астана, 2011г.); Международной научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты активного долголетия» (Алматы, 2012г.); Международной научно-практической конференции, посвященной 130-летию Х.Досмухамедова, «Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения» (Алматы, 2013г.); European Congress of Epidemiology (Aarhus, Denmark 11-14 August, 2013); 20<sup>th</sup> IEA World Congress of Epidemiology. Global Epidemiology in a changing environment: the circumpolar perspective (Anchorage, Alaska USA 17-21 August, 2014).

#### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 128 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 2-х разделов собственного исследования, заключения, включающего выводы и рекомендации для практического внедрения, библиографического списка использованных источников, включающего 190 наименований, из них 117 публикаций отечественных и стран СНГ и 73 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 42 таблицами и 13 рисунками. Количество приложений – 5.

# **I МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

## **1.1 Историческое развитие менеджмента как науки**

Обилие школ, подходов, теорий и концепций, изложенных в литературе по управлению, затрудняют проведение четкой классификации основных этапов исторического развития менеджмента. В тоже время, многие авторы отмечают, что в развитие современной теории и практики менеджмента значительный вклад внесли четыре основные школы управления: школа научного управления, школа административного (классического) управления, школа управления с позиций человеческих отношений и поведенческих наук, школа науки управления или управления с позиций количественного подхода [2-5]. В таблице 1 приведены основные достижения научных школ менеджмента.

Таблица 1 – Научные школы менеджмента

| Название школы                                     | Период          | Основатель и представители  | Вклад в развитие теории и практики менеджмента   |
|--|-----------------|---|--|
| Школа научного управления                          | 1885 - 1920 гг. | Ф. Тейлор, Ф. Гилберт, Л. Гилберт, Г. Гантт                         | Использование научного анализа для определения лучших способов выполнения задачи. Отбор работников, подходящих для выполнения задач, их обучение. Обеспечение работников необходимыми ресурсами для эффективного выполнения задач. Использование материального стимулирования для повышения производительности труда. Отделение плановой и организационной работы от производственной. |
| Школа административного (классического) управления | 1920 - 1950 гг. | А. Файоль, Л. Урвик, Л. Гьюлик, М.Вебер, Д. Муни, А. Слоун, Г. Черч | Развитие принципов управления. Описание функций управления. Систематизированный подход к управлению всей организацией.   |

Продолжение таблицы 1

|   |                              |  |   |
|---|------------------------------|--|---|
| Школа человеческих отношений и поведенческих наук | 1930 - 1950 гг.              | Д. Мэйо, М.П.Фоллет, Г. Мюнстерберг, А.Маслоу, Д.Мак Грегор                        | Применение приемов управления к межличностным отношениям для повышения степени удовлетворенности работников и роста производительности их труда. Применение наук о человеческом поведении к управлению и формированию организации таким образом, чтобы каждый работник мог быть полностью использован в соответствии с его потенциалом. |
| Школа науки управления                            | с 1950 г. по настоящее время | С. Форрестр, Э. Райф, С. Саймон, Р. Акофф, Л. Фон Берталанфи, С. Бир, Л.Канторович | Углубленное понимание сложных управленческих проблем благодаря разработке и применению моделей (в том числе экономико-математических). Развитие количественных методов, помогающих руководителям принимать решения в сложных ситуациях.   |

Основоположником школы научного управления является Фредерик Уинслоу Тейлор (1856 – 1915), его книга «Принципы научного управления» признана началом развития менеджмента как науки и самостоятельной области исследования [6]. Ф.Тейлор сформировал важный вывод о том, что для повышения производительности труда, увеличения доходов и достижения более высокого уровня благосостояния работников необходимо использовать научный метод управления, а управлять предприятиями должны специально подготовленные люди, которые в современной терминологии называются менеджерами. Основные принципы школы научного управления [7]:

- использование научного анализа для определения лучшего способа решения хозяйственных задач;
- целенаправленный отбор работников для выполнения конкретных задач, их обучение;
- обеспечение работников ресурсами;

- применение материального стимулирования;
- отделение планирования от самой работы.

В развитие концепции научного управления также внесли свой вклад Френк и Лилия Гилберт, Генри Гантт, которые использовали наблюдения, замеры, логику и анализ для усовершенствования операций ручного труда, добиваясь их более эффективного выполнения [8].

С развитием крупных промышленных предприятий возникла административная научная школа управления, представителем которой является Анри Файоль (1841 – 1925). Он сделал акцент в управлении на администрирование и высшее руководство, разделил весь универсальный процесс управления на пять основных взаимосвязанных функций, которые до сих пор используются в теории управления организацией: планирование, организация, подбор и расстановка кадров, мотивация, контроль [9]. Он также разработал 14 основополагающих принципов управления, которые направлены на достижение организацией успеха [10-11], среди этих принципов: принцип разделения труда, сочетание полномочий с ответственностью, соблюдение дисциплины, единоначалие, единство действий, доминирование общих интересов над индивидуальными, наличие справедливых методов стимулирования работников, баланс централизации и децентрализации, субординация в управлении, порядок на рабочем месте, уважение и справедливость администрации к подчиненным, сочетание доброты и правосудия, минимизация текучести кадров, предоставление свободы для инициативы работников, принцип единения и гармонии в организации.

Таким образом, если научный менеджмент занимался проблемами повышения производительности труда отдельными рабочими, то административный менеджмент фокусировал внимание на управлении всей организацией как единого целого.

На рубеже 1930-х годов с развитием социологии и психологии началось зарождение школы управления с позиции человеческих отношений. Большой вклад в развитие этой школы внес Джордж Элтон Мэйо (1880 – 1949), который открыл так называемый «хоторнский эффект», свидетельствующий о том, что производительность труда и качество продукции зависят не столько от условий труда, сколько от социальных и психологических факторов [12-13].

Первую в мире школу промышленных психологов создал немецкий психолог Гуго Мюнстерберг (1863-1916), он сформулировал основные принципы отбора людей на руководящие должности, разработал тесты для изучения способностей и склонности испытуемых к различным профессиям, совместимости работников друг с другом, проблем утомляемости [14].

Другой ученый этого направления, Мэри Паркер Фоллет (1868 – 1933), разработала теорию лидерства, дала определение менеджменту как «выполнение целей предприятия путем воздействия на других лиц» [15-16].

Большой вклад в развитие школы человеческих отношений был сделан учеными – бихевиористами, разработавшими теории мотивации. Одна из них – иерархическая теория потребностей Абрахама Маслоу, согласно которой

мотивами поступков людей являются в основном не экономические факторы, а различные потребности, которые далеко не всегда могут быть удовлетворены с помощью денег; по мере удовлетворения потребностей работников будет возрастать и производительность их труда. Концепция Маслоу оказала большое влияние на развитие теории и практики современного управления [17].

Известный ученый в области лидерства, Дуглас Мак Грегор, описал два подхода к воздействию на поведение людей: теория X и теория Y [18-19]. Теория X – это авторитарный тип управления. Согласно этой теории, люди изначально не любят работать, поэтому их следует принуждать, контролировать, направлять, заставлять работать. Теория Y основана на демократическом стиле управления – делегирование полномочий, коллегиальное решение проблем. Такой стиль управления применяется для людей, для которых работа – естественное состояние и потребность, человек может осуществлять самоконтроль, самоуправление, стремится к ответственности, склонен к самообразованию [20].

Школа управления с позиций количественного подхода стала продолжением направления Ф. Тэйлора, но в основу этой школы легли новые достижения в математике, статистике, компьютерной технике и компьютерном моделировании. Наиболее известными представителями этой школы являются С. Форрестр, Э. Райф, С. Саймон, Р. Акофф, Л. Фон Берталанфи, С. Бир, Л. Канторович и др. Данное направление разрабатывало модели принятия решений в наиболее сложных ситуациях, где нельзя ограничиваться прямой причинно-следственной зависимостью. В готовую модель подставлялись количественные значения исследуемых переменных и рассчитывался оптимальный вариант решения проблемы [21].

Параллельно со школами управления выделяют 3 основных концептуальных подхода: процессный, системный, ситуационный [22].

Процессный подход рассматривает управление как непрерывную серию взаимосвязанных последовательно и параллельно управленческих функций: планирование, организация, мотивация, контроль и связующие процессы – коммуникации и принятия решения.

Системный подход рассматривает организацию как сложный комплекс взаимозависимых и взаимодействующих элементов, а человека – как одного из элементов; организация находится в постоянном взаимодействии с внешней средой, получая ресурсы из внешней среды, трансформируя их и возвращая готовые продукты во внешний мир.

Ситуационный подход к менеджменту заключается в том, что использование различных методов управления определяется конкретной ситуацией, поскольку многочисленные внешние и внутренние факторы определяют ситуацию. Не существует единого для всех «лучшего» способа управления организацией, необходимо найти и реализовать эффективный метод для конкретной ситуации.

Во всем мире менеджмент превратился в социальную функцию, так как присущ любой деятельности человека, в процессе которой в одной организации

объединяются люди разных знаний и умений. Согласно мнению специалистов, историческое развитие менеджмента определило следующие важнейшие принципы успешного управления [23]:

- менеджмент связан с людьми и направлен на то, чтобы люди могли работать вместе;

- менеджмент в значительной степени проявляется в культуре, поэтому одна из задач менеджера – определить элементы своей культуры и традиций, которые можно использовать как составные части менеджмента;

- любому предприятию требуется преданность общим целям и ценностям: миссия, цели и задачи организации должны быть понятными, четкими и подтверждающимися;

- менеджмент должен содействовать развитию предприятия и каждого его члена по мере изменений в потребностях и возможностях: обучение и развитие должны проводиться постоянно и на всех уровнях;

- все сотрудники предприятия должны знать, к каким целям стремятся;

- результативность работы (положение на рынке, внедрение инноваций, производительность, развитие работников, качество, финансовые результаты) необходимо постоянно оценивать и непрерывно повышать;

- результаты оцениваются только вне предприятия, внутри предприятия существуют только затраты: результат бизнеса – довольный клиент, результат больницы – вылечившийся пациент.

Примечателен тот факт, что в качестве своего первого примера применения научного менеджмента на практике Ф.Тейлор в своем докладе Конгрессу США в 1912 году привел некоммерческую организацию - клинику Мейо [24], т.е. применение научного управления было отражено в социальной сфере.

В зависимости от национальной специфики и особенностей корпоративной культуры, в мире существуют различные модели менеджмента. Вместе с тем, специалисты приводят исторически сложившиеся классические модели менеджмента, американской и японской [25], лежащие в основе всех других.

Японская модель управления – одна из самых эффективных в мире, вобравшая в себя наиболее рациональные идеи американского менеджмента, но в основу этой модели легли традиционные элементы культуры и психологии японцев [26]. Ее главным достоинством является умение работать с людьми. Японская система управления стала одним из факторов экономического подъема страны, по некоторым параметрам эта система оказалась более приспособленной к условиям научно-технической революции, чем, например, европейская или американская система: основным лозунгом японского бизнеса стала ориентировка на технические и технологические нововведения [27].

Особенность японского менеджмента в том, что он ориентируется на групповую форму организации труда, используется механизм коллективной ответственности, члены группы участвуют в принятии управленческих решений и несут равную ответственность за их реализацию, информация о

делах фирмы и ее планах доводится до всех сотрудников, работники активно вовлекаются в решение технологических и экономических проблем, предложения и жалобы сотрудников рассматриваются немедленно [28]. Для повышения эффективности и качества производства на уровне цехов и рабочих мест создаются кружки качества, участие в которых материально и морально стимулируется. Среди сотрудников существует открытая, гласная конкуренция за право добиться лучшей должности. В среднем через 5 - 7 лет при высоких ежегодных показателях труда сотрудник может стать менеджером низшего уровня. Особое внимание уделяется систематической подготовке и переподготовке кадров, воспитанию преданных фирме работников, внедрению инновационных технологий [29].

Некоторые авторы, ссылаясь на Хидеки Йосихара, приводят следующие характерные признаки японского управления [30]: управление, ориентированное на качество; качество закладывается в политику и стратегию фирмы; коллективные формы управления и коллективная ответственность; целью является улучшение работы группы и усиление групповой солидарности; гласность и ценности корпорации; постоянное присутствие руководства на производстве; управление, основанное на информации. Качество конечного продукта формируется на всех этапах его производства. Сокращение количества дефектов, брака, повторного контроля, рационализация маршрутов движения деталей приводят к значительной экономии материальных ресурсов и времени. На японских предприятиях руководство осуществляется по принципу патернализма (от лат. *pater* – отцовский, отеческий), то есть привитие сотрудникам чувства, что они члены одной семьи [31]. На фирмах действует система пожизненного найма, есть возможность общения с руководством в неофициальной обстановке, например, практикуются совместный отдых, развлечения и др.

Другим примером менеджмента является американский стиль управления, который сформировался в процессе образования и развития Соединенных Штатов Америки и обусловлен такими факторами, как отсутствие пережитков феодализма, освоение территории и богатств страны энергичными, честолюбивыми и изобретательными иммигрантами. В настоящее время американская модель применяется в Великобритании, Канаде, Австралии, Новой Зеландии и некоторых других странах.

Е. Комаров отмечает следующие характерные черты американского стиля управления: деловитость, организаторские способности, обеспечение компетентности персонала и развитость «индустрии совершенствования» менеджмента. Деловитость – это такие качества, как: целеустремленность и настойчивость, краткость и ясность слова, единство слова и дела, умение оценивать, стремление к выгоде и доходу. Американские менеджеры всегда отличались высокими деловыми качествами [32]. Если предельно кратко выразить суть американской модели менеджмента, то можно сказать – индивидуализм.



Как показывает опыт, чисто механическое применение той или иной системы управления еще не гарантирует высокой эффективности. Необходимо учитывать производственно-рыночные условия, в которых функционирует организация, внутренние и внешние экономические условия, психологические и социально-культурные факторы [33-34]. Однако, изучение эффективных приемов в управлении персоналом, опыта других стран, анализ классических, в том числе японской и американской моделей управления, дают широкую возможность для формирования отечественной модели менеджмента.

В связи с этим, интерес представляют работы ученых (П. Друкера, Д. Макгрегора, Ч.Барнарда, Д. Хасси и др.), касающиеся основных направлений современного менеджмента, с учетом факторов глобализации мировой экономики и интернационализации производства [35-36], которые характеризуют современный менеджмент следующими положениями:

- предприятие – это открытая система (единство факторов внутренней и внешней среды);
- преимущество за новыми технологиями и качественно новой продукцией;
- главный потенциал организации – это персонал;
- повышение роли организационной культуры, всесторонняя мотивация работников и новый стиль руководства;
- демократизация в управлении, участие рядовых сотрудников в управлении, лояльность и доброжелательность к работникам, создание атмосферы, способствующей формированию и реализации их творческого потенциала;
- внедрение современных информационных технологий;
- эффективное использование всех видов ресурсов и исключение отходов и потерь;
- окончательное признание необходимости менеджмента в госсекторе, науке, образовании, медицине.

Таким образом, история развития менеджмента как науки свидетельствует о том, что накоплен значительный практический опыт, разработано большое количество теорий, в которых нашли отражение различные взгляды и точки зрения по проблемам управления. Управление присутствует во всех сферах деятельности человека, включая здравоохранение, успешное развитие которых невозможно без эффективного менеджмента. В современных условиях модернизации здравоохранения и внедрения рыночных механизмов необходимо углубленное изучение теории управления, научных основ менеджмента и маркетинга.

## **1.2 Совершенствование менеджмента здравоохранения: зарубежный и отечественный опыт**

Существует множество определений менеджмента, но применительно к здравоохранению менеджмент определяют как достижение целей в управлении

здравоохранительными процессами посредством эффективного использования человеческих, материальных и медико – технологических ресурсов [37-44].

Какой-либо универсальной эффективной модели организации здравоохранения в мире не существует. В разных странах системы здравоохранения различаются по уровню централизации, регулирования, роли частного страхования и т.д. Выделяют три основных вида моделей управления здравоохранением: государственную с бюджетной системой финансирования, страховую, основанную на принципах социального страхования и регулирования рынка, и частную, основанную на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования [45-46].

Государственная модель здравоохранения характеризуется значительной ролью государства: финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета за счет налогов с предприятий и населения. Население получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, рынку отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель существует в Великобритании, Ирландии, Дании, Норвегии, Португалии, Италии, Греции, Испании, Австралии, Швеции, Кубе.

Страховая модель здравоохранения характеризуется наличием обязательного медицинского страхования всего населения. Государство играет роль гаранта в удовлетворении потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из отчислений от зарплаты, государственного бюджета, прибыли страховых организаций) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Данная модель характерна для Германии, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Швейцарии, Канады, Японии, Израиля.

Для частной модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Малообеспеченные слои населения (пенсионеры, безработные) получают медицинскую помощь за счет государственных программ. Данная модель характерна для США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных «Medicaid» и пенсионеров «Medicare».

В тоже время специалисты признают, что в настоящее время в различных странах присутствуют в разных пропорциях элементы той или иной модели, поэтому можно говорить об уникальности моделей управления

здравоохранением каждой страны [47]. Так система здравоохранения России основана на смешанных источниках финансирования: государственный бюджет и страховые взносы от работодателей. В Латвии, Эстонии – государственный бюджет, страховые взносы от работодателей и сооплата.

Анализ систем здравоохранения показал, что в настоящее время преобладает общемировая тенденция отхода от централизованного государственного контроля и перевода здравоохранения на рыночные механизмы – конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя [48].

Соединенные Штаты Америки отличаются самой дорогой системой здравоохранения в мире: только в 2007 году США потратили на охрану здоровья 2,26 триллиона долларов, что составляет 7439 долларов на одного человека [49]. По результатам анализа систем здравоохранения 191 страны мира [50] США заняли 1-е место среди самых затратных систем здравоохранения и в тоже время 37-е место по уровню оказания медицинской помощи, и 72-е место по общему уровню здоровья. Таким образом, несмотря на то, что США затрачивает гораздо больше средств на здравоохранение по сравнению с другими развитыми странами, показатели здоровья здесь хуже, а прибыль в менеджменте здравоохранения поставлена на высокую организационную основу [51].

Вступление медицины в эпоху технического и фармацевтического развития стимулировало резкий подъем финансирования, изучение ситуации показывает, что системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, глобальные расходы на здравоохранение в 1997 году составили 2 триллиона 985 миллиардов долларов США или почти 8% от мирового ВВП. К 2005 году объем расходов на здравоохранение достиг 5,1 триллиона международных долларов [52]. Рост затрат на систему здравоохранения отражается на дефиците бюджета, повышении налогов и сокращении социальных льгот. В результате одной из первостепенных задач сегодня стало ограничение расходов на медицину. Вопросы рационального использования ресурсов здравоохранения являются ключевыми в выборе оптимальных путей его дальнейшего развития. По оценкам ВОЗ 20–40% ресурсов, выделяемых на здравоохранение, используется впустую. Сокращение этих потерь помогло бы системам здравоохранения предоставлять качественные услуги и улучшить здоровье населения. Так, в докладе Научно-исследовательского института здоровья компании PricewaterhouseCoopers приводятся данные, что более половины общего ежегодного объема финансирования здравоохранения США, составляющего более 2-х триллионов долларов США, тратится впустую [53].

По оценкам ВОЗ большинство стран не используют в полном объеме имеющиеся ресурсы из-за плохой организации системы закупок, нерационального расходования медикаментов, нецелевого использования и

плохого управления человеческими и техническими ресурсами. При одних и тех же ресурсах страны добиваются различных результатов. По мнению специалистов, эффективное управление станет ключом к повышению эффективности и социальной справедливости [54].

Анализ реформ систем здравоохранения в мире показывает, что все они направлены на сокращение издержек на медицинские нужды и улучшение качества здравоохранения. Так, наиболее важными реформами, введенными в 1997 году в Великобритании, стали: введение системы оплаты стационаров по результатам, расширение использования услуг, оказываемых частными производителями, предоставление большей автономии управления больницам Национальной службы здравоохранения посредством предоставления им статуса трастов, предоставление пациентам выбора стационара для получения отдельных видов помощи, создание Национального института медицинского и клинического мастерства (NICE), создание Комиссии по обеспечению качества медицинской помощи для регулирования деятельности производителей медицинских услуг и мониторинга качества медицинской помощи [55].

Автономизация больниц получила широкое распространение в 80-90-е годы в таких промышленно развитых странах, как Австралия, Испания и Сингапур, и использовалась для того, чтобы не допустить расширения приватизации и под контролем государства расширить финансовые возможности медицинских организаций без нанесения ущерба их социальным функциям, включая доступность медицинских услуг населению [56].

Согласно данным Брауншвейг К.Е. [57], введение эффективных форм управления больницами в Германии позволит ежегодно сэкономить 3,7 миллиарда евро. Самыми неэкономичными с точки зрения управления являются государственные клиники. Несмотря на то, что в период с 1999 по 2004 год снизилось число больниц, срок пребывания пациентов в стационарах и число пациентов, прошедших курс лечения, расходы на лечение выросли с 50,1 до 56,3 млрд. евро. В настоящее время в Германии осуществляется переход от финансирования оплаты за один день пребывания пациента в больнице к финансированию общих расходов на лечение одного случая заболевания. Снижение продолжительности лечения пациентов стало сильным стимулом для больниц. С 1999 года средняя продолжительность лечения в стационаре снизилась с 9,9 дней до 8,7 дня.

Анализ динамики стационарной помощи в европейских странах [58] выявил следующие тенденции, связанные с макро- и микроэкономическими изменениями:

- реструктуризация медицинских услуг;
- сокращение численности больниц (за исключением Болгарии и Румынии, где выявлено увеличение в соответствии с тенденциями спроса на некоторые виды больничных услуг);
- сокращение бюджетных расходов на финансирование больниц;
- повышение эффективности и рациональности организации больничной медицинской помощи;

– улучшение управления больницами, в основном за счет повышения ответственности и компетенции.

Согласно результатам углубленной оценки восьми различных страновых моделей частичной автономии, по опыту таких стран, как Англия, Израиль, Испания, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Чешская Республика и Эстония, руководство деятельностью государственных лечебных учреждений в Европе меняется: больницы приобретают ту или иную степень независимости в пределах государственного сектора и получают права и возможности самостоятельно принимать ключевые стратегические, финансовые и клинические решения [59].

В мире медицинские клиники стали объектом инвестиционного анализа, изучения медицинского бизнеса и профессионального управления. Часть экспертов считает, что законы управления едины для предприятий любой отрасли, и принципиальных особенностей в управлении медицинской организацией нет [60]. Ряд авторов [61-63] считает, что существует специфика в управлении медицинскими организациями, обусловленная тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, результатом которой является услуга. На взаимодействие поставщиков медицинских услуг с потребителями их услуг большое влияние оказывают этические ценности, сложившиеся в обществе, социальная значимость доступности медицинской помощи. Право граждан на охрану здоровья признается в конституциях всех развитых стран. Кроме того, на процесс управления медицинскими организациями, по мнению специалистов, влияет сложность определения качества и измерения результатов работы.

Особенность здравоохранения заключается еще и в том, что результаты в этой отрасли оцениваются с трех позиций – медицинской, социальной и экономической эффективности. Приоритетными являются медицинская и социальная эффективности [64].

Наличие взаимосвязи между методами управления больницами и результатами клинического лечения подтверждает исследование, проведенное в 1200 больницах в семи странах (Великобритания, Германия, Италия, Канада, США, Франция и Швеция) [65]. Согласно полученным результатам, управленческие методы, применяемые в больницах, действительно влияют на результаты клинического лечения, в том числе на показатели смертности и уровень удовлетворенности пациентов оказанными услугами. Кроме того, как показало исследование, финансовые показатели больниц также зависят от управления. Благодаря эффективному управлению больницы способны поддерживать и повышать качество медицинских услуг даже в условиях ограниченного финансирования.

Некоторыми исследователями [66-67] были выявлены следующие факторы, определяющие эффективность методов управления: размер медицинского учреждения; уровень конкуренции с близлежащими больницами; количество руководителей, имеющих медицинское образование; степень независимости руководителей; структура собственности больницы. Авторы

предлагают учитывать эти факторы при реализации любых программ реформирования систем здравоохранения. В целом их выводы можно свести к следующему: показатели эффективности управления выше в медицинских учреждениях с большой численностью персонала; связь между методами управления и объемом затрат на здравоохранение незначительная; показатели больниц, не имеющих конкурентов, ниже результатов тех учреждений, которые имеют конкурентов; частные клиники имеют более высокую эффективность управления по сравнению с государственными больницами; руководители больниц с медицинским образованием эффективнее управляют, лучше понимают процессы оказания медицинских услуг, легче завоевывают доверие сотрудников; степень независимости руководителей является мощным мотивирующим фактором к эффективному управлению.

Насколько важно для руководителя медицинской организации иметь медицинское образование: в разных странах по-разному смотрят на это, например, в шведских лечебных учреждениях 93% управленцев имеют медицинское образование, в Великобритании – 58%, во Франции – 64%.

Интерес представляет систематический обзор исследований по изучению влияния изменений в организационной культуре медицинской организации на повышение производительности труда медицинских работников [68]. Согласно этому Кокрановскому обзору было найдено 4239 исследований по данной тематике, но все эти исследования не соответствовали критериям качества и авторы не смогли представить статистически значимые результаты.

Все больше данных свидетельствует о том, что качество стационарного лечения во многих странах неудовлетворительное. Чтобы поднять его на должный уровень, предложен ряд подходов: клинический аудит, контроль качества, оценка работы больницы по нескольким показателям, а также новая концепция управления больницами – «клиническое управление» [69-70]. Согласно этой концепции, качество стационарного лечения должно обеспечиваться совместными усилиями медицинских работников и администрации. Предполагается, что контроль за качеством медицинского обслуживания и повышение квалификации медицинских работников позволяют улучшить результаты лечения. Метод «клинического управления» - важное нововведение, впервые опробованное в Великобритании. Метод предусматривает объединение финансового контроля, медицинского обслуживания и контроля за качеством лечебной работы и включает развитие информационных систем, повышение квалификации и оценку деятельности медицинских работников со стороны коллег. Под клиническим управлением (менеджментом) понимают комплекс программ, направленных на эффективное управление лечебно-диагностическим процессом (качеством, структурой и объемом медицинской помощи) с целью достижения высокого уровня качества медицинских услуг при минимизации затрат [71].

В Казахстане система здравоохранения стала осваивать новые управленческие методы позднее, чем другие государственные сектора, что

обусловлено сложной природой здравоохранения и относительно большим объемом полномочий врачей [72].

В развитии менеджмента здравоохранения в Республике Казахстан выделяют следующие периоды [73]: начальная фаза – 1800 - 1917 гг.; фаза развития и подъема – 1917 - 1990 гг.; фаза распада централизованных организационных структур управления в здравоохранении в бывшем СССР, создание самостоятельных медицинских учреждений и организаций в постсоветском развитии – 1991-й год и по настоящее время.

Аканов А.А. с соавторами приводят следующие этапы новейшей истории системы здравоохранения Казахстана [74]: 1992-1995 годы – постсоветская система здравоохранения; 1996-1998 годы – бюджетно-страховая модель здравоохранения; 1999-2003 годы – бюджетная модель на основе программного финансирования.

После распада СССР и обретения независимости в 1991 году Казахстан столкнулся с проблемой поддержания массивной и нерентабельной системы здравоохранения, ориентированной на оказание стационарной помощи. Как отмечают М.Кульжанов и А.Кацага, первые реформы здравоохранения носили непоследовательный и недостаточно продуманный характер, а недостаток подготовленных административно-управленческих кадров, частые изменения в организационной структуре системы здравоохранения препятствовали ходу реформ [75]. За последнее десятилетие Казахстан предпринял значительные усилия в реформировании системы здравоохранения. Были разработаны две программы комплексных реформ в здравоохранении: Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан». В рамках этих программ в Казахстане проведены основные реформы в финансировании здравоохранения, обеспечении медицинской помощью и управлении. В условиях реформирования повышаются требования к качеству и доступности медицинской помощи, внедряются эффективные методы управления, стандартизация процессов и процедур, в соответствии с международными требованиями.

С 2010 года внедряется Единая национальная система здравоохранения, реализуются основные принципы ЕНСЗ – свободный выбор врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, прозрачность оказания медицинской помощи и формирования ее стоимости, финансирование медицинских организаций по конечному результату в зависимости от объема, качества и результата оказанных медицинских услуг.

Право граждан Республики Казахстан на свободный выбор медицинской организации закреплено статьями 88 и 91 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится работа по реструктуризации сети больничных организаций. Основными

задачами реструктуризации является уменьшение необоснованной госпитализации и сокращение средней продолжительности пребывания больного в стационаре, развитие стационарозамещающей помощи населению, переход от монопрофильных больниц к многопрофильным, обеспечение автономии медицинским организациям и повышение ответственности за управление ресурсами. Данные мероприятия проводятся в соответствии с задачами вышеуказанных Государственных программ, Стратегическим планом Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2131 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан» [76]. Также проводится большая работа по совершенствованию системы оплаты за медицинские услуги, оптимального развития специализированных видов медицинской помощи и внедрению новых моделей финансирования в здравоохранении. Новые подходы к финансированию здравоохранения направлены на стимулирование повышения экономической самостоятельности поставщиков; рациональное использование средств медицинской организацией; стимулирование труда медицинских работников, повышение качества медицинских услуг.

В докладе об итогах реализации ЕНСЗ за первое полугодие 2013 года министр здравоохранения Республики Казахстан Салидат Каирбекова отметила, что с 2010 года сокращено более 10 тысяч и перепрофилировано более 12 тысяч коек, стационарозамещающие технологии выросли в 2,5 раза, средняя длительность пребывания больного в стационаре снизилась с 12 дней до 9 дней, оборот койки увеличился с 27 до 33, высокоспециализированная медицинская помощь в регионах выросла в 4 раза, свыше 800 тысяч граждан планово госпитализируются по своему выбору. За счет оптимизации коечного фонда и роста стационарозамещающих технологий высвобождены ресурсы из стационара, которые направлены на развитие высоких инновационных технологий. В результате снизилось число направлений на лечение за рубеж.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы одним из основных направлений определено совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи. В пункте 5.4.2. «Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения» предусмотрено: внедрение международных стандартов и принципов стратегического планирования, управления и бюджетирования; внедрение института менеджеров здравоохранения; разработка и внедрение ресурсосберегающих технологий управления; повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения; продолжение поэтапного перевода медицинских организаций в предприятия на праве хозяйственного ведения, в том числе поэтапное внедрение в организациях здравоохранения международных стандартов финансовой отчетности.

Большое внимание уделяется мотивации труда медицинских работников через внедрение дифференцированной оплаты. Дифференцированная оплата



труда медицинских работников производилась на основании приказа МЗ РК от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении правил оплаты труда медицинских работников». Приказом был определен порядок оплаты труда за счет сложившейся экономии (дополнительных выплат) посредством распределения между структурными подразделениями, медицинскими работниками и руководителями (заместителями руководителей) с медицинским образованием организаций здравоохранения на основе критериев оценки деятельности медицинских работников. Данный приказ утратил силу Приказом МЗ РК от 13 апреля 2012 года № 245 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения».

Дифференцированная оплата труда медицинских работников направлена на повышение качества оказываемой медицинской помощи и степени удовлетворенности пациентов, а также повышение заинтересованности медицинского персонала в конечном результате своего труда [77].

В государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения вводятся элементы корпоративного управления путем создания наблюдательных советов, как органа управления. Наблюдательный совет создается на основании Закона Республики Казахстан от 1 марта 2011 года «О государственном имуществе». Порядок создания наблюдательного совета, требования, предъявляемые к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также порядок конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий, утверждены постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 июня 2011 года «Об утверждении Правил создания наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий».

Таким образом, основными задачами эффективного менеджмента в здравоохранении являются: предоставление доступной и качественной медицинской помощи населению и рациональное использование ресурсов. Анализ проводимых реформ систем здравоохранения в мире показывает, что все они направлены на сокращение издержек на медицинские нужды и улучшение качества здравоохранения. За последнее десятилетие Казахстан предпринял значительные усилия в реформировании системы здравоохранения, что ведет к трансформации функций главного врача в управленческие и заставляет искать пути повышения квалификации в области менеджмента. От руководителей медицинских организаций требуется рационализация управления организацией и повышение внебюджетного финансирования, но при существующем положении, когда большинство медицинских организаций находятся на бюджетном финансировании и под прямым командно-административным управлением решение этих задач становится затруднительным.

### **1.3 Основные управленческие механизмы повышения эффективности деятельности медицинских организаций**

#### **1.3.1 Предоставление автономии и самостоятельности медицинским организациям как фактор повышения эффективности их деятельности**

Как показывает зарубежный опыт [78-79], результативность деятельности медицинской организации и эффективность использования ресурсов зависят не только от организации и финансирования системы здравоохранения, но и от степени экономической самостоятельности медицинских организаций.

Основным недостатком «бюджетной организации» является финансирование на основе сметы доходов и расходов, что значительно ограничивает хозяйственную самостоятельность организаций, препятствует внедрению новых экономических механизмов управления и рациональному использованию ресурсов [80-81].

Яркими примерами неэффективного использования ресурсов являются пустующие годами площади, неэффективное использование расходного материала, простаивающее дорогостоящее оборудование, незанятость коек, нерегулярное поступление бюджетных средств [82].

Кроме того, необходимость выделения бюджетных средств на содержание организаций, которые вполне приспособлены к существованию в рыночных условиях, лишает государство возможности повысить объемы финансирования для тех организаций, которые вынуждены существовать только за счет средств бюджета [83].

В целом, как отмечают специалисты, для бюджетных организаций характерно наличие дефицита средств, обусловленное рядом политических, экономических и правовых факторов; само по себе нахождение здравоохранения на бюджетном сметном финансировании является высокозатратным, и сколько бы средств ни было направлено на такое здравоохранение, все они будут освоены [84].

Чтобы рационально использовать материальные, финансовые и трудовые ресурсы, медицинская организация должна иметь возможность самостоятельно принимать оперативные хозяйственные решения, быть заинтересованной в более эффективном использовании своих ресурсов, получать доходы от своей деятельности. Кроме того, с расширением самостоятельности медицинские организации получают возможность привлечения дополнительных средств, помимо бюджетного финансирования, развития платных услуг, расширения спектра оказываемых медицинских услуг, улучшения их качества, развития стационарозамещающей медицинской помощи, что в итоге способствует развитию конкуренции между медицинскими организациями [85-86].

Ряд авторов считает, что в условиях острой нехватки финансовых средств предоставление платных медицинских услуг и использование различных форм коммерческой деятельности, допускаемых Уставом, позволит государственным предприятиям выжить [87-89].

Проведенный анализ литературы показал, что политика по расширению самостоятельности государственных медицинских организаций в распоряжении

финансовыми и материальными ресурсами и переход медицинских организаций в новые организационно-правовые формы широко используется в мировой практике [90-97].

В 1990-х годах политика многих европейских стран была направлена на повышение самостоятельности больниц и их предпринимательской активности [98-99]. Широкое распространение приобретают автономные больницы государственного сектора, когда правительство сохраняет право собственности на активы больницы, но предоставляет больнице некоторую управленческую самостоятельность. Примером такого реформирования являются самоуправляющиеся больничные трасты в Великобритании [100]. Они остаются в собственности государства, но при этом обладают значительной хозяйственной автономией: могут распоряжаться своим имуществом при соблюдении процедур, установленных государственными нормами, заключать договора со страховыми компаниями, принимать самостоятельные решения по установлению размера зарплаты и подбору персонала. Согласно английскому официальному изданию *Working for Patients* («Белая книга»), предоставление больницам большей самостоятельности и возможности конкурировать за привлечение больных способствуют повышению качества медицинских услуг и способствуют быстрому реагированию на нужды больных. Аналогичные реформы приняли в Швеции, Эстонии, Норвегии, Португалии, Испании, Италии. Реструктуризация государственных больниц в полунезависимые общественные фирмы, обладающие полуавтономной структурой управления, способствовала разделению функций между покупателями (страховыми компаниями, органами управления здравоохранения) и поставщиками медицинских услуг, развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг и улучшению качества медицинских услуг [101-102].

В таких странах, как Новая Зеландия, Израиль, Сингапур, использовался метод корпоративизации государственных медицинских организаций (преобразование медицинской организации в независимое юридическое лицо – корпорацию), что дало свободу в принятии текущих хозяйственных решений и повысило конкурентоспособность [103-104].

В России с 2006 года осуществляется процесс перехода государственных (муниципальных) медицинских учреждений в автономные некоммерческие организации. По данным некоторых авторов [105-106] наблюдаются положительные тенденции в деятельности медицинских организаций, перешедших в новые организационно-правовые формы, однако широкого распространения данный процесс пока не получил. Так по данным исследования Замахаева С.А. [107] после перехода медицинского учреждения в новую организационно-правовую форму через три года были достигнуты следующие результаты: число пролеченных случаев за счет бюджета увеличилось на 33,7%, за счет внебюджетных источников – на 55,4%, сократилось число так называемых «тематических» больных с 30,8% до 7,4%, снизилась продолжительность стационарного лечения, число пролеченных больных увеличилось, за счет внебюджетного финансирования (платные

услуги) проведено существенное обновление лечебно-диагностического оборудования, балансовая стоимость основных средств организации увеличилась в 2,4 раза, доходы выросли более чем в три раза, положительно оценили качество работы организации 75,9% пациентов. Кроме того, с повышением самостоятельности в финансово-хозяйственной деятельности медицинская организация получает возможность материально стимулировать деятельность медицинского персонала.

В то же время проведенный опрос организаторов здравоохранения в России [108-109] показал, что они не готовы были дать однозначные оценки относительно изменения организационно-правовой формы на «автономное учреждение», большинство руководителей медицинских организаций не имеют достаточно четкого представления о преимуществах и недостатках автономного статуса. Из возможных преимуществ респонденты отметили: свободу и независимость в решении хозяйственных вопросов, возможность самостоятельно распоряжаться средствами, привлекать инвестиции, формировать штатное расписание, создавать на базе государственных медицинских учреждений коммерческие специализированные центры. 50,6% организаторов здравоохранения высказались за сохранение формы учреждения, 64,4% считают, что учреждение здравоохранения, в котором они работают, не готово к переходу на автономию.

Ряд авторов считает, что предоставление самостоятельности и автономии медицинским организациям будет эффективным при сильном менеджменте и подготовленных руководителях [110].

Необходимы определенные условия для успешной реализации подобных реформ, особенно в развивающихся странах – достаточное финансирование и оснащение медицинских организаций, обеспеченность необходимыми кадрами, востребованность на рынке медицинских услуг, подготовленные руководители и экономисты медицинских организаций [111].

Важным элементом успешного реформирования является совершенствование нормативно-правовой базы [112]. Некоторые авторы предполагают рост социальной напряженности в обществе из-за опасений скрытой приватизации государственных медицинских организаций [113] и отводят большую роль государственному регулированию в секторе здравоохранения и порядочности первых руководителей медицинских организаций.

Существенные проблемы для развивающихся стран представляют недостаточный опыт по реализации рыночных реформ и отсутствие условий для успешной реализации этих реформ, поэтому следует тщательно изучать опыт развитых стран и проводить оценку внедрения каждого элемента реформы в своих странах [114].

Придание большей самостоятельности медицинским организациям и развитие конкуренции в системе здравоохранения стало важным шагом в реформировании отечественной системы здравоохранения, что отражено в целом ряде программных документов. Как отмечено в Государственной

программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения направлен на совершенствование системы управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций и решение вопросов кадрового обеспечения.

Основы правового регулирования деятельности государственных предприятий на праве хозяйственного ведения содержатся в Гражданском кодексе Республики Казахстан и в Законе Республики Казахстан «О государственном имуществе» от 1 марта 2011 года № 413-IV. В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438, в пункте 5.3.3. (Развитие конкуренции в системе здравоохранения) отмечено, что для реализации условий конкуренции необходимо усилить самостоятельность в принятии управленческих решений путем предоставления возможности изменения статуса государственных организаций и реорганизации их в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения, товарищества с ограниченной ответственностью, акционерные общества.

Указом Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года N 310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года» утверждена Программа Правительства Республики Казахстан на 2007-2009 годы, где предусмотрен пункт 133. - Повышение самостоятельности организаций здравоохранения путем поэтапного придания им статуса государственных предприятий на праве хозяйственного ведения и иных организационно-правовых форм; пункт 136. - Разработка механизмов дифференцированной оплаты труда медицинских работников по конечным результатам труда.

Приказом МЗ РК №287 от 20 мая 2008 года утверждена «Методика преобразования государственных организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения».

В настоящее время в стране существуют следующие виды медицинских организаций, различающиеся по степени самостоятельности: государственные учреждения, государственные казенные предприятия, государственные предприятия на праве хозяйственного ведения, акционерные общества, товарищества с ограниченной ответственностью. Аканов А.А. с соавторами [115] приводят данные по количеству медицинских организаций Республики Казахстан разных организационно-правовых форм на начало 2008 года: государственные предприятия (1207) составили 48,3%, государственные учреждения (1273) – 50,9%, государственные предприятия на праве хозяйственного ведения (19) – лишь 0,7% в структуре всех медицинских организаций (2501). По состоянию на 1 апреля 2013 года в республике 432 медицинские организации перешли в статус государственного предприятия на

праве хозяйственного ведения [116]. Авторы [117] приводят сравнительный анализ трех форм управления медицинскими организациями, представленный в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительные анализ медицинских организаций с различными формами управления

| Основные положения  | Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения   | Оперативное управление  |  |
|---|---|---|--|
|   |   | Казенное предприятие  | Государственное учреждение   |
| Наличие уставного резервного капитала                                 | Не менее 10 000 МРП (резервный капитал – не менее 10% от размера уставного)                             | Не предусмотрен   | Не предусмотрен  |
| Сдача в аренду зданий и основных средств                              | На срок до 3 лет – без согласия уполномоченного органа  | Не допускается без согласия уполномоченного органа  | Не допускается   |
| Самостоятельное отчуждение имущества                                  | Допускается, кроме основных средств   | Допускается с письменного согласия  | Не допускается   |
| Установление цен на производимые товары и услуги                      | Самостоятельно, кроме госзаказа   | Орган государственного управления   | Не предусмотрено   |
| Норматив отчисления части чистого дохода                              | Устанавливается ежегодно (по согласованию с финансовым органом)   | Не предусмотрено  | Не предусмотрено   |
| Форма оплаты труда, штатное расписание, размеры окладов, премирование | Самостоятельно, в пределах фонда оплаты труда (кроме руководителя и главного бухгалтера)                | Устанавливается Правительством Республики Казахстан   | Устанавливается Правительством Республики Казахстан  |
| Ответственность учредителя по долгам юридического лица                | Ответственность полностью возлагается на предприятие, кроме случаев банкротства, вызванного учредителем | Субсидиарная - Правительства или местного исполнительного органа (при недостатке денег у предприятия) | Ответственность учредителя по обязательствам государственного учреждения (при недостатке денег у последнего) |

Как видно из приведенных данных, при различных формах управления существуют различные степени самостоятельности, различные возможности в оплате труда работников и различная ответственность перед учредителем и финансовыми органами.

Таким образом, анализ литературы показал, что в мире на протяжении длительного времени идет поиск наиболее эффективных организационно-правовых форм медицинских организаций. Результативность деятельности медицинской организации и эффективность использования ресурсов зависят не только от организации и финансирования системы здравоохранения, но и от степени экономической самостоятельности медицинских организаций. Финансирование на основе сметы доходов и расходов значительно ограничивает хозяйственную самостоятельность организаций, препятствует внедрению новых экономических механизмов управления и рациональному использованию ресурсов. Казенные предприятия, находясь в более «благоприятных» экономических условиях, чем государственные учреждения, ограничены в самостоятельном определении численности штатов и размеров оплаты труда, которые устанавливаются органом государственного управления, что также ограничивает применение экономических механизмов стимулирования за выполненный объем и качество услуг. Большинство авторов признается, что в условиях, когда организации здравоохранения приобретают статус самостоятельного хозяйствующего субъекта, роль главного врача как менеджера особенно велика. Предоставление большей автономии и самостоятельности требуют повышение ответственности и специальной подготовки от руководителей. Это касается принятия самостоятельных решений в эффективном расходовании средств, управления персоналом, политики в оказании платных услуг. Главному врачу необходимы специальные знания и навыки, чтобы управлять лечебным, финансовым и хозяйственным процессом.

### **1.3.2 Внедрение института менеджеров как фактор совершенствования управления в системе здравоохранения**

Повышение интереса к управлению здравоохранением в последние годы в Казахстане обусловлено следующими общественно-политическими и социально-экономическими факторами: переход к рыночным отношениям, рост конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, повышение требований к качеству медицинской помощи, развитие медицинских и организационных технологий, рост мощности учреждений здравоохранения и выход на мировой рынок. Успех управленческой деятельности в здравоохранении во многом определяется уровнем подготовки руководителей всех уровней по основным разделам менеджмента, их способностью использовать научно-обоснованные подходы к решению проблем организации. В современных условиях менеджеры здравоохранения играют важную роль в обеспечении эффективной, качественной и рациональной медицинской помощи [118].

Советская система здравоохранения жестко регулировалась иерархической структурой управления от республиканского уровня до уровня областных и городских администраций, которым в свою очередь подчинялись органы здравоохранения районного уровня, имела централизованное планирование ресурсов и материально-техническое снабжение [119]. Такая система предполагала ограниченные полномочия для управленцев и не требовала от них владения широким спектром управленческих навыков. Все решения принимались в центральных органах управления, в том числе решения, касающиеся организации и объема медицинской помощи, распределения ресурсов, кадровой политики, оплаты труда, закупок товаров, оборудования и технологий [120].

В условиях реформирования системы здравоохранения роль и место менеджера значительно меняется. Как отметил ответственный секретарь Министерства здравоохранения Мусинов С.Р., в настоящее время решается задача по совершенствованию системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, включающая внедрение международных стандартов и принципов стратегического планирования, управления и бюджетирования, в т.ч. внедрение института профессиональных менеджеров, разработку и внедрение ресурсосберегающих технологий управления, повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения, в т.ч. повышение автономности и самостоятельности организаций здравоохранения, совершенствование системы управления персоналом в организациях здравоохранения [121].

Сегодня руководителями организаций здравоохранения в Казахстане являются в основном специалисты с высшим медицинским образованием, обычно по клиническим специальностям, и прошедшие 10-месячный курс обучения менеджменту здравоохранения. Хотя у некоторых главных врачей есть второе высшее образование (экономическое и/или юридическое), уровень имеющихся знаний и навыков не отвечает современным требованиям к профессиональным менеджерам [122].

Министерство здравоохранения обеспечило правовую основу для осуществления управления здравоохранением. Специальность «Менеджмент здравоохранения» признана отдельной специальностью и утверждена законодательно [123].

В настоящее время система подготовки специалистов в области управления здравоохранением в Республике Казахстан складывается из додипломной подготовки (бакалавриата), постдипломного обучения (магистратура и PhD-докторантура - по профильному и научно-педагогическому направлению) и дополнительного (или непрерывного) профессионального образования по специальности «Менеджмент в здравоохранении» (в виде курсов повышения квалификации и переподготовки) [124]. Такой подход поддерживается и развивается через систему утвержденных Государственных общеобязательных стандартов образования РК по специальности «Общественное здравоохранение» на уровне бакалавриата,



магистратуры, PhD-докторантуры, а также систему Государственных стандартов дополнительного образования по специальностям «Общественное здравоохранение» и «Менеджмент здравоохранения».

Подготовку специалистов в области менеджмента здравоохранения осуществляют шесть медицинских вузов РК, Высшая школа общественного здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. [125-126]. Студенты бакалавриата изучают основы избранных дисциплин в области менеджмента здравоохранения, основной объем дисциплин общего и специального менеджмента изучается на уровне последиplomного образования. Обучение на уровне дополнительного образования проводится в формате 1-, 2-, 4-недельных или десятимесячных курсов, необходимых для получения (подтверждения) квалификационной категории, сертификата (аттестации).

Министерством здравоохранения Республики Казахстан в рамках утвержденного Проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан Компонента А.2.1 «Установление двустороннего сотрудничества для укрепления организационного потенциала системы здравоохранения» планируется создание постоянной, устойчивой и эффективной системы обучения менеджеров в сфере здравоохранения на всех уровнях, с учетом международного опыта и специфических особенностей Республики Казахстан. С этой целью создан Центр менеджмента здравоохранения на базе Республиканского центра развития здравоохранения и его филиалы в медицинских университетах (Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова, Карагандинский государственный медицинский университет, Государственный медицинский университет г.Семей, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия). Центр менеджмента выполняет роль координирующего, образовательного центра в области современного менеджмента.

Согласно проведенной оценке потребностей в обучении [127], потребность в современных знаниях, умениях и навыках по основным разделам менеджмента оценивается руководителями здравоохранения достаточно высоко, 6,7 – 6,8 балла по 7-бальной оценке, а уровень владения этими знаниями, умениями и навыками они оценивают на 3,6 – 3,7 балла. По мнению опрошенных наибольшая потребность существует в обучении по следующим разделам менеджмента: планирование и оценка, управление качеством, управление человеческими ресурсами, тайм-менеджмент. EPOS рекомендовано обучение по развитию компетенций менеджеров, которое должно включать следующие области: закон и этика здравоохранения; стратегия и политика здравоохранения; управление предоставлением услуг; управление людьми и собой; экономика здравоохранения и управление финансами; управление информацией и статистикой здравоохранения.

По мнению Евенко Л.И. в сфере бизнес-образования выделяются две базовые модели: европейская (традиционная) и американская [128].

Первая, традиционная, основана на идее подготовки квалифицированного руководителя. В рамках этой модели на базе высшего профессионального образования, дающего базовые знания и специальность, проводится повышение квалификации по вопросам управления, которое дает слушателям специальные знания и умения для конкретной работы в области управления и хозяйственной деятельности. Эту модель используют Германия, Австрия, Бельгия, Финляндия, частично Япония, Франция, Россия, Казахстан.

Вторая модель, американская, основана на формировании так называемого профессионального менеджера. Она предполагает получение высшего профессионального образования в области менеджмента на базе уже имеющегося диплома об общем высшем образовании в объеме бакалавриата по любой специальности. Однако в американской модели, прежде чем получить законченное высшее профессиональное образование в области менеджмента, человек должен накопить некоторый опыт практической работы. Эту модель используют США, Великобритания, Дания, Норвегия, Кипр.

В американскую систему подготовки и повышения квалификации персонала входят четыре вида организаций – школы управления (школы бизнеса); факультеты и отделения в высших учебных заведениях; профессиональные общества; консультативные фирмы. В настоящее время насчитывается свыше трехсот школ бизнеса, школ администрации и экономики, школ промышленного управления, в которых используется двух- и четырехгодичное обучение, имеются докторантура и краткосрочные курсы усовершенствования [129-130]. С 1921 года выпускникам школы управления присваивается степень MBA (Master of Business Administration; магистра делового администрирования) – высший и общепризнанный в мире уровень менеджерской квалификации. США – первая страна, в которой началось обучение руководителей в системе высшего образования. Первые факультеты по управлению при вузах появились здесь в конце XIX века. В настоящее время имеется несколько сот факультетов и отделений делового администрирования и коммерции, десятки отделений по управлению предприятием при технических факультетах, которые выпускают дипломированных специалистов по развитию производства и труда. Здесь также используются двух- и четырехгодичное обучение, а также докторантура, в рамках которой ведется подготовка научных работников и преподавателей по дисциплинам, связанным с управлением [131].

В начале 70-х годов XX века получили распространение курсы усовершенствования при школах управления и университетах. Наиболее востребованными считаются учебные программы, рассчитанные на 2, 4 и 6 недель обучения с отрывом от производства. Курсы большей продолжительности имеются при крупных университетах, располагающих высококвалифицированными преподавателями и необходимой технической базой. К таким университетам относятся Стенфордский, Гарвардский, Карнеги, Питсбургский и другие. Главная цель этих курсов – знакомство слушателей с новейшими достижениями теории и практики управления, а также создание условий для обсуждения слушателями собственных проблем.

Повышением квалификации персонала также занимаются профессиональные общества и консультативные фирмы, такие как Американская ассоциация менеджмента (American Management Association), Ассоциация развития менеджмента (Society for Advancement of Management), Американская ассоциация подготовки и совершенствования персонала (American Society for Training and Development). В самих американских компаниях используются два вида повышения квалификации персонала – в рамках данной компании (на рабочем месте) и за пределами компании (вне рабочего места).

Согласно проведенному анализу казахстанской практики, Киричок О.В. [132] делает вывод о том, что отечественная базовая модель бизнес-образования сегодня развивается на основе «смешанной» модели подготовки управленческих кадров, как и многие европейские страны, т.е. совмещает традиционную и американскую модели. К основным отличительным чертам казахстанской модели бизнес-образования автор относит высокую степень концентрации бизнес-школ в крупных мегаполисах; дефицит высококвалифицированных преподавательских кадров, имеющих практический опыт сотрудничества с реальным бизнесом; ограниченные финансовые возможности бизнес-школ.

Согласно приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» руководитель организации здравоохранения должен иметь 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») и стаж работы на руководящих должностях в органах государственного управления здравоохранением или в организациях здравоохранения не менее 5 лет; или высшее экономическое образование с наличием магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения») и стаж работы на руководящих должностях в органах государственного управления здравоохранением или в организациях здравоохранения не менее 5 лет. После принятия изменений в приказ согласно Приказу министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2012 года №588 «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» руководитель организации здравоохранения должен иметь только высшее медицинское образование.

Анализ литературы показал, что качественных публикаций, в которых проводится анализ подготовки менеджеров здравоохранения и эффективности управления, недостаточно. Так, согласно систематическому обзору [133], из 4576 статей, которые были получены с использованием баз Кокрановского

центрального регистра контролируемых испытаний (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE и Всемирного банка, в систематический обзор были включены только 67 статей, отвечающих критериям отбора, и только в 2-х статьях были представлены статистически значимые результаты. Согласно этим исследованиям, в трех странах Латинской Америки (Мексика, Колумбия и Сальвадор) менеджеры здравоохранения, которые не прошли специальную подготовку, допускали от 2,4 до 8,3 раз больше недостатков в управлении, чем менеджеры, прошедшие учебные курсы. По данным исследования, проведенного в Иране (Тебриз) [134], более 80% менеджеров здравоохранения, прошедших семь краткосрочных курсов по вопросам современного управления, отметили, что улучшили свою работу, используя полученные знания и навыки. В данном исследовании была проведена оценка эффективности обучения с использованием модели Киркпатрика.

Таким образом, процесс подготовки менеджеров в сфере здравоохранения является одним из важнейших этапов в реформировании системы здравоохранения в Казахстане. Для этого имеются все ступени обучающей траектории, соответствующие международным требованиям, охватывающие как базовую подготовку, так и последующее непрерывное профессиональное обучение. В настоящее время в мире на рынке медицинских услуг сложились две основные модели управления. При первой все руководство медицинской организацией осуществляет генеральный директор, не имеющий высшего профессионального медицинского образования, в его подчинении находится главный врач, отвечающий за медицинскую часть организации. При второй управленческой модели руководство медицинской организацией осуществляет главный врач, являющийся профессиональным медиком. В Казахстане, согласно Приказу министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2012 года №588 «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» руководитель организации здравоохранения должен иметь только высшее медицинское образование. В той связи растет потребность в обучении главных врачей современному менеджменту, создании национальной системы подготовки управленческих кадров и оценки эффективности внедрения института профессиональных менеджеров.

### **1.3.3 Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи как показатель процесса управления медицинскими организациями**

В настоящее время общепризнано, что реформы здравоохранения должны быть направлены на повышение качества и эффективности медицинской деятельности. В этой связи растет признание необходимости учета мнений граждан [135-136].

Как показывают многочисленные исследования по изучению удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, основные

причины неудовлетворенности пациентов связаны не с профессиональными знаниями медицинских работников, а с процессом организации медицинской помощи (длительное ожидание, неудобное расписание работы организации и специалистов, дефицит кадров, невнимательность персонала, отсутствие доступа к новым технологиям) и требуют совершенствования системы управления [137-142].

По определению Всемирной организации здравоохранения удовлетворенность населения медицинской помощью является одним из четырех компонентов обеспечения ее качества [143]: высокая степень профессионализма; эффективное использование ресурсов; минимальный риск для пациента; удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Результаты социологических исследований по изучению мнений об удовлетворенности качеством медицинских услуг могут быть использованы как индикатор в процессе постоянного совершенствования качества [144-146].

Удовлетворенность населения медицинской помощью зависит от ряда субъективных и объективных факторов. Как указывают некоторые авторы [147-148], ожидания пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы возрастают пропорционально повышению уровня технического оснащения и профессиональной подготовки персонала, развития медицинской науки, распространенности информационных технологий и эффективности организационных решений. В развитых странах, вкладывающих значительные финансовые ресурсы в здравоохранение и непрерывно совершенствующих организацию медицинской помощи, число недовольных пациентов постоянно растет, что влечет за собой увеличение количества жалоб на некачественное обслуживание и непрофессиональные действия медицинских работников.

Способы сбора информации об удовлетворенности пациентов, согласно методике ВОЗ, в разных странах различаются (по телефону, через почтовый ящик, через Интернет, во время пребывания пациентов в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях, при профилактических осмотрах и т. д.), т.е. проводятся социологические опросы и мониторинг жалоб пациентов.

По данным специалистов [149] более всего опрошенные ценят время обслуживания; уважение человеческого достоинства; право на неприкосновенность сугубо личной информации; надлежащие условия оказания медицинской помощи. По некоторым оценкам [150-153] ожидание пациентов было самым сильным фактором, влияющим на удовлетворенность пациентов.

По данным исследований, проведенных в России [154], около 75% пациентов поликлиник недовольны длительностью ожидания приема врача, около 60 % пациентов стационаров недовольны деятельностью работы приемного покоя [155], только 28% удовлетворены своевременностью выполнения назначений врача и около 10% довольны регулярностью осмотров лечащим врачом.

В целом удовлетворенность российских пациентов качеством амбулаторных и стационарных услуг невелика. Анализ данных массовых социологических опросов населения показал, что удовлетворенность населения амбулаторным лечением составила 50,9 % [156], стационарным обслуживанием – от 57,7 % [157] до 70,3% [158]. Важным результатом этих исследований стало привлечение внимания к недостаткам в организации работы организаций здравоохранения.

Важность изучения удовлетворенности пациентов подчеркивается многими специалистами [159-163].

Проведение массовых социологических опросов пациентов американских больниц способствовало достижению эффективных результатов в области качества предоставления медицинской помощи: 89% пациентов довольны физическим комфортом, 78% – уважительным отношением медицинского персонала, 74% – эмоциональной поддержкой, 72% – организацией лечения; 71% – достаточностью медицинской информации о заболевании [164].

Заслуживают внимания данные российских авторов [165], представивших результаты исследования в Сахалинской областной больнице, где за период с 2008 по 2011 год регулярно проводилось анкетирование пациентов с последующим анализом и принятием мер, при этом доля удовлетворенных амбулаторно-поликлинической медицинской помощью увеличилась с 63,9±4,9% до 80,2±2,1%, стационарной помощью – с 80,1±1,9% до 91,1±0,8%. Основные причины неудовлетворенности пациентов были следующие: очередь в регистратуру, на запись к специалисту, длительность ожидания приема врача.

По данным других исследований [166] недовольство пациентов качеством медицинской помощи в основном связано с низкой эмоциональной поддержкой медицинского персонала, ограничением доступа родственников пациента к лечебным и диагностическим процедурам, недостаточным пониманием сообщаемой медицинской информации [167].

Также недовольство в организации медицинской помощи вызывают отсутствие преемственности между амбулаторным и стационарным этапами медицинской помощи, несвоевременность оказания первичной медикосанитарной помощи, ограничение доступа к высокотехнологичным видам медицинской помощи [168-169].

Выявлена связь между удовлетворенностью пациентов качеством медицинской помощи и уровнем их образования [170], а также самооценкой пациентами своего здоровья: лица с высшим образованием, а также лица с низкой самооценкой здоровья наименее удовлетворены медицинским обслуживанием [171].

Другие авторы [172-173] пришли к выводу, что помимо социально-демографических характеристик на уровень удовлетворенности влияют такие факторы, как длительность госпитализации и опыт предыдущих госпитализаций.

В тоже время ряд специалистов [174] призывают к более строгой оценке мнений пациентов и результатов исследований их удовлетворенности при

решении таких вопросов, как компенсации врачам, сохранение рабочих мест или продвижение по службе. Как считают некоторые авторы, субъективность оценки качества медицинской помощи пациентами затрудняет сделать правильные выводы. Например, вопросы, касающиеся оценки профессионализма медицинских работников, требуют специальных знаний от пациента, поэтому пациенты не могут дать объективной оценки профессиональной деятельности медицинских работников [175]. Субъективность в оценке складывается под воздействием личных представлений, предпочтений и ожиданий пациентов [176].

Есть данные, свидетельствующие об отличиях в ответах пациентов в зависимости от ситуации. Так, например, если анкетирующей стороной является организация здравоохранения, замечаний со стороны пациентов меньше, а если в качестве сборщика информации выступает общественная организация или кто-либо, не относящийся к медицине, нарекания и жалобы встречаются чаще [177-178].

Как и в других странах, в Республике Казахстан повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи. Такими нормативными документами, как Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, определено, что оценка удовлетворенности и доступности медицинской помощи населению является одним из показателей эффективности управления деятельностью лечебно-профилактического учреждения.

Согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения РК №468 от 22.07.2011 года «Об утверждении методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи», в Казахстане проводится мониторинг удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. В целом, по имеющимся данным, население демонстрирует достаточную степень удовлетворенности качеством медицинской помощи [179].

По данным исследования Алматинского городского филиала Республиканского Центра развития здравоохранения в 4-ом квартале 2013 года 85% пациентов поликлиник и 82% пациентов стационаров города Алматы были удовлетворены оказанной медицинской помощью. Качество медицинской помощи оценили на 5 баллов (по 5-ти бальной системе) 68% пациентов поликлиник и 73% пациентов стационаров.

К сожалению, регулярной систематизированной работы по изучению поведения потребителей и их удовлетворенности медицинскими услугами на основе международных критериев и стандартов в Казахстане не проводится. Особого внимания требует вопросы, касающиеся влияния изменения организационных структур и финансовых механизмов в здравоохранении на поведение потребителей медицинских услуг, их взаимодействие с системой

здравоохранения и получаемые в результате такого взаимодействия социальные и медицинские эффекты.

В целом, повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи является одной из важных задач медицинской организации. Изучение мнения пациентов может служить одним из критериев в комплексной оценке деятельности медицинской организации, результаты подобных исследований позволяют выявить факторы, снижающие удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, что позволяет своевременно принимать корректирующие меры и служит объективным основанием при принятии решений руководством. Результаты социологического опроса пациентов позволяют руководству медицинских организаций совершенствовать организационно-управленческие технологии в повышении качества оказываемых медицинских услуг, а также могут быть использованы при разработке стратегии развития медицинской организации, сравнении деятельности отдельных медицинских организаций, отделений, медицинских работников.

Таким образом, формирование науки управления и эволюция менеджмента позволяют достичь высокой производительности труда. На современном этапе необходимость менеджмента признана во всех сферах деятельности человека, необходимыми условиями эффективной деятельности любой организации является грамотное управление. В этой связи повышение эффективности здравоохранения и качества предоставляемой медицинской помощи становится одной из приоритетных задач современной науки управления системой здравоохранения, другой, не менее важной задачей является снижение затрат. В условиях реформирования системы здравоохранения и развития рынка медицинских услуг ключевыми составляющими в совершенствовании менеджмента должны стать хозяйственно-финансовая самостоятельность организаций здравоохранения, социально-экономическая и юридическая ответственность медицинских организаций за результаты своей деятельности, подготовка руководящих кадров в области современного менеджмента и маркетинга, рациональное использование финансовых и материальных ресурсов, повышение качества оказания медицинских услуг и обеспечение их доступности. В настоящее время актуальными остаются исследования в этой области и разработка предложений по совершенствованию механизмов управления.



## 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения цели и решения поставленных задач была разработана программа исследования (таблица 3).

Таблица 3 – Программа исследования

| Задачи исследования   | Объекты и объем исследования   | Методы                          | Результаты исследования  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Первый этап</b>  |  |                                 |  |
| Изучить международный опыт внедрения института менеджеров здравоохранения, нормативно-законодательную базу по подготовке менеджеров здравоохранения и ситуацию по внедрению института менеджеров здравоохранения в Казахстане | Литературные источники (117 публикаций отечественных и стран СНГ и 73 зарубежных источников), нормативно-законодательная база (12 приказов МЗ РК; 8 Указов и Постановлений Правительства РК) | Библиографический               | Были изучены зарубежный и отечественный опыт развития менеджмента в здравоохранении; подходы к подготовке менеджеров и ситуация по внедрению института менеджеров здравоохранения в Казахстане |
| <b>Второй этап</b>  |  |                                 |  |
| Провести анализ процесса подготовки компетентных специалистов - менеджеров по вопросам политики управления здравоохранением, управления ресурсами МО, повышения эффективности затрат и профессиональных умений по             | Главные врачи, заместители главных врачей, экономисты и главные бухгалтеры медицинских организаций (734 специалиста-менеджера)   | Социологический, статистический | Проведена оценка процесса подготовки специалистов – менеджеров медицинских организаций   |

Продолжение таблицы 3

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| реорганизации казенных предприятий здравоохранения и государственных организаций здравоохранения в ГП на ПХВ  |  |                                 |  |
| Проанализировать процесс совершенствования менеджмента медицинских организаций и оценить его результативность на примере медицинских организаций, осуществляющих переход на ПХВ | Проекты медицинских организаций по переходу на ПХВ (170 стационаров и 87 организаций ПМСП) | Аналитический, математический   | Дана оценка процесса реформирования менеджмента медицинских организаций, установлены основные факторы, влияющие на совершенствование менеджмента медицинских организаций |
| Третий этап   |  |                                 |  |
| Проанализировать удовлетворенность населения качеством медицинской помощи   | Население города Алматы (1199 человек)   | Социологический, статистический | Дана оценка удовлетворенности населения качеством медицинской помощи   |
| Четвертый этап  |  |                                 |  |
| Разработать рекомендации по повышению эффективности подготовки компетентных специалистов – менеджеров здравоохранения   | Технологии обучения менеджеров   | Аналитический                   | Рекомендации для практического здравоохранения   |

На первом этапе исследования были изучены мировой и отечественный опыт менеджмента в системе здравоохранения, основные тенденции в управлении медицинскими организациями и процесс подготовки менеджеров

здравоохранения. В рамках литературного обзора проведен углубленный анализ 117 отечественных публикаций и публикаций стран СНГ и 73 зарубежных источников по следующим вопросам: развитие менеджмента как науки, зарубежный и отечественный опыт совершенствования менеджмента здравоохранения, основные управленческие механизмы повышения эффективности деятельности медицинских организаций, такие как предоставление автономии и самостоятельности медицинским организациям, подготовка менеджеров здравоохранения, повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. В подготовке литературного обзора были использованы систематические обзоры Кокрановской библиотеки, базы данных MEDLINE, PubMed, EMBASE, Russia Longitudinal Monitoring Survey (RLMS), также была изучена нормативно-законодательная база Республики Казахстан по вопросам совершенствования менеджмента здравоохранения.

На втором этапе проведено социологическое исследование по изучению процесса обучения менеджеров здравоохранения Казахстана по теме: «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения». Распределение специалистов-менеджеров для прохождения обучения по организациям медицинского образования в 2011 году приведено в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение специалистов-менеджеров по организациям медицинского образования для прохождения обучения на курсах повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения»

| Наименование организации медицинского образования | Количество обучаемых менеджеров в 2011 году |                  |             |
|---|---|------------------|-------------|
|   | Больничные организации                      | Организации ПМСП | Итого       |
| КазНМУ  | 435   | 348              | 783 (48,4%) |
| ВШОЗ  | 81  | 180              | 261 (16,1%) |
| РЦРЗ  | 258   | 216              | 474 (29,3%) |
| ЗКГМУ   | -   | 100              | 100 (6,2%)  |
| Итого   | 774   | 844              | 1618 (100%) |

Как видно из таблицы 4, в 2011 году в КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова прошли обучение 48,4% всех менеджеров здравоохранения страны. Нами был изучен процесс подготовки менеджеров на базе КазНМУ. В группу менеджеров (руководителей) медицинских организаций были включены главные врачи, заместители главных врачей, главные бухгалтеры и экономисты. Распределение

медицинских организаций, менеджеры которых проходили обучение на базе КазНМУ, по областям, типам и уровням представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение медицинских организаций, менеджеры которых проходили обучение на базе КазНМУ, по областям, типам и уровням

| Количество медицинских организаций, менеджеры которых прошли обучение | Итого | Астана | Алматы | Атырауская область | Мангыстауская область | Актюбинская область | Костанайская область | Кызылординская область | Жамбылская область | Алматинская область | ВКО | СКО | ЗКО | ЮКО |
|---|-------|--------|--------|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------------|--------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| Стационары  | 170   | 1      | 25     | 13                 | 13                    | 12                  | 14                   | 9                      | 5                  | 6                   | 14  | 3   | 20  | 35  |
| районные больницы   | 84    | -      | -      | 6                  | 5                     | 9                   | 8                    | 4                      | 5                  | 4                   | 13  | 3   | 12  | 15  |
| городские больницы  | 36    | 1      | 12     | 2                  | 3                     | 1                   | 4                    | 2                      | -                  | -                   | 1   | -   | 1   | 9   |
| областные больницы  | 37    | -      | -      | 5                  | 5                     | 2                   | 2                    | 3                      | -                  | 2                   | -   | -   | 7   | 11  |
| республиканские больницы  | 13    | -      | 13     | -                  | -                     | -                   | -                    | -                      | -                  | -                   | -   | -   | -   | -   |
| Организации ПМСП  | 87    | -      | 30     | -                  | -                     | -                   | -                    | 11                     | -                  | 8                   | -   | -   | -   | 38  |
| районные поликлиники  | 36    | -      | -      | -                  | -                     | -                   | -                    | 6                      | -                  | 5                   | -   | -   | -   | 25  |
| городские поликлиники   | 51    | -      | 30     | -                  | -                     | -                   | -                    | 5                      | -                  | 3                   | -   | -   | -   | 13  |

Дизайн исследования процесса обучения – описательное поперечное исследование, проведенное сплошным методом. Социологический опрос менеджеров здравоохранения включал анкетирование и интервьюирование.

Были разработаны инструменты исследования: тест для оценки уровня знаний, анкеты для оценки обучающего курса, анкета обратной связи.

В качественном поперечном исследовании приняли участие 734 участника обучающих курсов. Изучались поло-возрастная характеристика менеджеров здравоохранения, их стаж работы в должности руководителя, профессиональная подготовка, дополнительное образование, уровень знаний по вопросам менеджмента до и после обучения, была проведена оценка эффективности обучающих курсов, оценка преподавателей, анализировались разработанные руководителями медицинских организаций проекты по совершенствованию менеджмента. Для оценки эффективности обучения нами была использована модель Дональда Киркпатрика. Данная модель была рекомендована консалтинговой компании EPOS Health Management [180].

Кроме того, существующие другие модели оценки эффективности обучения (Приложение Б) в той или иной степени являются производными от модели Киркпатрика или используют ее элементы, таким образом, модель Дональда Киркпатрика для оценки эффективности обучения является классической и широко используется в мире [181-184]. Модель Дональда Киркпатрика предусматривает проведение оценки образовательных программ на четырех уровнях [185-189], представленных в таблице 6.

Таблица 6 – Уровни оценки эффективности обучения по модели Д.Киркпатрика

| Уровни                     | Что оценивается  | Ключевые вопросы  | Использовали в качестве инструментов для оценки  |
|----------------------------|--|---|--|
| Уровень 1:<br>«Реакция»    | Как участники реагируют на обучение  | Понравился ли участникам процесс обучения?<br>Как участники будут использовать новые знания и навыки? | Анкета участника для оценки преподавателей.<br>Анкета участника для оценки обучающего курса.                                     |
| Уровень 2:<br>«Обучение»   | Насколько участники усвоили знания, навыки и сформировали необходимое отношение по завершении обучения | Какие знания, навыки и установки изменились после обучения?<br>Насколько значительны эти изменения?   | Тест для определения уровня знаний по вопросам менеджмента.<br>Проект медицинской организации «SWOT -анализ по переходу на ПХВ». |
| Уровень 3:<br>«Поведение»  | Как участники применяют на рабочем месте то, что они узнали во время обучения                          | Изменили ли участники свое поведение на рабочем месте после обучения?                                 | Анкета обратной связи.   |
| Уровень 4:<br>«Результаты» | В какой степени по итогам обучения достигнуты намеченные результаты                                    | Оказывают ли изменения в поведении участников положительное влияние на организацию?                   | Интервьюирование по телефону для изучения процесса перехода медицинской организации на ПХВ и внедрению ДО труда.                 |

Согласно модели Киркпатрика, на первом уровне определялась реакция участников на обучение. По мнению автора, изучение реакции важный компонент, так как реакция показывает мотивацию обучаемого и влияет на его решение о продолжении своего развития. Для оценки эффективности обучения на этом уровне нами использовались разработанные совместно с Центром менеджмента Республиканского Центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан анкеты. По одной анкете участники оценивали преподавателей курса (Приложение В), по другой – программу обучения (Приложение Г). Анкетирование было анонимным.

Анкета по оценке способностей преподавателей заполнялась участниками обучения после каждого занятия. Вопросы включали оценку педагогических навыков и профессионализма преподавателей обучающего курса. Способности преподавателей оценивались по шкале от 1 до 10 баллов. В дальнейшем определялся средний балл каждого преподавателя как средняя арифметическая величина.

Программа обучения оценивалась участниками в конце всего курса. При оценке программы обучения оценивалась ее важность, соответствие ожиданиям участников курса, применимость полученных знаний и навыков в будущей работе, доступность для понимания, а также пожелания и предложения по улучшению программы.

На втором уровне – обучение – оцениваются знания и навыки, полученные в процессе обучения. Киркпатрик подчеркивает, что этот этап представляет собой основу для следующего уровня – применения полученных знаний на практике. Для оценки эффективности обучения на втором уровне был использован специально разработанный тест по оценке знаний в области менеджмента, который включал 20 вопросов. Уровень знаний участников, проходивших обучение на курсах повышения квалификации, оценивался по результатам ответов на тест. Результат оценивался в баллах и рассчитывался как доля правильных ответов (например, 100 баллов = 100% правильных ответов, 50 баллов = 50% правильных ответов). Все участники отвечали на вопросы теста до начала обучения и после, в тестах указывались фамилии и должности участников.

Сравнивались уровни знаний до и после обучения в каждой группе менеджеров, уровни знаний между менеджерами стационаров и организаций ПМСП. Нами также изучались проекты по переходу медицинских организаций в юридический статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. Проекты разрабатывались представителями каждой медицинской организации в конце обучающего курса. В своих проектах главный врач, экономист и главных бухгалтер анализировали сильные и слабые стороны своей медицинской организации при переходе на ПХВ, а также какие возможности и угрозы для деятельности медицинской организации существуют с переходом на ПХВ (SWOT-анализ).

На третьем уровне – поведение – оценивается применение полученных знаний и навыков в работе. На этом уровне были использованы анкеты

обратной связи (Приложение Д), которые рассылались по электронной почте всем участникам курсов через 2-3 недели после завершения обучения. Мы собирали информацию о том, как использовали менеджеры полученные на курсах знания и навыки, был ли сделан ими отчет в своей организации по курсу обучения, заинтересована ли медицинская организация перейти на ПХВ, был ли разработан план перехода медицинской организации на ПХВ, степень участия в разработке плана и устава организации при переходе на ПХВ, какие виды новой деятельности включены, была ли разработана система оценки деятельности сотрудников, и какая работа проведена для внедрения дифференцированной оплаты труда.

На четвертом уровне – результаты – оценивался эффект обучения менеджеров для развития медицинской организации в целом. Было проведено интервьюирование участников, прошедших обучение на курсах, по телефону. Основные действия со стороны медицинской организации, которые нас интересовали и были приняты за результат, были – переход медицинской организации в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения и внедрение дифференцированной оплаты труда, т.к. эти действия требуют от руководителей совершенствования системы управления, финансирования, повышения экономической эффективности деятельности медицинской организации и повышения эффективности управления кадрами, а также улучшения эффективности освоения ресурсов и реагирования на потребности населения [190].

Поэтому на начальном этапе развития института менеджеров за результат были приняты такие основополагающие действия со стороны медицинской организации, как переход в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения и внедрение дифференцированной оплаты труда.

Третий этап исследования – изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Были изучены результаты популяционного исследования жителей города Алматы, проведенного в 2012 году. В исследование путем рандомизированного отбора были включены 1199 мужчин и женщин от 45 лет и старше, которые самостоятельно заполнили специально разработанные анкеты, включающие 160 вопросов. Опрос проводился обученными интервьюерами. Нами были проанализированы ответы респондентов, касающиеся качества медицинского обслуживания. Удовлетворенность качеством медицинской помощи оценивалась ответами «да» и «нет». Частота обращений за медицинской помощью классифицировалась: не обращался, обращался - 1 раз в год, 1 раз в полгода, 1 раз в квартал, ежемесячно, еженедельно. Самооценка состояния здоровья включала следующие характеристики: плохое, удовлетворительное, хорошее и отличное. По месту обращения за медицинской помощью варианты ответов включали: поликлинику по месту жительства, больницу, частную клинику, «скорую помощь», не обращался. Причины последнего обращения за медицинской помощью классифицировались: профилактический осмотр, диспансеризация, лечение, консультация, другое. Среди причин

неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания предлагалось выбрать следующие: невнимательность медицинского персонала во время приема, длительное время ожидания (большая очередь), недовольство назначенным лечением, ограниченное время приема медицинским персоналом, грубость медицинского персонала при обслуживании, другое.

Город Алматы был выбран, так как является крупным мегаполисом и является представительным по возрасту и гендерной структуре. Лица старше 45 лет имеют большую заболеваемость по различным нозологиям и, следовательно, большую обращаемость за медицинской помощью, поэтому в исследование были включены лица от 45 лет и старше. Распределение респондентов по полу и возрасту представлено в таблице 7.

Таблица 7 – Распределение респондентов по полу и возрасту

| Возраст         | Количество (человек) |     |         |     | Итого |     |
|-----------------|----------------------|-----|---------|-----|-------|-----|
|                 | мужчины              |     | женщины |     |       |     |
|                 | Абс.                 | %   | Абс.    | %   | Абс.  | %   |
| 45 – 54 лет     | 182                  | 36  | 238     | 34  | 420   | 35  |
| 55 – 64 лет     | 161                  | 32  | 186     | 27  | 347   | 29  |
| 65 – 74 лет     | 109                  | 22  | 165     | 24  | 274   | 23  |
| 75 – 84 лет     | 46                   | 9   | 96      | 14  | 142   | 12  |
| 85 лет и старше | 7                    | 1   | 9       | 1   | 16    | 1   |
| Итого           | 505                  | 100 | 694     | 100 | 1199  | 100 |

На всех этапах исследования проводилась статистическая обработка данных. Для описания количественных данных, имеющих нормальное распределение, использовались среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Интервальная оценка средней представлена с помощью доверительных интервалов (95% ДИ). Для описания асимметричных распределений использовались медиана (Me) и процентиля (Q1 и Q3). Проверка распределения количественных данных на нормальность проводилась с помощью описательной статистики, статистических критериев Shapiro-Wilk (для небольших выборок) и графически (гистограмма, квантильная диаграмма).

Для сравнения средних величин уровня знаний до и после обучения использовался t - критерий Стьюдента для парных выборок. Для сравнения среднего уровня знаний между независимыми группами специалистов использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для проверки условия равенства дисперсий использовался критерий Levene.

Для проверки равенства средних уровней знаний в четырех независимых группах (главные врачи, заместители главных врачей, экономисты и главные бухгалтеры) применялся одномерный дисперсионный анализ (One-Way ANOVA). Для апостериорных сравнений средних значений уровней знаний среди групп менеджеров стационаров использовался критерий Games-Howell,



так как были обнаружены различия дисперсий изучаемого признака в группах (для интерпретации результатов дисперсионного анализа для этих групп использовался критерий Brown-Forsythe и Welch). Апостериорные сравнения средних значений уровней знаний среди групп менеджеров организаций ПМСП проводились с использованием поправки Бонферрони и GT-2 критерия Хохберга.

Для определения взаимосвязи между стажем работы в должности руководителя медицинской организации и уровнем знаний был применен корреляционный анализ с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена ( $\rho$ ).

Доверительный интервал для долей (95% ДИ) рассчитывался по методу Уилсона с помощью онлайн-калькулятора.

Для проверки гипотезы о значимости различий между частотами, а также наличия взаимосвязи между качественными переменными, измеряемыми на номинальной и порядковой шкалах, использовался  $\chi^2$  Пирсона. Для оценки силы взаимосвязи между номинальными переменными применялся критерий V Крамера (для многопольных таблиц).

Критический уровень значимости  $p$  при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным или менее 0,05.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS.

### 3 АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОЦЕССА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В КАЗАХСТАНЕ

#### 3.1 Характеристика менеджеров здравоохранения Республики Казахстан

В исследование были включены 734 специалиста-менеджера, которые проходили обучение на курсах повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения» в Казахском Национальном медицинском университете имени С.Д.Асфендиярова. Из них 453 специалиста были представителями администрации стационаров и 281 – представителями администрации организаций ПМСП. Распределение обученных специалистов-менеджеров стационаров по должностям и уровням медицинских организаций представлено в таблице 8.

Таблица 8 – Распределение обученных специалистов – менеджеров стационаров по должностям и уровням медицинских организаций

| Количество обученных специалистов-менеджеров | Стационары       |      |                   |      |                   |      |                         |     |       |      |
|--|------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------------|-----|-------|------|
|  | районного уровня |      | городского уровня |      | областного уровня |      | республиканского уровня |     | итого |      |
|  | Абс.             | %    | Абс.              | %    | Абс.              | %    | Абс.                    | %   | Абс.  | %    |
| Главные врачи                                | 63               | 13,9 | 28                | 6,2  | 24                | 5,3  | 7                       | 1,5 | 122   | 26,9 |
| Заместители главных врачей                   | 21               | 4,6  | 17                | 3,8  | 11                | 2,4  | 6                       | 1,3 | 55    | 12,1 |
| Экономисты                                   | 71               | 15,7 | 16                | 3,5  | 28                | 6,2  | 13                      | 2,9 | 128   | 28,3 |
| Главные бухгалтеры                           | 68               | 15,0 | 33                | 7,3  | 34                | 7,5  | 13                      | 2,9 | 148   | 32,7 |
| Итого  | 223              | 49,2 | 94                | 20,8 | 97                | 21,4 | 39                      | 8,6 | 453   | 100  |

Как видно из таблицы 8, в общем объеме респондентов стационаров наибольшую долю составили главные бухгалтеры – 32,7% (n=148); экономисты составили 28,3% (n=128), главные врачи – 26,9% (n=122), заместители главных врачей – 12,1% (n=55).

В распределении по уровням медицинских организаций наибольшую долю составили специалисты районного уровня – 49,2% (n=223); специалисты областного уровня составили 21,4% (n=97), городского уровня – 20,8% (n=94) и республиканского уровня – 8,6% (n=39).

Распределение обученных специалистов-менеджеров организаций ПМСП по должностям и уровням медицинских организаций представлено в таблице 9.

Таблица 9 – Распределение обученных специалистов – менеджеров организаций ПМСП по должностям и уровням медицинских организаций

| Количество обученных специалистов-менеджеров | Организации ПМСП |      |                   |      |       |      |
|--|------------------|------|-------------------|------|-------|------|
|  | районного уровня |      | городского уровня |      | итого |      |
|  | Абс.             | %    | Абс.              | %    | Абс.  | %    |
| Главные врачи                                | 26               | 9,2  | 37                | 13,2 | 63    | 22,4 |
| Заместители главных врачей                   | 25               | 8,9  | 46                | 16,4 | 71    | 25,3 |
| Экономисты                                   | 20               | 7,1  | 37                | 13,2 | 57    | 20,3 |
| Главные бухгалтеры                           | 33               | 11,7 | 57                | 20,3 | 90    | 32,0 |
| Итого  | 104              | 37,0 | 177               | 63,0 | 281   | 100  |

Как видно из таблицы 9, среди представителей администрации организаций ПМСП наибольшую долю составили руководители организаций городского уровня – 63% (n=177); представители организаций районного уровня составили 37% (n=104). Среди специалистов организаций ПМСП главные бухгалтеры также преобладали и составили 32% (n=90); заместители главных врачей составили 25,3% (n=71), главные врачи – 22,4% (n=63), экономисты – 20,3% (n=57).

Среди главных врачей стационаров мужчины составили 71,3% (n=87), женщины – 28,7% (n=35). В организациях ПМСП главные врачи – мужчины составили 39,7% (n=25), женщины – 60,3% (n=38). Средний возраст главных врачей стационаров составляет 49,6 лет (95% ДИ: 48,1 – 51,0), для главных врачей ПМСП средний возраст составляет 49,5 лет (95% ДИ: 47,7 – 51,4).

Среди заместителей главных врачей стационаров мужчины составили 29,1% (n=16), женщины – 70,9% (n=39). В организациях ПМСП заместители главных врачей – мужчины составили 19,7% (n=14), женщины – 80,3% (n=57). Средний возраст заместителей главных врачей стационаров составляет 46 лет (95% ДИ: 43,9 – 48,1), для заместителей главных врачей организаций ПМСП средний возраст составляет 44,4 лет (95% ДИ: 42,4 – 46,3).

Среди экономистов стационаров мужчины составили 22,7% (n=29), женщины – 77,3% (n=99). В организациях ПМСП экономисты – мужчины составили 33,3% (n=19), женщины – 66,7% (n=38). Средний возраст экономистов, работающих в стационарах, составляет 37,6 лет (95% ДИ: 35,6 – 39,5). Средний возраст экономистов, работающих в организациях ПМСП, составляет 36,9 лет (95% ДИ: 33,9 – 39,8).

Среди главных бухгалтеров стационаров мужчины составили 14,2% (n=21), женщины – 85,8% (n=127). Среди главных бухгалтеров организаций ПМСП доля мужчин составила 20% (n=18), женщин – 80% (n=72). Средний возраст главных бухгалтеров стационаров составляет 44,1 лет (95% ДИ: 42,6 –

45,7). Средний возраст бухгалтеров ПМСП составляет 43,2 лет (95% ДИ: 40,9 – 45,5).

Таким образом, состав руководителей медицинских организаций характеризуется значительным преобладанием женщин (более 60%), кроме главных врачей стационаров, где доля мужчин составляет 71,3%, а средний возраст руководителей составляет от 40 до 50 лет (несколько моложе экономисты – 36,9 лет), что подтверждает укоренившееся в отрасли положение о преобладании женщин и лиц среднего трудоспособного возраста. Распределение специалистов-менеджеров по полу представлено на рисунке 1.

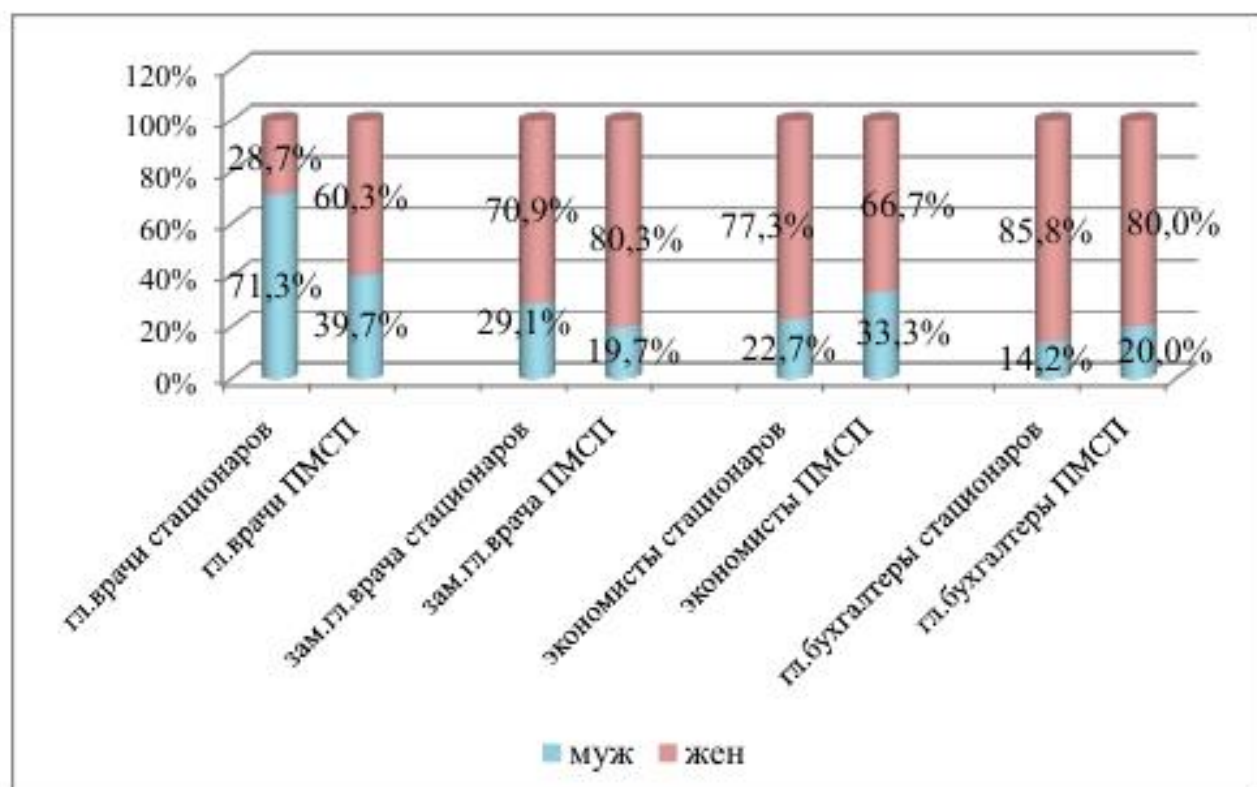


Рисунок 1 – Распределение специалистов-менеджеров по полу

Стаж работы на должности главного врача у главных врачей стационаров варьировал от 1-го до 32-х лет (Me = 5,0; Q1 = 2; Q3 = 8 лет). Таким образом, 50% главных врачей стационаров имели стаж работы в должности руководителя медицинской организации от 2-х до 8-ми лет.

Стаж работы на должности главного врача у главных врачей организаций ПМСП варьировал от 1-го до 21-го года (Me = 5,0; Q1 = 2; Q3 = 6 лет). Таким образом, 50% главных врачей организаций ПМСП имели стаж работы в должности руководителя медицинской организации от 2-х до 6-ти лет.

Распределение специалистов-менеджеров по стажу работы на должности главного врача представлено в таблице 10.

Таблица 10 – Распределение специалистов-менеджеров по стажу работы на должности главного врача

| Период времени | Главные врачи стационаров |      | Главные врачи организаций ПМСП |      |
|----------------|---------------------------|------|--------------------------------|------|
|                | Абс.                      | %    | Абс.                           | %    |
| до 5 лет       | 53                        | 43,4 | 27                             | 42,9 |
| 5 - 10 лет     | 44                        | 36,1 | 28                             | 44,4 |
| более 10 лет   | 25                        | 20,5 | 8                              | 12,7 |
| Всего          | 122                       | 100  | 63                             | 100  |

Как видно из таблицы 10, более 40% руководителей, как стационаров, так и организаций ПМСП, работает в должности главного врача менее 5 лет, и можно сделать вывод о достаточно интенсивном обновлении первых руководителей организаций здравоохранения.

Все руководители и стационаров, и организаций ПМСП имели высшее медицинское образование. Второе высшее образование в области менеджмента, экономики или юриспруденции имели 12,3% (n = 15) главных врачей стационаров и 4,8% (n = 3) главных врачей организаций ПМСП. Среди заместителей главных врачей стационаров второе высшее образование имели 1,8% (n = 1) в области экономики, в организациях ПМСП – 1,4% (n = 1) в области юриспруденции. Распределение руководителей стационаров по наличию второго высшего образования представлено на рисунке 2.

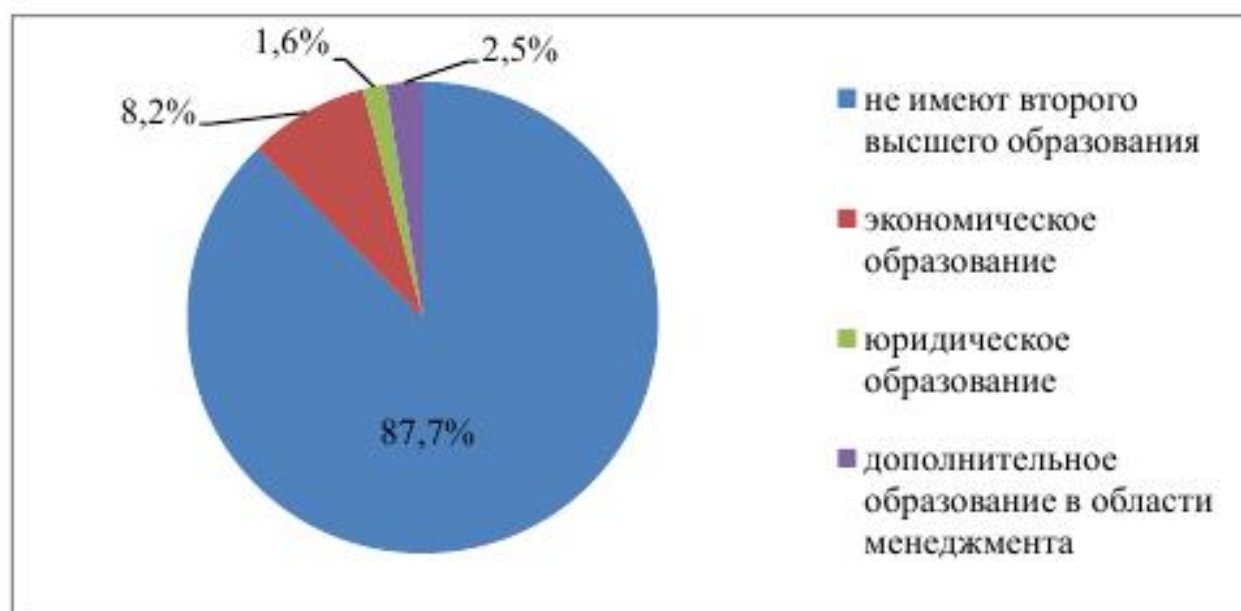


Рисунок 2 – Распределение руководителей стационаров по наличию второго высшего образования

Распределение руководителей организаций ПМСП по наличию второго высшего образования представлено на рисунке 3.

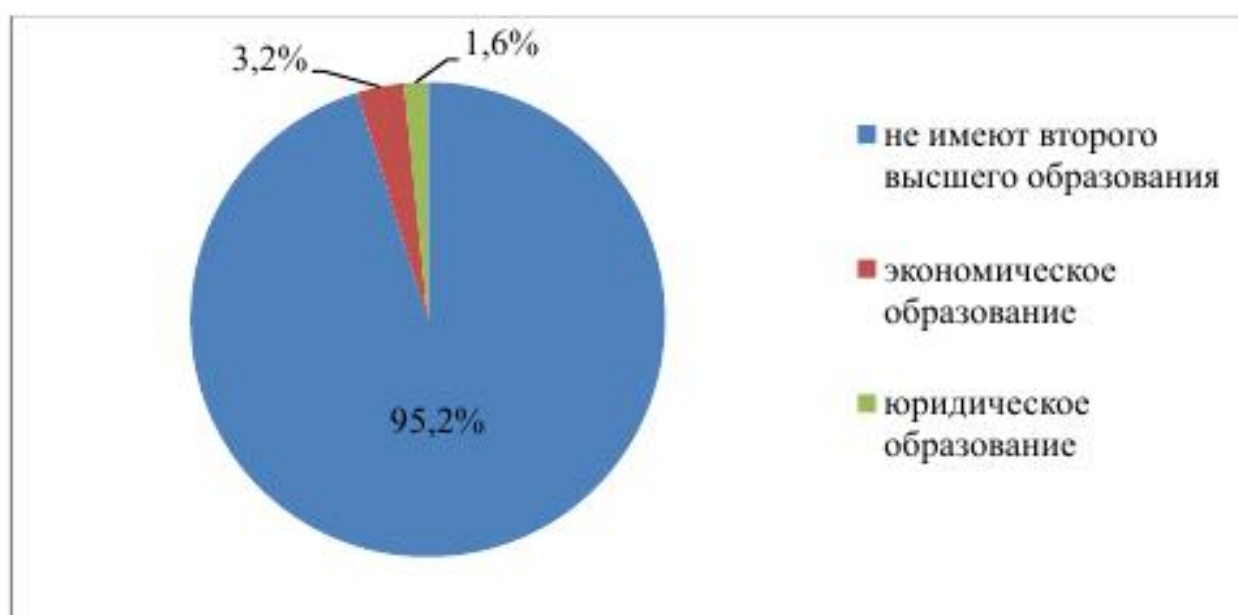


Рисунок 3 – Распределение руководителей организаций ПМСП по наличию второго высшего образования

Наличие дополнительного экономического, юридического образования или образования в области менеджмента рассматривается как один из факторов, способствующих эффективному управлению медицинской организацией.

Исследование наличия академической и ученой степени у главных врачей и их заместителей, как одного из показателей карьерного роста и расширения сферы профессиональной деятельности, показало, что среди респондентов 11,9% ( $n = 37$ ) имели ту или иную академическую (ученую) степень. Среди главных врачей стационаров академическую или ученую степень имели 18% ( $n = 22$ ), среди главных врачей организаций ПМСП – 20,6% ( $n = 13$ ). Наличие степени у заместителей главных врачей наблюдалось значительно меньше и составило 1,8% ( $n = 1$ ) у заместителей главных врачей стационаров и 1,4% ( $n = 1$ ) у заместителей главных врачей организаций ПМСП.

Как показало исследование, в основном руководящий состав медицинских организаций имеет ученую степень кандидата медицинских наук (9,6%), в меньшей степени – доктора медицинских наук (1,9%).

Наличие ученой степени дает несомненный опыт и знания в научной сфере, однако, насколько данный опыт может быть полезен в вопросах управления медицинской организацией – вопрос, который необходимо изучить более детально.

Распределение руководителей медицинских организаций и их заместителей по наличию академической и ученой степени представлено в таблице 11.

Таблица 11 – Распределение руководителей медицинских организаций и их заместителей по наличию академической и ученой степени

| Наличие академической и ученой степени     | Стационары    |      |                     |      | Организации ПМСП |      |                     |      | Итого |      |
|--|---------------|------|---------------------|------|------------------|------|---------------------|------|-------|------|
|  | главные врачи |      | зам. главных врачей |      | главные врачи    |      | зам. главных врачей |      |       |      |
|  | Абс.          | %    | Абс.                | %    | Абс.             | %    | Абс.                | %    | Абс.  | %    |
| Степень магистра                           | 1             | 0,8  | -                   | -    | -                | -    | -                   | -    | 1     | 0,3  |
| Кандидат мед. наук                         | 17            | 13,9 | -                   | -    | 12               | 19,0 | 1                   | 1,4  | 30    | 9,6  |
| Доктор мед. наук                           | 4             | 3,3  | 1                   | 1,8  | 1                | 1,6  | -                   | -    | 6     | 1,9  |
| Итого имеют академическую и ученую степень | 22            | 18,0 | 1                   | 1,8  | 13               | 20,6 | 1                   | 1,4  | 37    | 11,9 |
| Не имеют академической и ученой степени    | 100           | 82,0 | 54                  | 98,2 | 50               | 79,4 | 70                  | 98,6 | 274   | 88,1 |
| Всего специалистов                         | 122           | 100  | 55                  | 100  | 63               | 100  | 71                  | 100  | 311   | 100  |

Одним из важных аспектов качественного управления является подготовка и переподготовка руководящих кадров. Проведенный анализ ситуации по прохождению руководителями организаций здравоохранения повышения квалификации за последние 5 лет показал следующее (таблица 12).

Таблица 12 – Наличие сертификата о прохождении повышения квалификации в области управления и организации здравоохранения за последние 5 лет

| Повышение квалификации в области управления и организации здравоохранения | Стационары    |      |                     |      | Организации ПМСП |      |                     |      | Итого |      |
|---|---------------|------|---------------------|------|------------------|------|---------------------|------|-------|------|
|   | главные врачи |      | зам. главных врачей |      | главные врачи    |      | зам. главных врачей |      |       |      |
|   | Абс.          | %    | Абс.                | %    | Абс.             | %    | Абс.                | %    | Абс.  | %    |
| Имеют сертификат  | 95            | 77,9 | 24                  | 43,6 | 50               | 79,4 | 43                  | 60,6 | 212   | 68,2 |
| Не имеют сертификат   | 27            | 22,1 | 31                  | 56,4 | 13               | 20,6 | 28                  | 39,4 | 99    | 31,8 |
| Всего   | 122           | 100  | 55                  | 100  | 63               | 100  | 71                  | 100  | 311   | 100  |

Как видно из таблицы 12, сертификат о прохождении повышения квалификации в области управления и организации здравоохранения за последние 5 лет имели 77,9% (n = 95) главных врачей стационаров, 43,6% (n=24) заместителей главных врачей стационаров, 79,4% (n = 50) главных врачей организаций ПМСП и 60,6% (n=43) заместителей главных врачей организаций ПМСП. Результаты свидетельствуют о том, что в целом, большинство руководителей повышают свой управленческий потенциал путем прохождения курсов повышения квалификации. В тоже время, настораживает тот факт, что среди руководителей медицинских организаций наибольшую долю специалистов, не имеющих сертификата о прохождении повышения квалификации в области управления и организации здравоохранения за последние 5 лет, составили заместители главных врачей стационаров – 56,4% (n=31). Кроме того, 39,4% (n=28) заместителей главных врачей организаций ПМСП, 22,1% (n=27) главных врачей стационаров и 20,6% (n=13) главных врачей организаций ПМСП за последние 5 лет не повышали свою квалификацию в области управления здравоохранением.

В исследовании было проанализировано знание английского языка как одного из факторов самообразования и профессионального развития, так как позволяет свободно пользоваться источниками специальной информации, участвовать в международном общении специалистов, конференциях, симпозиумах, быть в курсе современных тенденций медицины. Среди главных врачей и их заместителей всех медицинских организаций 30,5% (n=95) отметили владение английским языком на уровне «Elementary», только 1,6% (n=5) владеют английским языком на уровне «Intermediate». Это свидетельствует о том, что необходимо в программе подготовки специалистов руководящего уровня предусматривать курсы иностранных языков или предъявлять дополнительные требования к квалификации претендента на данные должности. Знание английского языка особенно актуально в рамках развития трехязычия в Казахстане, внедрения принципов доказательной медицины и доказательного общественного здравоохранения в систему здравоохранения страны.

### **3.2 Результаты анализа уровня знаний руководителей здравоохранения по вопросам менеджмента**

В исследовании изучался уровень знаний в области менеджмента главных врачей, их заместителей, экономистов и главных бухгалтеров стационаров и организаций ПМСП до и после обучения, для чего использовался тест, включающий 20 вопросов. Вопросы теста были разработаны преподавателями обучающего курса совместно с Республиканским Центром развития здравоохранения МЗ РК по следующим разделам:

- стратегия и политика здравоохранения;
- экономика здравоохранения и управление финансами;
- законодательство и этика здравоохранения;
- управление предоставлением услуг;



– управление людьми и собой.

Уровень знаний был изучен у 734-х участников. До начала обучения средний балл уровня знаний главных врачей стационаров составил 68,2 (95% ДИ: 66,5 – 70,0), заместителей главных врачей стационаров – 66,3 (95% ДИ: 62,7 – 69,8), экономистов стационаров – 61,6 (95% ДИ: 59,2 – 64,1), главных бухгалтеров стационаров – 59,7 (95% ДИ: 57,2 – 62,2). У менеджеров организаций ПМСП средний балл до начала обучения составил: у главных врачей – 62,4 (95% ДИ: 58,9 – 65,8), заместителей главных врачей – 64,2 (95% ДИ: 61,3 – 67,0), экономистов – 55,1 (95% ДИ: 51,2 – 58,9), главных бухгалтеров – 54,4 (95% ДИ: 51,0 – 57,8).

Средний уровень знаний, полученный до начала обучения, сравнивался между группами руководителей стационаров и организаций ПМСП, т.е. уровень знаний сравнивался между группами менеджеров: главные врачи стационаров и главные врачи организаций ПМСП, заместители главных врачей стационаров и заместители главных врачей ПМСП, экономисты стационаров и экономисты ПМСП, главные бухгалтеры стационаров и главные бухгалтеры ПМСП. Для сравнения средних значений уровней знаний в двух независимых группах использовался t критерий Стьюдента для непарных выборок. Результаты представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Сравнение уровня знаний по вопросам менеджмента между руководителями стационаров и организаций ПМСП

| Сравниваемые группы                                      | t критерий Стьюдента для непарных выборок | df  | Уровень статистической значимости, p | Различия в средних уровнях знаний | Стандартная ошибка различия в средних | 95% ДИ различия средних |         |
|--|---|-----|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------|
|  |   |     |                                      |                                   |                                       | нижний                  | верхний |
| Гл. врачи стационаров и гл. врачи ПМСП                   | 3,001                                     | 96  | 0,003                                | 5,9                               | 1,95                                  | 1,98                    | 9,73    |
| Зам.главных врачей стационаров и зам.главных врачей ПМСП | 0,931                                     | 124 | 0,354                                | 2,1                               | 2,2                                   | -2,35                   | 6,53    |
| Экономисты стационаров и экономисты ПМСП                 | 2,911                                     | 183 | 0,004                                | 6,6                               | 2,3                                   | 2,12                    | 11,02   |
| Гл.бухгалтеры стационаров и главные бухгалтеры ПМСП      | 2,529                                     | 236 | 0,012                                | 5,3                               | 2,1                                   | 1,17                    | 9,4     |

Как видно из таблицы 13, до начала обучения уровень знаний у главных врачей стационаров был в среднем на 5,9 баллов ( $SD = 1,95$ ) выше, чем у главных врачей организаций ПМСП ( $t = 3,001$ ,  $df = 96$ ,  $p = 0,003$ ).

Уровень знаний до начала обучения также различался у экономистов, и был в среднем на 6,6 баллов ( $SD = 2,3$ ) выше у экономистов стационаров, чем у экономистов организаций ПМСП ( $t = 2,911$ ,  $df = 183$ ,  $p = 0,004$ ).

У главных бухгалтеров уровень знаний тоже имел статистически значимое различие и был в среднем на 5,3 балла ( $SD = 2,1$ ) выше у бухгалтеров стационаров, чем у бухгалтеров организаций ПМСП ( $t = 2,529$ ,  $df = 236$ ,  $p = 0,012$ ).

Анализ не выявил статистически значимых различий между уровнем знаний заместителей главных врачей стационаров и заместителей главных врачей организаций ПМСП ( $p = 0,354$ ).

Таким образом, результаты исследования показали, что до начала обучения, уровень знаний менеджеров стационаров был выше, чем уровень знаний менеджеров организаций ПМСП, кроме заместителей главных врачей. Возможно, такая ситуация связана с тем, что реформирование стационарной службы началось раньше, чем на уровне ПМСП, и специалисты стационарной службы были более информированы.

Средний уровень знаний, полученный до начала обучения, также сравнивался между группами менеджеров – представителей стационаров и между группами менеджеров – представителей организаций ПМСП, т.е. между следующими группами: главные врачи стационаров, заместители главных врачей стационаров, экономисты стационаров и главные бухгалтеры стационаров, а также между главными врачами организаций ПМСП, заместителями главных врачей организаций ПМСП, экономистами организаций ПМСП и главными бухгалтерами организаций ПМСП.

Для проверки гипотезы о равенстве средних для четырех независимых групп количественных данных, имеющих нормальное распределение, использовался одномерный (однофакторный) дисперсионный анализ (One-Way ANOVA).

Проведенный с использованием пакета статистических программ SPSS одномерный дисперсионный анализ (One-Way ANOVA) средних значений уровня знаний до начала обучения в четырех группах менеджеров стационаров (главные врачи стационаров, заместители главных врачей стационаров, экономисты стационаров и главные бухгалтеры стационаров) позволяет отклонить нулевую гипотезу о равенстве средних и сделать вывод о наличии статистически значимых различий между средними значениями уровня знаний в этих группах ( $F_{3,344} = 10,963$ ;  $p < 0,001$ ).

Средние показатели уровня знаний по вопросам менеджмента до начала обучения среди менеджеров стационаров представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Средние показатели уровня знаний по вопросам менеджмента до начала обучения среди менеджеров стационаров

| Должность (стационары)     | Количество участников | Средний уровень знаний, M | Стандартное отклонение, SD | Стандартная ошибка средней, m | 95% Доверительный интервал |                | Минимальный уровень знаний | Максимальный уровень знаний | Уровень статистической значимости, p (ANOVA) |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------------|--|
|                            |                       |                           |                            |                               | Нижний предел              | Верхний предел |                            |                             |  |
| Главные врачи              | 122                   | 68,2                      | 9,9                        | 0,896                         | 66,5                       | 70,0           | 50,0                       | 90,0                        | p< 0,001                                     |
| Заместители главных врачей | 55                    | 66,3                      | 13,1                       | 1,766                         | 62,7                       | 69,8           | 40,0                       | 95,0                        |  |
| Экономисты                 | 128                   | 61,6                      | 14,1                       | 1,242                         | 59,2                       | 64,1           | 20,0                       | 85,0                        |  |
| Главные бухгалтеры         | 148                   | 59,7                      | 15,3                       | 1,256                         | 57,2                       | 62,2           | 10,0                       | 95,0                        |  |

Для обнаружения, между какими группами менеджеров стационаров имеются различия, были проведены апостериорные сравнения с использованием критерия Games-Howell, которые показали статистически значимые различия между средними значениями уровня знаний в следующих группах менеджеров стационаров: главные врачи и экономисты,  $p < 0,001$ , главные врачи и главные бухгалтеры,  $p < 0,001$ , заместители главных врачей и главные бухгалтеры,  $p = 0,016$  (таблица 15).

Таблица 15 – Апостериорные сравнения среднего уровня знаний среди групп менеджеров стационаров до начала обучения с использованием критерия Games-Howell

| Должность<br>(менеджеры стационаров) |               | Разница средних<br>(I-J) | Стандартная<br>ошибка | Уровень<br>статистической<br>значимости, p | 95%<br>Доверительный<br>интервал |                   |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|-------------------|
|                                      |               |                          |                       |  | Нижний<br>предел                 | Верхний<br>предел |
| I                                    | J             |                          |                       |  |                                  |                   |
| Глав. врачи                          | Зам.гл.врача  | 1,96498                  | 1,98006               | 0,754                                      | -3,2265                          | 7,1565            |
|                                      | Экономисты*   | 6,59708                  | 1,53150               | 0,0001                                     | 2,6335                           | 10,5607           |
|                                      | Бухгалтеры*   | 8,52149                  | 1,54272               | 0,0001                                     | 4,5319                           | 12,5111           |
| Зам.<br>гл.врачей                    | Глав.врачи    | -1,96498                 | 1,98006               | 0,754                                      | -7,1565                          | 3,2265            |
|                                      | Экономисты    | 4,63210                  | 2,15898               | 0,145                                      | -1,0007                          | 10,2649           |
|                                      | Бухгалтеры*   | 6,55651                  | 2,16695               | 0,016                                      | ,9050                            | 12,2080           |
| Экономисты                           | Глав.врачи*   | -6,59708                 | 1,53150               | 0,0001                                     | -10,5607                         | -2,6335           |
|                                      | Зам.гл.врача  | -4,63210                 | 2,15898               | 0,145                                      | -10,2649                         | 1,0007            |
|                                      | Бухгалтеры    | 1,92441                  | 1,76650               | 0,696                                      | -2,6419                          | 6,4907            |
| Бухгалтеры                           | Глав.врачи*   | -8,52149                 | 1,54272               | 0,0001                                     | -12,5111                         | -4,5319           |
|                                      | Зам.гл.врача* | -6,55651                 | 2,16695               | 0,016                                      | -12,2080                         | -,9050            |
|                                      | Экономисты    | -1,92441                 | 1,76650               | 0,696                                      | -6,4907                          | 2,6419            |

\* уровень статистической значимости в пределах 0,05

Таким образом, как видно из таблицы 15, до начала обучения у главных врачей стационаров средний уровень знаний был выше на 6,6 баллов, чем у экономистов стационаров, и на 8,5 баллов выше, чем у главных бухгалтеров стационаров. В уровне знаний главные бухгалтеры стационаров также отставали от заместителей главных врачей на 6,6 балла.

Для выявления различий между средними значениями уровня знаний до начала обучения в группах менеджеров организаций ПМСП (главные врачи ПМСП, заместители главных врачей ПМСП, экономисты ПМСП и главные бухгалтеры ПМСП) также использовался одномерный дисперсионный анализ (One-Way ANOVA), результаты которого позволяют сделать вывод о наличии статистически значимых различий между средними значениями уровня знаний в группах менеджеров организаций ПМСП ( $F_{3,277} = 8,731; p < 0,001$ ).

Результаты представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Средние показатели уровня знаний по вопросам менеджмента до начала обучения среди менеджеров организаций ПМСП

| Должность (ПМСП)           | Количество участников | Средний уровень знаний, M | Стандартное отклонение, SD | Стандартная ошибка средней, m | 95% Доверительный интервал |                | Минимальный уровень знаний | Максимальный уровень знаний | Уровень статистической значимости, p (ANOVA) |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|-----------------------------|--|
|                            |                       |                           |                            |                               | Нижний предел              | Верхний предел |                            |                             |  |
| Главные врачи              | 63                    | 62,4                      | 13,8                       | 1,734                         | 58,9                       | 65,8           | 20,0                       | 80,0                        | p< 0,001                                     |
| Заместители главных врачей | 71                    | 64,2                      | 12,0                       | 1,425                         | 61,3                       | 67,0           | 40,0                       | 87,0                        |  |
| Экономисты                 | 57                    | 55,1                      | 14,4                       | 1,913                         | 51,2                       | 58,9           | 20,0                       | 80,0                        |  |
| Главные бухгалтеры         | 90                    | 54,4                      | 16,2                       | 1,706                         | 51,0                       | 57,8           | 20,0                       | 85,0                        |  |

Для обнаружения, между какими группами менеджеров организаций ПМСП имеются различия, были проведены апостериорные сравнения с использованием поправки Бонферрони и GT-2 критерия Хохберга. Были выявлены статистически значимые различия между средними значениями уровня знаний в следующих группах менеджеров организаций ПМСП: главные врачи и экономисты,  $p = 0,034$ , главные врачи и главные бухгалтеры,  $p = 0,005$ , заместители главных врачей и экономисты,  $p = 0,002$ , заместители главных врачей и главные бухгалтеры,  $p < 0,001$  (таблица 17).

Таблица 17 – Апостериорные сравнения среднего уровня знаний среди групп менеджеров организаций ПМСП до начала обучения с использованием поправки Бонферрони и GT-2 критерия Хохберга

| Должность<br>(менеджеры организаций<br>ПМСП) |               | Разница средних<br>(I-J) | Стандартная<br>ошибка | Уровень<br>статистической<br>значимости, p | 95%<br>Доверительный<br>интервал |                   |
|--|---------------|--------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|-------------------|
| I  | J             |                          |                       |  | Нижний<br>предел                 | Верхний<br>предел |
| поправка Бонферрони                          |               |                          |                       |  |                                  |                   |
| Глав. врачи                                  | Зам.гл.врача  | -1,80215                 | 2,47930               | 1,000                                      | -8,3905                          | 4,7862            |
|  | Экономисты*   | 7,31078                  | 2,61854               | 0,034                                      | 0,3524                           | 14,2691           |
|  | Бухгалтеры*   | 7,94762                  | 2,35305               | 0,005                                      | 1,6948                           | 14,2005           |
| Зам.<br>гл.врачей                            | Глав.врачи    | 1,80215                  | 2,47930               | 1,000                                      | -4,7862                          | 8,3905            |
|  | Экономисты*   | 9,11292                  | 2,54751               | 0,002                                      | 2,3433                           | 15,8825           |
|  | Бухгалтеры*   | 9,74977                  | 2,27373               | 0,0001                                     | 3,7077                           | 15,7918           |
| Экономисты                                   | Глав.врачи*   | -7,31078                 | 2,61854               | 0,034                                      | -14,2691                         | -,3524            |
|  | Зам.гл.врача* | -9,11292                 | 2,54751               | 0,002                                      | -15,8825                         | -2,3433           |
|  | Бухгалтеры    | 0,63684                  | 2,42480               | 1,000                                      | -5,8067                          | 7,0804            |
| Бухгалтеры                                   | Глав.врачи*   | -7,94762                 | 2,35305               | 0,005                                      | -14,2005                         | -1,6948           |
|  | Зам.гл.врача* | -9,74977                 | 2,27373               | 0,0001                                     | -15,7918                         | -3,7077           |
|  | Экономисты    | -0,63684                 | 2,42480               | 1,000                                      | -7,0804                          | 5,8067            |
| GT-2 критерий Хохберга                       |               |                          |                       |  |                                  |                   |
| Глав. врачи                                  | Зам.гл.врача  | -1,80215                 | 2,47930               | 0,977                                      | -8,3702                          | 4,7659            |
|  | Экономисты*   | 7,31078                  | 2,61854               | 0,033                                      | 0,3739                           | 14,2477           |
|  | Бухгалтеры*   | 7,94762                  | 2,35305               | 0,005                                      | 1,7140                           | 14,1812           |
| Зам.<br>гл.врачей                            | Глав.врачи    | 1,80215                  | 2,47930               | 0,977                                      | -4,7659                          | 8,3702            |
|  | Экономисты*   | 9,11292                  | 2,54751               | 0,002                                      | 2,3642                           | 15,8616           |
|  | Бухгалтеры*   | 9,74977                  | 2,27373               | 0,0001                                     | 3,7263                           | 15,7732           |
| Экономисты                                   | Глав.врачи*   | -7,31078                 | 2,61854               | 0,033                                      | -14,2477                         | -,3739            |
|  | Зам.гл.врача* | -9,11292                 | 2,54751               | 0,002                                      | -15,8616                         | -2,3642           |
|  | Бухгалтеры    | 0,63684                  | 2,42480               | 1,000                                      | -5,7868                          | 7,0605            |
| Бухгалтеры                                   | Глав.врачи*   | -7,94762                 | 2,35305               | 0,005                                      | -14,1812                         | -1,7140           |
|  | Зам.гл.врача* | -9,74977                 | 2,27373               | 0,0001                                     | -15,7732                         | -3,7263           |
|  | Экономисты    | -0,63684                 | 2,42480               | 1,000                                      | -7,0605                          | 5,7868            |

\* уровень статистической значимости в пределах 0,05

Как видно из таблицы 17, до начала обучения у главных врачей организаций ПМСП средний уровень знаний был выше на 7,3 баллов, чем у экономистов организаций ПМСП, и на 7,9 баллов выше, чем у главных бухгалтеров организаций ПМСП. У заместителей организаций ПМСП уровень

знаний также был выше на 9,1 балла, чем у экономистов, и на 9,7 балла выше, чем у главных бухгалтеров.

Для определения, в каких областях у менеджеров медицинских организаций существует недостаток в знаниях, до начала обучения проводился анализ неправильных ответов всех участников обучения. Неправильные ответы каждой группы менеджеров стационаров и организаций ПМСП были сгруппированы по темам: стратегия и политика здравоохранения; экономика здравоохранения и управление финансами; законодательство и этика здравоохранения; управление предоставлением услуг; управление людьми и собой. Сравнение долей неправильных ответов по вышеперечисленным темам среди групп менеджеров стационаров и организаций ПМСП проводилось с использованием  $\chi^2$  Пирсона.

Как показало исследование, наибольшая доля неправильных ответов у главных врачей стационаров до обучения была по теме «управление предоставлением услуг» и составила 33,9%, доля неправильных ответов в области законодательства и этики здравоохранения также была высокой и составила 26,5%, в области экономики здравоохранения и управления финансами доля неправильных ответов у главных врачей стационаров составила 18,2%. Наименьшая доля неправильных ответов у главных врачей стационаров была по теме «управление людьми и собой» и составила 9,8%. В области стратегии и политики здравоохранения доля неправильных ответов составила 11,6%.

У заместителей главных врачей стационаров наибольшая доля неправильных ответов была по теме «экономика здравоохранения и управления финансами» – 31,5%, по теме «управление предоставлением услуг» доля неправильных ответов также была высокой и составила 26,4%. Знания заместителей главных врачей в области законодательства и этики были несколько лучше, чем у главных врачей, доля неправильных ответов в этой области составила 19,1%. В области стратегии и политики здравоохранения доля неправильных ответов заместителей главных врачей стационаров составила 11,6%, в области управления людьми и собой – 11,3%.

У экономистов стационаров наибольшая доля неправильных ответов была по теме «управление предоставлением услуг» – 27,5%, достаточно высокая доля неправильных ответов – 24,8% была в области законодательства и этики здравоохранения. По другим темам доля неправильных ответов составила: «стратегия и политика здравоохранения» – 17,5%, «экономика и управление финансами» – 15,8%, «управление людьми и собой» – 14,4%.

У главных бухгалтеров стационаров наибольшая доля неправильных ответов наблюдалась в области стратегии и политики здравоохранения и составила 30,7%, также высокая доля неправильных ответов была по теме «законодательство и этика здравоохранения» и составила 26,4%. По другим темам доля неправильных ответов составила: «экономика и управление финансами» – 16,3%, «управление предоставлением услуг» – 15,8%, «управление людьми и собой» – 10,8%.

В таблице 18 представлено распределение неправильных ответов менеджеров стационаров по результатам предварительного изучения уровня знаний.

Таблица 18 – Распределение неправильных ответов менеджеров стационаров до начала обучения

| Должность (стационар) | Темы                                 |      |  |      |  |      |                                  |      |                           |      | Итого |     |
|-----------------------|--------------------------------------|------|--|------|--|------|----------------------------------|------|---------------------------|------|-------|-----|
|                       | стратегия и политика здравоохранения |      | экономика здравоохранения и управление финансами |      | законодательство и этика здравоохранения |      | управление предоставлением услуг |      | управление людьми и собой |      |       |     |
|                       | Абс.                                 | %    | Абс.   | %    | Абс.                                     | %    | Абс.                             | %    | Абс.                      | %    | Абс.  | %   |
| Гл. врачи             | 90                                   | 11,6 | 141  | 18,2 | 205                                      | 26,5 | 263                              | 33,9 | 76                        | 9,8  | 775   | 100 |
| Зам. гл.врача         | 43                                   | 11,6 | 117  | 31,5 | 71                                       | 19,1 | 98                               | 26,4 | 42                        | 11,3 | 371   | 100 |
| Экономисты            | 172                                  | 17,5 | 155  | 15,8 | 244                                      | 24,8 | 270                              | 27,5 | 141                       | 14,4 | 982   | 100 |
| Гл. бухгалтеры        | 415                                  | 30,7 | 221  | 16,3 | 357                                      | 26,4 | 214                              | 15,8 | 146                       | 10,8 | 1353  | 100 |
| Итого                 | 720                                  | 20,7 | 634  | 18,2 | 877                                      | 25,2 | 845                              | 24,3 | 405                       | 11,6 | 3481  | 100 |

Статистическая значимость:  $\chi^2_{(12)} = 248,270, p < 0,001$

Таким образом, анализ неправильных ответов руководителей стационаров показал, что в их обучении следует делать акцент на таких темах, как



«законодательство и этика здравоохранения», «управление предоставлением услуг».

При анализе неправильных ответов менеджеров организаций ПМСП до начала обучения было получено следующее распределение неправильных ответов по указанным темам (таблица 19).

Таблица 19 – Распределение неправильных ответов менеджеров организаций ПМСП до начала обучения

| Должность<br>(организации ПМСП)                                 | Темы                                 |      |  |      |  |      |                                  |      |                           |      | Итого |     |
|---|--------------------------------------|------|--|------|--|------|----------------------------------|------|---------------------------|------|-------|-----|
|   | стратегия и политика здравоохранения |      | экономика здравоохранения и управление финансами |      | законодательство и этика здравоохранения |      | управление предоставлением услуг |      | управление людьми и собой |      |       |     |
|   | Абс.                                 | %    | Абс.   | %    | Абс.                                     | %    | Абс.                             | %    | Абс.                      | %    | Абс.  | %   |
| Гл. врачи   | 86                                   | 18,1 | 97   | 20,4 | 123                                      | 25,8 | 101                              | 21,2 | 69                        | 14,5 | 476   | 100 |
| Зам. гл.врача   | 71                                   | 13,9 | 79   | 15,5 | 113                                      | 22,2 | 158                              | 31,0 | 88                        | 17,3 | 509   | 100 |
| Экономисты  | 106                                  | 20,7 | 50   | 9,7  | 113                                      | 22,0 | 49                               | 9,6  | 195                       | 38,0 | 513   | 100 |
| Гл. бухгалтеры  | 151                                  | 18,4 | 122  | 14,8 | 137                                      | 16,7 | 243                              | 29,6 | 168                       | 20,5 | 821   | 100 |
| Итого   | 414                                  | 17,8 | 348  | 15,0 | 486                                      | 21,0 | 551                              | 23,8 | 520                       | 22,4 | 2319  | 100 |
| Статистическая значимость: $\chi^2_{(12)} = 183,027, p < 0,001$ |                                      |      |  |      |  |      |                                  |      |                           |      |       |     |

Как видно из таблицы 19, наибольшая доля неправильных ответов у главных врачей организаций ПМСП до обучения была по теме «законодательство и этика здравоохранения» и составила 25,8%, доля неправильных ответов по теме «управление предоставлением услуг» также была высокой и составила 21,2%, в области экономики здравоохранения и управления финансами доля неправильных ответов у главных врачей организаций ПМСП составила 20,4%. Наименьшая доля неправильных ответов у главных врачей организаций ПМСП была по теме «управление людьми и собой» и составила 14,5%. В области стратегии и политики здравоохранения доля неправильных ответов составила 18,1%.

У заместителей главных врачей организаций ПМСП наибольшая доля неправильных ответов была по теме «управление предоставлением услуг» и составила 31%, по теме «законодательство и этика здравоохранения» доля неправильных ответов также была высокой – 22,2%. Знания заместителей главных врачей организаций ПМСП в области экономики здравоохранения и управления финансами были несколько лучше, чем у главных врачей, доля неправильных ответов составила 15,5%, в тоже время доля неправильных ответов в области управления людьми и собой у заместителей главных врачей ПМСП была выше, чем у главных врачей организаций ПМСП – 17,3%. В области стратегии и политики здравоохранения доля неправильных ответов заместителей главных врачей организаций ПМСП составила 13,9%.

У экономистов организаций ПМСП наибольшая доля неправильных ответов была по теме «управление людьми и собой» – 38,0%, достаточно высокая доля неправильных ответов – 22,0% была в области законодательства и этики здравоохранения. По другим темам доля неправильных ответов составила: «стратегия и политика здравоохранения» – 20,7%, «экономика и управление финансами» – 9,7%, «управление предоставлением услуг» – 9,6%.

У главных бухгалтеров организаций ПМСП наибольшая доля неправильных ответов наблюдалась в области управления предоставлением услуг и составила 29,6%, также высокая доля неправильных ответов была по теме «управление людьми и собой» и составила 20,5%. По другим темам доля неправильных ответов составила: «экономика и управление финансами» – 14,9%, «стратегия и политика здравоохранения» – 18,4%, «законодательство и этика здравоохранения» – 16,7%.

Таким образом, анализ неправильных ответов руководителей организаций ПМСП показал, что в их обучении следует делать акцент на таких темах, как «законодательство и этика здравоохранения», «управление предоставлением услуг», «управление людьми и собой».

В целом, анализ неправильных ответов показал, что большинство респондентов, независимо от должности, типа и уровня организации, имели недостаток знаний в таких областях как «законодательство и этика здравоохранения», «управление предоставлением услуг», «экономика здравоохранения и управление финансами», «управление людьми и собой», что

необходимо учитывать при дальнейшей разработке и реализации образовательных программ для управленческого контингента.

Для определения взаимосвязи между стажем работы в должности руководителя медицинской организации и уровнем знаний по вопросам современного менеджмента до начала обучения был применен корреляционный анализ с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена ( $\rho$ ). Полученные результаты не были статистически значимыми. Для главных врачей стационаров:  $\rho = -0,06$ ,  $p = 0,5$ ,  $n = 122$ . Для главных врачей организаций ПМСП:  $\rho = -0,22$ ,  $p = 0,08$ ,  $n = 63$ . Такая ситуация может быть объяснена тем, что тема современного менеджмента для большинства руководителей новая, многие направления в совершенствовании управления здравоохранения только начали внедряться, и на данный момент времени опыт работы не оказал влияния на уровень знаний в этой области.

Чтобы оценить эффективность обучения, было проведено сравнение уровня знаний до и после обучения во всех группах менеджеров стационаров и организаций ПМСП, т.е. сравнивался уровень знаний главных врачей стационаров до обучения с уровнем знаний этой группы менеджеров после обучения, уровень знаний главных врачей организаций ПМСП до обучения с уровнем знаний этой же группы после обучения и т.д.

Проведенный анализ с использованием парного критерия Стьюдента позволяет сделать вывод о наличии статистически значимых различий между показателями уровня знаний до и после обучения,  $p < 0,001$ .

Согласно результатам проведенного исследования, средний уровень знаний главных врачей стационаров до обучения составил 68,2 балла ( $SD=9,9$ ), после обучения – 77,4 балла ( $SD=9,6$ ); у главных врачей организаций ПМСП средний уровень знаний до начала обучения составил 62,4 балла ( $SD=13,8$ ) и после обучения – 75,9 балла ( $SD=10,1$ ).

У заместителей главных врачей стационаров до начала обучения средний уровень знаний составил 66,3 балла ( $SD=13,1$ ), после обучения – 79,5 балла ( $SD=8,7$ ); у заместителей главных врачей организаций ПМСП средний уровень знаний до обучения составил 64,2 балла ( $SD=12,0$ ), после обучения – 75,8 балла ( $SD=8,6$ ).

Средний уровень знаний экономистов стационаров до обучения составил 61,6 балла ( $SD=14,1$ ), после обучения – 74,4 балла ( $SD=12,5$ ); у экономистов организаций ПМСП средний уровень знаний до обучения – 55,1 балла ( $SD=14,4$ ), после обучения – 72,6 балла ( $SD=10,1$ ).

Главные бухгалтеры стационаров до обучения имели средний уровень знаний 59,7 балла ( $SD=15,3$ ), после обучения 76,0 балла ( $SD=11,7$ ); у главных бухгалтеров организаций ПМСП средний уровень знаний до обучения составил 54,4 балла ( $SD=16,2$ ), после обучения – 72,9 балла ( $SD=12,3$ ).

Результаты сравнения групповых средних уровня знаний специалистов-менеджеров стационаров и организаций ПМСП до и после обучения представлены в таблице 20.

Таблица 20 – Средние значения уровня знаний специалистов-менеджеров стационаров и организаций ПМСП до и после обучения

| Должность                     | Средний уровень знаний менеджеров стационаров |                             |   | Средний уровень знаний менеджеров организаций ПМСП |                          |   |
|-------------------------------|---|-----------------------------|---|--|--------------------------|---|
|                               | до обучения<br>M (SD)                         | после<br>обучения<br>M (SD) | парный<br>критерий<br>Стьюдента, t,<br>уровень<br>статистической<br>значимости, p | до обучения<br>M (SD)                              | после обучения<br>M (SD) | парный<br>критерий<br>Стьюдента, t,<br>уровень<br>статистической<br>значимости, p |
| Главные<br>врачи              | 68,2<br>(9,9)                                 | 77,4<br>(9,6)               | $t_{121} = -10,009,$<br>$p < 0,001$   | 62,4<br>(13,8)                                     | 75,9<br>(10,1)           | $t_{62} = -7,241,$<br>$p < 0,001$   |
| Заместители<br>главных врачей | 66,3<br>(13,1)                                | 79,5<br>(8,7)               | $t_{54} = -8,932,$<br>$p < 0,001$   | 64,2<br>(12,0)                                     | 75,8<br>(8,6)            | $t_{70} = -8,461,$<br>$p < 0,001$   |
| Экономисты                    | 61,6<br>(14,1)                                | 74,4<br>(12,5)              | $t_{127} = -10,081,$<br>$p < 0,001$   | 55,1<br>(14,4)                                     | 72,6<br>(10,1)           | $t_{56} = -9,578,$<br>$p < 0,001$   |
| Главные<br>бухгалтеры         | 59,7<br>(15,3)                                | 76,0<br>(11,7)              | $t_{147} = -12,202,$<br>$p < 0,001$   | 54,4<br>(16,2)                                     | 72,9<br>(12,3)           | $t_{89} = -10,959,$<br>$p < 0,001$  |

Таким образом, проведенное обучение на курсах повышения квалификации по вопросам управления государственным предприятием на праве хозяйственного ведения способствовало повышению уровня знаний во всех группах слушателей, в среднем на 14 баллов, особенно в группе главных бухгалтеров организаций ПМСП – на 18,5 баллов и в группе экономистов организаций ПМСП – на 17,5 баллов (рисунок 4).

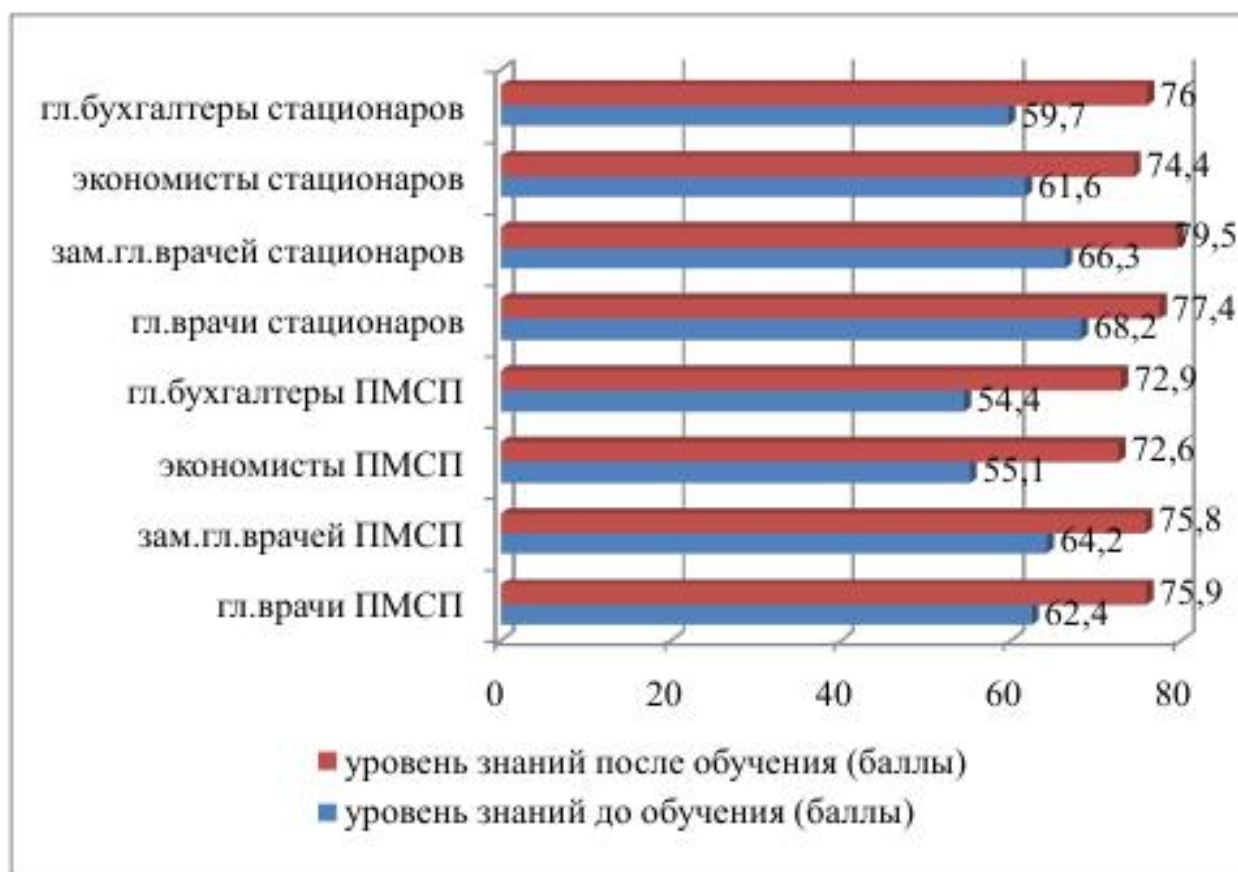


Рисунок 4 – Уровень знаний менеджеров здравоохранения до и после обучения

Сравнительный анализ средних уровней знаний между специалистами стационаров и организаций ПМСП после обучения выявил статистически значимые различия только при сравнении группы заместителей главных врачей стационаров и заместителей главных врачей организаций ПМСП.

Уровень знаний у заместителей главных врачей стационаров после обучения стал в среднем на 3,6 баллов ( $SD = 1,56$ ) выше, чем у заместителей главных врачей организаций ПМСП ( $t = 2,332$ ,  $df = 124$ ,  $p = 0,021$ ).

Для выявления различий между средними значениями уровня знаний в четырех группах менеджеров организаций стационаров (главные врачи стационаров, заместители главных врачей стационаров, экономисты стационаров и главные бухгалтеры стационаров) после обучения также использовался одномерный дисперсионный анализ (One-Way ANOVA), что позволяет сделать вывод о наличии статистически значимых различий между средними значениями уровня знаний в этих группах ( $F_{3,449} = 3,216$ ;  $p = 0,023$ ) (таблица 21).

Таблица 21 – Средние показатели уровня знаний по вопросам менеджмента после прохождения обучения среди менеджеров стационаров

| Должность<br>(стационары)     | Количество участников | Средний уровень знаний,<br>M | Стандартное отклонение,<br>SD | Стандартная ошибка<br>средней, m | 95%<br>Доверительный<br>интервал |                   | Минимальный уровень<br>знаний | Максимальный уровень<br>знаний | Уровень статистической<br>значимости, p<br>(ANOVA) |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|
|                               |                       |                              |                               |                                  | Нижний<br>предел                 | Верхний<br>предел |                               |                                |  |
| Главные<br>врачи              | 122                   | 77,4                         | 9,63                          | 0,87                             | 75,7                             | 79,1              | 55,0                          | 95,0                           | p = 0,023  |
| Заместители<br>главных врачей | 55                    | 79,5                         | 8,75                          | 1,18                             | 77,1                             | 81,8              | 55,0                          | 95,0                           |  |
| Экономисты                    | 128                   | 74,4                         | 12,50                         | 1,11                             | 72,2                             | 76,6              | 25,0                          | 100,0                          |  |
| Главные<br>бухгалтеры         | 148                   | 76,0                         | 11,72                         | 0,96                             | 74,1                             | 77,9              | 20,0                          | 95,0                           |  |

Для обнаружения, между какими группами менеджеров стационаров имеются различия после обучения, были проведены апостериорные сравнения с использованием критерия Games-Howell, которые показали статистически значимые различия между средними значениями уровня знаний заместителей главных врачей и экономистами стационаров,  $p = 0,011$  (таблица 22).

Таблица 22 – Апостериорные сравнения среднего уровня знаний менеджеров стационаров после обучения с использованием критерия Games-Howell

| Должность<br>(менеджеры стационаров) |               | Разница средних<br>(I-J) | Стандартная<br>ошибка | Уровень<br>статистической<br>значимости, p | 95%<br>Доверительный<br>интервал |                   |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|-------------------|
|                                      |               |                          |                       |  | Нижний<br>предел                 | Верхний<br>предел |
| I                                    | J             |                          |                       |  |                                  |                   |
| Глав.врачи                           | Зам.гл.врача  | -2,03651                 | 1,46673               | 0,509                                      | -5,8608                          | 1,7878            |
|                                      | Экономисты    | 3,05085                  | 1,40741               | 0,135                                      | -0,5906                          | 6,6923            |
|                                      | Бухгалтеры    | 1,41803                  | 1,29933               | 0,695                                      | -1,9410                          | 4,7771            |
| Зам.<br>гл.врачей                    | Глав.врачи    | 2,03651                  | 1,46673               | 0,509                                      | -1,7878                          | 5,8608            |
|                                      | Экономисты*   | 5,08736                  | 1,61651               | 0,011                                      | 0,8854                           | 9,2893            |
|                                      | Бухгалтеры    | 3,45455                  | 1,52334               | 0,111                                      | -0,5104                          | 7,4195            |
| Экономисты                           | Глав.врачи    | -3,05085                 | 1,40741               | 0,135                                      | -6,6923                          | 0,5906            |
|                                      | Зам.гл.врача* | -5,08736                 | 1,61651               | 0,011                                      | -9,2893                          | -0,8854           |
|                                      | Бухгалтеры    | -1,63281                 | 1,46631               | 0,682                                      | -5,4241                          | 2,1584            |
| Бухгалтеры                           | Глав.врачи    | -1,41803                 | 1,29933               | 0,695                                      | -4,7771                          | 1,9410            |
|                                      | Зам.гл.врача  | -3,45455                 | 1,52334               | 0,111                                      | -7,4195                          | 0,5104            |
|                                      | Экономисты    | 1,63281                  | 1,46631               | 0,682                                      | -2,1584                          | 5,4241            |

\* уровень статистической значимости в пределах 0,05

Таким образом, после обучения уровень знаний заместителей главных врачей стационаров статистически значимо отличался от уровня знаний экономистов стационаров и был выше в среднем на 5 баллов.

При сравнении средних значений уровня знаний менеджеров организаций ПМСП (главные врачи ПМСП, их заместители, экономисты ПМСП и главные бухгалтеры ПМСП) после обучения с использованием одномерного дисперсионного анализа (One-Way ANOVA) статистически значимых различий не выявлено ( $F_{3,277} = 1,933$ ;  $p = 0,115$ ).

Таким образом, результаты анализа уровня знаний руководителей здравоохранения по вопросам менеджмента показали, что существует острая необходимость в обучении руководителей на всех уровнях. Особый акцент необходимо делать на таких вопросах, как законодательство здравоохранения, управление предоставлением услуг, управление финансами, кадровый менеджмент. Совершенствовать управленческие компетенции руководителей необходимо в соответствии с их уровнем, на основе оценки имеющихся знаний и потребностей в обучении, для чего следует проводить предварительную оценку знаний участников обучения с последующей коррекцией и доработкой учебного материала. Необходимо создавать дифференцированные учебные программы в зависимости от потребности групп.

### 3.3 Результаты анализа оценки программы обучения

В обучении использовались лекции, семинарских и практические занятия, самостоятельная работа слушателей курса, посещения показательных медицинских организаций. Формат проведения занятий содействовал развитию практических навыков и аналитического мышления.

Для оценки программы обучения использовалась «Анкета эффективности программы обучения», включающая 11 вопросов. В оценке программы обучения приняли участие 734 специалиста-менеджера. Как показали результаты исследования, важность темы программы обучения отметили 98,1% участников ( $n = 720$ ; 95% ДИ: 96,82 – 98,86), 1,9% ( $n = 14$ ; 95% ДИ: 1,14 – 3,18) участников затруднились ответить. После прохождения обучения узнали новое для себя 99,46% участников ( $n = 730$ ; 95% ДИ: 98,61 – 99,79), 0,54% ( $n = 4$ ; 95% ДИ: 0,21 – 1,39) слушателей курса ничего нового для себя не узнали. Высокую насыщенность программы обучения новой информацией указали 99,32% ( $n = 729$ ; 95% ДИ: 98,42 – 99,71), среднюю – 0,68% участников ( $n = 5$ ; 95% ДИ: 0,29 – 1,58).

Последовательность и логичность изложения учебного материала оценивалась по шкале от 0 до 10 баллов. 10 баллов отметили 88,15% слушателей ( $n = 647$ ; 95% ДИ: 85,61 – 90,29), 9 баллов дали 6,95% обученных специалистов ( $n = 51$ ; 95% ДИ: 5,33 – 9,02), на 8 баллов оценили последовательность и логичность учебного материала 3,54% слушателей ( $n = 26$ ; 95% ДИ: 2,43 – 5,14) и 7 баллов дали 1,36% ( $n = 10$ ; 95% ДИ: 0,74 – 2,29) слушателей. Объем изложенного материала посчитали недостаточным 1,09% участников ( $n = 8$ ; 95% ДИ: 0,55 – 2,14), достаточным – 97,96% ( $n = 719$ ; 95% ДИ: 96,66 – 98,76) и перенасыщенным – 0,95% ( $n = 7$ ; 95% ДИ: 0,46 – 1,95). Трудно было воспринимать учебный материал для 3,81% слушателей ( $n = 28$ ; 95% ДИ: 2,65 – 5,45), 96,19% участников ( $n = 706$ ; 95% ДИ: 94,55 – 97,35) отметили, что воспринимать учебный материал было легко.

Для проведения курсов повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения» были привлечены 12 преподавателей КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова и 6 преподавателей внешних организаций. Из них: 4 доктора медицинских наук и 4 кандидата медицинских наук. Оценка преподавателей проводилась по шкале от 0 до 10 баллов, где 10 баллов расценивались как наивысший балл. В структуре педагогических способностей преподавателя оценивались такие умения, как умение ориентироваться на конечную цель, умение структурировать занятие, выбирать формы проведения занятия, работать с наглядными пособиями, коммуникативные навыки, педагогический такт, профессиональные знания. Анализ оценок способностей преподавателей показал, что наименьший результат среди преподавателей составил 7,5 балла, наивысший – 9,9 балла.

Удовлетворенность работой преподавателей оценивалась по шкале от 0 до 10 баллов. 91,83% слушателей ( $n = 674$ ; 95% ДИ: 89,62 – 93,6) отметили 10 баллов, 6,13% ( $n = 45$ ; 95% ДИ: 4,61 – 8,1) – 9 баллов, 1,36% ( $n = 10$ ; 95% ДИ:



0,74 – 2,49) – 8 баллов и 0,68% слушателей (n = 5; 95% ДИ: 0,29 – 1,58) отметили 7 баллов.

98,64% (n = 724; 95% ДИ: 97,51 – 99,26) слушателей отметили, что полученные на обучающем курсе знания помогут им лучше выполнять работу в будущем, в тоже время 1,36% (n = 10; 95% ДИ: 0,74 – 2,49) слушателей затруднились ответить на вопрос, помогут ли полученные знания улучшить работу.

Все участники обучения 100% (n = 734; 95% ДИ: 99,48 – 100) выразили свое согласие, что подобное обучение должно проводиться на регулярной основе.

В ходе исследования были определены темы, которые особенно понравились и заинтересовали слушателей. К ним относятся такие темы, как:

- стратегический менеджмент и бизнес-планирование;
- финансовый менеджмент;
- внедрение дифференцированной оплаты труда;
- кадровый менеджмент;
- управление качеством медицинской помощи.

Анализ предложений слушателей по улучшению курсов показал, что основными пожеланиями были следующие:

- увеличить продолжительность курсов до 2-х недель;
- организовать дополнительное обучение для бухгалтеров и экономистов с привлечением в качестве преподавателей бухгалтеров и экономистов передовых медицинских организаций;
- организовать проведение регулярных курсов повышения квалификации по аспектам менеджмента здравоохранения для руководителей медицинских организаций на платной и бесплатной основе;
- проводить дистанционное обучение;
- разработать методические руководства по менеджменту здравоохранения для руководителей медицинских организаций;
- разработать методические рекомендации по переходу на ПХВ с анализом имеющегося опыта в РК;
- организовать повторные продвинутые курсы после того, как медицинские организации начнут переходить на ПХВ, либо оказывать им практическую помощь на местах.

#### **3.4 Результаты анализа планов медицинских организаций по совершенствованию процесса управления**

В конце обучающего курса на итоговом занятии руководители медицинских организаций представляли разработанный SWOT – анализ и план по совершенствованию процесса управления организацией на основе перехода в организационно-правовую форму государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. Целью разработки SWOT – анализа (Strengths – сильные стороны, Weaknesses – слабые стороны, Opportunities – возможности, Threats – угрозы) было выявление сильных и слабых сторон медицинской

организации, возможностей и угроз при переходе на ПХВ, определение преимуществ, потенциальных возможностей, степени конкурентоспособности, путей минимизации негативного воздействия внутренних и внешних факторов на работу медицинской организации. Обсуждение планов проводилось с применением метода фокус-группы. Всего проведено 39 фокус-групп, по результатам дискуссий которых был составлен единый SWOT – анализ с выявленными внутренними и внешними факторами медицинских организаций в процессе совершенствования управления на основе перехода на ПХВ.

В качестве сильных сторон медицинской организации с переходом в статус ГП на ПХВ с позиции руководителей было отмечено следующее:

- повышение автономности и самостоятельности в управлении предприятием, в решении ценовых и кадровых вопросов;
- расширение прав по распоряжению имеющимся имуществом, распределению и расходованию средств, получаемых из бюджета и от оказания платных медицинских услуг;
  - возможность расширения коммерческой деятельности;
  - возможность эффективного расходования средств;
  - заинтересованность во внедрении новых технологий и методов в лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность;
  - возможность приобретения действительно необходимого медицинского оборудования в лизинг;
  - возможность экономической мотивации улучшения качества услуг (медицинских и немедицинских) и финансирования по конечному результату;
  - возможность применения эффективных форм стимулирования труда работников предприятия, внедрения дифференцированной оплаты труда.

Несмотря на то, что казенные предприятия имеют большую самостоятельность, чем государственные учреждения, они ограничены, например, в самостоятельном определении количества штатов, размерах и формах оплаты труда, которые устанавливаются уполномоченным органом. Такое положение ограничивает применение экономических механизмов стимулирования за выполненный объем и качество услуг. Цены на услуги, производимые и реализуемые казенным предприятием, также устанавливаются органом государственного управления. Доходы, полученные казенным предприятием сверх сметы, подлежат перечислению в соответствующий бюджет. Для предприятия на хозяйственном ведении цены на медицинские услуги по государственному заказу устанавливаются по согласованию с уполномоченным органом, а цены на услуги, производимые и реализуемые предприятием сверх заказа государства, устанавливаются предприятием самостоятельно.

Основанием для приема специалиста на работу в условиях хозяйственного ведения становится не прохождение конкурса, а трудовой договор, условием заключения которого является соответствие потенциального работника квалификационным требованиям, предъявляемым работодателем.

Таким образом, право оперативного управления не обеспечивает в полной мере эффективного управления организациями здравоохранения и не позволяет внедрять новые методы финансирования и экономического стимулирования.

Руководители медицинских организаций отметили, что успешность развития медицинского предприятия на ПХВ, в первую очередь, будет зависеть от личных и деловых качеств его руководителя, его состоятельности как менеджера. Большая степень самостоятельности руководителей медицинских организаций потребует большой объем их ответственности по обязательствам и рост экономических рисков.

Слабыми сторонами перехода медицинской организации в статус ГП на ПХВ были определены следующие:

- повышение ответственности по обязательствам;
- лишение налоговых льгот, повышение тарифов на коммунальные услуги и другим обязательным отчислениям;
- ограничение возможности получения бюджетных средств на капитальные расходы;
- высокий риск убыточности при недобросовестном управлении;
- лишение статуса гражданской службы, что несет дополнительные ответственности за социальную защиту работников, так как работники государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, не являясь гражданскими служащими, утрачивают право на выплату оздоровительного пособия в размере одного должностного оклада при выходе в отпуск.

Возможности для эффективной деятельности медицинских организаций с переходом в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения следующие:

- государственная поддержка;
- обязательное выполнение государственного заказа;
- привлечение пациентов через возможность свободного выбора медицинской организации;
- оплата по клинико-затратным группам (КЗГ) и внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН);
- развитие рынка платных услуг;
- возможность расширения спектра предоставляемых медицинских услуг населению;
- развитие медицинской науки и техники, компьютеризация;
- возможность использования маркетинговых технологий.

Участники обучения обсудили угрозы для медицинской организации с переходом в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, это следующие:

- при формировании тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), администратором бюджетных программ не включается прибыль поставщика медицинских услуг, поэтому коммерческая деятельность государственных

предприятий на праве хозяйственного ведения должна осуществляться за счет предоставления медицинских услуг, не охваченных ГОБМП, что может нести угрозы убыточности или создания монополии на некоторые виды предоставляемых услуг;

- излишняя коммерциализация и стремление к извлечению прибыли могут создать конфликт с целями деятельности медицинской организации или деформировать основы бесплатной медицинской помощи;

- отказ от нерентабельных видов услуг или части обязательств перед прикрепленным населением;

- расширение непрофильной, но приносящей прибыль, деятельности;

- «перекачка» доходов в фонд оплаты труда;

- низкая платежеспособность населения, что ограничит объем платных услуг;

- отток специалистов в «частный» сектор медицины;

- банкротство.

Результаты анализа показали, что независимо от типа медицинской организации и уровня, сильные и слабые стороны в совершенствовании процесса управления с переходом на право хозяйственного ведения, а также возможности и угрозы, будут общими для всех медицинских организаций.

Сильных сторон и возможностей для совершенствования процесса управления с переходом на право хозяйственного ведения больше, в тоже время, по мнению участников фокус-групп, основными проблемами при переходе на право хозяйственного ведения могут быть следующие:

- несовершенство нормативно-правовой базы;

- противодействие со стороны сотрудников, так как работники предприятий на праве хозяйственного ведения теряют статус гражданских служащих, что ведет к потере права на получение лечебного пособия и дополнительного отпуска, а также из-за риска снижения уровня оплаты труда по сравнению с уровнем оплаты труда гражданских служащих в первые годы после перехода на ПХВ;

- неготовность части руководителей медицинских организаций к самостоятельному хозяйствованию;

- неготовность общества к принятию новых организационно-правовых форм медицинских организаций;

- недостаточная поддержка со стороны акиматов.

Таким образом, для совершенствования процесса управления медицинскими организациями необходимо предоставление автономии и самостоятельности через переход медицинской организации на право хозяйственного ведения, в тоже время для снижения угроз и нивелирования слабых сторон в данном процессе следует проводить определенные мероприятия, которые представлены в таблице 23.

Таблица 23 – Проблемы, связанные с переходом медицинской организации на право хозяйственного ведения, и пути решения

| Характеристика проблемы   | Пути решения   |
|---|--|
| Несовершенство нормативно-правовой базы   | Изучение международного опыта. Проведение мониторинга и анализа процесса перехода медицинских организаций на ПХВ, выявление проблем. Создание «площадок» для дискуссий, обмена опытом руководителей медицинских организаций. Анализ предложений руководителей МО по совершенствованию нормативной базы.  |
| Противодействие со стороны сотрудников  | Проведение разъяснительной работы среди сотрудников МО, с приведением экономического обоснования для перехода на ПХВ. Привлечение сотрудников к разработке миссии и Устава организации, бизнес-плана, положения и критериев по внедрению ДО труда. Внедрение принципов корпоративного управления. Повышение корпоративной культуры. Внедрение транспарентных форм стимулирования труда.  |
| Неготовность части руководителей медицинских организаций к самостоятельному хозяйствованию  | Проведение специальных обучающих программ для руководителей. Внедрение дистанционного обучения, обучения на местах.  |
| Неготовность общества к принятию новых организационно-правовых форм медицинских организаций | Проведение информационно-разъяснительной работы с привлечением СМИ. Вовлечение сообщества к решению вопросов совершенствования менеджмента. Изучение потребностей населения в медицинских услугах через проведение маркетинговых исследований.   |
| Недостаточная поддержка со стороны акиматов   | Обсуждение с местной администрацией вопросов совершенствования управления и повышения качества медицинских услуг с учетом факторов, влияющих на принятие решения среди администраторов и политиков, таких как использование научного, политического, социального, экономического обоснования, ясность изложения вопроса, готовность местной администрации принять новшество т.д., с использованием различных технологий повышения информированности – семинары, дебаты, «круглые столы». |

В целом, результаты анализа планов медицинских организаций по совершенствованию процесса управления показали, что существуют определенные трудности, с которыми столкнутся медицинские организации и без решения которых процесс совершенствования менеджмента будет неэффективным.

Дальнейшим шагом в оценке эффективности обучения специалистов-менеджеров было отслеживание в динамике процесса внедрения полученных знаний и навыков на рабочих местах и процесса совершенствования управления медицинскими организациями.

### 3.5 Результаты анализа процесса совершенствования менеджмента в медицинских организациях, руководители которых прошли обучение

Анализ процесса использования полученных знаний и навыков на рабочем месте – важный этап в оценке эффективности обучающих программ, так как показывает приверженность участников к обучению. На данном этапе был проведен опрос обученных руководителей 257 медицинских организаций с использованием анкет обратной связи. Опрос проводился через 1 месяц после прохождения обучения. Результаты анализа анкет обратной связи по использованию обученными менеджерами полученных знаний и навыков на рабочем месте и проведению мероприятий в медицинских организациях по совершенствованию управления представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Распределение медицинских организаций по применению обученными менеджерами полученных знаний и совершенствованию управления на рабочем месте

| Мероприятия, проведенные обученными менеджерами в своих медицинских организациях     | Стационары       |                   |                   |                         | ПМСП             |                   |
|--|------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
|  | районного уровня | городского уровня | областного уровня | республиканского уровня | районного уровня | городского уровня |
| Обученными менеджерами были использованы полученные знания и навыки на рабочем месте | 84<br>(100%)     | 36<br>(100%)      | 37<br>(100%)      | 13<br>(100%)            | 36<br>(100%)     | 51<br>(100%)      |
| Для сотрудников был сделан отчет о прохождении курса повышения квалификации          | 84<br>(100%)     | 36<br>(100%)      | 37<br>(100%)      | 13<br>(100%)            | 36<br>(100%)     | 51<br>(100%)      |

Продолжение таблицы 24

|  |               |               |               |               |               |               |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения»  |               |               |               |               |               |               |
| Организация заинтересована перейти на ПХВ (без учета организаций, которые уже работают на ПХВ)                               | 72<br>(86,7%) | 31<br>(88,6%) | 30<br>(100%)  | 9<br>(100%)   | 32<br>(88,9%) | 45<br>(93,8%) |
| Организация уже работает в условиях ПХВ  | 1<br>(1,2%)   | 1<br>(2,8%)   | 7<br>(18,9%)  | 4<br>(30,8%)  | -             | 3<br>(5,9%)   |
| Разработан план перехода медицинской организации на ПХВ  | 39<br>(46,4%) | 28<br>(77,8)  | 32<br>(86,5%) | 11<br>(84,6%) | 24<br>(66,7%) | 37<br>(72,5%) |
| Обученные менеджеры вошли в состав Рабочей группы по вопросам реорганизации предприятия по переходу на ПХВ                   | 84<br>(100%)  | 36<br>(100%)  | 37<br>(100%)  | 13<br>(100%)  | 36<br>(100%)  | 51<br>(100%)  |
| Обученные менеджеры приняли участие в разработке Устава медицинской организации для работы в условиях хозяйственного ведения | 84<br>(100%)  | 36<br>(100%)  | 37<br>(100%)  | 13<br>(100%)  | 36<br>(100%)  | 51<br>(100%)  |
| В Устав были включены новые виды деятельности  | 4<br>(4,8%)   | 12<br>(33,3%) | 15<br>(40,5%) | 4<br>(30,8%)  | 5<br>(13,9%)  | 17<br>(33,3%) |
| Разработана система дифференцированной оплаты труда сотрудников  | 7<br>(8,3%)   | 11<br>(30,6%) | 17<br>(45,9%) | 8<br>(61,5%)  | 5<br>(13,9%)  | 9<br>(17,6%)  |
| Всего организаций:   | 84            | 36            | 37            | 13            | 36            | 51            |

Как видно из таблицы 24, всеми обученными менеджерами были использованы полученные знания и навыки на рабочем месте. Во всех организациях, менеджеры которых прошли обучение на курсах повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения», для сотрудников был сделан отчет об указанных курсах.

Заинтересованность перейти на ПХВ проявили 30 (100%) стационаров областного уровня и 9 (100%) организаций республиканского уровня. Стационары районного уровня проявили меньшую заинтересованность в переходе на ПХВ. Только 72 (86,7%) стационара районного уровня и 31 (88,6%) стационар городского уровня были заинтересованы перейти на ПХВ. 45 (93,8%) организаций ПМСП городского уровня и 32 (88,9%) организаций ПМСП районного уровня отметили, что заинтересованы в переходе на ПХВ. Среди стационаров районного уровня 1 (1,2%) организация уже работает в условиях ПХВ, перешли на ПХВ 1 (2,8%) стационар городского уровня, 7 (18,9%) стационаров областного и 4 (30,8%) республиканского уровней. Среди организаций ПМСП городского уровня 3 (5,9%) работают в условиях ПХВ. Планы перехода на ПХВ разработаны только в 39 (46,4%) стационарах районного уровня, 28 (77,8%) – городского, 32 (86,5%) – областного и 11 (84,6%) – республиканского уровней, а также в 24 (66,7%) организациях ПМСП районного уровня и в 37 (72,5%) организациях ПМСП городского уровня.

Во всех медицинских организациях обученные менеджеры вошли в состав Рабочей группы по вопросам реорганизации предприятия по переходу на ПХВ и приняли участие в разработке Устава медицинской организации для работы в условиях хозяйственного ведения. Только 4 (4,8%) стационара районного уровня и 5 (13,9%) организаций ПМСП районного уровня включили в Устав новые виды деятельности, этот показатель выше в организациях городского, областного и республиканского уровней: 12 (33,3%) стационара городского уровня, 15 (40,5%) стационаров областного уровня, 4 (30,8%) стационара республиканского уровня и 17 (33,3%) организаций ПМСП городского уровня включили в Устав новые виды деятельности.

Система дифференцированной оплаты труда сотрудников была разработана в основном в стационарах республиканского уровня – 8 (61,5%) организаций и областного уровня – 17 (45,9%). Меньше в стационарах городского уровня – 11 (30,6%) организаций – и в организациях ПМСП городского уровня – 9 (17,6%) организаций.

В ноябре месяце 2011 года, после завершения всего курса повышения квалификации менеджеров здравоохранения на базе КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, был проведен опрос по телефону руководителей всех организаций, менеджеры которых прошли обучения. Нами был проанализирован процесс совершенствования менеджмента в этих организациях через переход в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения и внедрение дифференцированной оплаты труда, результаты анализа представлены в таблице 25.



Таблица 25 – Процесс совершенствования менеджмента в организациях, руководители которых прошли обучение, к ноябрю 2011 года

| Показатели   | Стационары |      | Организации ПМСП |      |
|--|------------|------|------------------|------|
|  | Абс.       | %    | Абс.             | %    |
| Количество организаций, которые перешли на ПХВ                               | 23         | 13,5 | 10               | 11,5 |
| Количество организаций, которые планируют перейти на ПХВ до конца 2011 года  | 21         | 12,4 | 3                | 3,4  |
| Количество организаций, которые планируют перейти на ПХВ в течение 2012 года | 102        | 60   | 56               | 64,4 |
| Количество организаций, которые планируют перейти на ПХВ с 2013 года         | 24         | 14,1 | 18               | 20,7 |
| Не переходят на ПХВ  | 0          | 0    | 0                | 0    |
| Количество организаций, которые внедрили дифференцированную оплату труда     | 28         | 16,5 | 26               | 29,9 |
| Количество организаций ПМСП, которые осуществляют самостоятельно расчет СКПН | -          | -    | 87               | 100  |
| Итого  | 170        | 100  | 87               | 100  |

Как видно из таблицы 25, только 23 (13,5%) стационаров и 10 (11,5%) организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучения, перешли на ПХВ. Все другие организации планировали переход на период с 2011 до 2013 годы, максимальное количество как стационаров (60%), так и организаций ПМСП (64,4%) планировали переход на ПХВ в 2012 году. Данные запланированного перехода стационаров на ПХВ представлены на рисунке 5.

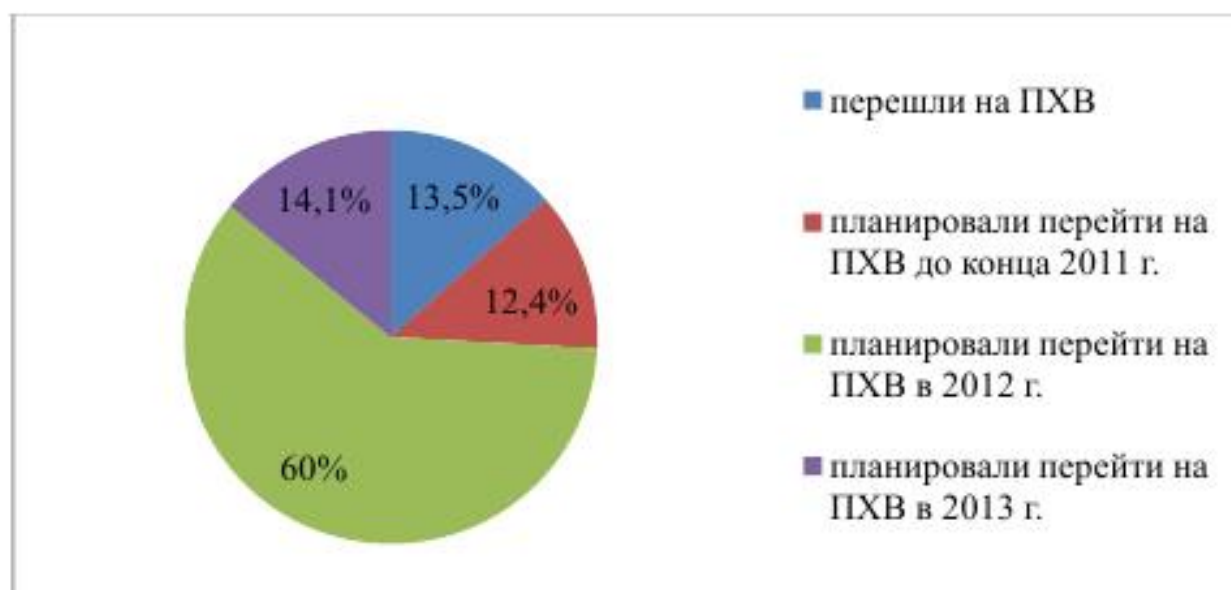


Рисунок 5 – Запланированный процесс перехода стационаров на ПХВ

Данные запланированного перехода организаций ПМСП на ПХВ представлены на рисунке 6.

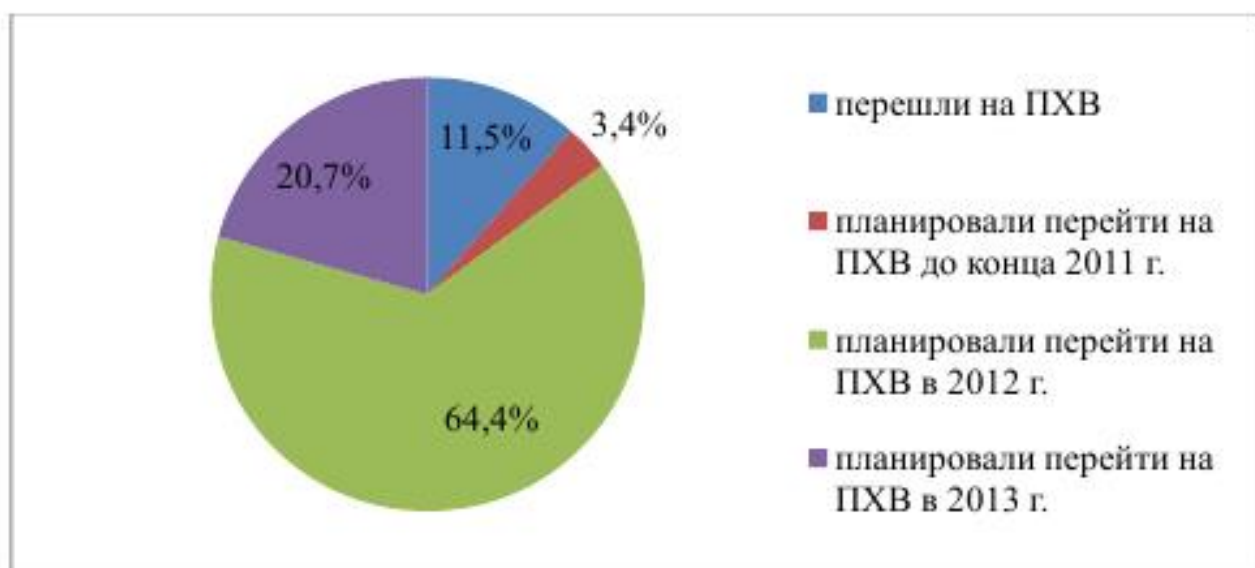


Рисунок 6 - Запланированный процесс перехода организаций ПМСП на ПХВ

Ситуация по внедрению стимулирующей оплаты труда к ноябрю месяцу 2011 года была следующая: 28 (16,5%) стационаров и 26 (29,9%) организаций ПМСП внедрили дифференцированную оплату труда (рисунок 7).

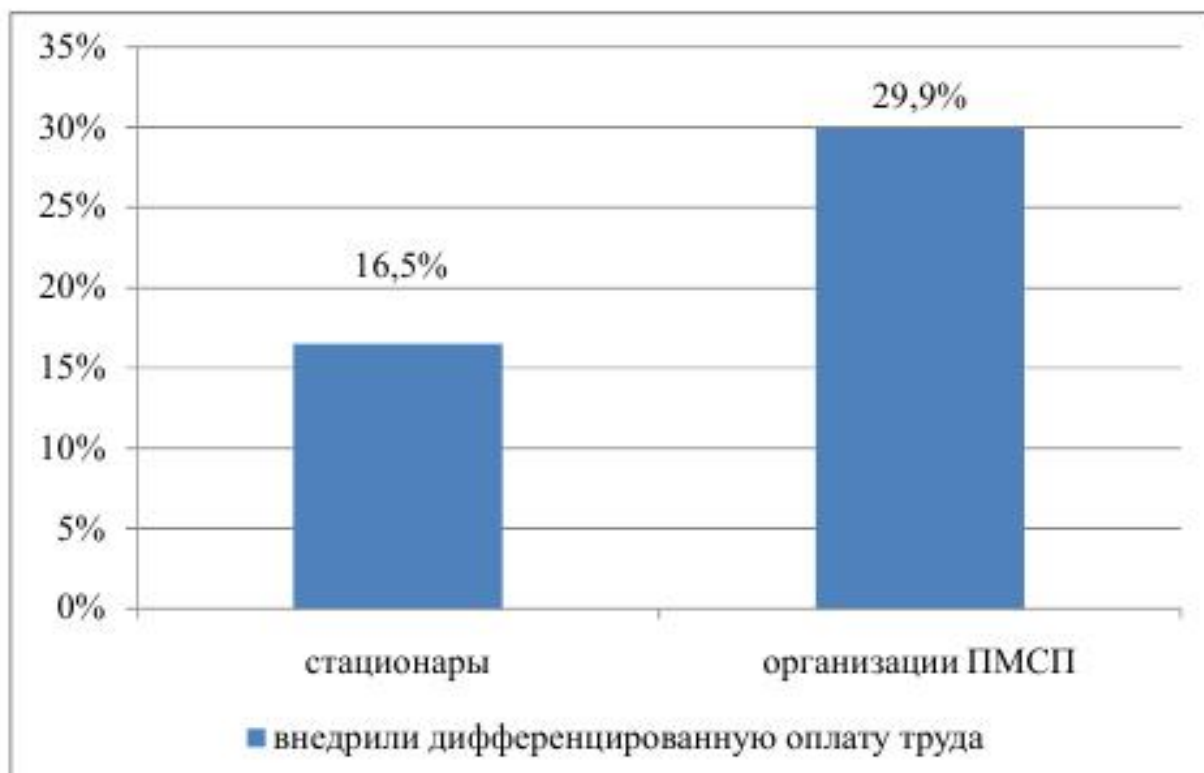


Рисунок 7 – Внедрение дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях, менеджеры которых прошли обучение, на ноябрь 2011г.

При анализе внедрения дифференцированной оплаты труда мы целенаправленно выясняли у руководителей медицинских организаций, чтобы данный тип стимулирующих доплат действительно выплачивался по результатам труда сотрудников с учетом выполненного объема работы, высокого качества и результатов, внедрения современных технологий, наличия инновационной деятельности в течение определенного календарного времени.

Таким образом, материальное стимулирование работников оценивалось нами как одна из форм реализации экономических методов управления.

Нами также был изучен запланированный процесс перехода на ПХВ и внедрение дифференцированной оплаты труда в стационарах и организациях ПМСП в разрезе областей.

В таблице 26 представлены результаты запланированного перехода на ПХВ организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, 3 областей РК и города Алматы.

Таблица 26 – Запланированный переход организаций ПМСП на ПХВ и внедрение дифференцированной оплаты труда в разрезе областей

| Показатели   |      | Алматы | Кызылординская область | Алматинская область | ЮКО  | Итого |
|--|------|--------|------------------------|---------------------|------|-------|
| Общее количество организаций ПМСП                                  |      | 30     | 11                     | 8                   | 38   | 87    |
| из них, перешли на ПХВ   | Абс. | 5      | 5                      | -                   | -    | 10    |
|  | %    | 16,7   | 45,5                   | -                   | -    | -     |
| планируют перейти на ПХВ до конца 2011 года                        | Абс. | -      | -                      | 3                   | -    | 3     |
|  | %    | -      | -                      | 37,5                | -    | -     |
| планируют перейти на ПХВ в течение 2012 года                       | Абс. | 18     | 6                      | 5                   | 27   | 56    |
|  | %    | 60     | 54,5                   | 62,5                | 71,1 | -     |
| планируют перейти на ПХВ с 2013 года                               | Абс. | 7      | -                      | -                   | 11   | 18    |
|  | %    | 23,3   | -                      | -                   | 28,9 | -     |
| организации ПМСП, которые внедрили дифференцированную оплату труда | Абс. | 10     | 1                      | 3                   | 12   | 26    |
|  | %    | 33,3   | 9,1                    | 37,5                | 31,6 | -     |
| организации ПМСП, которые осуществляют самостоятельно расчет СКПН  | Абс. | 30     | 11                     | 8                   | 38   | 87    |
|  | %    | 100    | 100                    | 100                 | 100  | 100   |

Как видно из таблицы 26, к ноябрю 2011 года лидировали в процессе перехода на право хозяйственного ведения организации ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, Кызылординской области (45,5% обученных организаций перешли на ПХВ).

Среди организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, 33,3% организаций ПМСП города Алматы, 37,5% организаций ПМСП Алматинской области, 31,6% организаций ПМСП Южно-Казахстанской области внедрили дифференцированную оплату труда.

Ситуация по переходу на право хозяйственного ведения среди стационаров, менеджеры которых прошли обучение, к ноябрю 2011 года была следующая: лидировали в процессе перехода на ПХВ стационары трех регионов: Северо-Казахстанская область – 100% обученных организаций перешли на ПХВ, Западно-Казахстанская область – 25% обученных организаций перешли на ПХВ и город Алматы – 36% обученных организаций перешли на право хозяйственного ведения.

Процесс внедрения дифференцированной оплаты труда среди стационаров более активно прошел в четырех областях: Северо-Казахстанская область – 100% обученных организаций внедрили дифференцированную оплату труда, Жамбылская область – 40% обученных организаций внедрили дифференцированную оплату труда, Костанайская область – 35,7 обученных организаций внедрили дифференцированную оплату труда и Кызылординская область – 33,3% обученных организаций внедрили дифференцированную оплату труда.

В таблице 27 представлены результаты запланированного перехода стационаров, менеджеры которых прошли обучение, в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения 11 областей РК и городов Астана, Алматы.

Таблица 27 – Запланированный переход стационаров на ПХВ и внедрение дифференцированной оплаты труда в разрезе областей

| Показатели   | Астана | Алматы | Атырауская область | Мангыстауская область | Актюбинская область | Костанайская область | Кызылординская область | Жамбылская область | Алматинская область | ВКО   | СКО  | ЗКО | ЮКО   | Итого |
|--|--------|--------|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------------|--------------------|---------------------|-------|------|-----|-------|-------|
| Общее количество стационаров                                 | 1      | 25     | 13                 | 13                    | 12                  | 14                   | 9                      | 5                  | 6                   | 14    | 3    | 20  | 35    | 170   |
| перешли на ПХВ   | -      | 9      | 1                  | 2                     | 1                   | 1                    | 1                      | -                  | -                   | -     | 3    | 5   | -     | 23    |
|  | -      | 36%    | 7,7%               | 15,4%                 | 8,3%                | 7,1%                 | 11,1%                  | -                  | -                   | -     | 100% | 25% | -     | -     |
| планируют перейти на ПХВ до конца 2011 года                  | -      | -      | 3                  | 4                     | 4                   | -                    | 1                      | -                  | 4                   | 2     | -    | 2   | 1     | 21    |
|  | -      | -      | 23,1%              | 30,8%                 | 33,4%               | -                    | 11,1%                  | -                  | 66,7%               | 14,3% | -    | 10% | 2,8%  | -     |
| планируют перейти на ПХВ в течение 2012 года                 | 1      | 14     | 9                  | 7                     | 7                   | 13                   | -                      | 5                  | 2                   | 12    | -    | 13  | 19    | 102   |
|  | 100%   | 56%    | 69,2%              | 53,8%                 | 58,3%               | 92,9%                | -                      | 100%               | 33,3%               | 85,7% | -    | 65% | 54,3% | -     |
| планируют перейти на ПХВ с 2013 года                         | -      | 2      | -                  | -                     | -                   | -                    | 7                      | -                  | -                   | -     | -    | -   | 15    | 24    |
|  | -      | 8%     | -                  | -                     | -                   | -                    | 77,8%                  | -                  | -                   | -     | -    | -   | 42,9% | -     |
| стационары, которые внедрили дифференцированную оплату труда | 1      | 4      | 2                  | -                     | -                   | 5                    | 3                      | 2                  | 1                   | -     | 3    | 3   | 4     | 28    |
|  | 100%   | 16%    | 15,4%              | -                     | -                   | 35,7%                | 33,3%                  | 40%                | 16,7%               | -     | 100% | 15% | 11,4% | -     |

На рисунке 8 представлен переход стационаров на ПХВ, как его запланировали руководители организаций после прохождения обучения в разрезе областей.

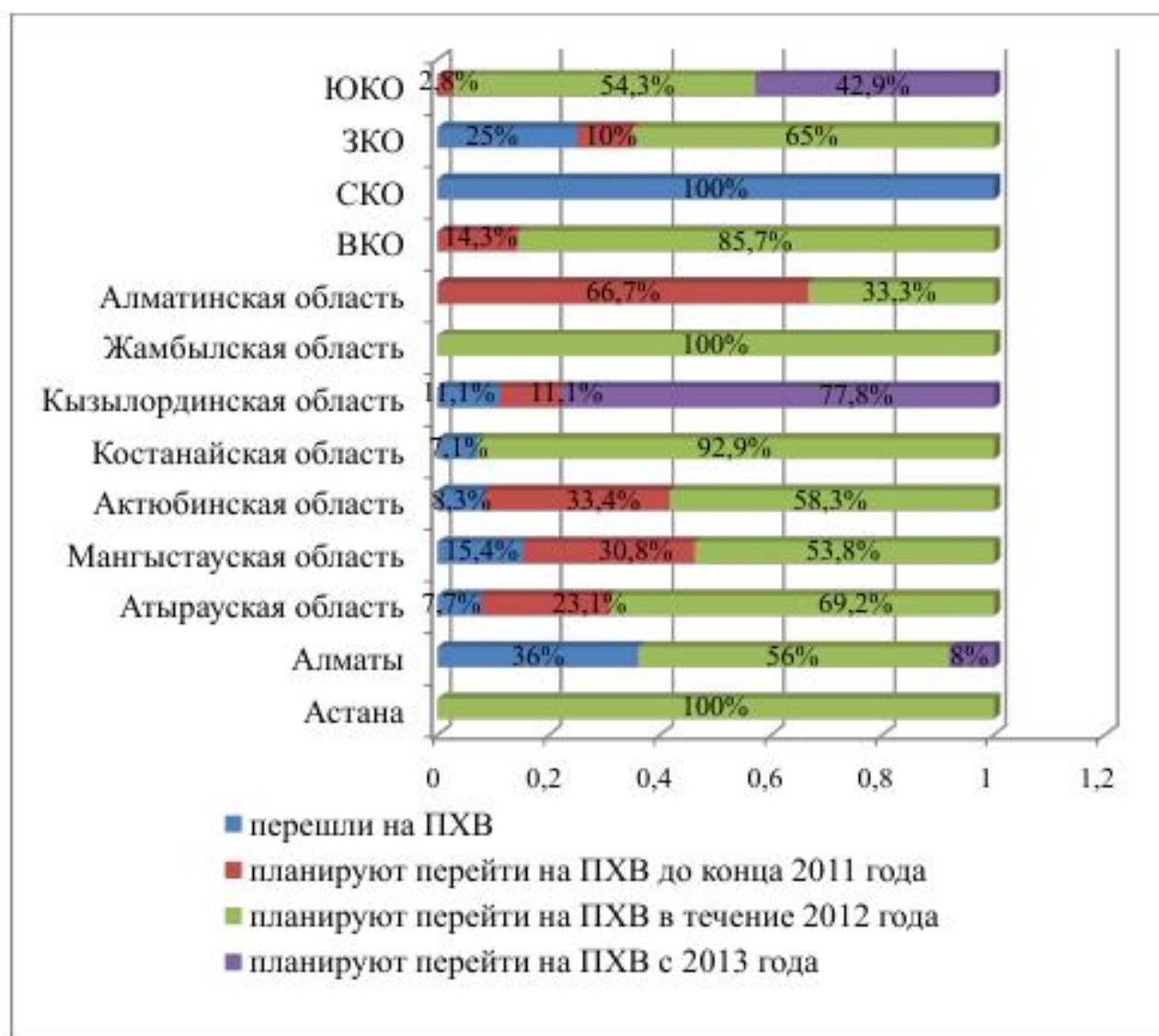


Рисунок 8 – Запланированный процесс перехода стационаров на ПХВ в разрезе областей

На рисунке 9 представлен переход организаций первичной медико-санитарной помощи в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, как его запланировали руководители организаций после прохождения обучения в разрезе областей.

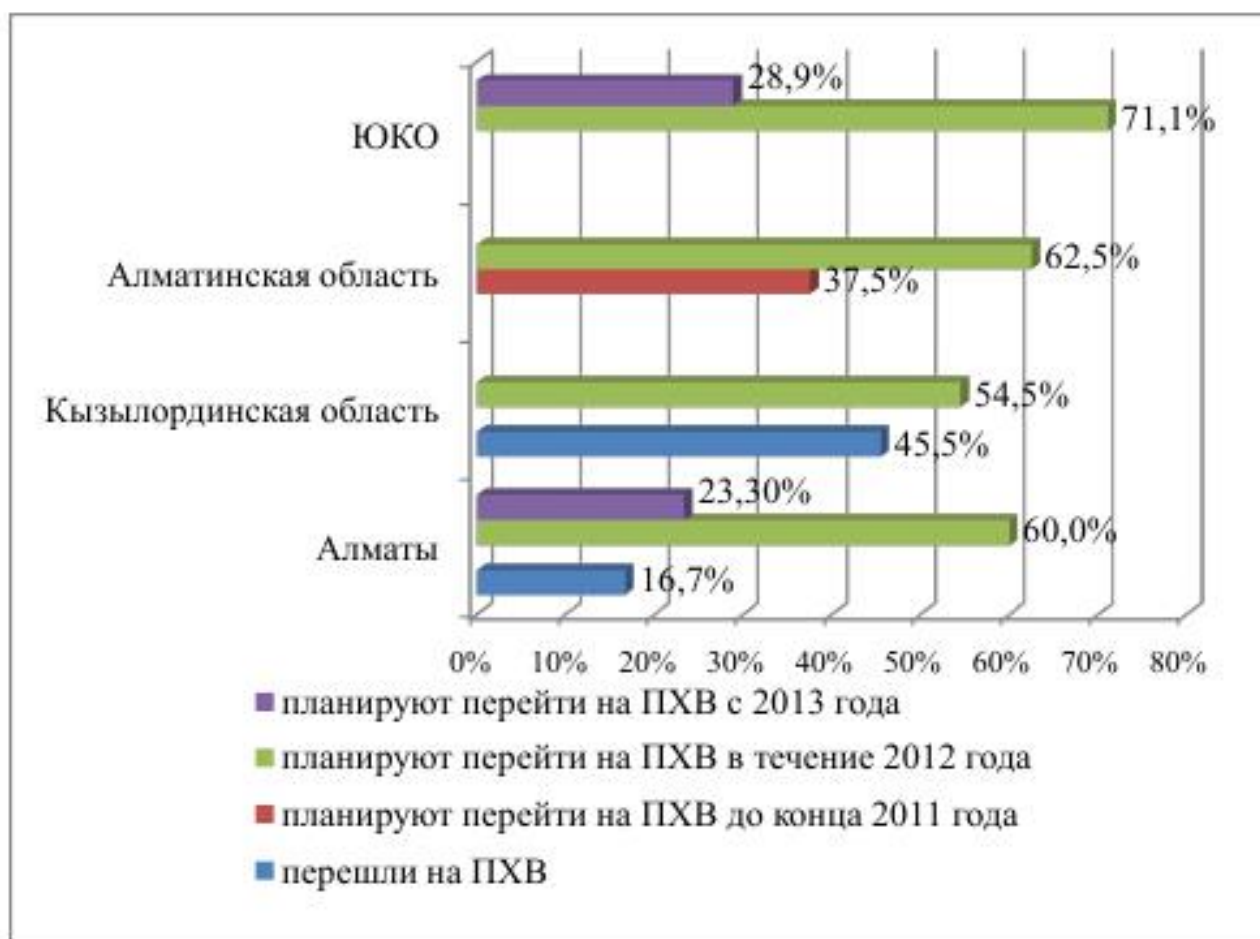


Рисунок 9 – Запланированный процесс перехода организаций ПМСП на ПХВ в разрезе областей

Несмотря на то, что все руководители медицинских организаций, которые прошли обучение на курсах повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения», запланировали переход своих организаций в новый организационно-правовой статус, реально к 2014 году не все медицинские организации перешли на ПХВ.

По результатам анализа интервьюирования руководителей медицинских организаций, которые проходили обучение на базе КазНМУ, к 2014 году только 20,2% стационаров районного уровня, 38,9% стационаров городского уровня, 38,5% стационаров республиканского уровня и 62,2% стационаров областного уровня перешли на ПХВ.

В организациях ПМСП к 2014 году ситуация оказалась следующей: на районном уровне среди тех организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, перешедших на ПХВ не было, 68,6% городских организаций ПМСП перешли на ПХВ.

Полученные результаты по переходу стационаров на ПХВ к 2014 году в разрезе областей представлены в таблице 28.

Таблица 28 – Количество стационаров, менеджеры которых прошли обучение, перешедших в статус ГП на ПХВ к 2014 году

| Область (город) |  | Количество стационаров |                |                   |                |                   |                |                         |                |      |
|-----------------|--|------------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|------|
|                 |  | районный уровень       |                | городской уровень |                | областной уровень |                | республиканский уровень |                |      |
|                 |  | всего                  | перешли на ПХВ | всего             | перешли на ПХВ | всего             | перешли на ПХВ | всего                   | перешли на ПХВ |      |
| Алматинская     |  | 4                      | 1              | -                 | -              | 2                 | 2              | -                       | -              |      |
| Жамбылская      |  | 5                      | 1              | -                 | -              | -                 | -              | -                       | -              |      |
| ЮКО             |  | 15                     | -              | 9                 | -              | 11                | -              | -                       | -              |      |
| Кызылординская  |  | 4                      | -              | 2                 | 1              | 3                 | 2              | -                       | -              |      |
| ЗКО             |  | 12                     | 10             | 1                 | 1              | 7                 | 7              | -                       | -              |      |
| Актюбинская     |  | 9                      | 2              | 1                 | 1              | 2                 | 2              | -                       | -              |      |
| Мангистауская   |  | 5                      | -              | 3                 | 2              | 5                 | 4              | -                       | -              |      |
| Атырауская      |  | 6                      | -              | 2                 | 1              | 5                 | 5              | -                       | -              |      |
| Костанайская    |  | 8                      | -              | 4                 | -              | 2                 | 1              | -                       | -              |      |
| СКО             |  | 3                      | 3              | -                 | -              | -                 | -              | -                       | -              |      |
| ВКО             |  | 13                     | -              | 1                 | 1              | -                 | -              | -                       | -              |      |
| г. Алматы       |  | -                      | -              | 12                | 7              | -                 | -              | 13                      | 5              |      |
| г. Астана       |  | -                      | -              | 1                 | -              | -                 | -              | -                       | -              |      |
| Всего           |  | Абс.                   | 84             | 17                | 36             | 14                | 37             | 23                      | 13             | 5    |
|                 |  | %                      | 100            | 20,2              | 100            | 38,9              | 100            | 62,2                    | 100            | 38,5 |

Полученные результаты по переходу организаций ПМСП на ПХВ к 2014 году в разрезе областей представлены в таблице 29.

Таблица 29 – Количество организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, перешедших в статус ГП на ПХВ к 2014 году

| Область (город)    |  | Количество организаций ПМСП |                |                   |                |      |
|--------------------|--|-----------------------------|----------------|-------------------|----------------|------|
|                    |  | районный уровень            |                | городской уровень |                |      |
|                    |  | всего                       | перешли на ПХВ | всего             | перешли на ПХВ |      |
| Алматинская        |  | 5                           | -              | 3                 | 1              |      |
| Южно-Казахстанская |  | 25                          | -              | 13                | -              |      |
| Кызылординская     |  | 6                           | -              | 5                 | 5              |      |
| г. Алматы          |  | -                           | -              | 30                | 29             |      |
| Всего              |  | Абс.                        | 36             | -                 | 51             | 35   |
|                    |  | %                           | 100            | -                 | 100            | 68,6 |



Таким образом, наиболее успешными в переходе на ПХВ были стационары областного уровня – 62,2% перешли на ПХВ к 2014 году (рисунок 10) и организации ПМСП городского уровня – 68,6% (рисунок 11).

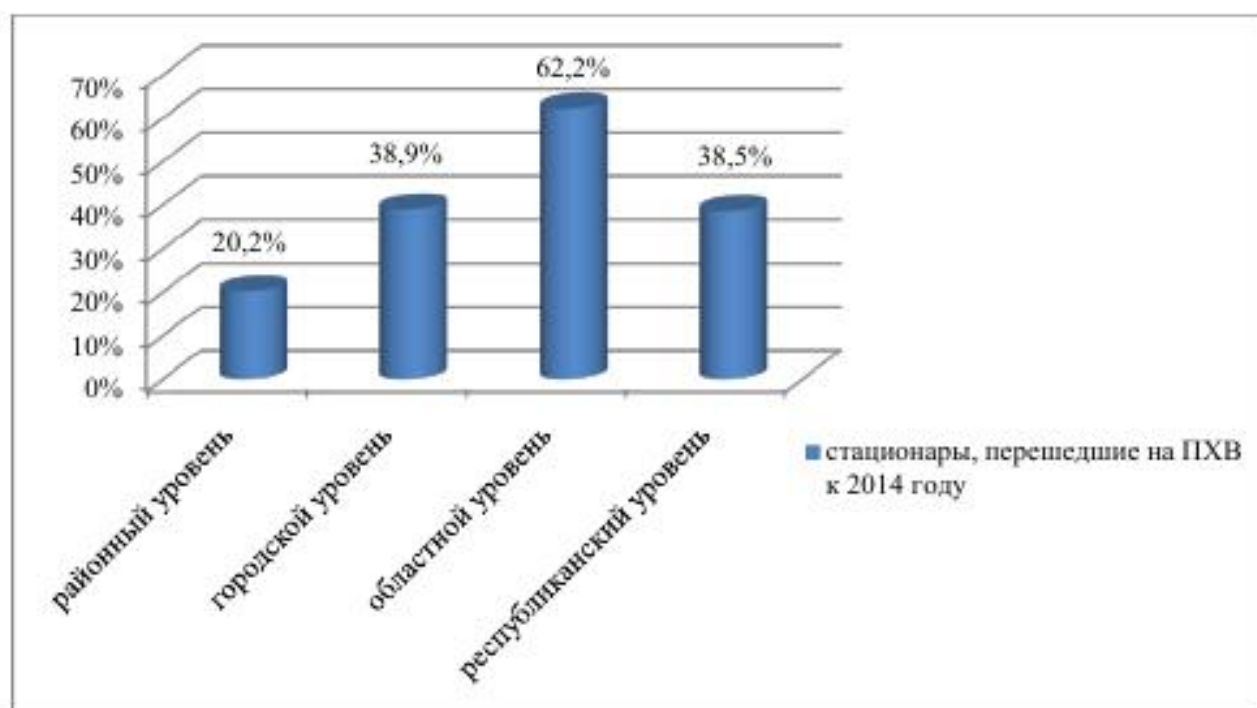


Рисунок 10 – Переход стационаров на ПХВ к 2014 году в зависимости от уровня медицинской организации

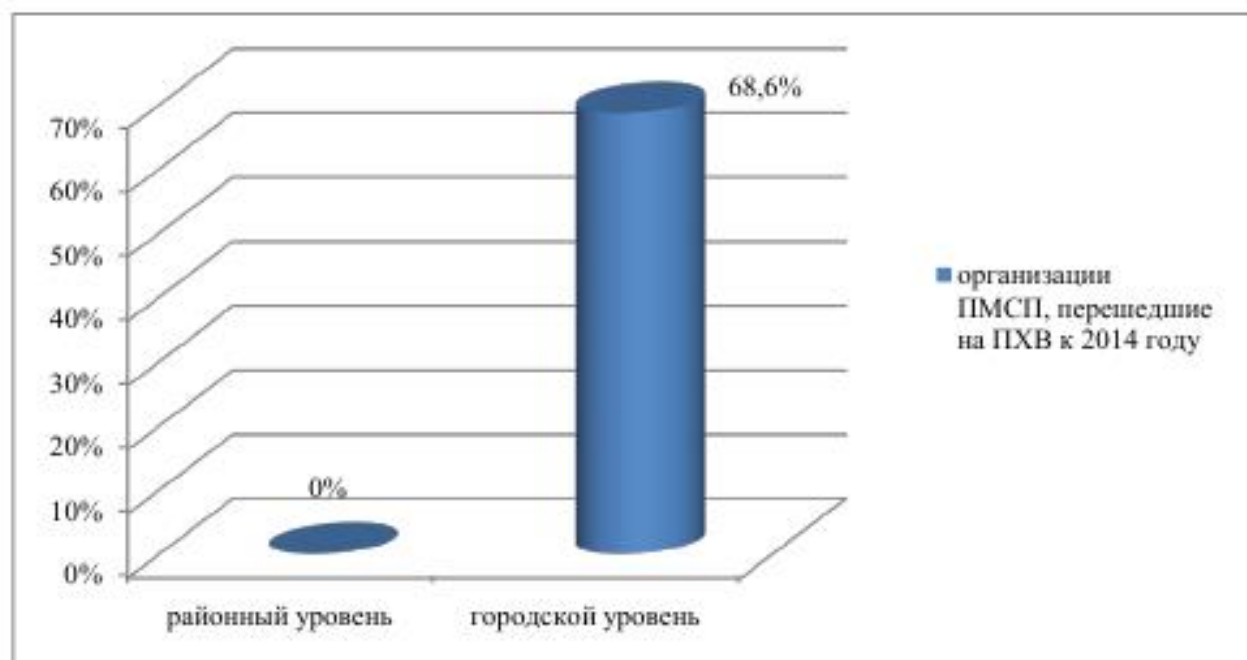


Рисунок 11 - Переход организаций ПМСП на ПХВ к 2014 году в зависимости от уровня медицинской организации

Таким образом, для совершенствования управления медицинской организацией всеми руководителями признается необходимость перехода в новую организационно-правовую форму государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. Но фактически к 2014 году наиболее успешным данный процесс был среди стационаров областного уровня (62,2% внедрили принципы современного менеджмента) и организаций ПМСП городского уровня (68,6% из тех городских организаций ПМСП, менеджеры которых прошли обучение, внедрили принципы современного менеджмента). Для стационаров и организаций первичной медико-санитарной помощи районного уровня данный процесс оказался особенно проблематичным (только 20,2% стационаров районного уровня внедрили принципы современного менеджмента, среди организаций ПМСП районного уровня данный процесс не произошел). Среди стационаров городского и республиканского уровней процесс внедрения современного менеджмента осуществился в 38% организаций. Существует ряд факторов, который препятствует внедрению принципов современного менеджмента, для выявления этих факторов был проведен экспертный анализ с привлечением руководителей системы здравоохранения.

### **3.6 Результаты экспертного анализа факторов, препятствующих внедрению современного менеджмента**

Для анализа факторов, препятствующих внедрению современного менеджмента и переходу медицинских организаций в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, нами были приглашены 10 руководителей медицинских организаций в качестве экспертов. Экспертной группой методом «мозговой атаки» были определены десять основных факторов, характеристика которых представлена в таблице 30.

Таблица 30 – Факторы, препятствующие внедрению современного менеджмента и переходу медицинских организаций на ПХВ

| № фактора | Характеристика фактора   |
|-----------|--|
| 1         | Недостаточный уставный капитал   |
| 2         | Отсутствие поддержки акимата   |
| 3         | Слабая материальная база   |
| 4         | Дефицит высококвалифицированных кадров   |
| 5         | Несовершенство нормативно-законодательной базы   |
| 6         | Отсутствие гарантий того, что при переходе на ПХВ финансовое положение не ухудшится                                  |
| 7         | Нет явных стимулов к переходу на ПХВ с учетом существующих на практике широких возможностей для бюджетных учреждений |
| 8         | Низкая платежеспособность населения  |
| 9         | Неформальные платежи населения медработникам   |
| 10        | Неподготовленность персонала и общественности  |

После определения экспертами основных факторов, было проведено ранжирование, результаты которого представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Ранжирование факторов, препятствующих внедрению современного менеджмента и переходу медицинских организаций в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения

| Факторы                   |     |      |      |     |     |    |    |    |    |    |       |
|---------------------------|-----|------|------|-----|-----|----|----|----|----|----|-------|
| Эксперт                   | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | сумма |
| 1                         | 1   | 1    | 2    | 3   | 4   | 7  | 8  | 5  | 6  | 9  | 46    |
| 2                         | 1   | 1    | 1    | 2   | 2   | 4  | 3  | 5  | 6  | 7  | 32    |
| 3                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 4                         | 2   | 1    | 1    | 3   | 4   | 6  | 7  | 5  | 9  | 8  | 46    |
| 5                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 8  | 7  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 6                         | 1   | 1    | 2    | 4   | 3   | 9  | 8  | 5  | 6  | 7  | 46    |
| 7                         | 1   | 1    | 1    | 2   | 3   | 5  | 4  | 7  | 6  | 8  | 38    |
| 8                         | 2   | 1    | 3    | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 9                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 7  | 6  | 8  | 9  | 10 | 55    |
| 10                        | 1   | 1    | 1    | 2   | 2   | 3  | 5  | 4  | 6  | 7  | 32    |
| Стандартизированные ранги |     |      |      |     |     |    |    |    |    |    |       |
| 1                         | 1,5 | 1,5  | 3    | 4   | 5   | 8  | 9  | 6  | 7  | 10 | 55    |
| 2                         | 2   | 2    | 2    | 4,5 | 4,5 | 7  | 6  | 8  | 9  | 10 | 55    |
| 3                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 4                         | 3   | 1,5  | 1,5  | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 10 | 9  | 55    |
| 5                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 8  | 7  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 6                         | 1,5 | 1,5  | 3    | 5   | 4   | 10 | 9  | 6  | 7  | 8  | 55    |
| 7                         | 2   | 2    | 2    | 4   | 5   | 7  | 6  | 9  | 8  | 10 | 55    |
| 8                         | 2   | 1    | 3    | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 9  | 10 | 55    |
| 9                         | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 7  | 6  | 8  | 9  | 10 | 55    |
| 10                        | 2   | 2    | 2    | 4,5 | 4,5 | 6  | 8  | 7  | 9  | 10 | 55    |
| Сумма рангов              | 17  | 17,5 | 25,5 | 42  | 48  | 74 | 75 | 68 | 86 | 97 | -     |
| Ранги факторов            | 1   | 2    | 3    | 4   | 5   | 7  | 8  | 6  | 9  | 10 | -     |

Таким образом, после проведения стандартизации и суммирования рангов, мы получили окончательное распределение факторов по рангам (таблица 32).

Таблица 32 – Ранги факторов, препятствующих внедрению современного менеджмента и переходу медицинских организаций на ПХВ

| Фактор   | Ранг |
|--|------|
| Недостаточный уставный капитал   | 1    |
| Отсутствие поддержки акимата   | 2    |
| Слабая материальная база   | 3    |
| Дефицит высококвалифицированных кадров   | 4    |
| Несовершенство нормативно-законодательной базы   | 5    |
| Низкая платежеспособность населения  | 6    |
| Отсутствие гарантий того, что при переходе на ПХВ финансовое положение не ухудшится                                  | 7    |
| Нет явных стимулов к переходу на ПХВ с учетом существующих на практике широких возможностей для бюджетных учреждений | 8    |
| Неформальные платежи населения медработникам   | 9    |
| Неподготовленность персонала и общественности  | 10   |

Как видно из таблицы 32, наиболее значимым фактором, препятствующим переходу медицинских организаций в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, является недостаточный уставный капитал. Второе место занимает фактор – отсутствие поддержки акимата, третье – слабая материальная база, четвертое – дефицит высококвалифицированных кадров, пятое – несовершенство нормативно-законодательной базы, шестое – низкая платежеспособность населения, седьмое – отсутствие гарантий того, что при переходе на ПХВ финансовое положение не ухудшится, восьмое – нет явных стимулов к переходу на ПХВ с учетом существующих на практике широких возможностей для бюджетных учреждений, последние места занимают такие факторы, как неформальные платежи населения медработникам и неподготовленность персонала и общественности.

Таким образом, результаты экспертного анализа факторов, препятствующих внедрению современного менеджмента в медицинских организациях, показали, что существующие факторы подразделяются на экономические (дефицит финансовых средств, слабая материальная база, низкая платежеспособность населения), политические (отсутствие поддержки акиматов), правовые (несовершенство законодательной базы), кадровые (дефицит высококвалифицированных кадров, неподготовленность персонала), социальные (неподготовленность общественности), что подтверждает результаты проведенных SWOT-анализов медицинских организаций. Более значимыми факторами, по мнению экспертов, являются недостаточный уставный капитал, отсутствие поддержки акимата, слабая материальная база. Как менее значимые факторы эксперты определили: неформальные платежи населения медработникам и неподготовленность персонала и общественности.

В условиях становления новых организационно-правовых и финансово-экономических отношений повышаются требования к руководителям медицинских организаций, которые становятся ключевым звеном системы управления здравоохранения. Руководитель должен обладать организаторскими и лидерскими способностями, владеть основами экономических и юридических знаний, маркетинга услуг и психологии управления, верить в успех проводимых реформ, предвидеть риски и прогнозировать результаты, постоянно повышать свой профессиональный уровень в области менеджмента (рисунок 12).



Рисунок 12 – Требования к современному руководителю - менеджеру

Для эффективного внедрения современного менеджмента руководителю медицинской организации необходимо решать следующие задачи (рисунок 13).



Рисунок 13 – Задачи руководителя по внедрению современного менеджмента и повышению эффективности управления

#### 4 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Потребителем медицинских услуг является население, поэтому показатель удовлетворенности населения качеством медицинской помощи является одним из наиболее доступных и информативных показателей, демонстрирующих деятельность медицинских организаций и качество предоставляемых услуг. Полученная информация может быть использована не только для фактической оценки оказания медицинской помощи, но и для принятия управленческих решений в целях совершенствования менеджмента медицинской организации. Учитывая вышеизложенное, был проведен анализ удовлетворенности населения города Алматы качеством медицинской помощи. Было опрошено 505 мужчин и 694 женщин старше 45 лет, всего 1199 человек.

56% (n = 670) респондентов отметили, что не довольны качеством медицинского обслуживания в течение последнего года, 44% (n = 529) респондентов отметили, что довольны качеством медицинской помощи в течение последнего года. Среди мужчин 53% (n = 269) недовольных и 47% (n = 236) довольных качеством медицинской помощи. Среди женщин 58% (n = 401) недовольных и 42% (n = 293) довольных качеством медицинской помощи.

Проверка гипотезы о наличии взаимосвязи между полом респондентов и их удовлетворенностью качеством медицинского обслуживания на уровне доверительной вероятности 95% не позволяет отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии статистической взаимосвязи между полом и удовлетворенностью респондентов ( $p = 0,12$ ).

Среди респондентов возрастной группы 45 – 54 лет доля лиц, недовольных качеством медицинской помощи в течение последнего года, составила 53% (n = 222), 47% (n = 198) довольны качеством медицинских услуг.

Среди респондентов возрастной группы 55 – 64 лет доля лиц, недовольных качеством медицинской помощи в течение последнего года, составила 58% (n = 202), 42% (n = 145) довольны качеством медицинских услуг.

В возрастной группе 65 – 74 лет недовольные медицинской помощью составили 59% (n = 161), остались довольны медицинской помощью 41% (n = 113) респондентов этой возрастной группы.

В возрастной группе 75 – 84 лет недовольные медицинской помощью составили 54% (n = 76), остались довольны медицинской помощью 46% (n = 66) респондентов этой возрастной группы.

Среди лиц 85 лет и старше доля недовольных медицинской помощью составила 56% (n = 9), довольных – 44% (n = 7).

Проверка гипотезы о наличии взаимосвязи между возрастом респондентов и их удовлетворенностью качеством медицинского обслуживания также не позволяет отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии статистической взаимосвязи между возрастом и удовлетворенностью респондентов ( $p = 0,468$ ).

Участникам исследования было предложено оценить состояние своего здоровья по следующей градации: плохое, удовлетворительное, хорошее и

отличное. Распределение участников по тому, как они оценили свое здоровье представлено в таблице 33.

Таблица 33 – Распределение участников по оценке состояния своего здоровья

| Состояние здоровья | Количество (человек) |      |         |      | Итого |      | Статистическая значимость             |
|--------------------|----------------------|------|---------|------|-------|------|---------------------------------------|
|                    | мужчины              |      | женщины |      | Абс.  | %    |                                       |
|                    | Абс.                 | %    | Абс.    | %    |       |      |                                       |
| Плохое             | 43                   | 8,5  | 99      | 14,3 | 142   | 11,8 | $\chi^2_{(3)} = 41,78$<br>$p < 0,001$ |
| Удовлетворительное | 241                  | 47,7 | 404     | 58,2 | 645   | 53,8 |                                       |
| Хорошее            | 194                  | 38,4 | 180     | 25,9 | 374   | 31,2 |                                       |
| Отличное           | 27                   | 5,3  | 11      | 1,6  | 38    | 3,2  |                                       |
| Итого              | 505                  | 100  | 694     | 100  | 1199  | 100  |                                       |

Как видно из таблицы 33, наибольшее количество респондентов из числа опрошенных (47,7% мужчин и 58,2% женщин) оценивают свое состояние как удовлетворительное. Хорошее и отличное состояние здоровья чаще отмечали мужчины (38,4% и 5,3%), чем женщины (25,9% и 1,6%). Плохое состояние больше отметили женщины (14,3%), чем мужчины (8,5%). Существует статистическая взаимосвязь между полом и оценкой состояния здоровья  $\chi^2_{(3)} = 41,78$ ,  $p < 0,001$ . Сила взаимосвязи слабая (критерий V Крамера=0,187,  $p < 0,001$ ).

Выявлена статистически значимая взаимосвязь между оценкой здоровья и удовлетворенностью респондентов качеством медицинской помощи  $\chi^2_{(3)} = 37,123$ ,  $p < 0,001$ , причем зависимость носит линейный характер  $\chi^2$  для тренда = 33,828,  $p < 0,001$ . Данные удовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи в зависимости от оценки здоровья представлены в таблице 34.

Таблица 34 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи в зависимости от оценки состояния здоровья

| Состояние здоровья | Не удовлетворены качеством МП |      | Удовлетворены качеством МП |      | Итого |     | Статистическая значимость              |
|--------------------|-------------------------------|------|----------------------------|------|-------|-----|--|
|                    | Абс.                          | %    | Абс.                       | %    | Абс.  | %   |  |
| Плохое             | 101                           | 71,1 | 41                         | 28,9 | 142   | 100 | $\chi^2_{(3)} = 37,123$<br>$p < 0,001$ |
| Удовлетворительное | 384                           | 59,5 | 261                        | 40,5 | 645   | 100 |  |
| Хорошее            | 167                           | 44,7 | 207                        | 55,3 | 374   | 100 |  |
| Отличное           | 18                            | 47,4 | 20                         | 52,6 | 38    | 100 |  |
| Итого              | 670                           | 55,9 | 529                        | 44,1 | 1199  | 100 |  |



Как видно из таблицы 34, 71,1% респондентов, оценивших свое состояние как плохое, не удовлетворены качеством медицинской помощи. Этот показатель снижается в группах респондентов, которые оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное (59,5%), хорошее (44,7%), отличное (47,4%). Таким образом, лица более удовлетворенные состоянием своего здоровья будут более удовлетворены качеством медицинской помощи ( $p < 0,001$ ).

Выявлена статистически значимая взаимосвязь между частотой посещений медицинских организаций и удовлетворенностью респондентов качеством медицинской помощи  $\chi^2_{(5)} = 16,669$ ,  $p = 0,005$ . Данные удовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи в зависимости от частоты посещений медицинских организаций представлены в таблице 35.

Таблица 35 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи в зависимости от частоты посещений медицинских организаций

| Частота посещений медицинских организаций (за последний год) | Не удовлетворены качеством МП |      | Удовлетворены качеством МП |      | Итого |     | Статистическая значимость                |
|--|-------------------------------|------|----------------------------|------|-------|-----|--|
|  | Абс.                          | %    | Абс.                       | %    | Абс.  | %   |  |
| Еженедельно  | 30                            | 78,9 | 8                          | 21,1 | 38    | 100 | $\chi^2_{(5)} = 16,669$ ,<br>$p = 0,005$ |
| Ежемесячно   | 81                            | 47,9 | 88                         | 52,1 | 169   | 100 |  |
| 1 раз в квартал  | 136                           | 54,8 | 112                        | 45,2 | 248   | 100 |  |
| 1 раз в полгода  | 127                           | 51,8 | 118                        | 48,2 | 245   | 100 |  |
| 1 раз в год  | 179                           | 59,5 | 122                        | 40,5 | 301   | 100 |  |
| Не посещали  | 117                           | 59,1 | 81                         | 40,9 | 198   | 100 |  |
| Итого  | 670                           | 55,9 | 529                        | 44,1 | 1199  | 100 |  |

Как видно из таблицы 35, 78,9% респондентов, которые еженедельно посещают медицинские организации, не удовлетворены качеством медицинской помощи. Среди тех, кто посещает медицинские организации ежемесячно, этот показатель меньше, и составил 47,9%. Достаточно высокие показатели (более 50%) неудовлетворенности медицинской помощью отмечаются среди лиц, которые обратились в медицинские организации 1 раз в квартал, 1 раз в полгода, 1 раз в год. 59,1% лиц, которые не обращались в медицинские организации за последний год, но по опыту предыдущих посещений, также отметили, что не удовлетворены качеством медицинской помощи.

Выявлена статистически значимая взаимосвязь между местом, куда обращаются жители г.Алматы за медицинской помощью, и

удовлетворенностью качеством медицинской помощи  $\chi^2_{(4)} = 10,161$ ,  $p = 0,038$ . Сила взаимосвязи незначительная (критерий V Крамера = 0,092,  $p = 0,038$ ).

Данные удовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи в зависимости от места обращения за медицинской помощью представлены в таблице 36.

Таблица 36 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи в зависимости от места обращения за медицинской помощью

| Место обращения за медицинской помощью | Не удовлетворены качеством МП |      | Удовлетворены качеством МП |      | Итого |     | Статистическая значимость                |
|--|-------------------------------|------|----------------------------|------|-------|-----|--|
|  | Абс.                          | %    | Абс.                       | %    | Абс.  | %   |  |
| Поликлиника по месту жительства        | 359                           | 54,4 | 301                        | 45,6 | 660   | 100 | $\chi^2_{(4)} = 10,161$ ,<br>$p = 0,038$ |
| Больница                               | 63                            | 55,3 | 51                         | 44,7 | 114   | 100 |  |
| Частная клиника                        | 137                           | 62,6 | 82                         | 37,4 | 219   | 100 |  |
| «Скорая помощь»                        | 80                            | 49,7 | 81                         | 50,3 | 161   | 100 |  |
| Другое                                 | 31                            | 68,9 | 14                         | 31,1 | 45    | 100 |  |
| Итого                                  | 670                           | 55,9 | 529                        | 44,1 | 1199  | 100 |  |

Как видно из таблицы 36, наибольшее количество респондентов (62,6%) неудовлетворенных качеством медицинской помощи было среди тех, кто обращался в частную клинику.

Учитывая, что степень удовлетворенности зависит от изначальных ожиданий пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы, ожидания пациентов выше при обращении в частные клиники.

Более половины из тех, кто обращался в поликлинику по месту жительства (54,4%) и в больницы (55,3%), также отметили, что не удовлетворены качеством медицинского обслуживания. Несколько меньше (49,7%) неудовлетворенных пациентов оказалось среди лиц, кто обращался в «скорую помощь».

Выявлена статистически значимая взаимосвязь между причиной последнего обращения за медицинской помощью и удовлетворенностью качеством медицинской помощи  $\chi^2_{(4)} = 12,625$ ,  $p = 0,013$ . Сила взаимосвязи слабая (критерий V Крамера = 0,103,  $p = 0,013$ ). Данные удовлетворенности респондентов качеством медицинской помощи в зависимости от причины последнего обращения за медицинской помощью представлены в таблице 37.

Таблица 37 – Удовлетворенность качеством медицинской помощи в зависимости от причины последнего обращения за медицинской помощью

| Причина последнего обращения за медицинской помощью | Не удовлетворены качеством МП |      | Удовлетворены качеством МП |      | Итого |     | Статистическая значимость               |
|---|-------------------------------|------|----------------------------|------|-------|-----|---|
|   | Абс.                          | %    | Абс.                       | %    | Абс.  | %   |   |
| Профилактический осмотр                             | 169                           | 57,1 | 127                        | 42,9 | 296   | 100 | $\chi^2_{(4)} = 12,625,$<br>$p = 0,013$ |
| Диспансеризация                                     | 63                            | 67,7 | 30                         | 32,3 | 93    | 100 |   |
| Лечение   | 325                           | 54,0 | 277                        | 46,0 | 602   | 100 |   |
| Консультация  | 73                            | 49,0 | 76                         | 51,0 | 149   | 100 |   |
| Другое  | 40                            | 67,8 | 19                         | 32,2 | 59    | 100 |   |
| Итого   | 670                           | 55,9 | 529                        | 44,1 | 1199  | 100 |   |

Как видно из таблицы 37, наибольшее количество неудовлетворенных качеством медицинской помощи наблюдается в группе лиц, проходивших диспансеризацию (67,7%) и профилактический осмотр (57,1%).

Важным вопросом в совершенствовании управления медицинской организации является изучение причин неудовлетворенности потребителей медицинских услуг качеством медицинского обслуживания. По результатам исследования были выявлены следующие причины неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания, которые представлены в таблице 38.

Таблица 38 – Причины неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания

| Причины неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания | Абс. | %    |
|---|------|------|
| Невнимательность медицинского персонала во время приема         | 190  | 28,4 |
| Длительное время ожидания (большая очередь)                     | 262  | 39,1 |
| Недовольство назначенным лечением                               | 73   | 10,9 |
| Ограниченное время приема медицинским персоналом                | 34   | 5,1  |
| Грубость медицинского персонала при обслуживании                | 27   | 4,0  |
| Другое  | 71   | 10,6 |
| Нет ответа  | 13   | 1,9  |
| Итого   | 670  | 100  |

Как видно из таблицы 38, основные причины неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания это – длительное время ожидания (39,1%), невнимательность медицинского персонала во время приема (28,4%) и недовольство назначенным лечением (10,9%). Таким образом, основные причины неудовлетворенности пациентов зависят преимущественно от организации медицинской помощи, т.е. от управленческих решений.

В настоящее время в некоторых медицинских организациях страны внедрены новые технологии, позволяющие снизить время ожидания медицинской помощи, такие как «поликлиника без очередей» с предварительной записью к специалисту, талонной системой, увеличением количества регистраторов, установкой многоканальных телефонов. Для оптимизации работы регистратуры в некоторых поликлиниках внедрена система «электронная регистратура», при которой данные карточек пациентов заносятся в единую информационную базу, что значительно упрощает работу с медицинскими картами пациентов, помогая регистратору быстро находить карту, знать её точное местонахождение. В мировой практике описан опыт разделения потоков пациентов, когда, например, во второй половине дня ведется прием тех, кому нужны результаты анализов и больничные листы. Эффективным является также оптимизация рабочего графика специалистов поликлиники и диагностической службы, внедрение принципа работы в режиме 24/7 (то есть 24 часа в сутки, 7 дней в неделю). Время ожидания сокращается при установке инфоматов, что позволяет посетителям самостоятельно записаться на прием к врачу. Установка на входах в поликлиники маршрутных «навигаторов», которые содержат информацию, в каких случаях можно не обращаться в регистратуру, а можно сразу идти в кабинет врача, размещение информации о графиках работы специалистов снижают нагрузку на регистратуру.

В целях оптимизации процесса плановой госпитализации и реализации свободного выбора пациента с 2010 года в Казахстане внедрена система Портала «Бюро госпитализации». По данным Комитета оплаты медицинских услуг города Алматы на август 2013 года срок ожидания плановой госпитализации для 16,2% пациентов составил 0-3 дня; 24,3% пациентов ожидали от 4-х до 10 дней; 20,2% ожидали госпитализации от 11 до 20 дней; 11,3% - от 21-го до 30 дней и 28% ожидали госпитализации в клиники города Алматы более 30 дней. Полученные результаты показали, что, несмотря на внедрение новой системы госпитализации, порядка 40% пациентов, нуждающихся в получении стационарной помощи, ожидают своей очереди более 20 дней, что в дальнейшем может сказаться на исходах заболевания, эффективности лечения и повлечь за собой дополнительные расходы, как для медицинских организаций и самого пациента, так и для системы здравоохранения в целом. Данный механизм требует постоянного анализа и совершенствования, как со стороны руководителей стационаров, так и со стороны управлений здравоохранения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время особое внимание уделяется новым подходам к управлению медицинскими организациями, что обусловлено модернизацией системы здравоохранения, необходимостью оперативного решения новых экономических и административно-хозяйственных задач, повышением ответственности за качество медицинской помощи, необходимостью изыскания внутренних ресурсов для деятельности медицинских организаций. Актуальность данного вопроса возрастает и в связи с усилением конкуренции между производителями медицинских услуг, повышением требований к качеству и рациональному использованию ресурсов, расширением внедрения инновационных технологий в сфере здравоохранения.

Поиску наиболее эффективных моделей управления медицинской организации уделяется большое внимание. Современному руководителю уже недостаточно сугубо медицинских знаний и знаний организации системы здравоохранения, сегодня необходимо владеть знаниями и навыками современного менеджмента, что требует принципиально нового подхода к обучению руководителей здравоохранения. Инновационный менеджмент невозможен без специально подготовленных менеджеров с развитыми ключевыми управленческими компетенциями. Подготовка в области управления здравоохранением обязательна не только для главных врачей, но и для их заместителей, а также для заведующих отделениями, которые находятся на оперативном уровне управления медицинской организацией и составляют резерв управленческого корпуса.

Эффективное руководство, основанное на современных управленческих технологиях, должно обеспечивать взаимодействие всех подразделений и сотрудников медицинской организации: медицинских работников, работников хозяйственной и административно-управленческой сфер. Весь коллектив должен быть объединен единой миссией, видением и целью организации. В конечном итоге, результат деятельности любой медицинской организации оценивается по уровню доступности и качества оказания медицинской помощи.

Одним из современных механизмов достижения результативности и качества медицинских услуг является методика бизнес-планирования, которая заключается в разработке стратегии развития медицинской организации и технико-экономического обоснования ее деятельности. В экономике бизнес-планирование является неотъемлемой частью, но в социальной сфере, в частности в здравоохранении, бизнес-план еще не стал привычной основой деятельности медицинской организации. В государственных учреждениях здравоохранения, которые находятся в условиях жесткого администрирования и нормативного распределения, бизнес-планирование в принципе невозможно, но тем медицинским организациям, которые становятся на путь расширения самостоятельности и автономности, бизнес-планирование необходимо. Бизнес-план является ключевым документом и составляется в целях обеспечения

эффективного управления организацией для достижения высокого качества и доступности медицинской помощи.

Бизнес-план является основным инструментом планирования, кратким, точным и доступным описанием предполагаемого бизнеса, описывающим пути и средства достижения перспективных целей, и направлен на достижение максимальной результативности при минимальных затратах.

В бизнес-план медицинской организации рекомендуется включать следующие направления:

- обоснование организационно-правовой формы деятельности;
- миссия и видение организации, цели и задачи;
- приоритетные направления деятельности, перечень медицинских услуг с учетом целевого сегмента рынка, мероприятия по поддержанию стабильного спроса на оказываемые услуги;
- план развития лечебно-диагностического процесса, количественные показатели медико-экономической эффективности структурных подразделений и организации в целом;
- финансовый план, учетная и налоговая политика;
- план маркетинга, формирование ценовой политики, развитие рекламы и позиционирование на рынке с учетом основных конкурентов;
- кадровая политика, схемы оплаты труда и мотивации персонала, план повышения квалификации и обучения кадров, функциональные обязанности и расстановка кадров.

Бизнес-план для медицинской организации обязательно составляется на основе анализа нужд, потребностей и запросов потребителей. При разработке бизнес-плана учитываются как внутренние возможности медицинской организации (квалифицированные кадры, современные технологии, удобные помещения и т.д.), так и внешние факторы – обслуживаемое население и его демографическая характеристика, наличие конкурирующих организаций, экология и др. Бизнес-план включает как перспективное планирование, так и на ближайшее будущее.

Существует большое многообразие моделей разработки бизнес-планов как среди аналогичных по деятельности организаций, так и среди различных по профилю, что исторически обусловлено. Однако, такое положение способствует развитию и распространению новых идей, лежащих в основе бизнес-планов.

Бизнес-план рекомендуется составлять как перспективный, на 3-5 лет вперед. Основные показатели для первого и второго года лучше давать поквартально (или ежемесячно), с третьего года можно указывать годовые показатели.

На титульном листе бизнес-плана указывается наименование организации, адрес, характер плана (план по переходу на ПХВ, созданию акционерного общества, проект развития существующей организации и т.д.), составитель плана и общие сведения. Рекомендуется пронумеровать страницы, отразить в содержании перечень разделов с постраничным указателем.

При анализе медицинской организации рекомендуется проводить SWOT анализ с выявлением и оценкой степени влияния факторов внутренней и внешней среды на результаты деятельности организации.

Обязательным компонентом в системе управления качеством медицинских услуг является систематический анализ мнения пациентов. Оценка пациентом качества медицинской помощи, так же как и профессиональная, экспертная, является эффективным инструментом в улучшении управления медицинской организации, поэтому рекомендуется для включения в бизнес-план.

Согласно методическим указаниям Республиканского Центра развития здравоохранения МЗ РК по разработке бизнес-плана для организаций здравоохранения в структуре бизнес-плана должны быть отражены разделы, приведенные в таблице 39.

Таблица 39 – Структура бизнес-плана

| Разделы бизнес-плана  | Характеристика разделов  |   |
|---|--|---|
|   | для организаций ПМСП   | для стационаров   |
| Оценка конкурентоспособности организации.   | Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг. Анализ конкурентной среды. Основные медико-экономические показатели.   |   |
| Стратегия повышения финансово-экономической самостоятельности предприятия.  | Этапы перехода медицинской организации в организационно-правовую форму «государственное предприятие на праве хозяйственного введения».   |   |
| Повышение конкурентоспособности и финансовой устойчивости организации через качество услуг и удовлетворенность населения. | Эффективная организация ПМСП через внедрение семейного принципа обслуживания и усиление роли медсестры. Внедрение современных медико-социальных и профилактических технологий и повышение их эффективности. Повышение эффективности использования консультативно-диагностической | Внедрение инновационных технологий лечения. Усиление роли медсестры. Повышение эффективности лечебно-диагностической помощи. Организация эффективной работы приемного покоя. Анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. |

Продолжение таблицы 39

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | помощи. Организация работы регистратуры. Качественный отбор пациентов на госпитализацию и эффективное использование стационарозамещающей помощи. Динамика индикаторов СКПН. |  |
| Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации. | Практика ресурсосбережения. Формирование оптимального графика функционирования. Повышение доли внебюджетных средств.  | Эффективность использования коечного фонда, управление структурой госпитализированных пациентов. Интенсификация работы подразделений: непрерывность оказания диагностической помощи, снижение средней длительности лечения за счет внедрения эффективных и современных методов лечения и т.д. Практика ресурсосбережения. Повышение доли внебюджетных средств. |
| Комплексная система мотивации персонала.                             | Кадровая политика. Внедрение дифференцированной оплаты труда. Подготовка и переподготовка кадров.   |  |

В 2012 году по заданию Министерства здравоохранения РК медицинские организации, менеджеры которых прошли обучение по вопросам современного менеджмента, разработали бизнес-планы и предоставили в Республиканский Центр развития здравоохранения для проведения экспертизы. Согласно плану-заданию МЗ РК в бизнес-планах необходимо было отразить следующие направления в совершенствовании менеджмента медицинской организации:

– переход медицинской организации в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения;



- снижение количества госпитализаций в круглосуточный стационар не менее 5% за счет случаев, подлежащих лечению на дневном и амбулаторном уровнях;
- увеличение количества госпитализаций в дневной стационар;
- определение оптимальной структуры коек (сокращение и перепрофилизация);
- обеспечение внедрения современных технологий и ВСМП;
- снижение средней длительности пребывания пациента в стационаре до 7 койко/дней;
- обеспечение снижения расходной части на 10% за счет экономии ресурсов;
- повышение заработной платы труда сотрудников на 30% за счет внедрения дифференцированной оплаты труда;
- увеличение оснащенности медицинской техникой и повышение эффективности ее использования;
- повышение качества оказания медицинских услуг за счет совершенствования работы службы внутреннего аудита (снижение количества дефектов).

Согласно проведенной экспертизе бизнес-планов 344 стационаров 13 областей Казахстана, только в 3,8% (n = 13) медицинских организациях менеджмент был оценен как удовлетворительный, менеджмент требует развития в 73,5% (n = 253) медицинских организациях и менеджмент отсутствует в 22,7% (n = 78) медицинских организациях. Результаты экспертизы бизнес-планов стационаров представлены в таблице 40.

Таблица 40 – Результаты экспертизы бизнес-планов стационаров (по данным РЦРЗ)

| № | Регион      | Оценка менеджмента            | Республиканский уровень МО |   |   | Областной уровень МО |   |   | Городской уровень МО |   |   | Районный уровень МО |   |   | ИТОГО |
|---|-------------|-------------------------------|----------------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|---------------------|---|---|-------|
|   |             |                               | М                          | Р | Д | М                    | Р | Д | М                    | Р | Д | М                   | Р | Д |       |
| 1 | Актюбинская | Менеджмент отсутствует        | -                          | - | - | -                    | - | - | -                    | - | - | -                   | - | - | -     |
|   |             | Менеджмент требует развития   | 1                          | - | - | 1                    | 1 | 1 | 1                    | - | 1 | 12                  | - | - | 18    |
|   |             | Менеджмент удовлетворительный | -                          | - | - | 1                    | - | - | -                    | - | - | -                   | - | - | 1     |
|   |             | Итого                         | 1                          | - | - | 2                    | 1 | 1 | 1                    | - | 1 | 12                  | - | - | 19    |
| 2 | Алматинская | Менеджмент отсутствует        | -                          | - | - | 1                    | - | - | -                    | - | - | 19                  | - | - | 20    |
|   |             | Менеджмент требует развития   | -                          | - | - | 6                    | - | 1 | 3                    | - | - | 23                  | 2 | - | 35    |
|   |             | Менеджмент удовлетворительный | -                          | - | - | -                    | - | - | -                    | - | - | -                   | - | - | -     |
|   |             | Итого                         | -                          | - | - | 7                    | - | 1 | 3                    | - | - | 42                  | 2 | - | 55    |
| 3 | Атырауская  | Менеджмент отсутствует        | -                          | - | - | -                    | - | - | -                    | - | - | 2                   | - | - | 2     |
|   |             | Менеджмент требует развития   | -                          | - | - | 3                    | 1 | 1 | 1                    | 1 | - | 6                   | - | - | 13    |
|   |             | Менеджмент удовлетворительный | -                          | - | - | -                    | - | - | -                    | - | - | -                   | - | - | -     |
|   |             | Итого                         | -                          | - | - | 3                    | 1 | 1 | 1                    | 1 | - | 8                   | - | - | 15    |
| 4 | ВКО         | Менеджмент отсутствует        | -                          | - | - | 2                    | - | - | 6                    | - | 2 | 5                   | - | - | 15    |
|   |             | Менеджмент требует развития   | -                          | - | - | 2                    | - | - | 5                    | 3 | - | 17                  | - | - | 27    |
|   |             | Менеджмент удовлетворительный | -                          | - | - | -                    | - | - | -                    | - | - | -                   | - | - | -     |
|   |             | Итого                         | -                          | - | - | 4                    | - | - | 11                   | 3 | 2 | 22                  | - | - | 42    |
| 5 | Жамбылская  | Менеджмент отсутствует        | -                          | - | - | -                    | 1 | - | -                    | - | - | 1                   | - | - | 2     |
|   |             | Менеджмент требует развития   | -                          | - | - | 5                    | - | 1 | 10                   | 1 | - | 9                   | - | - | 26    |
|   |             | Менеджмент удовлетворительный | -                          | - | - | -                    | - | - | 1                    | - | 1 | -                   | - | - | 2     |
|   |             | Итого                         | -                          | - | - | 5                    | 1 | 1 | 11                   | 1 | 1 | 10                  | - | - | 30    |

Продолжение таблицы 40

|    |                |                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |
|----|----------------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|----|
| 6  | ЗКО            | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1  | - | - | 1  |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 2 | 1 | - | 2 | 1 | - | 14 | - | - | 20 |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 1  | - | - | 3  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | - | 16 | - | - | 24 |
| 7  | Костанайская   | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | -  | - | 1 |    |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 3 | - | 1 | 4 | 3 | 2 | 18 | - | - | 31 |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | - | - | - | - | - | - | -  | - | - | -  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 3 | - | 1 | 5 | 3 | 2 | 18 | - | - | 32 |
| 8  | Кызылординская | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 2  | - | - | 3  |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 | - | - | 4  | - | - | 7  |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2  | - | - | 3  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 1 | - | 1 | 2 | 1 | - | 8  | - | - | 13 |
| 9  | Мангистауская  | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | -  | - | 2 |    |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 2 | - | - | 1 | 2 | - | 4  | - | - | 9  |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 1  | - | - | 3  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | - | 7  | - | - | 14 |
| 10 | СКО            | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | -  | - | 1 |    |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 3 | 1 | 1 | 2 | - | - | 11 | - | - | 18 |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | - | - | - | - | - | - | -  | - | - | -  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 3 | 1 | 1 | 2 | - | - | 12 | - | - | 19 |
| 11 | ЮКО            | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | 1 | 3 | - | 1 | - | 1 | 9  | - | - | 15 |
|    |                | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 5 | 2 | 1 | 3 | - | 1 | 9  | - | - | 21 |
|    |                | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | - | - | - | - | - | - | -  | - | - | -  |
|    |                | Итого                         | - | - | - | 6 | 5 | 1 | 4 | - | 2 | 18 | - | - | 36 |

Продолжение таблицы 40

|             |              |                               |   |   |   |    |    |    |    |    |   |     |   |   |     |
|-------------|--------------|-------------------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|---|-----|---|---|-----|
| 12          | Акмолинская  | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | 1  | -  | -  | 1  | -  | - | 11  | - | - | 13  |
|             |              | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 2  | 1  | 1  | 2  | -  | - | 4   | - | - | 10  |
|             |              | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | -  | -  | -  | -  | -  | - | -   | - | - | -   |
|             |              | Итого                         | - | - | - | 3  | 1  | 1  | 3  | -  | - | 15  | - | - | 23  |
| 13          | Павлодарская | Менеджмент отсутствует        | - | - | - | -  | -  | -  | 1  | -  | - | 2   | - | - | 3   |
|             |              | Менеджмент требует развития   | - | - | - | 3  | 2  | 1  | 4  | 1  | - | 7   | - | - | 18  |
|             |              | Менеджмент удовлетворительный | - | - | - | -  | -  | -  | 1  | -  | - | -   | - | - | 1   |
|             |              | Итого                         | - | - | - | 3  | 2  | 1  | 6  | 1  | - | 9   | - | - | 22  |
| Итого по РК |              |                               | 1 | - | - | 45 | 14 | 12 | 52 | 13 | 8 | 197 | 2 | - | 344 |

М - многопрофильные МО; Р - родильные МО; Д - детские МО

Эти данные согласуются с результатами нашего исследования и свидетельствуют о том, что существуют положительные и отрицательные, внешние и внутренние факторы, влияющие на внедрение современного менеджмента. Основными из них являются уставный капитал, поддержка акимата, адекватная материальная база, уровень подготовки кадров, соответствие нормативно-законодательной базы. Процесс внедрение современного менеджмента требует достаточно продолжительного времени для получения эффективных результатов при соблюдении условий - внешней поддержки со стороны органов управления и сообщества с одной стороны и консолидации усилий самой медицинской организации с другой стороны. Одним из важных аспектов, влияющих на внедрение и совершенствование менеджмента медицинских организаций, является подготовка кадров в данной области.

Как свидетельствуют исследования в области менеджмента, в последнее время в оценке эффективности системы управления любой организации большой популярностью пользуется модель делового совершенствования (Excellence Model), разработанная Европейским фондом по управлению качеством EFQM (European Foundation for Quality), которая представляет собой обобщенную модель идеальной системы управления. Данная модель основана на философии TQM (Total quality management) и системном подходе к управлению, учитывающем интересы всех заинтересованных сторон организации, и рассматривается менеджерами как инструмент оценки уровня развития своих организаций относительно эталонного уровня.

Характеристика основных положений концепции EFQM приведена в таблице 41.

Таблица 41 – Основные положения концепции EFQM

| Положения концепции           | Содержание   |
|-------------------------------|--|
| Ориентация на результат.      | Достижение результатов, которые отвечают интересам всех заинтересованных сторон.   |
| Ориентация на потребителя.    | Создание значимой для потребителя ценности, максимальное удовлетворение нужд и пожеланий настоящих и будущих потребителей.   |
| Лидерство и постоянство цели. | Лидеры олицетворяют модель поведения для работников, демонстрируя постоянство цели, они способны убедить в своей правоте и повести за собой людей. «Постоянство цели» не исключает возможность изменений стратегических и оперативных планов, но требует стабильности в отношении ценностей организации и принципов бизнеса. |

Продолжение таблицы 41

|  |   |
|--|---|
| Процессный подход к управлению на основе фактов. | Управление организацией с помощью взаимозависимых и взаимосвязанных систем и процессов на основе фактов, включая мнения всех заинтересованных сторон, не полагаясь только на интуицию и эмоции менеджеров.        |
| Развитие и вовлечение людей.                     | Работники смогут себя реализовать полностью тогда, когда они искренне разделяют общие ценности, а организационная культура основана на доверии и поощрении их инициативы.   |
| Непрерывное обучение, инновации и улучшение.     | Проведение эффективных изменений с применением знаний и поиском возможностей для инноваций и улучшений. Лучшие организации находятся в процессе непрерывного обучения, применяя внешний и внутренний бенчмаркинг. |
| Развитие партнерских отношений.                  | Развитие и поддержка плодотворных партнерских отношений на принципах доверия, обмена знаниями и совместной деятельности.  |
| Корпоративная и социальная ответственность.      | Построение в долгосрочной перспективе структуры, при которой организация стремится понимать и удовлетворять ожидания всех заинтересованных сторон, включая общество в целом.                                      |

Эффективным методом непрерывного улучшения качества является самооценка организации (внутренний аудит), которую следует воспринимать как критический самоанализ, который вместе с бенчмаркингом является неотъемлемой частью цикла постоянного совершенствования Шухарта–Деминга: «Планируй – Сделай – Проверь – Действуй» (plan-do-check-act, PDCA), основанного на принципе повторения в решении проблемы – достижение улучшения результатов шаг за шагом и повторение цикла совершенствования много раз, используя знания, накопленные на предшествующей стадии.

Для анализа и оценки деятельности медицинской организации также рекомендуется применение модели 7С Мак-Кинси, суть которой заключается в том, что существуют семь внутренних аспектов в организации, которые необходимо согласовать для обеспечения ее успеха, это: стратегия, сумма навыков, совместные ценности, структура организации, системы, сотрудники организации, стиль. Выбор правильной стратегия помогает организации

приспосабливаться к окружающей среде и использовать свой внутренний потенциал, анализ суммы навыков помогает решить, как следует воплощать стратегию в жизнь с учетом совместных общепризнанных ценностей. Изменение структуры организации способствует достижению лучших результатов, а изменение системы является важным фактором в расширении автономии.

Немаловажным фактором является выбор стиля руководства, а также влияние руководства на уровень штата, состав, стимулы и обучение. Важность данной модели заключается в том, что в процессе стратегического планирования уделяется больше внимания установлению связей и согласия между всеми работниками с учетом их интересов, что позволяет выработать целостный взгляд на эффективность деятельности организации.

Актуальным в системе здравоохранения становится внедрение технологии бережливого производства (Lean production, Lean manufacturing) – представляет собой подход к управлению организацией, направленный на повышение качества работы за счет сокращения потерь.

Наиболее популярной моделью, которую используют при оценке эффективности бизнес-процессов медицинских организаций, является система сбалансированных показателей (ССП), главная составляющая процессно-ориентированной системы управления. Данная система была разработана профессорами Гарвардского университета Д. Нортон и Р. Капланом.

В отличие от системы оценки, ориентированной исключительно на финансовые показатели, система сбалансированных показателей позволяет оценить нефинансовые показатели деятельности медицинской организации, такие, как степень удовлетворенности потребителей, внедрение инновационных технологий, маркетинг, профессиональная подготовка кадров и др., что особенно значимо для принятия управленческих решений в системе здравоохранения.

Система сбалансированных показателей характеризует и выявляет причинно-следственные связи между четырьмя аспектами, позволяющими оценить, в какой степени медицинская организация осуществляет поставленные стратегические цели:

- удовлетворенность потребителя;
- внутренние процессы;
- финансы;
- обучение и развитие.

На наш взгляд, пример взаимосвязи системы сбалансированных показателей с бизнес-процессами медицинской организации может быть таким, каким мы представили его в таблице 42.

Таблица 42 – Взаимосвязь системы сбалансированных показателей с бизнес-процессами медицинской организации

| Составляющие ССП              | Приоритетные направления                     | Критерии и показатели   |
|-------------------------------|--|---|
| Удовлетворенность потребителя | Качество медицинских услуг                   | Жалобы пациентов. Мнения пациентов. Соответствие клиничко-диагностическим стандартам и протоколам. Внедрение инновационных технологий.  |
|                               | Доступность медицинских услуг                | Длительность ожидания пациентов. Цена медицинских услуг. Объем ГОБМП.   |
|                               | Имидж организации                            | Мнения пациентов. Место в рейтинге медицинских организаций.   |
| Внутренние процессы           | Эффективное использование имеющихся ресурсов | Внедрение ресурсосберегающих технологий. Количество пациентов, пролеченных по стационарозамещающим технологиям. Сокращение неэффективно работающих коек. Сокращение средней длительности пребывания за счет внедрения эффективных технологий. |
|                               | Обслуживание и сервис                        | Работа регистратуры. Работа приемного отделения. Удовлетворенность пациентов  |
| Финансы                       | Рост производительности                      | Объем медицинских услуг. Прибыль.   |
|                               | Рост эффективности                           | Издержки.   |
| Обучение и развитие           | Корпоративная культура                       | Результаты опроса сотрудников.  |
|                               | Мотивация персонала                          | Система поощрений персонала. Внедрение дифференцированной оплаты труда.   |
|                               | Обучение, повышение квалификации персонала   | Количество обученных сотрудников. Количество семинаров, конференций. Количество внедрений инноваций в деятельность медицинской организации  |



Используя выше перечисленные критерии оценки эффективности деятельности медицинской организации при разработке бизнес-плана, будут учитываться потребности пациентов и сообщества, самой медицинской организации и системы здравоохранения. Важным является процесс реализации бизнес-плана и достижение заявленных результатов. Медицинская организация является открытой структурой, на развитие которой влияют как внутренние, так и внешние факторы, преимуществом которой должны стать такие приоритеты в управлении, как адекватность потребностям населения, возможность быстрой перестройки в ответ на изменения во внешней среде, взаимосвязь и логичность проводимых реформ, уровень подготовки руководящего состава, а также создание корпоративной культуры, как процесса поддержки и разделения ответственности со стороны коллектива.

Таким образом, мировой и отечественный опыт показывает, что в стратегическом управлении деятельности медицинских организаций используются самые разнообразные модели и методы. Дальнейшее изучение и внедрение этих моделей будет способствовать совершенствованию сети медицинских организаций, предоставлению ими качественной и доступной медицинской помощи в соответствии с международными стандартами. Наиболее эффективным подходом к совершенствованию менеджмента медицинских организаций может стать интегрированный подход к использованию моделей управления, позволяющий сочетать различные компоненты моделей и выработать более адекватные и полезные механизмы для каждой медицинской организации.

## **ВЫВОДЫ**

По результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Анализ международного опыта свидетельствует о том, что наиболее эффективным подходом в улучшении функционирования медицинских организаций является внедрение института менеджеров здравоохранения, как инструмента, способствующего совершенствованию менеджмента, эффективному использованию ресурсов, активизированию внутренних возможностей, применению инновационных подходов в организации и управлении, повышению качества медицинских услуг.

2. В настоящее время в Республике Казахстан создана нормативно-правовая база и институциональная основа для подготовки менеджеров здравоохранения, включающая додипломную подготовку, постдипломное обучение (магистратура и PhD-докторантура) и дополнительное профессиональное образование. Создан Центр менеджмента здравоохранения и региональные представительства в пяти медицинских ВУЗах. Специальность «Менеджмент здравоохранения» признана отдельной специальностью и утверждена законодательно.

3. Анализ процесса подготовки менеджеров показал, что руководители медицинских организаций имеют недостаточные знания и навыки в области

современного менеджмента по таким направлениям как «законодательство и этика здравоохранения», «управление предоставлением услуг», «экономика здравоохранения и управление финансами», «управление людьми и собой». Проведенное обучение способствовало повышению уровня знаний во всех группах менеджеров ( $p < 0,001$ ), в среднем на 14 баллов, в группе главных бухгалтеров организаций ПМСП – на 18,5 баллов, в группе экономистов организаций ПМСП – на 17,5 баллов.

4. Всеми руководителями признается, что для совершенствования управления медицинской организацией необходим переход в новую организационно-правовую форму государственного предприятия на праве хозяйственного ведения. Но фактически к 2014 году внедрили принципы современного менеджмента медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, - 62,2% областного, 38% городского и республиканского, 20,2% районного уровней; организации ПМСП - 68,6% городского и 0% районного уровней.

5. Основными факторами, препятствующими переходу на ПХВ, являются: недостаточный уставный капитал (1 место), отсутствие поддержки акимата (2 место), слабая материальная база (3 место), дефицит высококвалифицированных кадров (4 место), несовершенство нормативно-законодательной базы (5 место).

6. Результаты изучения удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи показали, что основными причинами неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания являются внутренние факторы медицинской организации: организационно-управленческие проблемы (39,1%), проблемы подготовки медицинского персонала (коммуникативные навыки медицинского персонала - 28,4%, профессиональные навыки - 10,9%).

7. Процесс совершенствования менеджмента медицинских организаций требует дальнейшего развития и усиления в части внешней поддержки со стороны местных органов управления и непрерывности процесса подготовки менеджеров на всех уровнях высшего образования.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Обучение менеджеров здравоохранения необходимо проводить на регулярной основе с использованием потенциала Центра менеджмента и его филиалов, с применением эффективных обучающих технологий: привлечение в качестве преподавателей специалистов передовых медицинских организаций; дистанционное обучение; оказание практической помощи на местах; использование моделей оценки эффективности обучения.

2. Для повышения эффективности подготовки компетентных специалистов-менеджеров необходимо создание кратко-, средне- и долгосрочных программ на основе компетентностно-ориентированного подхода.

3. Необходимо широкое методическое обеспечение руководителей медицинских организаций по вопросам современного менеджмента, включая методические рекомендации по переходу на ПХВ с анализом имеющегося опыта в РК.

4. Внедрение регулярного проведения самооценки и анализа деятельности медицинской организации на основе SWOT-анализа и других моделей и технологий совершенствования менеджмента будут способствовать непрерывному развитию медицинской организации и повышению качества медицинских услуг.

5. Усиление взаимодействия с местными органами власти со стороны, как самих медицинских организаций, так и органов управления здравоохранения в вопросах создания благоприятных условий для внедрения современного менеджмента в медицинские организации.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Письмо МЗ РК №07-4-401/И от 18.01.2011г. «О проведении обучения медицинских организаций на курсах повышения квалификации «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения».
- 2 Основы менеджмента / под ред. А. И. Афоничкина. – СПб.: Питер, 2007. – 528 с.
- 3 Кравченко А. И. История менеджмента: учебное пособие для вузов. – М.: Академический Проект, 2000. – 352 с.
- 4 Ziarab Mahmood, Muhammad Basharat, Zahid Bashir. Review of Classical Management Theories//International Journal of Social Sciences and Education.-2012.-Vol.2.- Iss.:1.-P.512-522.
- 5 Sadrul Islam Sarker, Mohammad Rafiul Azam Khan. Classical and neoclassical approaches of management: An overview//Journal of Business and Management.-2013.-Vol.14.-Iss.: 6.-P. 1-5.
- 6 Mikhail Grachev, Boris Rakitsky. Historic horizons of Frederick Taylor's scientific management //Journal of Management History.-2013.-Vol.19.Iss: 4.- P.512 – 527.
- 7 Hindy Lauer Schachter. The role played by Frederick Taylor in the rise of the academic management fields //Journal of Management History.-2010.-Vol. 16.- Iss: 4.-P.437 – 448.
- 8 Fariss-Terry Mousa, David J. Lemak. The Gilbreths' quality system stands the test of time //Journal of Management History.-2009.-Vol. 15.- Iss: 2.-P.198 – 215.
- 9 Daniel A. Wren, Arthur G. Bedeian, John D. Breeze. The foundations of Henri Fayol's administrative theory // Management Decision.-2002.-Vol. 40.-Iss:9.- P.906 – 918.
- 10 Carl A Rodrigues. Fayol's 14 principles of management then and now: a framework for managing today's organizations effectively // Management Decision.-2001.-Vol. 39.-Iss: 10.-P.880-889.
- 11 Вергилес Э.В. Анализ принципов управления Анри Файоля. - М., 2001. - 28 с.
- 12 Daniel A.Wren, Arthur G. Bedeian. The Evolution of Management Thought.-6th ed. John Wiley & Sons, Inc.-2009.-P.283-309.
- 13 Веснин В. Р. Основы менеджмента: учебник. - М.: Триада, ЛТД, 2011.- 495 с.
- 14 Семенова И.И. История менеджмента. – Изд. 2-е, перер. и доп. - М., 2009. – 199 с.
- 15 Sébastien Damart. How Mary P. Follett's ideas on management have emerged: An analysis based on her practical management experience and her political philosophy // Journal of Management History.-2013.- Vol. 19. Iss: 4.-P.459 – 473.
- 16 Кузнецова Н.В. Хороший лидер не имеет подчинённых (Мэри Паркер Фоллетт – теоретик менеджмента) // Менеджмент в России и за рубежом. – 2003.– №6. С. 38 – 46.

- 17 Виханский, О.С., Наумов, А. И. Менеджмент. – Изд.4-е, перер. и доп. – М., 2006. – 670 с.
- 18 Thomas C. Head. Douglas McGregor's legacy: lessons learned, lessons lost // *Journal of Management History*.-2011.-Vol.17.-Iss: 2.-P.202 – 216.
- 19 W.Warner Burke. On the legacy of Theory Y // *Journal of Management History*.-2011.- Vol. 17.- Iss: 2.-P.193 – 201.
- 20 Комарова Н.В. Теоретические основы менеджмента: конспект лекций. – М., 2005. – 64 с.
- 21 Маршев В.И. История управленческой мысли: учебник. – М., 2005. – 731с.
- 22 Дорофеева Л.И., Бгашев М.В. Менеджмент: учебник для студентов. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2008.– 403 с.
- 23 Питер Ф. Друкер, Джозеф А. Макьярелло. Менеджмент / пер. с англ.; под.ред. А.В.Назаренко. -М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2010. – 704 с.
- 24 Друкер Питер Ф. Задачи менеджмента в XXI веке / пер. с англ.– М.:ООО «И.Д.Вильямс», 2004. – 272 с.
- 25 Драчева Е.Л., Юликов Л.И. Менеджмент. – М.2002. – 288 с.
- 26 Журавлев П.В., Кулапов М.Н., Сухарев С.А. Мировой опыт в управлении персоналом. Обзор зарубежных источников / Монография. М.: Изд-во Рос. экон. акад., Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 232 с.
- 27 Кузнецова Н. В. История менеджмента. – Владивосток., 2001 г. – 216 с.
- 28 Ирхин Ю.В. Опыт управленческой культуры Японии // *Журнал Российской академии государственной службы при Президенте РФ*. – 2007. - №4. - С. 51-56.
- 29 Шонбергер Р. Японские методы управления производством. – М.: Экономика, 1988. – С. 384.
- 30 Мильнер Б.З., Олейник Я.С., Рогшнко С.А.. Японский парадокс. – М., 1985. – 218 с.
- 31 Романов П.В. Промышленный патернализм в системе социальной политики предприятий // *Журнал исследований социальной политики*. - 2005. - Т. 3. - № 3 – С. 79-91.
- 32 Комаров Е. Черты американского стиля управления // *Управление персоналом*.- 2000.- № 9.- С.27-30.
- 33 Борисова С.П. Теория управления. – М.: Дело, 2000. – С. 179.
- 34 Грейсон Джексон К. младший, О'Делл Карла. Американский менеджмент на пороге XXI века. – М. 2004. – 176 с.
- 35 Peter Ferdinand Drucker. *Managing in the Next Society* / Русскоязычное издание: *Управление в обществе будущего*. –М.,2007.– 320с.
- 36 Девид Хасси. Стратегия и планирование. –Спб.: Питер, 2001. – 384с.
- 37 Чен А.Н. в соавторстве с Шимбулатовой А.С. Руководитель здравоохранения в Казахстане. Теория, методология и практика обучения. – Алматы, 2001.-С.23.
- 38 Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.А. Управление и организация здравоохранения Казахстана. –Алматы, 2006. -С.170-171.

- 39 Петрова Н.Г., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н, Додонова И.В. Менеджмент в здравоохранении. – М., 2009.-С.5.
- 40 Чернышев В.М., Гендлин А.Ю. Менеджмент в здравоохранении: методическое пособие. – Новосибирск, 2004.- С.9.
- 41 Jon M.Thompson, Sharon V.Buchbinder, Nancy H.Shanks. An Overview of Healthcare Management/ Jones&Bartlett Learning. – 15 с.
- 42 Neil Wheeler, Diana Grice. Management in Health Care. – 2000. – 209 p.
- 43 Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И., Пронина Н.А. Менеджмент в здравоохранении: учебное пособие. – М., 2006. – 160 с.
- 44 Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2012. – 608 с.
- 45 Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – 318 с.
- 46 Аканов А.А., Турдалиева Б.С., Сейдуманов С.Т. Модели здравоохранения различных стран: анализ, проблемы, перспективы, опыт для Казахстана. – Алматы, 2009. – 273 с.
- 47 Шарабчиев Ю.Т. Экономические модели и реформирование здравоохранения: опыт организации различных систем управления здравоохранением // Медицинские новости. – 2006. – №6. – С. 61.
- 48 Michael Tanner. The Grass Is Not Always Greener. A Look at National Health Care Systems Around the World /Policy Analysis No. 613 March 18. - 2008. - 48 p.
- 49 OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries. Paris: OECD, 2007.
- 50 World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000.
- 51 Г.Э. Улумбекова. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения.-2012.-№5.-С.-27.
- 52 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения, 2008.-125 с.
- 53 The price of excess: identifying waste in healthcare spending. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010.
- 54 Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.-106 с.
- 55 S. Voyle Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Соединенное Королевство, 2010 г.
- 56 Европейская обсерватория по системам здравоохранения. Регулирование предпринимательской деятельности в системах

здравоохранения европейских стран / под редакцией Ричарда Б. Солтмана, Райнхарда Буссе, Элайаса Моссиалоса. -2001г. - С.13-15.

57 Брауншвейг К.Е. Управление больницами в Германии // *Здравоохранение сегодня*. - Том 2. – 2011.

58 Стойчева Мими Георгиева. Приоритеты и тенденции оптимизации управления больничным сектором здравоохранения в республике Болгария // *Маркетинг и менеджмент инноваций*. -2013.-№1.-С. 276 – 284.

59 Ed. by Saltman R.B., Durán A., Dubois H.F.W. Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. -2011. -261 p.

60 Дадабаева Д.М. Актуальные проблемы развития менеджмента здравоохранения // *Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента: настоящее и перспективы: матер. междунар. науч.-практ. конф.* – Астана, 2011. С.18.

61 Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции // *Главный врач*.-2001.- №3.- С.21-24.

62 Гринкевич Л.С., Банин А.С. Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России // *Вестник Том. гос. ун-та*. -2006.- №292.-С.105-113.

63 Жирнов О.В. Совершенствование механизма управления здравоохранением: автореф. ... канд. экон. наук: 08.00.05.- Санкт-Петербург: ГУЭФ, 2008 -18 с.

64 Биртанов Е.А. Корпоративное управление в организациях здравоохранения: проблемы и перспективы // *Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента: настоящее и перспективы: матер. междунар. науч.-практ. конф.* -Астана, 2011. -С.10-11.

65 Nicholas Bloom and John Van Reenen. Why do management practices differ across firms and countries? // *Journal of Economic Perspectives*.-2010.-V. 24.-P. 203 – 224.

66 Стивен Дорган, Кара Картер, Дэннис Лейтон. Значимость эффективного управления больницами // *Вестник McKinsey*. Теория и практика управления. -2012.-№ 25.-С.79-91.

67 Щавелева М.В., Глинская Т.Н., Иванова В.И. Зарубежный опыт: показательные организации здравоохранения // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*.-2013.-№4.-С.161-163.

68 Parmelli E., Flodgren G., Schaafsma M.E., Baillie N., Beyer F.R., Eccles M.P. The effectiveness of strategies to change organizational culture to improve healthcare performance (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley&Sons, Ltd.

69 М.Мак-ки, Дж.Хили. Реформа больниц в новой Европе (реферат). - 2003. -С.11.

70 Ivers N., Jamtvedt G., Flottorp S., Young J.M., Odgaard-Jensen J., French S.D., O'Brien M.A., Johansen M., Grimshaw J., Oxman A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review) Cochrane review,

prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2012, Issue 6.

71 Кудрявцев Ю.Н. Клинико-экономическое обоснование управления лечебно-диагностическим процессом в современных социально-экономических условиях: автореф. ... док. мед. наук: 14.00.33. – М.: Мед.акад. им. И.М.Сеченова, 2004. -281 с.- Инв. № 05200400177.

72 Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов В.И., Байсеркин Б.С., Тулебаев К.А., Кацага А.Я. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы новой модели. – Астана, 2006. – С.40.

73 Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – С.9-10.

74 Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.А. Управление и организация здравоохранения Казахстана. –Алматы. -2006.-С.9.

75 Александр Кацага, Максут Кульжанов. Системы здравоохранения: время перемен. Казахстан: Обзор системы здравоохранения, 2012.-С.21.

76 Оспанова Ж.О., Гиззатова У.С., Кенжекулова Р.Н., Оспанова Ж.С., Горчинская Л.И. Вопросы реструктуризации и автономии больничного сектора (международный опыт): методические рекомендации. -Астана, 2011. – 24 с.

77 Токсанов Е.В., Туртаев М.Р., Орынбасарова С.Е. Оценка эффективности дифференцированной оплаты труда медицинских работников: методические рекомендации. – Астана, 2011.– 25 с.

78 McKee M., Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences//Clinical Medicine.- 2001.-Vol.1, №4.- P.299–304.

79 Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений /Проект поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета.–Москва, 2000.-70 с.

80 Баткибеков С., Гребешкова Л., Дежина И., Золотарева А., Китова Г., Костина Е., Кузнецова Т., Рождественская И., Синельников-Мурылев С., Шишкин С. Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными унитарными предприятиями / под ред. Мезенцева К., Серьянова С. - Том 1. Совершенствование системы управления и финансирования бюджетных учреждений. –Москва, 2003. – С.150.

81 Склад Т.М. Деятельность медицинских учреждений в Российской системе здравоохранения //Вестник Санкт-Петербургского университета. -2007. -№4. -С.153.

82 Стародубов В.И., Тихомиров А.В. Перепрофилирование неэффективных хозяйств учреждений здравоохранения //Главврач. - 2002. - №10. - С.11-13.

83 Щербина Е.А., Александрова О.Ю., Лебединец О.Н. Анализ возможных вариантов организационно-правовых форм медицинских организаций // Менеджер здравоохранения. - 2007. - №1. - С.10-19.



84 Шамшурина Н.Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении // *Здравоохранение*. - 2005.-N 3.- С.37-42.

85 Уйба В.В., Чернышев В.М., Пушкарев О.В., Стрельченко О.В., Клевасова А.И. Экономические методы управления в здравоохранении / под ред. В.В.Уйба – Новосибирск, 2012. – 314 с.

86 Шевский В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы / *Научные труды Института экономики переход. периода*. – М.: ИЭПП, 2006. -№ 102. - 82 с.

87 Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // *Экономика здравоохранения*. - 2004. - N 5-С.10-18.

88 Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений // *Журнал российского права*. - 2006. - N 4.

89 Бирлидис Г.В. Научное обоснование организационно-правового обеспечения реформирования здравоохранения на территориальном уровне. - Дис.док. мед. наук. - Краснодар, 2001.

90 Health Policy Studies No.2. The reform of health care systems: A comparative analysis of seven OECD countries. Paris: OECD. -1992. -152 p.

91 Health Policy Studies No.5. The reform of health care systems: A comparative analysis of seventeen OECD countries. Paris: OECD.-1994. -340 p.

92 Health Policy Studies No.6. Internal markets in the making. Health systems in Canada, Iceland and the United Kingdom. Paris: OECD.-1995. -91 p.

93 Health Policy Studies No.7. New directions in health care policy. Paris: OECD.-1995.- 95 p.

94 April Harding, Alexander S. Preker. Understanding organizational reforms. The Corporatization of Public Hospitals /HNP. The World Bank. - 2000. – 44 p.

95 Alexander S.Preker, April Harding. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals/ HNP. The World Bank. - 2003.- 618 p.

96 Alexander S.Preker, April Harding. The economics of hospital reform: from hierarchical to market-based incentives // *World Hosp Health Serv*. -2003.-Vol.39(3). P.3-10, 42, 44.

97 McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues /*Health Policy*. - 1996 Feb; 35(2):155-77.

98 Ричард Б. Солтман. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран // *Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения*. – Филадельфия, 2002. - 170 с.

99 Saltman R. B., Bankauskaite V., Vrangb. K. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes // *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.-Open University Press. -2007.-326 p.

100 Sean Boyle. United Kingdom (England). Health system review /*Health Systems in Transition*.-2011. -Vol. 13, № 1. - 514 p.

101 Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. -Копенгаген, 2008. С.46.

102 Guillem Lopez Casanovas, David McDaid, Joan Costa-Font. Decentralization and management autonomy? Evidence from the Catalan hospital sector in a decentralized Spain // International Public Management Review. – 2009. - Vol.10. Iss.2. // electronic Journal at <http://www.ipmr.net>

103 Health Policy Studies No. 5. The reform of health care systems: A comparative analysis of seventeen OECD countries, Paris: OECD, 1994. P. 238-239.

104 Bar-Mor H. The paradox of health care system in Izrael: the conflict between a "third-party" government and an efficient mechanism of carrying out public management. Presented paper on the 2<sup>nd</sup> ISTR Conference, Mexico City, 1996.

105 Мишина О.С. Внедрение новых организационно-правовых форм в России и за рубежом // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. -№4.

106 Сасина М.С. Совершенствование организационно - правовых форм муниципальных учреждений здравоохранения (социально – гигиеническое исследование): автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. –М.: ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, 2007. - 22с.

107 Замахаев С.А. Методологические, организационно-правовые аспекты реорганизации государственных и муниципальных учреждений здравоохранения бюджетной сферы (социально-гигиенические исследования): автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – М.: ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, 2006. - 23с.

108 Маслова Е.А. Организационно-правовые аспекты внедрения новых организационно-правовых форм в здравоохранении: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – М.: Мед.акад. им. И.М. Сеченова, 2007. – 24 с.

109 Скляр Т.М.. Деятельность медицинских учреждений в Российской системе здравоохранения //Вестник Санкт-Петербургского университета. -2007. -№4. -С.154.

110 Mannion R., Goddard M., Kuhn M., Bate A. Decentralization strategies and provider incentives in healthcare: evidence from the English national health service. Appl Health Econ Health Policy.-2005; 4(1):47-54.

111 Anthonia Adindu. The Need for Effective Management in African Health Systems // Journal of Health Management .-2013.-№15(1).- P. 1–13.

112 Collins D., Njeru G., Meme J., Newbrander W. Hospital autonomy: the experience of Kenyatta National Hospital // The International Journal of Health Planning and Management.-1999.-Vol.14, Iss. 2.-P.129-153.

113 Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении / под ред. О.П. Щепина. – М.: Медицина, 2005. – 40 с.

114 Broomberg J.Managing the health care market in developing countries: prospects and problems // Health Policy Plan.-1994.-Vol.9. Iss. 3. -P.237-251.

115 Аканов А.А., Ахметов В.И., Бидатова Г.К., Сейдуманов С.Т., Тулебаев К.А., Тажиев Е.Б., Байжунусов Э.А., Конеев К.И. Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения в системе здравоохранения. - Алматы, 2009. –С.39.

116 Постановление Правительства Республики Казахстан. О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2014 - 2018 годы: утв. 31 декабря 2013 года № 1594.

117 Аканов А.А., Ахметов В.И., Бидатова Г.К., Сейдуманов С.Т., Тулебаев К.А., Тажиев Е.Б., Байжунусов Э.А., Конеев К.И. Государственное предприятие на праве хозяйственного ведения в системе здравоохранения. - Алматы, 2009. –С.46-47.

118 Жузжанов О. Т., Каирбекова С. 3. Особенности подготовки руководителей, организаторов и менеджеров системы здравоохранения республики Казахстан в период ее реформирования // Астана медициналык журналы. - 2005.-№3. - С. 15-18.

119 Kulzhanov M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems inTransition, 2007; 9(7): 1-158.

120 Чен А.Н. в соавторстве с Шимбулатовой А.С. Руководитель здравоохранения в Казахстане. Теория, методология и практика обучения. – Алматы, 2001. С.13.

121 С.Р. Мусинов. Квалифицированный менеджер здравоохранения – не модная тенденция, а требование времени //Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. -2012. -№1 (2). -С.5.

122 EPOS Health Management. Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан – А2 Оценка текущих потребностей в обучении менеджменту здравоохранения. -2010.-С.8-9.

123 Каирбекова С.З. Некоторые правовые аспекты реформирования дополнительного медицинского образования // Медицинское право.– 2007.-N 1.

124 Калиева М.А., Турумбетова Т.Б., Кокжалова У.К., Темирбекова А.А. Актуальные вопросы обучения менеджеров здравоохранения // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан.-2011. -№1 (1). - С.74.

125 Койков В. В., Калиева М. А., Кульмирзаева Д. М., Абуова Х. Ж., Отыншиев Б. Н. Актуальные вопросы подготовки менеджеров для системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан.-2013.-№3 (8).-С.23.

126 EPOS Health Management. Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан – А2 Оценка текущих потребностей в обучении менеджменту здравоохранения. -2010.-С.15-16.

127 EPOS Health Management. Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан – Компонент А: Проведение ситуационного анализа, разработка стратегии и подробного рабочего плана по обучению менеджменту

здравоохранения А.6 Национальная стратегия по укреплению потенциала. - 2011.-С.5.

128 Евенко Л.И. Западные модели бизнес-образования //Электронный ресурс <http://www.elitarium.ru>

129 World guide to higher education. A Comparative Survey of Systems, Degrees and Qualifications. Second edition. The Unesco Press. -1982. 369 p.

130 Мешкова Е.В. Программы MBA в Америке, Европе и России //Менеджмент в России и за рубежом. – №5. – 2003. С. 16 – 21.

131 Peter E. Hilsenrath. Healthcare management education settings in the United States: History and perspective // Journal of Management History.-2012.-Vol. 18 Iss: 4.-P.386 – 401.

132 Киричок О.В. Стратегия развития бизнес-образования в Казахстане: инновационный подход: дис. ...док. философии (PhD): 6D050700 - Менеджмент. – Алматы: Казахский экономический университет имени Т. Рыскулова, 2013. - 171 с.

133 Rockers PC, Barnighausen T. Interventions for hiring, retaining and training district health systems managers in low- and middle-income countries (Review) // The Cochrane Library2013, Issue 4 // <http://www.thecochranelibrary.com>

134 Maye Omar, Nancy Gerein, Ehsanullah Tarin, Christopher Butcher, Stephen Pearson, Gholamreza Heidari. Training evaluation: a case study of training Iranian health managers // Human resources for health.-2009.-Vol.7.-P.20.

135 Гришин В. В. Реформа национальной системы здравоохранения // Здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 139–144.

136 Кикоть В. Н. Здравоохранение в гражданском обществе // ГлавВрач. – 2006. – № 8. – С. 8–11.

137 Yildirim C., Kocoglu H., Goksu S., Gunay N., Savas H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey // ACTA MEDICA,2005.-№48(1).-P.59–62.

138 Emelumadu O.F., Ndulue C.N. Patients characteristics and perception of quality of care in a teaching hospital in Anambra State, Nigeria //Niger. J. Med.-2012.-№21(1).-P.16-20.

139 Lachter J., Raldow A., Molin N. Optimizing your reception area//J. Med. Pract. Manage.-2012.-№28(1).-P.58-63.

140 LaVela S.L., Gering J., Scheetman G., Weaver F.M. Optimizing primary care telephone access and patient satisfaction //Eval. Health Prof.-2012.-№35(1). – P.77-86.

141 Pitrou I., Lecourt A.C., Bailly L., Brousse B., Dauchet L., Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study, France //Eur. J. Emerg. Med.-2009.-№16(4).- P.77-82.

142 Jangland E., Gunningberg L., Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement // Patient EducCouns.-2009.-№75(2).-P.199-204.

143 Continuous quality development: a proposed national policy, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/CLR 059).

144 Rachel Nissanholtz-Gannot, Bruce Rosen. The Quality Monitoring Study Group. Monitoring quality in Israeli primary care: The primary care physicians' perspective. Nissanholtz-Gannot et al. Israel Journal of Health Policy Research 2012, 1:26. <http://www.ijhpr.org/content/1/1/26>

145 Оловянишникова И.В. Особенности обеспечения конкурентоспособности предприятий, оказывающих медицинские платные услуги // Вектор науки ТГУ. - 2011- № 3(17). – С. 211-213.

146 Биртанов Е.А., Балгимбеков Ш.А., Сыбанбаева Л.С. Руководство по внедрению современных принципов управления качеством медицинских услуг на уровне медицинских организаций: методические рекомендации. – Алматы, - 2008.

147 Фоменко А.Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. – 2011. – №11. С. 31-38.

148 Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality // Int J Health Care Qual Assur.-2009.-22(4):366-81.PubMed.

149 Алексеев В.А. Борисов К.Н. Шурандина И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение.-2009.-№11.-С.57-67.

150 Michael McMullen, Peter A Netland. Wait time as a driver of overall patient satisfaction in an ophthalmology clinic // Clin Ophthalmol.-2013.-№7.- P.1655–1660.

151 Billing K, Newland H, Selva D. Improving patient satisfaction through information provision // Clin Experiment Ophthalmol.-2007.-35(5):439–447. [PubMed]

152 Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care // BMC Health Serv Res. - 2007;7:31. [PubMed]

153 Zopf D, Joseph AW, Thorne MC. Patient and family satisfaction in a pediatric otolaryngology clinic // Int J Ped Otorhinolaryngol.-2012;76(9):1339–1342. [PubMed]

154 Русинова Н.Л., Панова Л.В., Бурмыкина О.Н. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // Социология медицины.-2006.-№2 (9). -С. 24-30.

155 Шкарин В.В. Анализ удовлетворенности пациентов круглосуточных стационаров Волгоградской области // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – N 1. <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/3722.pdf>

156 Серегина И. Ф., Линденбратен А. Л., Гришина Н. К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 3–7.

157 Хабриев Р. У., Серегина И. Ф. О результатах социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению // *Здравоохранение*. – 2007. – № 6. – С. 31–43.

158 Вялков А. И. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения (материалы социологического исследования). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 224 с.

159 Вишняков Н.И. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2009. – № 2. – С. 43 – 45.

160 Лузгарева О.И. Социологическая оценка качества медицинской помощи в системе управления здравоохранением региона: дис. ... канд.соц.наук: 22.00.08. – Чита: Кемеровский ГУ, 2011.-254 с.- Инв. № 04201159179.

161 Гадаборшев М. И. Оценка удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в урологическом отделении стационара. [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1032](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1032)

162 Петрова Н. Г. и др. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи // *Проблемы управления здравоохранением*. – 2009. – № 1. – С.59-61.

163 Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ. -Архангельск: Изд-во СГМУ,- 2011.-185 с.

164 Massachusetts Health Quality Partnership / Massachusetts acute care hospital statewide patient survey project. – Boston, 1998. – 258 p.

165 Столярова Е.А., Федорова Э.В. Удовлетворенность пациентов, как индикатор качества медицинской помощи в ГБУЗ "Сахалинская областная больница"// *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*.-2013.-№1.<http://www.fesmu.ru/voz/20131/2013108.aspx>

166 Joffe S., Manocchia M., Weeks J., Cleary P. What do patients value hospital care? An empirical perspective on autonomy centre bioethics // *J. Med Ethics*. 2003. 29 (2). P.103-108.

167 Tadele Melese, Yirgu Gebrehiwot, Daniel Bisetegna, Dereje Habte. Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia // *Pan Afr Med J*. – 2014; 17: 76 [PubMed]

168 Труш О.В. Качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью: автореф. ... канд.мед.наук:14.00.33. – С-Пет.:Санкт-Петербургская гос.мед. академия им. И.И. Мечникова,2007.- 23 с.

169 Ростовцева Н.Ю. К вопросу о преемственности больных между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями // *Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии: сборник научных трудов*. – Томск, 2004 год, вып.1.

170 Fekadu Assefa, Andualem Mosse, Yohannes Hailemichael. Assessment of Clients' Satisfaction with Health Service Deliveries at Jimma University Specialized Hospital // *Ethiop J Health Sci*.-2011.-№21(2).-P.101–109.

171 Котова Г.Н., Нечаева Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи //Здравоохранение РФ. - 2001.-N 4.-С.22-26.

172 Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC health services research. 2006;6(1):102.

173 K. Pottick [et al.]. Factors Associated with Inpatient and Outpatient Treatment for children and adolescents with serious mental illness // J. of the Am. Acad. Of Child and Adolesc. Psychiatry. – 1995. – Vol. 34, N 4. – P. 425–433.

174 Aleksandra Zgierska, David Rabago, Michael M Miller. Impact of patient satisfaction ratings on physicians and clinical care // Patient Prefer Adherence.-2014; 8: 437–446.

175 Оловянишникова И.В. Особенности обеспечения конкурентоспособности предприятий, оказывающих медицинские платные услуги // Вектор науки ТГУ. -2011.-№ 3(17).-С.211.

176 Cronroos C. A services quality model and its marketing implications // European Journal of Marketing.-1993.-Vol. 18. – № 4. – P. 36 – 44.

177 Светличная Т., Цыганова О., Борчанинова Е. Профиль удовлетворенности пациентов первичной амбулаторной медицинской помощью // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2010. - № 5-6. - С. 3-7.

178 Ушаков И., Кицул И., Князюк Н., Олейникова О. Организационная технология мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи // Главный врач. - 2006 - № 1. - С. 77-85.

179 Биртанов Е.А. Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан: автореф. ... докт.мед.наук:14.00.33. – Алматы: АГИУВ, 2010.- 55 с.

180 EPOS Health Management. Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан. Компонент С: Создание профессорско-преподавательского состава, укрепление их потенциала, разработка учебного плана, методологий обучения и учебных материалов для различных программ/модулей обучения на рабочем месте и начального обучения. С.6 Разработка методов оценки эффективности обучения. 2011 г.С. 4-27.

181 Phillips, J. J. A rational approach to evaluating training programs including calculating ROI. Journal of Lending and Credit Risk Management. July, 1997. №79(11), P.43-50.

182 Опарина Н.Н. Оценка эффективности обучения и развития топ-менеджеров. /Справочник по управлению персоналом. 2011. №12.

183 McEvoy G. M., Buller, P. F. Five uneasy pieces in the training evaluation puzzle. Training and Development Journal. August,1990. №44(8), P.39-42.

184 Sadler-Smith, E., Down, S., & Field, J. Adding value to HRD: Evaluation, investors in people, and small firm training. Human Resource Development, 1999. №2(4). P.369-390.

185 Kirkpatrick D.L. Techniques for evaluating training programs. Journal of the American Society of Training Directors, 13, 3-26.

186 Дональд Л. Кирпатрик и Джеймс Д. Кирпатрик. Четыре ступеньки к успешному тренингу. М. – Эйч Ар Медиа, 2008. 240 с.

187 Слободской А.Л. Обучение персонала организаций : учеб. пособие /. – СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2013. – С.70-83.

188 Кларин М.В. Корпоративный тренинг от А до Я: Науч.-практ. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Дело, 2002. – 224 с.

189 Свиридова Л.В. Проблемы формирования профессиональных управленческих команд в условиях инновационного развития организации. Монография. Нижний Новгород 2009. С.195-199.

190 Буздаева С.С., Нурбакыт А.Н., Жакупова М.Н., Айтманбетова А.А., Кожекенова Ж.А., Жолдасбекова А.С., Дармен Н.Ж., Акажанов Н.А., Абсатарова К.С., Соколова Л.А., Еспаева Б.Б., Шарипова Г.А., Ли Л.Г. Экономические основы деятельности медицинских предприятий //Вестник КазНМУ.-№3(2).-2013.-С.404-407.



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Авторлық құқық объектісіне құқықтарды  
мемлекеттік тіркесу туралы

# КУӘЛІК

№ 1751

16 қыркүйек 2014 - ж.

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің Зияткерлік меншік құқығы комитетінде авторлардың өтініші бойынша авторлары **Ботағоз Сантовна Турдалиева, Гульшара Ергазыевна Аимбетова, Венера Юрьевна Байсугурова** болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүліктік құқықтар «**Методика комплексной оценки эффективности обучения менеджеров здравоохранения**» (ғылыми туынды) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүліктік құқықтар және 2014 жылғы 30 мамырда жасалған объекті **Б.С. Турдалиеваға, Г.Е. Аимбетоваға, В.Ю. Байсугуроваға** тиесілі және авторлар жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік береді.

Тізілімде 2014 жылғы 16 қыркүйекте жасалған № 1751 жазба бар.

Тораға



А. Естаев

# КУӘЛІК

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1 – Сравнение наиболее популярных моделей оценки эффективности обучения

| Модель оценки эффективности обучения | Преимущества   | Недостатки   |
|--------------------------------------|--|--|
| Модель Киркпатрика                   | Наличие четырех уровней оценки: по реакции участников, по результатам выходного контроля, по изменению в производственном поведении и по изменениям в бизнес показателях компании. Возможность выбора уровня для оценки эффективности обучения топ-менеджера. Близость четвертого уровня к системе КПЭ топ-менеджеров. | Сложность измерения третьего уровня. Неготовность топ-менеджеров проходить процедуру оценки или работать с коучами. Эффективность на четвертом уровне только в случае построенной системы управления и умения топ-менеджеров выделять приоритеты и бизнес показатели. Отказ от оценки по финансовым показателям.   |
| Модель Филипса                       | Развитие модели Киркпатрика. Введение пятого уровня оценки эффективности обучения. Возможность использовать финансовый показатель возврата на инвестиции в обучение и развитие, в том числе для защиты бюджета на обучение.  | Расчет возврата на инвестиции возможен только при условии ведения полноценного управленческого финансового учета в организации. Эффективность не всех программ, а только длительных, комплексных (и, как правило, дорогостоящих) программ обучения и развития топ-менеджеров можно определять по достижению бизнес-показателей или возврату на инвестиции. |

Продолжение таблицы Б.1

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <p>Модель Тайлера</p>    | <p>Развитие третьего уровня Киркпатрика.<br/>Постановка целей и задач, выявление типовых функций и ситуаций, идеальной модели поведения и ее оценки до начала обучения для фокусирования на реальных проблемах.<br/>Возможность реально оценить изменения в производственном поведении топ-менеджера с помощью заранее разработанных методов.</p> | <p>Сложность определения типовых ситуаций и идеальной модели поведения для топ-менеджеров, которые, как правило, действуют в среде с высоким уровнем неопределенности и отсутствием готовых решений.<br/>Неготовность топ-менеджеров проходить процедуры оценки до и после обучения.</p> |
| <p>Модель Стаффлбима</p> | <p>Отражение всех логически связанных этапов построения системы обучения и развития персонала или топ-менеджеров от постановки целей до оценки результатов.<br/>Возможность оценивать как процесс, так и результат обучения и развития в тесной связи с целями компании.</p>  | <p>Сложность поддержания постоянной процедуры оценки эффективности обучения и развития топ-менеджеров, применение для долгосрочных программ.<br/>Нечеткость методик и процедуры оценки результатов обучения и развития топ-менеджеров.</p>   |
| <p>Модель Берна</p>      | <p>Развитие модели Стаффлбима и частично Киркпатрика.<br/>Постановка целей, определение возможностей, выявление мнения участников об обучении и развитии, оценка результатов.</p>   | <p>Сложность поддержания постоянной процедуры оценки эффективности обучения и развития топ-менеджеров, применение для долгосрочных программ.<br/>Нечеткость методик и процедуры оценки результатов обучения и развития топ-менеджеров.</p>   |

Продолжение таблицы Б.1

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>Система ключевых показателей эффективности (КПЭ)</p> | <p>Инструмент более высокого уровня.<br/>         Управленческая система оценки достижения стратегии и стратегических целей организации и повышения индивидуальной и командной эффективности топ-менеджеров.<br/>         Цели и результаты обучения и развития как инструмент успешного выполнения показателей и стратегических целей организации.<br/>         Связь системы показателей с системой мотивации топ-менеджеров.</p> | <p>Необходимость стратегического управления, стратегии и целей организации по всем направлениям деятельности.<br/>         Необходимость подробного описания функций и бизнес-процессов организации, автоматизации системы.<br/>         Сложность поддержания системы постановки, оценки, учета и анализа показателей, нехватка квалифицированных специалистов.<br/>         Неготовность топ-менеджеров и служб персонала к определению целей и результатов обучения и развития, исходя из стратегии, целей и показателей.</p> |
|---|---|--|

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

Оценка способностей преподавателя  
(заполняется после каждого занятия, либо в конце дня на каждого лектора)

Преподаватель: \_\_\_\_\_

Тема лекций (занятий): \_\_\_\_\_

Пожалуйста, оцените продемонстрированные преподавателем способности, используя следующие критерии:

| Подача материала - преподаватель                | Оценка (от 1 до 10) | Жестикуляция - преподаватель   | Оценки (от 1 до 10) |
|---|---------------------|--|---------------------|
| дружелюбен к аудитории                          |                     | поддерживал хороший зрительный контакт с аудиторией                              |                     |
| громко и четко говорил, легко было его понимать |                     | создавал благоприятную атмосферу   |                     |
| лекция логично построена от начала до конца     |                     | использовал жестикуляцию в целях лучшего понимания содержания                    |                     |
| четко определил, что ожидается от лекции        |                     | Участие аудитории - преподаватель  |                     |
| использовал эффективные примеры и иллюстрации   |                     | выслушивал аудиторию   |                     |
| давал четкие определения незнакомым терминам    |                     | спокойно воспринимал вопросы и комментарии                                       |                     |
| в конце лекции суммировал основные положения    |                     | в необходимых случаях прерывал лекцию  |                     |
| Наглядные пособия - преподаватель               |                     | четко определил все необходимые направления работы                               |                     |
| Использовал наглядные пособия                   |                     | прояснял или перефразировал вопросы для повышения уровня вовлеченности аудитории |                     |
| расположил так, чтобы                           |                     | Преподавательские  |                     |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| их было видно с любого места в аудитории  |  | способности - преподаватель:                                   |  |
| представил в четком и понятном виде   |  | проводил лекцию на хорошем профессиональном уровне             |  |
| не закрывал собой наглядные пособия   |  | отвечал на вопросы аудитории по сути представленного материала |  |
| читая лекцию, больше смотрел на аудиторию, чем на наглядное пособие                     |  | корректировал лекцию в соответствии с уровнем знаний аудитории |  |
| больше акцентировал внимание в наглядных пособиях на ключевые слова, чем на предложения |  | объяснял сложные концептуальные вопросы в доходчивом виде      |  |

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета эффективности программы обучения  
(заполняется после окончания полного курса обучения)

Уважаемые коллеги!

Просим ответить на вопросы анкеты. Ваше мнение о прошедшем курсе обучения очень важно для нас. Ваши отзывы помогут сделать нашу совместную работу еще более эффективной. Все Ваши предложения и пожелания будут учтены при составлении программы дальнейшего обучения.

|   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|---|--------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--------------|
| 1. Насколько важной для Вас была тема программы обучения?                                 |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Важной       |  | Трудно<br>сказать |  |  |  |  |  | Не важной    |
| 2. Узнали ли Вы что-нибудь новое для себя?  |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Да           |  | Нет               |  |  |  |  |  |              |
| Если да то, что именно?   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
| 3. Оцените насыщенность программы новой информацией:                                      |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Высокая      |  | Средняя           |  |  |  |  |  | Низкая       |
| 4. Насколько последовательно и логично был изложен материал? Отметьте на шкале от 0 до 10 |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
| 0   |              |  |                   |  |  |  |  |  | 10           |
| 5. Оцените объем изложенного материала:   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Недостаточно |  | Достаточно        |  |  |  |  |  | Перенасыщено |
| 6. Насколько сложно Вам было воспринимать материал?                                       |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Легко        |  | Нормально         |  |  |  |  |  | Трудно       |
| 7. Насколько Вы удовлетворены работой преподавателей? Отметьте на шкале от 0 до 10        |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
| 0   |              |  |                   |  |  |  |  |  | 10           |
| Комментарий:  |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
| 8. Полученные знания помогут мне лучше выполнять мою работу:                              |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Да           |  | Нет               |  |  |  |  |  |              |
| 9. Подобное обучение должно проводиться на постоянной основе                              |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   | Да           |  | Нет               |  |  |  |  |  |              |
| 10. Что бы Вы посоветовали изменить в программе?  |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
| 11. Что Вам особенно понравилось в программе?   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |
|   |              |  |                   |  |  |  |  |  |              |

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Анкета обратной связи

Организация \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Должность \_\_\_\_\_  
Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_  
Контактные телефоны, e-mail \_\_\_\_\_  
Дата заполнения \_\_\_\_\_

| 1. Уровень использования полученных знаний  |  |
|---|--|
| 1. Был ли сделан Вами отчет по повышению квалификации по данному циклу в Вашей организации                          |  |
| 2. Заинтересована ли Ваша организация перейти на ПХВ или организация уже работает в условиях ПХВ (с какого периода) |  |
| 3. Разработан ли план перехода Вашей организации на ПХВ (указать основные пункты плана). Если нет, указать причину  |  |
| 4. Кто вошел в рабочую группу по вопросам реорганизации предприятия по переходу на ПХВ                              |  |
| 5. Ваша роль в рабочей группе   |  |
| 6. Применены ли полученные Вами знания при переходе или во время перехода Вашей организации на ПХВ                  |  |
| 2. Уровень использования полученных навыков   |  |
| 1. Участвовали ли Вы в разработке Устава Вашего предприятия при переходе на ПХВ. Каким образом                      |  |
| 2. Изменился ли профиль внутренней структуры Вашей организации  |  |



|  |  |
|--|--|
| 3. Какие виды новой деятельности включены в Устав Вашей организации при переходе на ПХВ                            |  |
| 4. Разработана ли система оценки деятельности сотрудников Вашего предприятия. Отметьте Ваше участие                |  |
| 5. Внедрена ли система МСФО бухгалтерского учета. Если нет, укажите причину  |  |
| 6. Разработан ли фонд оплаты и система оплаты труда. Ваше участие  |  |
| 7. Виды стимулирующих надбавок, разработанные при введении дифференцированной оплаты труда                         |  |
| 8. Применены ли полученные Вами знания по внедрению или разработки дифференцированной оплаты для Вашей организации |  |
| 9. Какие инновационные технологии будут использованы в управлении в Вашей организации                              |  |
| 3. Факторы, влияющие на процесс реорганизации при переходе на ПХВ (опишите какие)                                  |  |
| 1. Региональные  |  |
| 2. Юридические   |  |
| 3. Экономические   |  |
| 4. Кадровые  |  |
| 5. Прочие  |  |
| 4. Ваши предложения по дальнейшему вопросу подготовки менеджеров для медицинских организаций при переходе на ПХВ   |  |