

**МЕНЕДЖМЕНТ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Москва  
Российский университет дружбы народов  
2012**

УДК 614.2  
ББК 51.1(2)  
М 50

Утверждено  
РИС Ученого совета  
Российского университета  
дружбы народов

**Рецензенты:**

зав. кафедрой общественного здоровья  
и здравоохранения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,  
чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор *В.З. Кучеренко*;  
зав. кафедрой общественного здоровья  
и здравоохранения РНИМУ им. Н.И. Пирогова,  
чл.-корр. РАМН, д.м.н., профессор *Н.В. Полунина*

**Авторский коллектив:**

д.э.н., проф. М.М. Мухамбеков, д.э.н., проф. И.Н. Кабушкин,  
д.фарм.н. А.В. Фомина, д.м.н., проф. Д.И. Кича,  
д.м.н. О.А. Мынбаев, к.б.н., доцент З.Т. Ауезова,  
к.м.н., д.э.н. А.С. Макарян, К.М. Мухамбекова

**Под редакцией**

проф. М.М. Мухамбекова

**Менеджмент в здравоохранении:** учеб. пособие / Под  
ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.

ISBN 978-5-209-04942-5

Подготовлено коллективом авторов Российского университета дружбы народов и Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилёва. Предназначено для интернов, ординаторов и врачей, обучающихся в системе дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

© М.М. Мухамбеков, 2012  
© Российский университет дружбы  
народов, Издательство, 2012

Все права защищены. Никакая  
часть данной книги не может быть  
воспроизведена в любой форме и  
любыми средствами без письмен-  
ного разрешения владельцев автор-  
ских прав.

## Содержание

Тема 1. Введение в учебную дисциплину «менеджмент в здравоохранении (Мухамбеков М.)	5
1.1. Основные понятия и категории менеджмента в здравоохранении	5
1.2. Исторический аспект развития менеджмента здравоохранения как науки	8
1.3. История формирования теории менеджмента	10
Тема 2. Развитие систем здравоохранения как объекта управления (Мухамбеков М.)	19
2.1. Система здравоохранения США	19
2.2. Система здравоохранения Испании	31
2.3. Система здравоохранения Франции	35
2.4. Система здравоохранения Швейцарии	47
2.5. Система здравоохранения Японии	57
2.6. Система здравоохранения России	63
2.7. Система здравоохранения Казахстана	71
Тема 3. Методологические основы менеджмента в здравоохранении (Мухамбеков М.)	81
3.1. Цель менеджмента в здравоохранении	81
3.2. Задачи системы менеджмента	83
3.3. Принципы менеджмента	84
3.4. Методы менеджмента	87
3.5. Функции менеджмента	89
3.6. Экономические методы управления на примере здравоохранения Российской Федерации (Кича Д.И)	91
3.7. Социально-психологические методы управления (Мухамбеков М.)	115
3.7.1. Самоуправление (Мухамбеков М.)	117
3.7.2. Планирование комплексных медикосоциальных исследований (Кича Д.И)	119
Тема 4. Организация как объект менеджмента здраво- охранения (Мухамбеков М., Мухамбекова К. М.)	127

4.1. Организация как объект менеджмента здравоохранения	127
4.2. Факторы внешней среды	128
4.3. Факторы внутренней среды	128
4.4. Организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (Кича Д.И)	130
4.5. Анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения (Кича Д.И., Фомина А.В.)	135
Тема 5. Структурно-функциональные основы управления организацией здравоохранения (Мухамбеков М., Мухамбекова К.М.)	143
5.1. Структура управления в медицинских организациях	143
5.2. Управление здоровьем: демографические показатели (Кича Д.И., Ауезова З.Т.)	148
5.3. Организация санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации (Кича Д.И.)	167
Тема 6. Коммуникации в менеджменте организации (Мухамбеков М., Мухамбекова К.М.)	171
6.1. Процесс коммуникаций	171
6.2. Каналы коммуникаций	172
6.3. Невербальные преграды	175
6.4. Выбор канала	177
Тема 7. Управленческие решения в ходе медицинской деятельности (Мухамбеков М., Мухамбекова К.М.)	179
7.1. Необходимость принятия решений	179

7.2. Методы принятия решений	182
7.3. Индивидуальные стили принятия решений	184
7.4. Условия эффективности управленческих решений	185
7.5. Организация и контроль за исполнением решений	187
Тема 8. Руководство и лидерство в менеджменте здравоохранения( Мухамбеков М., Кабушкин И.Н.)	190
8.1.Руководство и лидерство в менеджменте здравоохранения	190
8.2. Формы воздействия руководителей на подчиненных	196
Тема 9. Управление изменениями, организационной культурой (Мухамбеков М.)	199
9.1 Управление изменениями, организационной культурой	199
9.2. Механизм и оптимальный алгоритм управления организационной культурой.	201
Тема 10.Управление конфликтами и стрессами в организации (Мухамбеков М.)	209
10.1.Поведенческие действия менеджера	209
10.2. Дополнительные стили управления	212
10.3. Управление стрессами в организации	215
10.4.Основные виды темпераментов (Кабушкин И.Н.)	222
10.4.Основные виды темпераментов (Кабушкин И.Н.)	222
Тема 11.Менеджмент корпоративной социальной ответственности (Мухамбеков М.)	228
11.1. Предпосылки движения в области социальной ответственности ( Мухамбеков М.)	228
11.2. Основные понятия социальной медицины и мировые тенденции в развитии систем здравоохранения	234
11.3. Инструменты управления и модели медицинского обслуживания	237
Тема 12.Менеджмент инновационных процессов в организации(Мухамбеков М.)	240
12.1. Менеджмент инновационных процессов	240

12.2.Здравоохранение Сингапура в инновационном подходе	241
Тема 13. Модели и методы организационного развития (Мухамбеков М.)	251
13.1. Модели организационного развития	251
13.2. Управление маркетингом в здравоохранении	253
13.3.Механизм образования формальных и неформальных организаций в медицинской организации	256
13.4. Трансляционная медицина: из прошлого в современные тенденции и будущее (Мынбаев О.)	258
13.5.Технологии, обеспечивающие развитие менеджмента в здравоохранении (Мухамбеков М.)	276
Тема 14. Основы менеджмента стандартизации технологии в здравоохранении (Кича Д.И.)	278
14.1. Менеджмент медицинской стандартной технологии	278
14.2. Классификация продуктов медицинского обслуживания.	291
14.3. Проблемы переходного периода здравоохранения Казахстана к рыночной экономике (Мухамбеков М.)	292
14.4. Способы управленческого воздействия на подчиненных (Мухамбеков М.)	294
Тема 15. Управление процессами глобализации в здравоохранении.(Макарян А.С)	297
15.1. Глобальные процессы в здравоохранении	297
15.2. Менеджмент в условиях глобализации здравоохранения и расширения международного сотрудничества	305
Глоссарий	318
Тестовые задания	334

## **Тема 1. Введение в учебную дисциплину «Менеджмент в здравоохранении»**

### **1. Основные понятия и управленческие категории менеджмента в здравоохранении.**

Необходимость введения данного раздела в учебное пособие диктуется потребностью в разработке общего языка, как для менеджеров, так и для выработки концептуальных подходов к общению руководителей и специалистов индустрии медицинских услуг на различных ступенях управления. В основу положены понятия и категории из концепции определений для статистики медицинских услуг, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения.

*Определение менеджмента в здравоохранении.*

Можно ли однозначно ответить на вопрос, что включает в себя понятие «менеджмент в здравоохранении»? У одних он ассоциируется с полученными лечебными процедурами в больничных палатах, с лекарствами, физиотерапией, для других - это надежды на улучшение здоровья, для третьих — лечение в зарубежных клиниках. И все они правы, поскольку *менеджмент в здравоохранении* (менеджмент оказания медицинских услуг) чрезвычайно разнообразен. Сегодня мы воспринимаем медицинские услуги как самый массовый феномен XXI столетия, одно из самых ярких явлений нашего времени, которое реально проникает во все сферы жизни и изменяет окружающий мир. *Менеджмент в здравоохранении* стал одним из важнейших факторов экономики, мы рассматриваем его не просто как лечение отдельного больного или определенного слоя населения. Это понятие намного шире и представляет собой *совокупность отношений, единство связей и явлений, которые*

*сопровождают человека в ходе управления медицинских услуг.*

Однако в научных и учебных целях весьма важно определить взаимоотношения между составными элементами менеджмента в здравоохранении как отрасли народного хозяйства. В процессе развития появились различные толкования этого понятия, но особую значимость при его определении имеют следующие критерии:

*Изменение роли в организации управления здравоохранения медицинскими услугами.* Речь идет об улучшении качества организации медицинских услуг, которое осуществляется в более высокой степени и находится за пределами обычной среды. Однако нельзя считать менеджерами лиц, ежедневно совершающих работу между обычными медицинскими служебными обязанностями и местом работы или учебы, так как обычное исполнение не выходит за пределы их рутинной среды.

Оно может быть связано с индивидуальной трудовой деятельностью (оплатой труда). Этот нюанс следует учитывать, потому что поведение человека, занятого индивидуальной трудовой деятельностью, отличается от другого, работающего в государственной медицинской клинике. **Оплата труда из источника, оплачиваемого по выбору.** Медицинский работник, на свой страх и риск открыв стоматологический кабинет, аптеку или клинику, заложив в банк под кредит собственность, осуществляет медицинскую деятельность в коллективном или индивидуальном средстве, размещая медицинский стационар в посещаемом месте для получения дохода. Такую историческую интерпретацию менеджмента в здравоохранении можно было бы распространить и на древние лечения разных народов, лечебное паломничество, экспедиции, поиск лечебных трав.

Лечение, чаще всего, было тяжелым (в физическом и моральном смысле слова), очень сложным в

технологическом аспекте и, наконец, всего лишь средством достижения цели. Главные мотивы - оказание помощи страдающим больным, нуждающимся в скорой медицинской помощи.

Сегодня вряд ли кто скажет, когда и как зародились искусство и наука управления в здравоохранении. Менеджмент в здравоохранении существовал там, где люди работали группами, и, как правило, в трех сферах человеческого общества: *политической*, когда возникала необходимость в установлении и поддержании порядка в обществе; *экономической* — при изыскании, производстве и распределении медицинских ресурсов; *оборонительной* — при защите от врагов государства, диких зверей.

Даже в древних обществах требовались личности, которые координировали бы и направляли деятельность определенных групп. Жизнь заставляла первобытные народы быть прекрасными следопытами - добывать пищу, знать свойства лечебных трав, применять их при ранениях, полученных от зверей и противоборствующих племен на обитаемых землях, чутко прислушиваться к неумолимым законам суровой природы. В результате этого закладывались и развивались различные умения и навыки, совершенствование которых и привело к необходимости основать организацию и управление, как племенем, так и охраны от зверей и ран, полученных на охоте, и обороне от врагов.

В классическом менеджменте здравоохранения выделяются четыре периода его развития на территории Российской Федерации и Республики Казахстан:

предварительная фаза от начала жизни — до девятнадцатого века;

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 государств различных общественных формаций и форм собственности — 1991-й год и по настоящее время.

#### 1.2. Исторические аспекты развития менеджмента здравоохранения как науки

В развитии менеджмента этот период был самым длительным — начиная с 3 тысячелетия до н.э. и, примерно, до XVIII века нашей эры. Прежде чем менеджмент выделился в самостоятельную область знаний, человечество тысячелетиями, по крупицам, накапливало опыт.

Географ и историк, лекарь травами Геродот путешествовал в V веке до н.э., изучал обычаи и нравы современников. В древнекитайской письменности существует запись - он пробыл 7 лет на территории нынешних Республики Казахстан и среднеазиатских государств, в государстве саков, находил и записывал рецепты лечения травами различных болезней, молоком кобылы – кумысом, и другие методы. Вернувшись в Грецию, помимо научной работы, лечил людей.

Применительно к менеджменту в здравоохранении самой древней организацией лечения следует считать древних шумеров, живших несколько тысяч лет назад. Искусство управления формировалось в течение всей истории развития человечества, насчитывающей, как известно, несколько тысячелетий. Начало положило зарождение письменности в древнем Шумере, одним из важнейших результатов которого стало образование особого слоя «жрецов-бизнесменов», успешно осуществлявших религиозно-коммерческие и торговые операции. В последующие годы происходило

зарождение искусства в области управления государственными делами и бизнесом.

Одним из первых, кто охарактеризовал управление как особую сферу деятельности, был Сократ (470-399 гг. до н.э.). Он проанализировал различные формы управления, на основе чего провозгласил принцип его универсальности. Вслед за ним Платон (428-348 гг. до н.э.) дал классификацию форм государственного управления.

Сделал попытку разграничить функции органов управления и продолжателем учения Сократа и Платона Абу Наср Мухаммад ибн аль-Фарах аль-Фараби, известный в Европе как аль-Phrarabius. Последователь учения Гиппократ, ибн Сина в 1015—1024 гг. жил в Хамадане, сочетая научную деятельность с весьма активным участием в политических и государственных делах эмирата. За успешное лечение эмира Шамс ад-Давла он получил должность визиря, организовал дом для больных, делал операции, но нажил врагов в военных кругах шаха, за раскрытие коррупции в казне, и чуть не поплатился жизнью. Во все времена опережать своих современников в управлении было всегда опасно, а слава и почести за поиски и открытия зачастую приходили после смерти, когда уже не можешь составлять живым идолам конкуренции.

Приведенные материалы не охватывают всех событий и дат, которые характеризуют процесс накопления знаний в области управления здравоохранением, однако позволяют, в какой-то мере, составить представление о том, на что обращали внимание на самых ранних стадиях развития древнего искусства и новейшей науки о менеджменте в здравоохранении.

Понимание менеджмента, как искусства управления, базируется на том, что организации - это сложные социально-технические системы, на функционирование которых воздействуют многочисленные разнообразные

факторы внешней и внутренней среды. Люди, работающие в организациях и с организациями, - это самый главный фактор, учет которого требует не только использования научного подхода, но и искусства его применения в конкретных ситуациях. Каждый человек обладает особым характером, имеет свою систему ценностей и мотивы к труду и т. д. Поэтому нередко менеджмент рассматривается как искусство, которое, подобно медицине или инженерному делу, должно опираться на лежащие в его основе концепции, теории, принципы, формы и методы. Такой подход позволяет соединить науку и искусство управления в единый процесс, требующий не только постоянного пополнения научных знаний, но и развития личностных качеств менеджеров, их способности применять знания в практической работе. Для того чтобы люди, работающие в организации, направляли усилия на достижение своих целей, менеджеры должны постоянно взаимодействовать при выполнении работы с ними, и создавать условия для наиболее полного раскрытия потенциала работников.

### 1.3. История формирования теории менеджмента

**Первый этап:** Теория тейлоризма (Ф. Тейлор) или этап школы научного менеджмента. В ее основу легли такие принципы - использование научного анализа для определения оптимальных способов выполнения задач; отбор работников по способностям, школа научного управления обосновала необходимость управления процессами труда в целях повышения производительности, сформулировала принципы и методы научной организации.

**Второй этап:** Анри Файоль: система управления должна быть построена на формальных организационных структурах. Американцы называют Анри Файоля отцом менеджмента. Он является создателем науки

администрирования или (классической) школы менеджмента. Она занималась изучением роли и функций менеджера. Считалось, что как только определится канва работы управляющего, легко можно выявить наиболее эффективные методы руководства.

Из многочисленных идей были выделены теории А.Файоля. Он разделил процесс управления на пять основных функций: планирование, организация, подбор и расстановка кадров, руководство (мотивация) и контроль. В 20-е годы было сформулировано понятие организационной структуры фирмы, элементы которой представляют систему взаимосвязей, функций управления.

Сущность его теории - разделение труда, авторитет и ответственность власти, дисциплина, единство руководства, распорядительства, подчинение частного интереса общему, вознаграждение за труд, баланс между централизацией и децентрализацией, координация менеджеров одного уровня, порядок, справедливость, доброта и порядочность, устойчивость персонала, инициатива в организации. Эти принципы существовали до него, при его жизни и существуют после него. Его заслуга в том, что он их обобщил.

Также можно выделить теорию М. Блюмфилда, который акцентировал внимание на менеджменте персонала или управления рабочей силой, и М.Вебера, предложившего теорию рациональной бюрократии. Он дал характеристику идеальных типов господства и выдвинул положение, согласно которому канцелярская бюрократия — это порядок, который устанавливается канцелярским протоколом и является эффективной формой организации.

Классическая школа сформулировала принципы управления организацией и обосновала необходимость бюрократической модели управления.

**Третий этап:** Зарождение школы человеческих отношений. Он характеризовался интенсивным воздействием на поведение работы. Вырабатывались мотивации управленческого решения. Это направление можно рассматривать как продолжение Ф. Тейлора и А. Файоля, но с социализированной основой. Здесь широко использовались теории социологии, психологии. Эльтон Мейо говорил о необходимости заботы о работниках. Это умелое воздействие на социально психологические факторы работников.

В основу школы человеческих отношений положены достижения психологии и социологии. Ученые, изучающие поведение человека в трудовом процессе, были заинтересованы в повышении производительности труда не менее, чем любой из «классических» менеджеров. Сосредоточив внимание на рабочем, они полагали, что так смогут лучше стимулировать его труд. Считалось, что люди — живые машины, в основе управления должна лежать забота об отдельном работнике. В этом отношении подлинным реформатором выступил Р. Оуэн, который считал, что фирма много времени тратит на уход за станками и машинами (смазка, ремонт и т.п.) и мало заботится о людях. По его мнению, вполне разумно тратить время на «уход» за работниками (живой машиной), и тогда «ремонт» людей не потребуетя.

Возникновение школы человеческих отношений непосредственно связано с именем немецкого психолога Г. Мюнстерберга (1863-1916), создавшего первую в мире *школу промышленных психологов*. В книге «Психология и промышленная эффективность» он сформулировал основные принципы, в соответствии с которыми следует производить отбор людей на руководящие должности. Он создал великое множество тестов, с помощью которых изучал способности и склонности испытуемых к различным профессиям,

должностям, совместимость работников друг с другом, проблемы утомляемости и т.д.

Большой вклад в развитие теории и практики человеческих отношений внес Э. Мэйо (1880 — 1949), утверждавший, что группа рабочих - это социальная система, в которой есть собственные отношения контроля. Воздействуя на нее, можно улучшить результаты труда. Изучая влияние различных факторов (условия и организацию труда, заработную плату, межличностные отношения и стиль руководства) на производительность труда, он сделал вывод об особой роли человеческого фактора. Ему удалось создать социальную философию менеджмента (систему *человеческих отношений*). Открытый Э.Мэйо «хотсорнский эффект» свидетельствует о том, что производительность труда и качество продукции зависят не столько от условий труда, сколько от социальных и психологических факторов.

Из других ученых этого направления можно выделить М. Фоллет, проанализировавшую разные стили управления и разработавшую теорию лидерства. Она выдвинула идею гармонии труда и капитала, которая может быть достигнута при правильной мотивации и учете интересов всех заинтересованных сторон. Заслугой М. Фоллет является то, что она попыталась совместить в единое целое три школы менеджмента: научного управления, административную и школу человеческих отношений. Именно М. Фоллет определила менеджмент как «выполнение целей предприятия путем воздействия на других лиц».

Большой вклад в развитие школы человеческих отношений был сделан в 40-60-е годы 20-го столетия, когда учеными-бихевиористами (от англ. behavior— поведение) было разработано несколько теорий мотивации. Одна из них — иерархическая теория потребностей А. Маслоу. Он предложил свою классификацию потребностей личности: физиологические - безопасность существования; социальные - принадлежность к

коллективу, общение, внимание к себе, забота о других; престижные - авторитет, служебный статус, чувство собственного достоинства, самоуважение; самовыражение - полное использование своих возможностей, достижение целей и личный рост.

Не менее популярно учение Д. Мак-Грегора (1960). В основе его теории (Х-в и У-в) лежат характеристики работников:

теория Х-в — средний индивидуум туповат, стремится увильнуть от труда, поэтому его необходимо постоянно принуждать, понукать, контролировать и направлять. Человек такой категории предпочитает, чтобы им руководили, стремится избегать ответственности, беспокоится лишь о собственной безопасности;

теория У-в — люди не пассивны от природы. Они стали такими в результате работы в организации. У этой категории работников затраты физического и умственного труда также естественны и необходимы, как игры на отдыхе. Человек не только принимает ответственность, но и стремится к ней. Он не нуждается в контроле со стороны, так как способен сам себя контролировать.

Модифицированный вариант учения Д. Мак-Грегора представлен Р. Блейком в виде управленческой решетки ГРИД.

Школа человеческих отношений (поведенческих наук) пыталась всесторонне анализировать проблему отношений в процессе труда и устранить конфликт между наемным трудом и капиталом, создав предпосылки к кооперации и сотрудничеству между ними.

**Четвертый этап:** в 1950-1960 гг. явился следствием создания компьютеров и внедрения кибернетики. Построена математическая модель управления. **90-е годы: крупный прорыв компьютерной технологии. Научные разработки по победе над конкурентом в бизнесе.** Появление

математической школы — следствие применения в управлении математики и компьютеров.

Формализация ряда управленческих функций, объединение труда, человека и ЭВМ потребовали пересмотра структурных элементов организации (служб учета, маркетинга и т.п.) Появились новые элементы внутрифирменного планирования — имитационное моделирование решений, методы анализа в условиях неопределенности, математическое обеспечение оценки многоцелевых управленческих решений, т.е., количественный подход к науке управления стал опираться на экономико-математические методы. В современных условиях математические методы используются практически на всех направлениях управленческой науки.

**Пятый этап:** Конец XX века - сформулирована идея о том, что находится внутри организации, поиск внутренних причин действия организации. Поиск взаимосвязи между средой и внутренними условиями организации.

80-е годы: создание организационной культуры управления.

**Шестой этап** развития менеджмента можно отнести к периоду 1970 – 1980 гг. Учеными – управленцами вырабатываются новые подходы в развитии теории управления, смысл которых сводится к тому, что организация – это открытая система, приспособляющаяся к внутренней среде (организации). Улучшение работы **нужно искать** во внешней среде. Исходя из такого посыла происходили установления взаимосвязей между типами сред и различными моделями управления. К этому периоду относятся теории: "стратегического менеджмента" И. Ансоффа, "теория властных структур между организациями" Г.Саланчика, "конкретной стратегии, конкурентоспособности, потребительских качеств продукции и ресурсов" Портера и т.д.

**Седьмой этап** относится к 80-м гг., которые ознаменовались появлением новых подвидов в управлении, неожиданным для многих открытием "организационной структуры" как мощного механизма управления, особенно успешно использованного Японией и другими странами, с важнейшими по силе воздействия управленческими методами.

**Восьмой этап** развития менеджмента относится к 90-м гг. На этом этапе просматриваются три основные тенденции:

- возврат к прошлому - осознание значения материальной, технической базы современного производства;
- создание социальных поведенческих элементов - это усиление внимания не только к организационной культуре, но и к различным формам демократизации управления, участие рядовых работников в прибылях, в осуществлении управленческих функций в других сферах деятельности;
- усиление международного характера управления. Переход многих стран к открытой экономике, участие в конкурентной борьбе, организации современной деятельности.

По мнению М.Мескона и других, за всю историю эволюции систем управления человечество выработало всего три принципиально различных инструмента управления, т.е. воздействия на людей.

Иерархия – это организация, где **основное средство воздействия на работника, отношения власть – подчинение**, давление на человека сверху с помощью принуждения, контроля над распределением материальных благ.

Культура, т.е. вырабатываемые и признаваемые обществом организации, групповые ценности, социальные нормы,

установки, шаблоны поведения, ритуалы, которые заставляют человека вести себя так, а не иначе.

Рынок, т.е. наличие сети равноправных отношений по горизонтали, основанных на купле-продаже продукции и услуг, на отношениях собственности, на равновесии интересов продавца и покупателя.

На каждом этапе развития менеджмента формировались соответствующие школы управления. М. Мескон выделяет четыре такие школы, в которых показаны методы и принципы их формирования. В число основных направлений развития научных школ управления можно отнести такие подходы:

- научного направления;
- административный;
- с точки зрения человеческих отношений;
- с точки зрения науки о поведении;
- с точки зрения количественных методов;
- к управлению как к процессу;
- системный;
- ситуационный.

Исследование управления как процесса привело к широкому распространению системных методов анализа. Так называемый системный подход в менеджменте был связан с применением общей теории систем для различных отраслей производства.

### **Семинар**

**Тема 1.** Введение в учебную дисциплину «Менеджмент в здравоохранении»

**Доклад:** Введение в учебную дисциплину «Менеджмент в здравоохранении»

**Содоклад:** Исторический период развития менеджмента как науки и практики здравоохранения

**Вопросы семинара:**

1. Определение менеджмента в здравоохранении: ключевые проблемы.
2. Изменение роли в организации управления здравоохранения, медицинских услуг.
3. Зарождение письменности в древнем Шумере.
4. Географ и историк Геродот.
5. Сократ.
6. Сложность в работе менеджера *медицинских* услуг.
7. Исторический период развития менеджмента как науки и практики здравоохранения
8. Врачи средневековья аль Фараби, Абу Али Ибн Сина - Авиценна
9. Менеджмент в здравоохранении
10. Школы менеджмента

Рекомендуемая литература:

1. Мескон А., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: пер. с англ. - М: Дело, 1998. -С. 33-100
2. Кабушкин И.Н. «Менеджмент туризма: Учебное пособие. Изд.:БГЭУ,1999. -644с.С.3-526».
3. Шаповал Г.Ф. История международного туризма. Изд.: «Эко перспектива», 1998.С.18-53.)
4. Маджид Фахри аль-Фараби, основатель Исламского неоплатонизма: Его жизнь, выполнение работ, оказание влияния, Оксфорд: Oneworld Publications, (2002), ISBN 1-85168-302-X . Trad. ESP: ". Альфараби у-ла-де-ла-Фонд Iosofna Polntica Islamica", trad Р. Рамон Герреро, Барселона, Берддер, 2003 год.
5. А.Шмидт. Рукописи произведений Авиценны в Государственной публичной библиотеке Уз.ССР.3.Труды Института востоковедения Л.Н.СССР вып.36,1941г.
6. История менеджмента: Учеб. пособие под ред. Д.В. Валового. М.

1997. С. 11 — 160.

7. Общественное здоровье и здравоохранение. Под ред. В.А.Минаева., Н.И.Вишнякова. 2004 г.

8..<http://infomanagement.ru> этапы развития менеджмента в мире.

## **Тема 2. Развитие систем здравоохранения как объекта управления**

### **2.1. Система здравоохранения США**

Соединенные Штаты Америки – обладатели самой дорогой системы здравоохранения в мире. Америка тратит на систему охраны здоровья больше, чем любая другая страна, – как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения. Только в 2007 г. США потратили на охрану здоровья 2,26 триллиона долларов, что составляет 7439 долларов на одного человека. Согласно последним оценкам на медицинскую помощь расходуется около 16% ВВП. Ожидается, что доля ВВП, выделяемого на здравоохранение, будет увеличиваться и к 2017 г. составит 19,5%. Однако в течение последних 30 лет увеличение расходов на эту отрасль происходит преимущественно за счет правительственных программ, что может серьезно подорвать финансовую стабильность страны.

Согласно данным института медицины Национальной академии наук, Соединенные Штаты – единственная в мире развитая индустриальная страна, не имеющая универсальной системы здравоохранения. Около 84% граждан имеют медицинскую страховку, 64% страховка предоставлена работодателем, 9% – приобрели ее самостоятельно, 27% страховка предоставляется в рамках государственных программ. Определенные государственные программы позволяют получить медицинскую помощь инвалидам,

лицам пожилого возраста, детям, ветеранам, малообеспеченным людям. Государство обеспечивает неотложную помощь всем жителям страны, независимо от их способности ее оплатить. Более 45% расходов идет на финансирование подобных государственных программ, правительство США является наибольшим страховщиком нации.

В 2006 г. медицинской страховки не имело 16% населения -- 47 млн. человек! Это обусловлено высокой стоимостью, которая растет быстрее, чем заработная плата или инфляция. В 2001 г. из-за расходов на медицинское обслуживание обанкротилось около 50% компаний. Вокруг американской системы здравоохранения постоянно разворачиваются дебаты, идут споры о доступности, эффективности и качестве, а также об огромных суммах, которые расходуются на ее содержание.

В 2000 г. ВОЗ, проанализировав системы здравоохранения 191 страны мира, отдала США первое место в рейтинге наиболее стабильных систем, способных к быстрому реагированию при изменяющихся условиях. При этом США заняли 1-е место среди самых затратных систем здравоохранения и лишь 37-е место по уровню оказания медицинской помощи, а 72-е по общему уровню здоровья. Однако исследование ВОЗ было подвергнуто критике за его методологию и отсутствие анализа удовлетворенности системой здравоохранения самими потребителями.

Согласно CIA World Factbook, по уровню детской смертности США находится на 41-м месте в мире, по продолжительности жизни – на 45-м. Недавние исследования показали, что в период 1997-2003 гг. снижение уровня смертности, которое могло бы быть предупреждено, проходило значительно медленнее, чем в других 18 индустриальных странах. С другой стороны, результаты проведенного в 2006 г. ежегодного Национального опроса

состояния здоровья, осуществленного Центром контроля заболеваний Национального центра статистики в области здравоохранения, показали, что приблизительно 66% респондентов считают свое здоровье «отличным» или «очень хорошим».

### **Структура системы здравоохранения**

Система здравоохранения США представлена независимыми службами на трех основных уровнях - это семейная медицина, госпитальная помощь и общественное здравоохранение. Медицинские услуги оказываются частными лицами и юридическими учреждениями. Различные коммерческие, благотворительные и государственные организации предлагают пациентам как амбулаторные, так и стационарные услуги. Около 47% всех расходов на здравоохранение составляют затраты на стационарное лечение, около 2% – домашнее обслуживание, 10% – медикаментозное лечение и 10% – содержание в домах престарелых. Оставшиеся 11% охватывают услуги стоматологов, офтальмологов и других узких специалистов. Семейная медицина – довольно развитая структура. Семейные врачи осматривают и наблюдают пациентов и при необходимости направляют их к узким специалистам или в стационар. Оплату врачи получают непосредственно от пациентов. Как правило, семейный врач имеет собственный офис, или кооперируется с другими специалистами.

Больницы или госпитали – крупнейшая составная часть медицинских услуг. Стационарное лечение является наиболее дорогостоящим и важным компонентом индустрии здравоохранения страны. Однако в последнее время происходят заметные сдвиги в сторону других учреждений, преимущественно поликлиник, пунктов скорой помощи и домов престарелых. Амбулаторные услуги медленно, но уверенно заменяют стационарное лечение, а помощь на дому

– пребывание в домах для престарелых. В США функционирует два типа госпиталей: имеющие право собственности, зачастую управляемые большими частными корпорациями, и неприбыльные госпитали, находящиеся в управлении окружных и государственных властей, религиозных общин или независимых общественных организаций. Их структура сходна с нашими больницами. В них оказывают определенный объем амбулаторной помощи в отделениях скорой медицинской помощи и специализированных клиниках, но в основном они предназначены для оказания госпитальной помощи. Наибольшее внимание уделяется отделению неотложной медицинской помощи. В отделениях скорой медицинской помощи и центрах неотложной терапии оказывают спорадическую, сфокусированную на проблеме помощь. Хирургический центр – пример специализированной клиники. Кроме того, широко развита сеть хосписов для терминальных больных с ожидаемой продолжительностью жизни шесть месяцев и менее, которые, как правило, субсидируются благотворительными организациями и правительством.

В США, как и в других странах, понятие амбулаторной помощи включает оказание услуг без госпитализации пациента, что составляет большую долю оказания медицинской помощи населению. Лечение на дому проводится за счет сестринских организаций и обычно заказывается врачами. Частный сектор амбулаторной помощи представлен личными врачами (специалистами по внутренней и семейной медицине, педиатрами), узкими специалистами, например гастроэнтерологами, кардиологами, детскими эндокринологами, а также медсестрами и другим медицинским персоналом. В 1996 г. появились так называемые услуги *concierge medicine* –

предоставление расширенного спектра услуг личным врачом за предоплату.

### **Государственные программы**

Многие из американцев, не имеющие частной страховки, подпадают под действие таких правительственных программ, как Medicare и Medicaid, а также программ различных штатов и местных властей для малообеспеченного населения.

Около 25% незастрахованных жителей (около 11 млн человек) могли бы участвовать в государственной программе, но по какой-то причине не попали под ее действие. Одной из целей правительства является расширение сферы действия этих программ на все слои населения. В 1966 г. Конгресс принял закон, реформирующий систему социального обеспечения. С тех пор каждый штат страны подает федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным Medicaid. После утверждения плана штаты стали использовать для финансирования медицинских услуг федеральные деньги, а также собственные доходы. В каждом штате существует своя программа Medicaid, что делает ее весьма сложной в управлении.

### **Расходы на здравоохранение**

Центр программ Medicare и Medicaid опубликовал анализ общих расходов на здравоохранение, включающий не только исторические данные, но и прогнозируемые расходы. Отмечено, что в 2006 г. было потрачено 2,1 триллиона долларов, или 16% от ВВП. Эти цифры по сравнению с 2004 г. выросли на 6,7%.

В результате проведенного расследования бюджетный комитет Конгресса пришел к выводу, что увеличение расходов на здравоохранение напрямую связано с изменениями в оказании медицинской помощи, которые

произошли благодаря совершенствованию технологий, а также вследствие роста уровня доходов, изменения страхового покрытия и повышения цен. Расходы на больницы и оплату труда врачей составляют большую часть общих затрат на медицину, в то время как расходы на рецептурные препараты – всего 10%. Люди зрелого и пожилого возраста тратят на медицинские услуги гораздо больше средств, чем работающее население или дети. В Dartmouth Atlas of Health Care (2008) опубликованы данные, согласно которым оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями в последние два года их жизни в рамках программы Medicare повышает затраты из-за проведения большого количества диагностических и лечебных процедур, а также увеличивает сроки пребывания пациентов в госпитале. С другой стороны показано, что это не привело к улучшению исходов.

Существует значительная географическая вариабельность уровня медицинской помощи, оказываемой хронически больным пациентам. В основном она зависит от наличия доступных дорогостоящих методик в той или иной географической области, и только малая часть этих расходов (около 4%) объясняется количеством тяжелых пациентов в данном регионе.

Расходы на оказание неотложной медицинской помощи составляют более 55% расходов по программе Medicare, при этом разница в объеме оказываемых услуг более значительна, чем разница в цене.

### **Система финансирования здравоохранения**

Система здравоохранения имеет неполное общественное финансирование и получает средства за счет государственных и частных фондов. В 2004 г. за счет частных страховых полисов было покрыто 36% расходов на здравоохранение, 15% – оплачено непосредственно частными лицами, 34% – федеральным правительством, 11%

– правительствами штатов, либо местными властями, 4% – другими частными фондами. Большинству американцев (59,7%) медицинскую страховку предоставляет работодатель. Кроме страхования, существуют пособия работникам в случае потери трудоспособности, страхование жизни и пр. И хотя работодатель не обязан предоставлять страховку служащему, занятому полный рабочий день, крупные предприятия практикуют такое страхование. С 2001 г. стоимость страховки увеличилась на 78%, при увеличении заработной платы на 19% и инфляции на 17%. При этом работникам, которым страховку обеспечивает работодатель, иногда приходится самостоятельно оплачивать медицинские услуги в виде различных доплат и франшиз.

Работодатели предлагают различные виды медицинского страхования. Одним из наиболее распространенных видов страховки является компенсационное страхование, или страхование «платы за услуги». По этой форме работодатель платит страховой компании премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает квитанции, представленные медицинским учреждением или врачом. Обычно страховая компания покрывает 80% расходов по лечению, остальные деньги должен доплатить пациент.

Еще один вид – страхование «управляемых услуг». Существует несколько типов такой страховки: «кадровая модель» объединяет большую часть медицинских работников, предоставляющих услуги, другие виды охватывают больницы и дома для престарелых. Так называемые сети или ассоциации независимых практик подписывают контракты с определенной группой медицинских работников и учреждений на оказание всех услуг, предоставляемых пациентам по этому виду страхования. Обычно страховые организации получают

некую фиксированную сумму, которая выплачивается заранее за каждого пациента.

При страховании «платы за услуги» медикам оплачивается конкретная стоимость услуг, которые реально предоставляются нуждающимся в них пациентам. При страховании «управляемых услуг» медики получают только установленную сумму на каждого застрахованного пациента, независимо от того, будут ли предоставлены пациенту дополнительные услуги сверх суммы или нет. В первом случае работники системы здравоохранения заинтересованы в привлечении пациентов и предоставлении им разнообразных услуг, а во втором они вряд ли назначат их более чем необходимо.

Государство поддерживает работодателей в обеспечении сотрудников медицинскими страховками и не облагает потраченные на них средства налогами. Общая сумма налоговых субсидий составляет приблизительно 150 млрд долларов в год.

По разным оценкам, число незастрахованных американцев колеблется от 20 до 50 млн человек (8-20% населения). Это большая проблема, так как многие не могут платить за лечение и откладывают его, что в конечном итоге приводит к повышению расходов на медицинские услуги. К тому же обслуживание большого количества незастрахованных пациентов может привести к банкротству больницы или врача.

Среди незастрахованного населения около 38 млн – работоспособные взрослые, и более 27 млн людей имеют частичную занятость. Около 37% незастрахованных людей с семейным годовым доходом более 50 тыс. долларов. В соответствии с данными Census Bureau 36,7 млн незастрахованных – легальные граждане, остальные 10,2 млн – нелегальное население страны. Был сделан вывод, что около пятой части незастрахованных могли позволить себе

страховку, почти четверть могут рассчитывать на государственные программы, а 56% нуждаются в финансовой помощи.

Согласно опубликованным в журнале Health Affairs данным в 2001 г. незастрахованные жители получили некомпенсированной медицинской помощи на сумму приблизительно 35 млн долларов. В проведенном анализе отмечается, что стоимость такой помощи на одного человека составила половину суммы, которую получает застрахованный житель. Кроме того, было установлено, что около 30,6 млрд долларов расходуется государством для медицинского обеспечения незастрахованных жителей, покрывая 80-85% некомпенсированной медицинской помощи по средствам грантов, различных прямых платежей, налоговых субсидий, оплат по программам Medicare и Medicaid. Большая часть средств поступает из федерального бюджета, бюджета штатов и местных налогов.

#### **Менеджерские страховые организации**

В рамках модели «плата за услуги» оплата за медицинское обслуживание производится каждым человеком индивидуально за счет собственных средств, как и за любую другую предоставляемую услугу. Страховая модель предусматривает разделение финансовых рисков, при которой каждый индивидуум или его работодатель вносят установленную ежемесячную плату. Такой механизм разделения средств зачастую позволяет оплачивать полный спектр необходимых медицинских услуг, но иногда приходится оплачивать определенную сумму за оказываемые услуги – так называемую франшизу, либо доплачивать какую-то часть за каждую процедуру. На сегодня большинство работодателей пользуются услугами менеджерских страховых организаций, которые организуют оказание медицинских услуг по цене значительно ниже той, которую заплатил бы работник при

индивидуальном обращении за помощью. Основной особенностью таких организаций является заключение селективных контрактов, то есть, с несколькими поставщиками медицинских услуг, что позволяет добиться более низких цен. Кроме того, эти организации часто предлагают выгодные для работодателя схемы снижения чрезмерных медицинских затрат. Для минимизации расходов пациент перед получением специализированной помощи предварительно должен быть осмотрен специалистом широкого профиля. Менеджерские страховые организации и обычные страховщики зачастую используют такие нефинансовые механизмы контроля, как административное одобрение либо получение заключения второго специалиста перед назначением дорогостоящих процедур.

Понятие «менеджерские страховые организации» включает организации, поддерживающие здоровье (ОПЗ, healthmaintenance organizations), и организации предоставления предпочтительных услуг (ППУ, preferred provider organizations). ОПЗ покрывают медицинские услуги, оказанные только врачами или клиниками, с которыми подписаны соответствующие контракты. ППУ позволяют оплатить медицинские услуги больным. На сегодня характерна картина, когда врач или клиника имеет около дюжины или более контрактов с различными компаниями, диагностическими лабораториями и в работе пользуются несколькими практическими руководствами. На смену им приходят организации с более гибкими моделями управления, способные предложить клиентам значительные скидки за счет развитой сети контрактных госпиталей.

#### **Медицинские продукты, исследования и развитие**

Производством такой медицинской продукции, как лекарственные средства и оборудование, занимаются частные компании. Америка тратит колоссальные суммы на

медицинские исследования, преимущественно за счет негосударственных поступлений. В 2000 г. такая неприбыльная частная организация -- медицинский институт Говарда Хьюза - субсидировала 7% всех средств, потраченных на исследования, частные фармацевтические компании – 57%, Национальный институт здоровья (НИЗ) – государственное учреждение, бюджет которого создается за счет налогообложения, – 36%. Однако уже в 2004 г. вклад НИЗ составил только 28% фондов, направленных на разработку исследований.

За период с 1994 по 2003 год объем финансирования от частных фарм- компаний увеличился на 102%. В частных лабораториях проводятся исследования с целью создания новых лекарственных препаратов, методик, аппаратов, которые могут быть в последующем зарегистрированы и представлены на фармацевтическом рынке. Правительство и университеты отдают предпочтение базисным исследованиям. Многие из таких исследований проводятся государственными исследовательскими институтами, такими, как НИЗ и Национальный институт психического здоровья.

### **Регулирование и надзор в системе здравоохранения**

Деятельность Центра контроля и предотвращения заболеваний направлена на определение и устранение угроз общественному здоровью. Кроме него, существуют такие регуляторные органы, как Администрация по контролю продуктов и лекарственных веществ (Food and Drug Administration – FDA), которая занимается рассмотрением и одобрением разрешений на продажу новых препаратов. Многие из организаций, оказывающих медицинские услуги, добровольно проходят сертификацию Комиссией по аккредитации госпитальных учреждений.

Недавно центр служб Medicare и Medicaid на своем веб-сайте разместил свободный для просмотра рейтинг качества

оказания медицинской помощи в частных клиниках с указанием проблем, которые имели место ранее. В США ответственность за систему медицинского страхования несет федеральное правительство и частично правительства штатов, что закреплено актом Мак Карена-Фергюсона. Штаты могут регулировать объем медицинских услуг, предоставляемых по медицинским программам.

Хотя американская система здравоохранения самая дорогая в мире, она не лишена недостатков. Многие жители не могут получить адекватной медицинской помощи, заболеваемость в стране не снижается, а профилактические мероприятия зачастую не приносят ожидаемого результата. Однако США постоянно предпринимают шаги, направленные на улучшение системы здравоохранения и здоровья населения в целом. Учитывая тесную взаимосвязь системы финансирования и организации предоставления медицинских услуг, именно новые механизмы финансирования ведут к изменениям в системе оказания медицинских услуг и одновременно являются одним из решающих факторов на пути универсальной обязательной государственной системы здравоохранения. Сторонники этой системы утверждают, что оказание медицинской помощи незастрахованным гражданам приводит к огромным затратам, которых можно избежать, охватив все население системой обязательной медицинской помощи. Их оппоненты апеллируют к универсальной обязательной государственной системе здравоохранения, говорят о свободе выбора каждого человека, утверждая, что введение системы приведет к повышению налогообложения и снижению качества оказания медицинской помощи. Однако сходятся во мнении, что на сегодня правительство вынуждено тратить на здравоохранение огромные средства и наиболее эффективным решением данной проблемы может быть стимулирование рыночных отношений, повышение и

введение инновационных подходов. Кроме того, все политические силы единогласно отстаивают незыблемое право каждого человека на оказание медицинской помощи, которое должно быть защищено государством.

### 2.3 Система здравоохранения Испании.

В Испании государственная система здравоохранения крайне децентрализована: основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны. Испанская конституция гарантирует всем гражданам "право" на медицинское обслуживание, в том числе равный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, однако ответственность за реализацию всеобщего медицинского страхования передана региональным властям. Правда, степень и темпы мероприятий по перераспределению этих полномочий отличаются неравномерностью, и некоторые регионы получили максимальную самостоятельность в данной сфере лишь недавно<sup>[111]</sup>. Медицинское страхование охватывает почти все население — по оценкам, до 98,7% граждан. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство — как в стационаре, так и амбулаторное, чрезвычайную и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств (хотя для некоторых медикаментов предусматривается доленое участие потребителей). На многие услуги, связанные с лечением психических заболеваний, особенно амбулаторные, а также косметическую хирургию, страхование не распространяется. Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Целевое использование этих средств не прописывается: региональные власти сами решают, на что их расходовать. Размер гранта определяется, исходя из

численности населения региона, а также с учетом иных факторов, например, демографической ситуации. В дополнение к федеральным трансфертам регионы могут использовать на медицинские нужды и собственные средства. Неудивительно, что объем расходов на здравоохранение в различных регионах варьируется. Эта разница, а также отличия в приоритетах, обуславливают и значительные несовпадения в доступности медицинских ресурсов. Так, в Каталонии, количество койко-мест на 1000 жителей составляет 4,5, в Валенсии — всего 2,8. Пациент не обладает правом выбирать себе врачей — будь то терапевт или другой специалист. Вместо этого его прикрепляют к одному из терапевтов, работающих по месту жительства гражданина. Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. В отличие от участников американской схемы "регулируемого медобслуживания", "добровольно выйти из системы" испанцы не могут, если они не застраховались в частной фирме (см. ниже). В результате возник интересный феномен: чтобы сменить врача или найти специализированные медучреждения, где нет длинных очередей, больные меняют место жительства. Длительность очередей в разных регионах варьируется, но проблема "листов ожидания" повсеместно носит серьезный характер. В среднем приходится ждать приема у специалиста 65 дней, а в некоторых регионах — гораздо дольше. На Канарских островах, к примеру, этот срок составляет 140 дней. Но даже в континентальной части страны, в Галисии, пациенту приходится ждать осмотра специалистом 81 день. По некоторым врачебным специальностям общенациональные средние показатели и того хуже: обследования у гинеколога нужно ждать 71 день, невропатолога — 81 день. Ожидание по некоторым видам медицинской помощи затягивается

надолго. Например, время нахождения на "листе ожидания" на простатомию составляет в среднем 62 дня, на операцию по замещению тазобедренного сустава — 123 дня. Некоторые медицинские услуги, которые американцы воспринимают как должные, здесь практически недоступны. Реабилитация, уход за выздоравливающими или смертельно больными в этой стране, как правило, перекладываются на плечи родственников. Очень мало государственных домов для престарелых, хосписов и санаториев для выздоравливающих. Как и в большинстве других стран с государственной системой здравоохранения, распространенность очередей и проблемы с качеством услуг все чаще вынуждают людей прибегать к альтернативному варианту — частному медицинскому страхованию. В настоящее время до 12% испанцев имеют частные страховые полисы (они застрахованы дважды, поскольку отказаться от государственного страхования гражданин не может). В крупных городах, например, Мадриде, количество людей, застрахованных в частных структурах, достигает 25% жителей. Выплаты по частным медицинским страховкам составляют до 21% совокупных расходов на здравоохранение. Чаше испанцы платят за услуги частных медучреждений непосредственно "из кармана". Сумма прямых платежей составляет почти 24% совокупных расходов на медицинские услуги — этот показатель выше, чем во всех европейских странах, кроме Греции, Швейцарии и Соединенных Штатов. В стране сформировалась двухуровневая система, в рамках которой зажиточные граждане "покупают" себе "право выхода" из государственной системы, а бедняки вынуждены довольствоваться услугами более низкого качества.

В стране отмечается дефицит современных медицинских технологий. Приборов для магнитно-резонансной томографии на миллион населения в стране насчитывается

на две трети меньше, чем в США; по компьютерным томографам отставание лишь немногим меньше, по количеству цистоскопов она тоже уступает Соединенным Штатам. В этой сфере ситуация сильно различается, в зависимости от региона. В Сеуте и Мелилье, например, вообще нет ни одного магнитно-резонансного томографа. Подобные региональные различия имеют важное значение, ведь испанцы, пытающиеся отправиться на лечение в другие регионы, сталкиваются с серьезными бюрократическими барьерами. Все врачи, работающие в больницах, и до 75% других медиков, считаются "наполовину государственными служащими" и получают жалование, а не гонорары, в зависимости от предоставленных услуг. Размер зарплаты зависит от количества лет медицинской практики и определенных профессиональных степеней; она повышается каждый год для всех сразу, независимо от уровня профессионализма или отзывов пациентов. В результате, по количеству врачей и медсестер на душу населения Испания уступает большинству европейских стран и США. Особенно острый характер носит нехватка терапевтов. Тем не менее, испанцы в целом довольны своей системой здравоохранения. Почти 60% населения оценивают ее позитивно: это второй по величине уровень поддержки в Европе (первое место занимает Франция). Соответственно, реформа здравоохранения для среднестатистического испанца не относится к самым насущным вопросам. Один наблюдатель отметил в этой связи: в ходе недавней предвыборной кампании в стране "проблемы здравоохранения выделялись разве что своим отсутствием среди тем серьезных дискуссий". Примерно 46% граждан страны считают реформу "насущно необходимой", а 35% — "желательной". Кроме того, испанцы меньше привержены рыночным методам в здравоохранении, чем население большинства других европейских стран. Лишь 42% респондентов считают,

что пациентом было бы удобнее оплачивать медицинские услуги из собственных средств, и не более 58% думают, что качество медицинской помощи повысится, если потребителям будет предоставлен больший контроль над расходами на здравоохранение. Тем не менее, испанцы хотели бы иметь больше свободы в плане выбора врачей и больниц, и убеждены, что государству следует активнее решать проблему "листов ожидания".

#### **2.4. Система здравоохранения Франции.**

Некоторые из наиболее знающих сторонников государственной системы здравоохранения именно Францию считают страной, которая доказала свою эффективность. Джонатан Кон из *New Republic* отмечает: "Пожалуй, Францию можно считать образцом того, что можно достичь в рамках системы всеобщего медицинского страхования. Эзра Кляйн из *American Prospect* называет французскую медицину "максимальным приближением к образцу из всех существующих систем". По результатам большинства сравнительных исследований французская система получает высший или один из высших баллов, а в рейтинге ВОЗ занимает 1-е место. Хотя французская система здравоохранения уже в недалеком будущем ляжет тяжелым бременем на государственный бюджет, она действительно обеспечивает всеобщее медицинское страхование — по крайней мере, в определенном объеме, и позволяет избежать многих проблем из тех, с которыми сталкивается государственная медицина в других странах. Однако достигается это, во многом, за счет "рыночного" подхода, в том числе разделения издержек с потребителем. Что касается других аспектов системы, то они, судя по всему, отражают французские традиции и политическую специфику, и из-за этого ее трудно было бы внедрить на американской "почве". Во Франции базовый уровень всеобщего обязательного

медицинского страхования обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Формально фонды являются частными компаниями, но на деле жестко регулируются и контролируются государством. Уровни страховых взносов (финансируемых за счет налога на зарплату), выплат и компенсаций провайдерам медицинских услуг определяются правительством. В этом смысле французские фонды напоминают коммунальные предприятия у нас в стране. Крупнейший из таких фондов — "Всеобщая национальная система медицинского страхования" — обеспечивает страховками до 83% населения страны, т.е., большинство работников за пределами аграрного сектора и членов их семей. Отдельные страховые схемы охватывают сельскохозяйственных работников, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и представителей некоторых "особых" профессий — шахтеров, транспортных рабочих, деятелей искусства, священников и государственных нотариусов. Еще один фонд специализируется на страховании безработных - крупные страховые структуры по региональному принципу подразделяются на фонды меньшего масштаба. В целом общенациональная система медицинского страхования охватывает около 99% граждан. Французская система здравоохранения занимает 3-е место в мире по объему затрат: расходы составляют примерно 11 % ВВП, по этому показателю она уступает только США (17% ВВП) и Швейцарии (11,5%). Крупнейшим источником финансирования является налог на зарплату. Работодатели выплачивают за каждого работника налог в размере 12,8% от его жалования, а еще 0,75% добавляет сам работник — таким образом, общая ставка налога на зарплату составляет 13,55%. Кроме того, в стране действует всеобщий социальный налог в размере 5,25% от дохода; для пенсионеров и лиц, получающих пособие по безработице, он уменьшается до

3,95%. Большинство работающих фактически платит за медицинское страхование 18,8% дохода. Специальными налогами облагаются доходы табачных, винно-водочных и фармацевтических компаний. В теории все целевые поступления должны обеспечивать финансирование системы в полном объеме. На деле их не хватает, чтобы компенсировать все затраты в рамках программы. Национальное управление ежегодно составляет общий бюджет системы здравоохранения в масштабе страны, но фактические расходы неизменно превышают эти ориентировки. В 2006 году дефицит бюджета системы здравоохранения составил 10,3 миллиарда евро. На самом деле, показатель не так уж плох, ведь в предыдущем году дефицит был еще больше — 11,6 миллиардов евро. Здравоохранение — крупнейшая по объему статья расходов, не позволяющая сбалансировать государственный бюджет в целом — его дефицит вырос до 49,6 миллиардов евро, или 2,5% ВВП, что ставит под угрозу соответствие Франции финансовым критериям Маастрихтского соглашения для стран, входящих в зону евро. Не исключено, впрочем, что это — лишь вершина айсберга. По прогнозам некоторых государственных ведомств дефицит только бюджета системы здравоохранения может превысить 29 миллиардов евро к 2010 году, и достичь 66 миллиардов к 2020-му. В целом, страховые фонды обеспечивают покрытие стационарного и амбулаторного лечения, услуг врачей общей практики и специалистов, диагностические обследования, лекарства, отпускаемые по рецептам, и помощь на дому. В большинстве случаев услуги, на которые распространяется страховое покрытие, конкретно перечисляются в нормативных актах. Наличие некоторых "косвенных" льгот порой приводит к конфликтам по вопросу о том, какие услуги полностью страхуются, а какие — частично. По большинству предоставляемых услуг предусматривается

значительное доленое участие застрахованного потребителя — от 10 до 40% от стоимости. В результате, примерно 13% от объема медицинских услуг французы оплачивают из собственного кармана (примерно столько же, сколько и американцы). Более того, поскольку многие виды медицинской помощи не покрываются страхованием, а ряд наиболее качественных провайдеров медицинских услуг отказывается работать по ставкам, навязываемым страховыми фондами, более 92% жителей приобретают дополнительные страховые полисы у частных структур. На деле частное страхование сегодня составляет примерно 12,7% всех расходов на медицинскую помощь; по этому показателю среди промышленно развитых стран она уступает лишь Бельгии (15,2%) и Соединенным Штатам (35%). В связи с сочетанием платежей из кармана потребителя и страхования на долю негосударственных источников приходится примерно 20% совокупных расходов на медицинскую помощь — в два с лишним раза меньше, чем в США, но больше, чем в большинстве стран, где существует государственная система здравоохранения. Рынок частного страхования по многим параметрам меньше подвергается регулированию, чем в США. К примеру, если в Америке в 20 штатах действует стандартная система страховых взносов, или их объем ограничивается, то во Франции взносы в системе частного медицинского страхования носят дифференцированный характер. Там не существует норм регулирования, определяющих, какие льготы должны быть включены в страховое покрытие, или обязательный "гарантированный выпуск"; существовавшие ранее условия страхового договора могут в дальнейшем из него исключаться. Единственное серьезное ограничение относится к "гарантированной возобновляемой" полиса после двух лет страхового покрытия. В настоящее время различные формы медицинских страховок предоставляют в

стране более 118 частных страховщиков. Как правило, пациент сам вносит плату за лечение, а затем получает компенсацию от государственного фонда и/или частного страховщика. Размер компенсации, за вычетом долевого участия застрахованного, основан на тарифах, согласованных провайдерами медицинских услуг и национальными фондами страхования. Тарифы формируются аналогично нашим "клинико-статистическим группам". Но если тарифы компенсаций устанавливаются государством, то суммы, начисляемые врачами за услуги, не регулируются. Французская система позволяет провайдерам предъявлять счета в объеме, превышающем базовые тарифы, до 30% врачей так и делают. В некоторых районах страны, в том числе и в Париже, доля врачей, чьи гонорары превышают базовые тарифы, достигает 80%. Конкуренция не позволяет большинству медиков чрезмерно завышать расценки, по сравнению с установленным уровнем; кроме того, врачи, работающие в больницах, в отличие от частнопрактикующих, имеют меньше возможностей для выхода за пределы согласованных тарифов. Власти устанавливают размеры компенсаций, как для государственных, так и для частных больниц, которым, чаще всего, не разрешается увеличивать расценки, по сравнению с согласованными тарифами. Но, хотя гонорары за услуги и ограничиваются, частные больницы (они называются "клиниками") — на их долю приходится 37% всех койко-мест для краткосрочного пребывания пациентов и 50% койко-мест в хирургических отделениях — сами контролируют свои бюджеты, а государственные больницы действуют в рамках общих годовых бюджетов, разрабатываемых Министерством здравоохранения. Технологии, которые Национальный совет по здравоохранению относит к категории "обеспечивающих недостаточный уровень медицинских услуг", запрещены к

приобретению государственными больницами, их использование в клиниках не подлежит компенсации из средств национальных страховых фондов. Отказываясь компенсировать применение этих технологий, французское государство признает: исключение продукта, "обеспечивающего недостаточный уровень услуг", из покрываемого страховкой списка не означает, что он неэффективен для лечения определенных заболеваний. Речь идет о том, что правительство предпочитает расходовать деньги на компенсацию за применение других средств, по его мнению, более полезных с учетом коллективных интересов. В целом медицинские услуги отличаются высоким качеством, однако есть свои "проблемные направления". До самых недавних пор у французов в принципе не было проблем с быстрым доступом к выбранному терапевту. Сегодня, однако, все более серьезную проблему представляют "медицинские кочевники": пациенты, посещающие одного врача за другим, пока им не поставят тот диагноз, который они предпочитают. Это явление, несомненно, повышает затратность системы здравоохранения. Государство отреагировало на это увеличением долевого участия потребителей в оплате услуг, а также попытками ограничить компенсации врачам. Значительная часть бремени по обузданию роста затрат в рамках французской системы, судя по всему, перекладывается на плечи медиков. Врач зарабатывает, в среднем, всего 40 000 евро (55 000 долларов) в год. Для сравнения, в США средний заработок врача общей практики составляет 146 000, а специалиста — 271 000 долларов в год. Подобную ситуацию нельзя однозначно воспринимать, как негативную (понятия о том, какой должна быть зарплата врача, не существует), к тому же низкие заработки докторов отчасти компенсируются льготами: во-первых, обучение в медицинских вузах оплачивается государством, так что, в

отличие от американских коллег, начинающие врачи не обременены долгами, во-вторых, французская правовая система резко ограничивает подачу коллективных исков, что значительно сокращает расходы медиков на страхование на случай врачебной ошибки. Французские власти пытаются ограничивать общее количество практикующих врачей, устанавливая жесткие квоты для приема на второй курс медицинских вузов. Однако врачи все сильнее оказывают сопротивление попыткам ограничить их вознаграждение в рамках системы медицинского страхования — недавно они провели несколько забастовок и акций протеста. Поскольку бюджетные проблемы в стране усиливаются, разрастание подобных конфликтов весьма вероятно. Куда важнее другое: в последнее время государство начало ограничивать доступ к врачам. В исследовании, проведенном в 2004 году Высшим советом по развитию медицинского страхования, ставился вопрос о "легитимности абсолютной свободы, которой обладают медики-профессионалы в плане основания собственной практики". В 2005 году правительство ввело в действие систему "скоординированных маршрутов получения медицинских услуг". В рамках этой системы механизм сильно напоминает наше "регулируемое медобслуживание" — пациенту рекомендуется выбрать "основного врача", который будет разрабатывать для него "маршрут" дальнейших медицинских услуг. Цель состоит в том, чтобы "привязать" потребителя к выбранному им терапевту и превратить последнего в "привратника", который будет ограничивать доступ пациента к специалистам, различным обследованиям и некоторым, особенно сложным и "продвинутым" медицинским процедурам. Пока что новая система скорее "мягко подталкивает" людей в определенном направлении, а не носит обязательного характера. Если вы не захотите воспользоваться "маршрутом", ваше доленое участие немного возрастет, а страховые компенсации слегка

снизятся — примерно так же, как это происходит с теми американцами, что "выходят из системы". Но если расходы на здравоохранение будут и дальше увеличиваться, новая система может быть расширена и ужесточена. Более насущный характер носит другая проблема: общий бюджет и ограничение тарифов за медицинские услуги, в рамках которых действуют больницы, приводят к хроническому недофинансированию основных фондов, чьим результатом становится дефицит передовых медицинских технологий и недоступность наиболее "продвинутых" видов услуг. Так, аппаратов для магнитно-резонансной томографии в пересчете на миллион жителей в Соединенных Штатах насчитывается в восемь раз больше, чем во Франции, а для компьютерной томографии — в четыре раза больше. В этом проявляется больший акцент на технологии, характерные для американской медицины, но в результате некоторым французским пациентам приходится ждать возможности, когда они смогут получить необходимую помощь. Кроме того, в стране наблюдается диспаритет в географическом распределении ресурсов здравоохранения: в одних регионах медицинские услуги доступнее, чем в других. Хотя в целом французская система позволяет избежать "листов ожидания" на медобслуживание, типичных для других стран с государственным здравоохранением. Для некоторых специализированных видов лечения и доступ к определенным технологиям очереди, пусть и в ограниченном масштабе, все же существуют. В некоторых случаях больницы, опасаясь перерасходовать выделенный им бюджет, ради экономии направляют пациентов в другие медицинские учреждения. Наконец, государство старается ограничить отпуск медикаментов по рецептам. Французы традиционно принимают необычайно много лекарств. Терапевт, в среднем, выписывает за год рецептов на сумму в 260 000 евро. Однако Национальный совет здравоохранения

приступил к "чистке" формуляра лекарств, за которые выплачивается страховая компенсация. Многие пациенты в ответ переключаются на прием аналогичных по действию препаратов, оставшихся в списке, но некоторые в итоге могут остаться без нужного им лекарства. Например, по результатам одного исследования выяснилось, что почти 90% астматиков не получают лекарств, способных улучшить их состояние. Существует мнение, что государственное регулирование и бюрократизм лишают французскую систему гибкости, не позволяют ей быстро реагировать на изменившиеся обстоятельства. Некомпетентность управленцев и неспособность системы справляться с чрезвычайными ситуациями, как считают некоторые, стали одной из причин гибели 15 000 престарелых граждан летом 2003 года, когда в Европе установилась аномально высокая температура, а также дефицита койко-мест в ходе эпидемии гриппа и бронхита в 2004 году. Последние новшества, конечно, не равнозначны введению нормирования медицинских услуг, однако 62% французских граждан утверждают, что "ощутили на себе" последствия этих ограничений. Кроме того, более половины французов считают период ожидания между постановкой диагноза и началом лечения неприемлемо долгим. Валентин Петканчин, научный сотрудник экономического института им. Молинари (Institut Economique Molinari), предупреждает: Франция может "оказаться среди тех стран — к их числу относятся, в частности, Великобритания и Канада, где нормирование медицинских услуг и наличие очередей на медицинскую помощь вызывает серьезные вопросы относительно доступности лечения для тех, кто в нем нуждается". Некоторые профессионалы-медики отмечают, что период ожидания перед началом лечения постепенно увеличивается. Воздействие всех этих мер по сдерживанию роста расходов отчасти смягчается тем, что пациент может

обеспечить себе медицинскую помощь в частном порядке, вне рамок системы. Скажем, если нужно ему лекарство исключено из списка, он может его купить, если готов потратить собственные деньги. Это касается и доступа к медицинским технологиям. Наконец, пациент вправе проигнорировать "скоординированный маршрут" и немедленно получить нужную ему помощь, пусть и за более высокую цену. Кроме того, распространению новых медицинских технологий и видов услуг способствуют дополнительные средства, получаемые за счет выплат частных страховщиков. Повышая совокупный объем капитала, который можно использовать для подобных инвестиций, платежи позволяют преодолевать рамки ограничений, установленных государственной системой, и обеспечивать увеличение количества койко-мест, а также технического оборудования в рамках системы. Финансовые вливания через частное страхование, возможно, способствуют увеличению количества врачей и повышению качества их подготовки. В сущности, избежать широкого применения нормирования французскому здравоохранению удается потому, что, в отличие от "чистых" систем единого плательщика, оно использует рыночные механизмы. Даже ОЭСР отмечает, что "доля населения, приобретающего медицинские страховки у частных структур", и уровень долевого участия потребителей в расходах на медицинские услуги, являются главными факторами, влияющими на продолжительность ожидания в очередях: "Очереди на плановые операции существуют в тех странах, где государственное медицинское страхование (при нулевом или низком долевым участии пациентов) сочетается с ограничениями "предложения" хирургических услуг. Государственное медицинское страхование снимает финансовые барьеры для пациентов, что по идее должно обеспечивать высокий потенциальный спрос на подобные

услуги. Однако ограничения... не позволяют предложению прийти в соответствие с этим спросом. При таких условиях неценовое нормирование в виде "листов ожидания" заменяет ценовое нормирование в качестве фактора, обеспечивающего равновесие спроса и предложения". Эзра Кляйн, давая высокую оценку французской системе здравоохранения, подчеркивает: "[Способность Франции сдерживать рост затрат на медицину] отчасти обусловлена тем, что система здравоохранения нашла инновационный способ решения одной из самых сложных проблем, не дающих покоя экспертам, занимающихся выработкой политики в этой сфере: речь идет о явлении экономического порядка под названием "моральный риск". Моральным риском называют склонность людей чрезмерно потреблять товары и услуги, обеспечивающие более высокую выгоду без соответствующего повышения издержек. В переводе на обычный язык это означает: люди едят больше за "шведским столом", поскольку там можно бесплатно положить добавку, и чаще обращаются за медицинскими услугами, поскольку оплачивают их авансом в виде страховых взносов, а не по факту. Очевидное решение заключается в том, чтобы переносить большую долю расходов из взносов в доленое участие или страховые вычеты, тем самым повышая уровень осознания потребителями реальных затрат на каждую "единицу" медпомощи, которую они приобретают". В то же время следует отметить, что возможности воспользоваться частным страхованием имеются не у всех. Чаще всего, "избегают" государственной системы зажиточные граждане, что фактически приводит к образованию двух уровней медицинской помощи. Результатом становится диспаритет в результатах лечебных мероприятий, связанных с уровнем доходов пациентов. Подобная ситуация, несомненно, наблюдается в США и других странах, и никакой беды в том, что богатые могут платить больше за качественное

лечение, нет. Она показывает, что заявленная цель — обеспечить всем гражданам абсолютно равный доступ к медицинским услугам — остается недостижимой даже в рамках управляемой государством системы здравоохранения. Результаты опроса, проведенного в 2004 году, показывают: французы больше, чем граждане всех других стран Европы, удовлетворены своей системой здравоохранения. Отчасти это обусловлено тем, что гибридный характер системы позволяет избежать ряда самых серьезных проблем, характерных для других моделей государственного здравоохранения. Вторая причина состоит в особенностях французского национального характера. Две трети опрошенных выразили мнение, что качество получаемой медицинской помощи не так важно, как всеобщий и равный доступ к помощи. Это означает, что французский опыт, скорее всего, трудно было бы внедрить в Штатах — ведь для американцев характерна менее эгалитарная этика. Хотя французы и удовлетворены нынешним состоянием системы здравоохранения, будущее вызывает у них озабоченность. Они признают необходимость более жесткого контроля над затратами в этой сфере. В результате возникает обычное противоречие, связанное с услугами, оказываемыми государством: большинство людей не хочет платить за них больше (либо за счет повышения налогов, либо напрямую из своего кармана), и одновременно граждане обеспокоены тем, что мероприятия по сдерживанию затрат могут в будущем привести к ухудшению качества услуг. Относительно характера реформы французского здравоохранения в обществе нет единого мнения. 65% взрослых граждан убеждены, что реформа "насуточно необходима", 20% считают ее "желательной". В стране нарастает неудовлетворенность французским "социальным государством", важным элементом которого является система здравоохранения, и уровнем налогообложения, необходимым для его

финансирования. Избрание президентом Николя Саркози многие рассматривают как одно из проявлений подобного настроения. И действительно, новое правительство одной из приоритетных задач считает сокращение затрат на здравоохранение. Подведем итоги: несомненно, французская модель здравоохранения работает лучше, чем большинство других государственных систем в этой сфере. Несмотря на наличие определенных проблем, в целом удастся избежать нормирования медицинских услуг, характерного для аналогичных систем. Однако серьезную угрозу для этой программы представляет рост затрат; в будущем он может вынудить государство ввести нормирование в сфере здравоохранения. Эффективность французской системы частью связана с теми ее чертами, к которым Майкл Мур и другие сторонники государственной медицины относятся наиболее негативно, применительно к американскому здравоохранению. Во Франции достаточно велико доленое участие пациентов в оплате медицинской помощи, что позволяет избегать избыточного пользования медицинскими услугами; немалую роль играет нерегулируемый рынок частного медицинского страхования, заполняющий пробелы в плане предложения. Потребителям разрешено доплачивать из кармана за более качественные или дополнительные услуги, в результате система приобретает двухуровневый характер. Очевидно, что эта картина не соответствует распространенным представлениям о том, каким должно быть государственное здравоохранение.

## 2. 5 Система здравоохранения Швейцарии.

Из всех стран, где существует всеобщее медицинское страхование, в Швейцарии система здравоохранения носит наиболее рыночно ориентированный характер. На долю государства приходится меньший процент совокупных расходов на здравоохранение, чем в Соединенных Штатах:

24,9% против 44,7%<sup>[248]</sup> (см. рисунок 1).

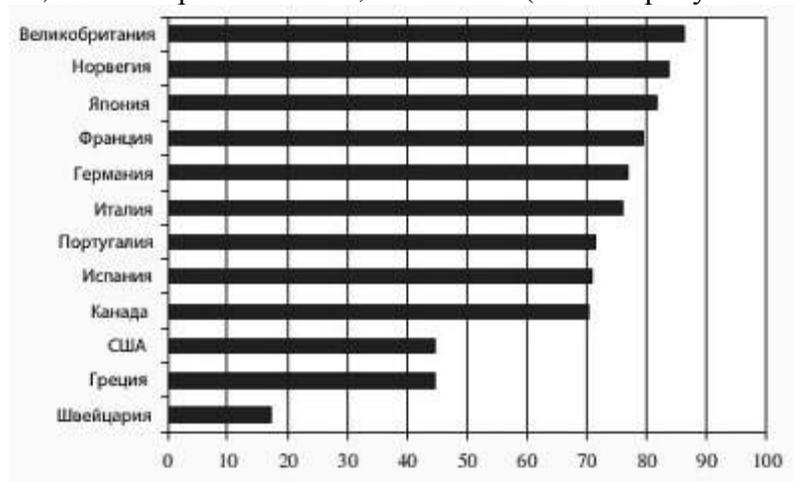


Рис.1. Доля государства в совокупных расходах на здравоохранение, %. Примечание: показатель по Швейцарии не включает обязательные страховые взносы. Источник: OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries. Organization for Economic Cooperation and Development, July 2007 (данные за 2004 год).

Швейцарская система основывается на принципе "управляемой конкуренции" — той же концепции, в русле которой лежит план преобразования системы здравоохранения, выработанный администрацией Клинтона в 1993 году, а также реформа, которую осуществил Митт Ромни (Mitt Romney) в штате Массачусетс. В рамках управляемой конкуренции предоставление медицинских услуг и медицинское страхование отдаются в частные руки, однако отрасль здравоохранения действует в рамках жестко регулируемого "искусственного" рынка. Швейцарское законодательство предписывает всем гражданам приобретать в индивидуальном порядке базовый "пакет" медицинских страховых полисов. Медицинское страхование в стране носит практически всеобщий характер, охватывая, по

оценкам, 99,5% граждан. Подобное законопослушание обусловлено национальным характером швейцарцев. В США, где разного рода предписаниям подчиняются с меньшей охотой, (даже если они направлены на благо людей), добиться аналогичных показателей охвата вряд ли было бы возможно. К примеру, в Швейцарии почти все автовладельцы подчиняются предписанию об обязательном автостраховании, а в США - лишь 83%. Понятие "базовый страховой пакет" не совсем соответствует действительности, поскольку он включает широкий спектр медицинских услуг - стационарное и амбулаторное лечение, заботу о пожилых гражданах, инвалидах и душевнобольных, диагностические обследования, содержание в санаториях, отпуск лекарств по рецептам, и даже параллельные или альтернативные виды лечения. Полисы приобретаются на индивидуальной основе. Лишь немногие работодатели обеспечивают работников медицинским страхованием или оплачивают часть взносов. Предоставляют полисы частные страховщики. В настоящее время действует 93 такие компании, хотя не все имеют филиалы в каждом кантоне или регионе. Первоначально существовало предписание, чтобы страховщики работали на некоммерческой основе, но в 2002 году это ограничение было снято. Компании не вправе отказывать клиентам в страховании из-за состояния здоровья, и объем взносов одинаков для всех в рамках географического региона: здоровые граждане фактически субсидируют лечение людей, имеющих серьезные проблемы со здоровьем. Единственное исключение из этого принципа делается для некурящих, чьи взносы снижаются на 20%, по сравнению с выплатами тех, кто курит. Кроме того, по специальной формуле осуществляется корректировка объема взносов, в зависимости от пола и возраста застрахованных. Географическая вариабельность бывает порой значительной: в зависимости от кантона, разница в объеме взносов может

доходить до 50%. Страховые компании, лишённые возможности вести конкурентную борьбу за счёт управления рисками и "надбавок за риски", вынужденные предлагать клиентам практически идентичное базовое страховое покрытие, соперничают друг с другом в ценовом плане. Поскольку они не могут сокращать издержки за счёт управления рисками и объём страховых выплат, в ценовой политике делают упор на различия в уровне вычетов и долевого участия клиентов.

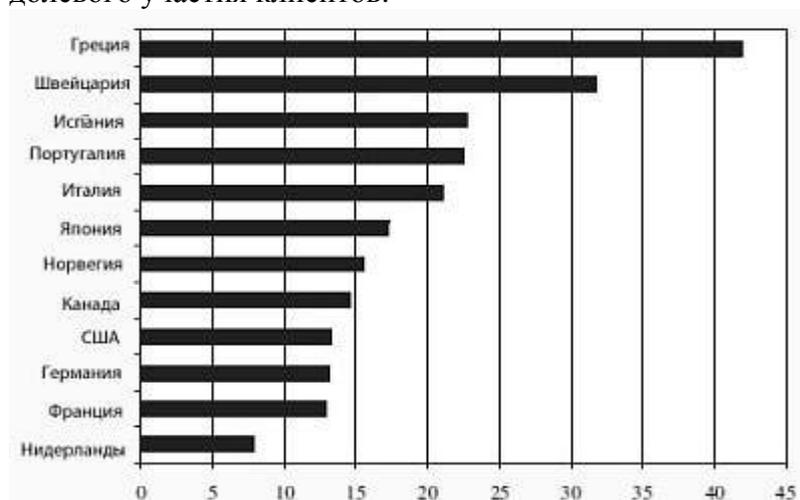


Рис.2. Доля совокупных расходов на здравоохранение, оплачиваемых гражданами "из кармана", %. Источник: OECD Health Data 2007: Statistics and Indicators for 30 Countries.

Данные по Франции приводятся по: Sandier S., Paris V., Polton D. Health Care Systems in Transition: France. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Данные по Греции взяты из статистики ВОЗ.

Клиент может приобрести или дорогой полис с очень низким уровнем вычетов и долевого участия, или дешевый, где оба

компонента будут гораздо выше. Взносы варьируются, в зависимости от объемов долевого участия и типов полисов: самый дешевый стоит 1428 долларов в год при объеме вычетов в 2000 долларов, самый дорогой — 2388 долларов при вычетах в 250 долларов. Поскольку работодатели не оплачивают медицинские страховки работников, все соответствующие расходы несут сами граждане. В результате многие из них выбирают полисы с большим объемом вычетов и долевого участия. Из-за этого швейцарцы оплачивают напрямую "из кармана" до 31,5% совокупных расходов на здравоохранение; этот показатель вдвое выше, чем в Соединенных Штатах (см. рисунок 2).

В последнее время динамично развивается система "регулируемых" медицинских полисов: подобно своим американским аналогам, они предусматривают снижение взносов, в обмен на ограничение доступа к услугам специалистов и другим видам медицинской помощи. В рамках полисов взносы составляют примерно 1900 долларов в год. Швейцарское государство предоставляет малообеспеченным гражданам субсидии на приобретение полисов медицинского страхования. Их размер зависит как от уровня доходов, так и от имеющихся у индивида активов: максимально возможное пособие покрывает средний объем годового взноса для кантона, где проживает гражданин. Цель субсидий — гарантировать, чтобы расходы на медицинское страхование не превышали 10% от совокупного дохода гражданина. В то же время государство не оплачивает расходы на медицинское страхование полностью, чтобы не создавать у лиц, получающих субсидии, стимулов для выбора самых дорогих полисов с наименьшим уровнем вычетов и долевого участия. Субсидии в различных формах получает примерно треть швейцарских граждан, 19% совокупного объема страховых взносов выплачивается за счет государственных средств.

Для ведения переговоров с провайдерами медицинских услуг о компенсациях швейцарские страховщики образуют картели кантонального масштаба. Провайдеры обязаны ограничиваться оговоренными суммами: выставление дополнительных счетов запрещено. Если страховщики и провайдеры не могут договориться о расценках, кантональные власти обладают необходимыми полномочиями, чтобы вмешаться в ситуацию и заставить стороны прийти к соглашению. Впрочем, каких-либо географических ограничений на практику врачей не существует, поэтому провайдеры могут "проголосовать ногами", перебираясь в кантон, предлагающий им более высокие гонорары — это приводит к нехватке врачей в некоторых районах страны. Система медицинских учреждений включает как государственные, так и частные больницы. Частные заключают с картелями страховщиков и врачами аналогичные соглашения о гонорарах. Государственные подчиняются кантональным властям, которые, соответственно, договариваются со страховщиками и предоставляют больницам субсидии. В некоторых кантонах люди, купившие лишь базовый страховой пакет, могут обращаться только в государственные больницы; для доступа в частные медучреждения необходимо приобрести дополнительные полисы (см. ниже). В последнее время некоторые провайдеры начали работать вне рамок согласованных расценок. Для покрытия расходов на лечение у провайдеров, обеспечивающих, как считается, более качественные услуги или самые современные методы лечения, в стране начинает формироваться рынок дополнительного страхования. Дополнительное страхование обеспечивает доступ в частные больницы в тех кантонах, где он невозможен в рамках базового пакета. При лечении в государственных больницах с помощью дополнительной страховки можно оплатить такие услуги, как предоставление

отдельной палаты — базовый пакет их не покрывает. По некоторым оценкам, сегодня дополнительные страховые полисы уже имеют до 40% граждан. В Швейцарии не существует единого государственного бюджета на нужды здравоохранения, поэтому ей удается избегать очередей на медицинскую помощь, характерных для систем здравоохранения других стран. Кроме того, швейцарская медицина отличается высокой степенью оснащенности современными медицинскими технологиями, что, правда, обходится недешево. Расходы на здравоохранение составляют 11,5% ВВП, второе место после Соединенных Штатов. Поскольку потребители медицинских услуг сами несут ценовые издержки принятых ими решений, есть основания предполагать, что подобный "обмен" качества на деньги соответствует желаниям пациентов. Они выбирают качественную медицинскую помощь, несмотря на то, что для них лично это обернется дополнительными расходами. Поскольку экономисты считают медицинские услуги "нормальным товаром" — т.е., их потребление растет вместе с доходами людей — Швейцария относится к числу богатых стран, подобный выбор представляется абсолютно логичным. Доля расходов на здравоохранение по отношению к объему ВВП по-прежнему ниже, чем в Соединенных Штатах — при сравнимом качестве предоставляемых услуг. Данные однозначно говорят о том, что личная финансовая ответственность швейцарцев за собственные решения в плане медицинских услуг превращает их в "разумных потребителей", что способствует сдерживанию совокупных расходов на здравоохранение. Регина Херцлингер и Рамин Парса-Парси из Гарварда приходят к следующему выводу: "Тот факт, что ситуация с расходами на здравоохранение в Швейцарии носит контролируемый характер, вероятно, связан с значительной ролью потребителей в их оплате, результатом чего становится транспарентность затрат".

Транспарентность системы обуславливает чуткость ее реакции на предпочтения потребителей. В рейтинге ВОЗ Швейцария заняла 2-е место после США в плане удовлетворения потребностей пациентов в таких вопросах, как выбор провайдера, уважение к человеческому достоинству больного, своевременность и конфиденциальность медицинской помощи. Швейцарцы, судя по всему, довольны своей системой здравоохранения. В этом году избиратели на общенациональном референдуме подавляющим большинством в 71% голосов отвергли предложение о ее замене схемой, построенной по принципу единого плательщика. Швейцарская система не лишена недостатков, связанных с вполне предсказуемым разрастанием сферы обязательного страхования и государственным регулированием, по определению присутствующим в любой схеме, основанной на управляемой конкуренции. На большинстве рынков потребители обеспечивают ценовую дисциплину, попросту отказываясь приобретать слишком дорогой товар. Обязательность медицинского страхования лишает их этого рычага влияния, поскольку потребители обязаны приобретать данный "товар", даже считая его цену завышенной. Более того, тот факт, что характер базового страхового пакета определяет государство, открывает широкие возможности для групповых интересов, представляющих провайдеров медицинских услуг и больных определенными заболеваниями, которые, несомненно, склонны лоббировать включение в него дополнительных услуг или компонентов страхового покрытия. В случае, когда решение принимает государство, события развиваются следующим образом: провайдеры (которые получают дополнительные заработки в случае повышения спроса на их услуги) и ассоциации больных (кровно заинтересованных в том, чтобы именно их заболевание покрывалось страховкой)

получают сильнейшие стимулы для лоббирования в парламенте включения соответствующих услуг в базовый страховой пакет. Общественность не осведомлена о таком лоббировании, или считает, что небольшое увеличение взносов из-за расширения страхового покрытия в какой-либо конкретной сфере не стоит тех усилий, которые нужно потратить на противодействие такому результату — т.е., речь идет о классическом примере "концентрации выгоды и рассеивании издержек". Именно это и происходит в Швейцарии, и следствием такого развития событий становится неуклонное расширение базового страхового пакета. В частности, влиятельная лоббистская коалиция врачей и руководства больниц под названием "Синий фронт" добилась существенного расширения покрываемых страховкой услуг в обмен на смягчение законоположения о "свободе выбора провайдера", дающего возможность заключать с провайдерами "управляемые контракты". Расширение покрытия ведет к росту издержек страховщиков, лишь частично компенсируемому увеличением вычетов. Хотя доля расходов на здравоохранение, которую потребители выплачивают непосредственно "из кармана", остается высокой, за последнее десятилетие она сократилась на 10%<sup>[276]</sup>. Более того, расширение покрытия оборачивается повышением затрат на систему в целом, поскольку швейцарцы в меньшей степени лично несут издержки, связанные с собственными решениями, относительно медицинской помощи. Если эта тенденция сохранится, она может подорвать транспарентность расходов, представляющую собой отличительную особенность системы здравоохранения. Уве Рейнхардт отмечает в этой связи: "Со временем расширение обязательного страхового покрытия поглощает все большую долю платежей, лежащих на плечи потребителей, размывая тем самым ту решающую роль, что они играют в швейцарской системе".

Факты говорят о том, что положение о единообразном характере взносов в рамках регионов создает искажения на рынке медицинских услуг, оборачиваясь их "перепроизводством" для здоровых и дефицитом — для больных. Запрет на управление рисками для страховщиков препятствует внедрению новых, инновационных продуктов. Петер Цвайфель из Цюрихского университета — входит в состав швейцарского Комитета по вопросам конкуренции, определяющего нормы регулирования в страховой отрасли, — считает, что обеспечить эффективность системы здравоохранения в долгосрочной перспективе способен возврат к практике "рейтингов рисков". По его словам, "надо позволить конкуренции сыграть свою магическую роль. Пусть те, кто ведет рискованный образ жизни, поймут, что им надо его изменить. Если это невозможно, надо сохранить за ними субсидии, благодаря которым расходы на медицинские услуги не будут превышать 8–10% от облагаемого дохода". Ряд искажений вносит и практика создания картелей для переговоров о гонорарах провайдеров. По сути, картели обладают покупательской монополией, а значит, и гигантским влиянием на исход переговоров. Неудивительно, что практикующие врачи предпочитают работать в кантонах, где им предлагают наиболее высокий уровень компенсации, что ведет к нехватке врачебных кадров в других регионах. Сообщается, что структура подобных расценок создает стимулы для нерационального использования ресурсов — например, больницы переводят пациентов с амбулаторного лечения в стационар. Кроме того, сочетание растущего спроса с низкими расценками на некоторые виды медицинских услуг приводит к появлению первых очередей — на самые сложные хирургические операции. К тому же подобные переговоры закрепляют ценовую систему, препятствующую развитию инновационных подходов, в рамках которых платежи не

привязываются к конкретным компонентам страхового покрытия. Речь идет как о "регулируемом медобслуживании", так и об интеграции медицинских услуг. Наконец, здесь действует одна из самых жестких в Европе систем регулирования деятельности представителей не врачебных медицинских профессий. В результате пациенты зачастую вынуждены обращаться к дорогостоящим провайдером, хотя можно было бы обойтись услугами не столь высокооплачиваемых специалистов. Сочетание перечисленных факторов подрывает решающую роль потребителя в здравоохранении. Однако, несмотря на эти проблемы, швейцарский опыт может быть полезен для США — он содержит ценные уроки относительно достоинств медицины, в которой первую скрипку играет потребитель. Мы видим, в частности, что, когда стоимость страхования приобретает большую прозрачность, потребитель отдает предпочтение "подлинному" страхованию (максимально широко распределяющему катастрофические риски), а не приобретению рутинных, недорогих услуг по принципу предоплаты. В результате у потребителей возникает общий стимул к принятию решений о соотношении цены и качества при приобретении медицинских услуг, что ведет к сокращению затрат при сохранении индивидуального выбора и высокого качества здравоохранения.

#### 2.6 Система здравоохранения Японии.

В Японии действует система всеобщего обязательного медицинского страхования, в основном, по месту работы. На первый взгляд, система с трудом поддается описанию, ведь она включает около 2000 частных и более 3000 государственных страховых учреждений. Но по сути состоит из четырех основных страховых структур. В рамках Программы медицинского страхования работников компании, где занято 700 или более сотрудников, они обязаны обеспечить персонал медицинской страховкой по

одной из 1800 "управляемых обществом" схем. Почти 85% схем относятся к одной отдельной фирме и во многом напоминают "планы самострахования", действующие в ряде крупных американских корпораций. Остальные в большинстве охватывают отдельные отрасли. В них участвует до 26% населения. Схемы финансируются за счет обязательных взносов работодателей и работников, представляющих налог на зарплату. Общая сумма взносов - 8,5% от зарплаты работника. Она делится поровну между работодателем и сотрудником, хотя некоторые компании берут на себя чуть больше половины взноса. В результате, на долю работника приходится порядка 45% общей суммы платежа. Необходимо отметить, что проведенные исследования выявили: большая часть бремени по выплате доли работодателя все равно перекладывается на плечи работника — в результате он получает меньшую зарплату. Зачастую для финансирования страховых схем взносов недостаточно. В 2003 году более половины из схем были убыточны. В результате ряд компаний отказался от индивидуальных страховых планов и присоединился к более крупным схемам отраслевого масштаба. Однако рост издержек продолжает создавать трудности для многих фирм. Работники компаний, где занято меньше 700 человек, обязаны участвовать в государственной программе медицинского страхования малого бизнеса. Эта схема охватывает примерно 30% населения и финансируется за счет обязательных взносов, составляющих примерно 8,2% от зарплаты работника, и ассигнований из государственной казны. Предпринимателей, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и отставников охватывает Программа страхования граждан, находящаяся в ведении муниципальных органов власти. Финансирование поступает за счет налога на индивидуальную трудовую деятельность, но есть и другой источник доходов —

отчисления из вышеописанных программ общественного страхования и страхования малого бизнеса. Кроме того, для "затыкания дыр" используются средства из общих доходов госбюджета. Страховое покрытие для пожилых граждан обеспечивается из фонда, финансируемого за счет отчислений из средств перечисленных выше программ, а также ассигнований центрального правительства. Пенсионеры не выплачивают прямых взносов в этот фонд — он называется "Рокен", — однако косвенно он обеспечивается за счет средств, поступавших от них в ту схему, в которой они участвовали по месту работы. "Рокен" представляет собой механизм распределения издержек. Для определенных слоев населения, например крестьян, рыбаков и государственных служащих, существуют специальные программы небольшого масштаба. Безработные остаются участниками страховых схем по прежнему месту работы, хотя взносы выплачивать не обязаны. В стране существует система дополнительного частного страхования, но пользуются ею очень немногие японцы. На долю частного медицинского страхования приходится не более 1% совокупных расходов на здравоохранение. Льготы в рамках всех четырех типов схем отличаются чрезвычайной щедростью: страховки покрывают не только услуги врачей и лечение в стационаре, но и стоматологическую помощь, уход во время беременности и декретного отпуска, лекарства и даже некоторые виды транспортных расходов. Никаких ограничений по выбору врача и больницы, каких-либо условий подобного рода страхование не включает. По большинству услуг предусмотрено существенное доленое участие пациентов — от 10 до 30% (это наиболее распространенная ставка). Правда, здесь существует верхний предел платежей - 677 долларов в месяц на семью среднего достатка. В результате среднестатистическая семья выкладывает за медицинские услуги примерно 2300

долларов в год непосредственно из своего кармана. В целом непосредственные платежи граждан составляют порядка 17% совокупного объема расходов на здравоохранение. Подавляющее большинство больниц и клиник в стране находится в частных руках, однако из-за того, что все тарифы на оплату их услуг устанавливаются властями, для пациентов никакой разницы между частной и государственной медициной не существует. Компенсация больницам и клиникам производится по принципу сделальной оплаты (гонорар за каждую оказанную услугу), причем и размеры гонораров, и цены на лекарства по рецептам устанавливает государство. Тарифы одинаковы для лечения в стационарах и амбулаторного лечения. Поскольку больницы при таком же уровне компенсации должны финансировать как зарплату персонала, так и расходы на основные фонды, основная тенденция заключается в переключении пациентов на амбулаторное лечение. В последнее время предпринимаются попытки ввести различные механизмы компенсации для больниц, включая принцип клинко-статистических групп и диагностически - процедурного сочетания — систем подсчета, теснее привязывающих суммы компенсаций к объемам ресурсов, потраченных на конкретного пациента. Однако медики-профессионалы сопротивляются этим новшествам, и в результате участие в эксперименте принимают лишь около 80 больниц. Врачи, работающие в больницах, — это служащие, получающие зарплату. Остальные медики трудятся в частном секторе, но размер их гонораров устанавливает государство. Как правило, он определяется на основе гонорара за конкретные услуги, однако в последнее время оплата за помощь пациентам с некоторыми хроническими заболеваниями "пакетируется" в одну общую сумму. Размеры компенсации устанавливаются в рамках единого бюджета расходов на здравоохранение, но распределение средств в его рамках

является предметом длительных переговоров с провайдерами медицинских услуг. Подобная система оплаты отражает как особенности японской медицины, так и попытки сдержать рост расходов на здравоохранение. К примеру, из-за культурно-обусловленного неприятия инвазивных процедур, услуги хирургов, как правило, оплачиваются по более низким ставкам, чем лечение без оперативного вмешательства. Система фиксированных гонораров порождает серьезные проблемы, связанные с коррупцией. Поскольку расценки за каждую из трех с лишним тысяч процедур и услуг устанавливаются отдельно и корректируются раз в два года, возникает возможность манипулировать отдельными видами оплаты, не привлекая особого внимания. В 2004 году группа дантистов была осуждена за подкуп членов комиссии, устанавливающей ставки гонораров за их услуги. Кроме того, подобная система оплаты труда врачей создает стимулы для приема максимального количества пациентов. Результатом становится "конвейерный" характер медицинской помощи. Две трети пациентов проводят в кабинете врача не более 10 минут; 18% — менее трех минут. С другой стороны, японская медицина, как и американская, в весьма высокой степени опирается на современные технологии. Инвестициям в основные фонды — техническое оборудование — придается большое значение, и по доступности современных технологий, таких как магнитно-резонансные и компьютерные томографы или цистоскопы, Япония не уступает Соединенным Штатам. Поскольку правительство навязывает больницам единообразные схемы компенсации за услуги, ценовой конкуренции в стране не существует. Вместо этого больницы пытаются привлечь пациентов, закупая самое современное оборудование. Подобная ситуация, естественно, выгодна пациентам, но одновременно она порождает очереди желающих пройти лечение в лучшем

всего оснащенных больницах, появляется "черный рынок" с платежами из-под полы, чтобы попасть туда быстрее. За последние годы в сфере здравоохранения были введены некоторые дополнительные ограничения: в частности, установлен "потолок" на количество диагностических процедур, которые больница может осуществить в течение календарного месяца; расценки за эти услуги урезаны. Эти изменения не равносильны прямому нормированию, но в будущем его исключать нельзя. Пока что Японии удается очень неплохо справляться с проблемой сдерживания роста расходов, не прибегая к нормированию, характерному для систем государственного медицинского страхования во многих других странах. Отчасти это связано с факторами, не относящимися к самой системе здравоохранения, такими, как здоровый образ жизни, низкий уровень автоаварий, преступности, наркомании, и иными культурно-обусловленными причинами. По оценке автора одного исследования, различия в объемах расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах и Японии на 25% обусловлены более низким уровнем заболеваемости в Стране Восходящего Солнца, а на 15% — менее "агрессивными" методами лечения. Однако нормирования удастся избежать за счет компетентного управления системой здравоохранения и значительного долевого участия потребителей в оплате медицинских услуг. Затраты начинают увеличиваться особенно, если речь идет о государственных программах страхования вроде "Рокен", где долевое участие пациентов применяется в меньших масштабах, а усилия по сдерживанию расходов предпринимаются не столь активно. Один наблюдатель поясняет: "Мы, японцы, часто ложимся в больницу даже в случае не слишком серьезного заболевания вроде гриппа, мигрени или болей в желудке. Если человек плохо себя чувствует, а много тратить на лечение не придется, почему

бы не отправиться на прием к врачу и не получить рецепт на какое-нибудь лекарство... Результатом, естественно, становятся до отказа заполненные приемные в клиниках и больницах. Здесь всех принимают радушно, и среди таких посетителей есть "постоянные клиенты". Порой пожилые люди приходят в больницу, чтобы повидаться с друзьями, и приемная превращается в нечто вроде светского салона". Эта проблема усугубляется демографической ситуацией: японское общество быстро "стареет". По некоторым оценкам, до 90% совокупного роста затрат на здравоохранение связано с обслуживанием все большего числа пожилых людей. Если нынешние тенденции в этой сфере сохранятся, в ближайшие 20 лет государству придется втрое увеличить расходы на медицину. Со временем ситуация будет становиться все более нестабильной. Ожидается, что к 2050 году численность трудоспособного населения сократится на 35 миллионов человек, а пенсионеры составят до 35% жителей. В результате возникает вопрос: каким образом система, чье финансирование основывается на налоге на зарплату, справится с растущими затратами в условиях сокращения налогооблагаемой базы?

## 2.7. Система здравоохранения России:

экономические проблемы теории и практики

Экономика здравоохранения не получила должного развития в России. Сама система здравоохранения играет важную роль в экономике любой страны. Здоровье населения напрямую влияет на экономическое развитие, а его обеспечение признается государством стратегической задачей. Однако, когда заходит речь о распределении ресурсов, нередко возникает конфликт интересов между структурами, отвечающими за финансирование и организацию охраны здоровья

населения, особенно между министерствами финансов и здравоохранения. Министерство финансов стремится контролировать расходы, не всегда отдавая приоритет здоровью и не рассматривая соответствующие вложения как наилучшее использование ресурсов, в то время как задача министерства здравоохранения сегодня совершенно иная.

Анализ экономических аспектов здоровья неизбежно связан с выбором форм организации и финансирования здравоохранения. Однако нужно различать *способы финансирования*, то есть общественные механизмы аккумулирования средств для здравоохранения, и *способы оплаты труда* тех, кто предоставляет медицинские услуги.

Необходимо отметить, что полномочия в области охраны здоровья граждан четко распределены между высшими органами государственной власти и управления в «*Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*» (1993).

В подчинении у Министерства здравоохранения Российской Федерации находятся Министерства здравоохранения республик, входящих в состав Российской Федерации, комитеты по здравоохранению автономных округов, автономных областей, краев и областей, а также Москвы и Санкт-Петербурга.

В городах управление здравоохранением осуществляется городскими и районными комитетами по здравоохранению. В сельской местности функции районных отделов здравоохранения, ликвидированных в 50-е годы, выполняют центральные районные больницы.

Системе органов управления здравоохранением свойственно двойное подчинение: так, Министерство здравоохранения республики, входящей в состав Российской Федерации, с одной стороны, по общим вопросам подчинено соответствующему правительству, а по вопросам здравоохранения — Министерству здравоохранения Российской

Федерации. Территориальные органы управления здравоохранением, с одной стороны, подчинены соответствующим административным органам управления, а по отраслевым вопросам — вышестоящим органам управления здравоохранением.

В связи с переориентацией управления здравоохранения с преимущественно отраслевого на территориальное происходит перераспределение управленческих функций между различными уровнями управления здравоохранением, которым свойственны следующие функции:

- обеспечение доступности населению гарантированной базовой программой обязательного медицинского страхования объема медико-социальной помощи;
- развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории;
- контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной практикой;
- гигиеническое обучение и воспитание населения.

Если на уровне высших органов государственной власти осуществляется стратегическое управление, то на уровне муниципальных органов управления здравоохранением — тактическое руководство здравоохранением.

Оперативное управление осуществляется на уровне медицинских учреждений и объединений. Эффективность деятельности здравоохранения в значительной мере зависит от оптимального соотношения централизованного руководства и самостоятельности медицинских учреждений и объединений.

Для повышения управляемости системой здравоохранения в 2000—2001 гг. в федеральных округах Российской Федерации созданы координационные советы по

здравоохранению. Схема управления примерно такая:

Минздрав России

Полномочный представитель Минздрава

Окружной координационный совет по здравоохранению

Главные специалисты по основным специальностям

Окружные федеральные медицинские центры по основным специальностям

Субъекты Российской Федерации

Органы и структуры управления здравоохранением на уровне федеральных округов РФ.

Основные задачи и функции представителя Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах определены приказом МЗ РФ от 30.06.2000 г. № 239.

Обязанности представителя МЗ РФ возлагаются на одного из руководителей федеральных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву России и находящихся в соответствующем федеральном округе, по согласованию с полномочным представителем Президента Российской Федерации соответствующего округа.

Основными задачами представителя МЗ РФ являются:

—содействие координации деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, органов управления здравоохранением, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, центров государственного санитарно-противоэпидемического надзора, федеральных учреждений здравоохранения, медицинских ассоциаций по реализации мероприятий в области здравоохранения;

—участие в осуществлении контроля над реализацией федеральных законов, указов, распоряжений Президента Российской Федерации, приказов и указаний министра здравоохранения Российской Федерации в соответствующем федеральном округе по вопросам развития здравоохранения;

- обеспечение методической помощью руководителей

органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в соответствующем федеральном округе.

Для реализации единой государственной политики на территории РФ в области охраны здоровья населения, совершенствования координации деятельности органов и учреждений здравоохранения по обеспечению граждан медицинской и лекарственной помощью приказом МЗ РФ от 02.11.2000 г. №388 закреплена курация заместителей министра здравоохранения по каждому федеральному округу.

Число больничных учреждений в конце 2007 года составляло около 6,8 тыс., больничных коек - 1522 тыс. (107,2 на 10 000 человек населения). Доля частных клиник не превышает 5-10% от их общего количества. 707 тыс. врачей различных специальностей на конец 2007 года. Средняя оплата труда врачей, среднего и младшего медперсонала намного ниже, чем в развитых странах. Доля ошибочных и заведомо ложных диагнозов остается высокой. Средняя длительность лечения больного в стационаре в 2000 году - 15,4 суток, в 2004 году - 14. Совокупные расходы на здравоохранение в 2006 году составили 3,9% ВВП (из них 3,2% - государственные расходы, 0,7% частные), в 2007 году - 4,4% ВВП. Общие расходы на здравоохранение (в абсолютных цифрах) в 2007 году составили 493 долл. на человека. Эта цифра включает государственные расходы на медицину, медицинские услуги, оплачиваемые через систему медицинского страхования, в том числе обязательное и добровольное страхование.

Здоровье и экономика: инвестиции в человеческий капитал  
Истинное экономическое значение здоровья возрастает, если учесть концепцию так называемого *полного дохода*. ВВП не является идеальным измерителем социального

благосостояния, так как не включает нерыночные товары, в том числе ценность здоровья. Реальная цель экономической активности заключается не только в производстве товаров, но и в максимизации общественного благосостояния, важнейшим компонентом, которого является здоровье.

Для дальнейшего развития врачебной (семейной) медицины был принят ряд документов: отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика», утвержденная Приказом Минздрава РФ № 463 от 30.12.99, Приказ МЗ РФ № 350 от 20.11.2002 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ», Приказ МЗ РФ №112 от 21.03.2003 «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики», Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №84 от 17.01.2005 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

В настоящее время (данные 2003 г.) в АПУ России работает 3092 врача общей врачебной (семейной) практики, за год их численность возросла на 32% (в 2002 г. работало 2339 врачей). В наибольшей степени получили распространение индивидуальная практика, партнерство (2 врача общей практики), реже – групповая практика. В районах с неразвитой социальной инфраструктурой и в сельской местности наиболее распространены амбулатории общей врачебной (семейной) практики, где ведется работа одним, реже двумя врачами совместно с сестринским персоналом (фельдшерами, медицинскими сестрами, в том числе акушерками, иногда – социальными работниками). На отдельных территориях (Самарская область, г. Санкт-Петербург и др.) для плавного перехода к общей врачебной (семейной) практике созданы акушерско-педиатрическо-терапевтические комплексы, интегрирующие все участковые службы (педиатрическую, терапевтическую и акушерско-гинекологическую), где помимо врача общей практики

обычно работают педиатры, акушеры-гинекологи, реже – стоматолог, хирург, другие специалисты.

Вместе с тем, внедрение общей врачебной (семейной) практики сдерживается отсутствием полностью отработанных технологических моделей ее организации, недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки кадров, неполной разработанностью правовой и финансовой базы и информационной поддержки, механизмов взаимодействия общей врачебной (семейной) практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения. В этом плане определенным шагом оптимизации задачи является «Модель развития системы общей врачебной (семейной) практики в Ханты–Мансийском автономном округе», разработанная кафедрой. Повышение зарплаты врачам первичного звена также следует учесть в аспекте улучшения качества первичной медико–санитарной помощи, осуществленной в рамках национального проекта «Здоровье».

Социальная и экономическая эффективность в здравоохранении:

к вопросу о социальной справедливости

Проблема достижения социальной справедливости в условиях рынка неизбежно связана с перераспределительной деятельностью государства. В традиционной рыночной парадигме вопросы экономической эффективности и социальной справедливости могут быть разделены. Это означает, что можно создать эффективную экономическую систему, оставив «за скобками» вопросы бедности и неравенства. Если медицинские услуги являются обычным товаром, то они должны распределяться в соответствии с доходами, ценами и вкусами потребителей. Поэтому для того, чтобы изменить распределение медицинских услуг, нужно изменить распределение доходов.

Особенности экономики российского здравоохранения  
Основная проблема экономики здравоохранения в России состоит в выборе между страховой и бюджетной медициной. В настоящее время вопрос решается в пользу страхования, о чем свидетельствует предложенная в 2008 г. Минздравсоцразвития РФ программа развития российского здравоохранения до 2020 г. Однако такой выбор представляется необоснованным.

В российской ситуации *проблема третьей стороны* ведет к удорожанию системы, так как часть средств отвлекается на обслуживание посреднических операций, и возникают стимулы к избыточному потреблению, как у пациента, так и у врача, поскольку они непосредственно не участвуют в процессе оплаты. Возникает парадокс: в условиях декларируемого государством недостатка средств на здравоохранение выбирается более затратный вариант.

Возникла и явная путаница в понимании двух возможных *моделей медицинского страхования - социальной и частной*, которые имеют принципиальные различия. В последнее время широко обсуждается возможность введения *соплатежей населения*. Граждане должны будут вносить определенную, обычно фиксированную сумму при получении услуг в государственных учреждениях. Попытки ввести систему соплатежей предпринимались в ряде стран, например в Италии, Германии, Франции. Однако они обычно вводятся на, так называемые, периферийные услуги (выписка рецептов, изготовление очков, услуги зубных врачей) и неизбежно сопровождаются системой скидок и исключений. При этом следует отметить, что остальные элементы финансирования в странах, введших в разные периоды соплатежи, не изменялись.

Соплатежи могут рассматриваться как источник дополнительных средств для финансирования здравоохранения и как способ ограничения

спроса/потребления медицинской услуги. В основе последнего подхода лежит следующая идея: если пациент может потреблять бесплатно, то будет потреблять безответственно. Поэтому к соплатежам обращаются не только для того, чтобы переложить расходы на плечи потребителя, но и с целью ограничить потребление.

Мировая теория и практика свидетельствуют о том, что такое неравенство является серьезным препятствием для экономического роста.

Одним из важных факторов этого неравенства выступает уровень дохода. При высоком уровне неравенства по доходу, который сейчас наблюдается в России (в 2007 г. коэффициент Джини в среднем по России составил 0,4227), объективно возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов. В условиях принципиального расслоения российского общества сложно найти среднего пациента: богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской помощи. Как отмечалось выше, это приведет к формированию двухступенчатой системы - высококачественная медицинская помощь в частном секторе (для состоятельных) и низкокачественное обслуживание в государственной системе, то есть возникнет опасность раскола системы здравоохранения и маргинализации бедных слоев населения.

*Рациональный экономический выбор в современном обществе возможен только с учетом социальных критериев.* Экономическая система сама по себе не задает цели - их определяет общество.

Данные о том, что государственная система относительно дешевле (имеется в виду соотношение затрат и результатов), появляются в сравнительных исследованиях.

## 2.6. Система здравоохранения Казахстана

Критериями и внешними проявлениями периодизации могут служить изменения политики государства в управлении системой здравоохранения. Условно развитие отечественного здравоохранения в новейшей истории можно разделить на четыре периода:

-1992-1995 гг. – государственное управление, унаследованное от Советского Союза (модель Семашко);

-1996-1998 - бюджетно-страховая модель здравоохранения;

-1999-2004 – возврат к государственной модели финансирования с децентрализацией бюджета и функций управления государством до районного уровня.

С 2005 – по настоящее время – государственная модель финансирования с консолидацией бюджета и управления отраслью на областном уровне.

До 1996 года система здравоохранения продолжала оставаться такой, какой была при советской власти. Медицинская помощь была полностью бесплатной, по крайней мере, на официальном уровне, и охватывала весь объем медицинской помощи. Таблица 1.

Основную массу медицинских услуг оказывали учреждения государственной формы собственности. К середине 90-х годов, с либерализацией экономической жизни, появились первые частные медицинские организации. Государственные медицинские организации стали оказывать платные услуги.

Внутри республики имели место три уровня иерархического управления: республиканский, областной и районный (городской).

Снижение объема государственного бюджета снизило общий и душевой объем финансирования отрасли и сокращение сети медицинских организаций. Эти факторы повлияли на уровень общественного здоровья. Средняя продолжительность

предстоящей жизни снизилась с 68,0 в 1992 году до 64,9 лет в 1995 г.

Показатели количества коек, больничных учреждений, ЦРБ, обеспеченность врачами

Таблица 1

Показатель	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000
Число больничных учреждений МЗ	1707	1710	1713	1703	1518	1399	1117	905	867
Количество коек	129	127,4	124,5	122,9	113,1	107,2	91,4	79,0	72,9
Обеспеченность врачами	36,6	36,8	36,5	35,7	34,2	30,7	32,4	31,1	30,4
Количество ЦРБ	215	217	219	219	219	218	214	157	157
Количество СУБ	829	830	824	833	684	577	341	208	193

Невозможность сохранить прежний уровень государственных гарантий в сфере здравоохранения и сокращение бюджетных вливаний в отрасль заставило государство и общество обратить внимание на другие модели финансирования здравоохранения.

Модель социального страхования здоровья, или модель Бисмарка, стала выглядеть привлекательной, в силу сохранения социальной справедливости, социальной солидарности и возникновения нового источника финансирования отрасли.

Принято решение о неполном переходе на страховые принципы финансирования, на смешанную бюджетно-страховую модель.

Альтернативой, близкой к государственному здравоохранению советского образца, которое обеспечивало широкий доступ граждан к медицинскому обслуживанию, могла бы стать модель, основанная на универсальном налогообложении. К этой модели, собственно, и пришли в период создания в Казахстане Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Характер финансовых взаимоотношений изменился. Доходы местного бюджета уменьшились на часть отчислений по социальному страхованию, ставших взносами работодателя на обязательное медицинское страхование работающего населения. Кроме того, часть расходов местный бюджет был обязан передать в качестве страховых платежей за медицинское обслуживание неработающего населения. Эти два источника и составили почти всю доходную основу ФОМС.

С введением системы ОМС произошел определенный сдвиг в распределении финансовой ответственности, однако это не позволило привлечь дополнительные ресурсы в здравоохранение. В 1998 году мировая финансовая система испытывала кризис. Он проявился в резком снижении платежеспособности и сужении рынков Восточной и Юго-Восточной Азии, Турции и России. Снижение экспортных поступлений заставило правительство Казахстана централизовать и консолидировать все внебюджетные фонды.

В 1999 году канал взносов по ОМС был централизован в государственный бюджет, а ФОМС был реорганизован. Период бюджетно-страхового развития здравоохранения в Казахстане закончился.

После ликвидации Фонда как социального института, финансирование регионального здравоохранения вернулось к прежней схеме: с децентрализацией функций финансирования и управления до уровня района в большинстве областей. Таблица 2, в которой 1 -- госбюджет в млн. тенге, 2 -- финансирование на душу населения, 3 -- величина прожиточного минимума в тенге. По таблице видно нарастание объема финансирования в абсолютном и относительном выражении.

Показатели финансирования здравоохранения в Казахстане

Таблица 2

Источник	1999	2004	2005	2006	2010
Госбюджет, млн. тенге	44 825	113499	135 397	229 376	377 936
финансир	3394	8742	12 298	15 073	16 073
Вел.п рожи т.	3394	5427	6014	60 14	6601

Ликвидация ОМС и концентрация финансирования в одних руках (бюджет) означали горизонтальную централизацию финансовых потоков в здравоохранении.

Но были и негативные моменты:

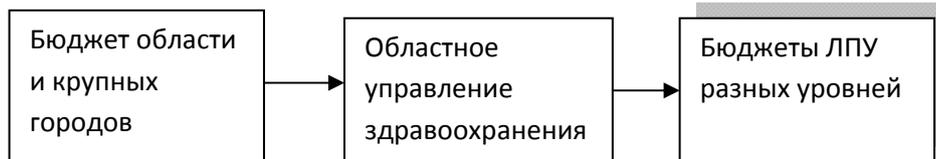
- децентрализация функций финансирования и управления до уровня района;
- большое количество бюджетных программ;
- процедуры государственных закупок не учитывали специфику медицинской отрасли;
- самостоятельность поставщиков была резко ограничена жестким контролем сметы расходов.

Проанализировав проблемные вопросы, Министерство здравоохранения РК в 2004 году инициировало внесение изменений и дополнений в ряд законопроектов, в результате чего были осуществлены позитивные преобразования:

- консолидация бюджета на уровне области;
- улучшение доступа населения к услугам здравоохранения (ранее были многочисленные жалобы со стороны населения на неказание бесплатной помощи вне района проживания);
- создание конкурентной среды и обеспечение прав граждан на выбор поставщика медицинской помощи. Принцип «деньги следуют за пациентом»;
- информационно-техническое сопровождение – консолидация бюджета позволяет более рационально организовать информационные потоки, обеспечивая необходимый уровень достоверности и оперативности статистической операции;
- обеспечение целевого использования выделенных ресурсов – при децентрализации местные исполнительные органы допускали нецелевое использование средств здравоохранения на другие задачи, что крайне негативно сказалось на качестве и доступности помощи.

Схема регионального финансирования здравоохранения становится *однозвенной*: финансирование здравоохранения изымается из городских (областного подчинения) и районных бюджетов и централизуется на областном уровне, и городском -- для городов республиканского значения.

Рис.1. Схема регионального финансирования здравоохранения



При этом исчезли районный и городской уровни финансирования здравоохранения и формирование единого регионального уровня финансирования. Происходит более четкое распределение ответственности за расходом финансов.

Критерии выбора модели финансирования и структура индивидуальных вкладов в систему оплаты медицинских услуг.

Для того, чтобы лучше разобраться в преимуществах модели финансирования, необходимо рассмотреть характер индивидуальных вкладов в оплату медицинских услуг. В зависимости от того, какая модель принята в обществе, индивидуальные вклады классифицируются как прогрессивные, если возрастают в процентном отношении по мере повышения доходов; регрессивные, если уменьшаются в процентном отношении по мере снижения доходов; и пропорциональные, если соотношение страховых (налоговых) вкладов к доходам сохраняется вне зависимости от уровня доходов. Ким С.В. «Экономика здравоохранения», учебное пособие, 2008 год. Регрессивный тип финансирования является нерациональным и нежелательным, поскольку он сопряжен с более значительным бременем расходов на малоимущих, пожилых и больных. Примером такого типа является модель платных услуг, распространенная в Казахстане. К регрессивному типу относится частное

индивидуальное страхование, поскольку риск заболевания, как правило, коррелирует со сниженными доходами.

Основная часть страхований по месту работы является регрессивной по характеру, то есть, лица с более низкими доходами имеют тенденцию платить страховые взносы, составляющие более значительный процент их доходов. Однако регрессивность нивелируется тем фактом, что работодатели покрывают большую (около 80%) часть групповых страховых взносов. В связи с рациональным распределением бремени страховых расходов между здоровыми и больными, страхование работодателем является хотя и не совершенной, но рациональной для этого времени формой финансирования.

Наиболее справедливой моделью является страхование на основе универсального налогообложения, особенно, если оно обеспечивает всеобщий охват населения. Такое финансирование основано на прогрессивном характере индивидуальных вкладов, поскольку его источником являются подоходные налоги (налоги на социальное страхование или налоги по специальной статье на медицинское страхование).

Значительный интерес представляет опыт стран, как со смешанной системой финансирования, так и с преимущественно частной медициной. К настоящему времени многие страны пытались ввести системы по моделям Западной Европы и Северной Америки. Обычно они сталкивались с отсутствием опытного административного аппарата, способного заставить функционировать системы эффективно. Кроме того, системы здравоохранения, основанные на моделях Бисмарка и Бевериджа, оказались плохо приспособленными к гибкому, неформальному рынку труда, который сейчас широко распространен.

Следует указать на недопустимость упрощенного толкования моделей здравоохранения, исходя лишь из классического их описания. Нельзя рассматривать проблему как классификацию по одному единственному, хотя и важнейшему признаку.

Любая совокупность характеризуется не только разнообразием по какому-либо признаку, но и разнообразием самих признаков. Это полностью относится и к моделям здравоохранения.

Многообразие возможных моделей здравоохранения делает проблему выбора конкретной её разновидности достаточно сложной.

Идеальной модели здравоохранения не существует, да и существовать в действительности не может. Любую систему необходимо рассматривать в непосредственной связи с особенностями развития и функционирования определенной страны. Достоинства и недостатки каждой конкретной модели определяются комбинацией различных факторов. В зависимости от конкретных условий, каждая из моделей имеет преимущества перед другими по определенным показателям.

По сути, выбор модели здравоохранения не является однажды решенной проблемой. В современных системах здравоохранения всего мира постоянно идут процессы реформирования, заключающиеся в многовариантном сочетании различных вышеописанных моделей.

В идеальном варианте система, построенная на принципе универсализма, предполагает предоставление каждому основных форм социальной защиты. Это означает, что определенный уровень льгот по пользованию услугами здравоохранения должен бесплатно предоставляться государством. Характерной чертой экономической политики в странах с переходной экономикой была минимизация роли государства. Теперь ясно, что в условиях переходного периода, обладающего затяжным характером и сложной природой, ответственность государства в финансовом, законодательном и многих других сферах должна, скорее, увеличиваться, чем уменьшаться. Вмешательство государства должно быть активным в те важные области, где рыночные силы не могут обеспечить эффективного размещения ресурсов, а

доступ к основным, наиболее важным благам и условиям жизни людей, является не всегда справедливым. Опыт стран с переходной экономикой демонстрирует важность поддержания дееспособности государства, которая была ослаблена в процессе реформ. В рыночной экономике Республики Казахстан государство играет центральную роль в сохранении экономической стабильности, регулировании рынка, обеспечении необходимых социальных услуг. (Г.М.Айтымбетова Экономика здравоохранения 2011.)

Семинар

**Тема 2.** Развитие менеджмента в здравоохранении как науки и практики объекта управления. Основы менеджмента в здравоохранении. Экономика, финансирование и планирование здравоохранения.

**Доклад:** Развитие менеджмента в здравоохранении как науки и практики объекта управления.

**Содоклад:** Основы менеджмента в здравоохранении. Экономика, финансирование и планирование здравоохранения

#### **Вопросы семинара:**

1. Система здравоохранения США
2. Система здравоохранения Испании
3. Система здравоохранения Франции
4. Система здравоохранения Швейцарии
5. Система здравоохранения Японии
6. Система здравоохранения России
7. Система здравоохранения в Республике Казахстан
8. Методы оплаты медицинских услуг.
9. Механизмы финансирования оказания медицинской помощи в Казахстане.
10. Существующая система здравоохранения. Методы оплаты медицинских услуг.

11. Механизмы финансирования оказания медицинской помощи в Казахстане.

Рекомендуемая литература:

1. Развитие национального здравоохранения в современных условиях (учебное пособие) Авторский коллектив: д.м.н., проф. О.Т. Жужжанов, д.м.н. профессор А.К. Байгенжин, Ким С.В. и другие. Полиграфический центр ИП «Бекболатов А.К.» Астана-2011 306 стр.63-91.
2. Ким С.В. «Экономика здравоохранения», учебное пособие, 2008 год.
3. Экономика здравоохранения и перспективы государственной службы охраны здоровья, Т. Шарман, 2001 год.
4. Экономика здравоохранения. Журнал. Москва, 2009.
5. И.В. Поляков. «Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики» Санкт-Петербург, 1996г. стр.54-63
6. <http://www.kazpravda.kz/c/1313700599>  
ата:19.08.2011 Законные препоны.  
Американская система здравоохранения признана одной из лучших в мире, но при этом многим американцам ее услуги не по карману  
Галия Шимырбаева, Каз.правда 11 .01 Алматы. 2012 г.
7. Чубарова Т. В. Недуги здравоохранения // Стратегия России. 2004. N 7;
8. Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М.: Институт экономики РАН, 2008.
9. Г.М.Айтымбетова Экономика здравоохранения 2011. Развитие национального здравоохранения в современных условиях (Учебное пособие) Астана-2011г.с.304.,с.86-91.

Тема 3. Методологические основы менеджмента в здравоохранении

3.1. Цели менеджмента в здравоохранении.

Цели менеджмента в здравоохранении. Первых менеджеров волновал вопрос поднятия эффективности организации производства. Усовершенствованная теория управления менеджмента как наука возникла в XX веке, в США, и до настоящего времени не имеет точной формулировки. Менеджмент в здравоохранении – это наука об управлении социально-экономическими процессами на уровне медицинского учреждения, целенаправленное воздействие на людей с целью превращения неорганизованных элементов в эффективную и производительную силу.

**Менеджмент** - это один из видов воздействия на людей, искусство производить нужные товары, оказывать медицинские услуги с целью повышения эффективности технологии производства, посредством управления людьми, умение добиваться определенной цели-прибыли, используя интеллект и мотивы работающего.

**Цели менеджмента** – повышение эффективности медицинских услуг, в том числе предпринимательской деятельности учреждения и увеличение прибыли.

Менеджмент возникает тогда, когда имеется как минимум 2 человека. Один из них – управляющая, и вторая – управляемая стороны.

**Субъект** управления – тот, кто управляет, объект управления – тот, кем управляют. Субъект управления – люди, в функции которых входит осуществление управления, для достижения поставленных целей.

**Объекты** управления – работники, коллективы поликлиник, диспансеров, и т.д., действующие согласно предписанию, уставу организации, и любые хозяйственные и экономические объекты, подвергаемые определенной трансформации по воле объекта (распоряжающегося этим объектом). Уровни менеджмента бывают – высшие менеджеры, менеджеры среднего уровня, менеджеры

первичного звена. Уровни менеджмента разные - от старшей медицинской сестры-хозяйки, заведующего отделением поликлиники, диспансера, лаборатории - до главного врача больницы, директора департамента здравоохранения области, директора департамента министерства, замминистра здравоохранения России, Казахстана.

В системе министерства здравоохранения - начальники департаментов, председатели комитетов, заведующие отделами министерства здравоохранения, главные врачи, заместители главных врачей, заведующие отделениями, директора и начальники клиник, руководитель, заведующие отделением государственного, частного лечебного учреждения.

Постоянно ведущийся учет сметных расходов и прибыли, как базового критерия эффективности организации в рыночной экономике существовал во все времена, в том числе и в частных клиниках. В некоторых странах прибыль в менеджменте здравоохранения поставлена на высокую организационную основу. Например, в развитых странах Запада, США, Сингапуре. В государственной клинике финансирование здравоохранения производится от возможности бюджета государства и экономического состояния страны.

### 3.2. Задачи системы менеджмента.

Задачи менеджмента - своевременно решать возникающие производственные, технологические проблемы между людьми при их взаимоотношениях.

Упорядоченная совокупность и единство отношений и явлений, происходящих в здравоохранении, являются системой. Целями управления могут быть: новаторские, решение проблем, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование.

Целям и функциям управления соответствуют определенные установки (техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, маркетинговая, страховая). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых параметрами - физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, достоинство, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

### **3.3. Принципы менеджмента**

Принципы менеджмента в здравоохранении - это основополагающие теории, идеи, закономерности и правила поведения менеджера в осуществлении управленческих функций по уставу или должностным инструкциям и обязанностям.

Фредерик Уинслоу Тейлор сформулировал принципы - заработная плата платится человеку, а не месту, пробуждает интерес рабочих и предпринимателей к сотрудничеству. Основные принципы Эмерсона - отчетливо поставленные цели, здравый смысл, компонентная консультация, дисциплина, справедливое отношение к персоналу, быстрый, надежный, полный, точный и постоянный учет, диспетчерство, нормы и расписание, нормализация условий работы, нормирование операций, письменные стандартные инструкции, вознаграждение за производительность.

Анри Файоль в своих базовых принципах предусматривал неотделимость власти от ответственности, разделение труда при специализации, единство распоряжений, подчинение индивидуальных интересов общим, вознаграждение, дисциплину, централизацию, иерархию, порядок, устойчивость персонала, корпоративный дух.

*Общие принципы управления*

*Принцип применимости* означает, что менеджмент разрабатывает своего рода руководство к действию для всех работающих в организации сотрудников.

*Принцип системности* означает, что менеджмент охватывает всю систему, учитывая ее внешние и внутренние взаимосвязи, взаимозависимости и открытость собственной структуры или системы медицинских услуг в целом.

*Принцип многофункциональности* означает, что менеджмент охватывает различные аспекты деятельности: материальные (ресурсы, услуги), функциональные (организация труда) и смысловые (достижение конечной цели).

*Принцип интеграции* предполагает, что внутри системы различные способы отношений и взгляды сотрудников должны интегрироваться, а вне организации может происходить разделение на свои миры.

*Принцип ориентации на ценности* означает, что менеджмент медицинских услуг включен в окружающий мир с определенными представлениями о таких ценностях, как **профессионализм, честные услуги**, выгодное соотношение цен и медицинских услуг и т.п. Все принципы необходимо не только учитывать, но и неукоснительно соблюдать.

*Принцип научной обоснованности* управления предполагает наличие у руководителя научного предвидения, умения планировать во времени социально-экономические преобразования организации. Цель его состоит в превращении науки в высокопроизводительную силу.

Суть *принципа плановости* состоит в установлении основных направлений и пропорций развития организации в перспективе. Планированием пронизаны (в виде текущих и перспективных планов) все звенья организации. План рассматривается как комплекс экономических и социальных задач, которые предстоит решить в будущем.

*Принцип сочетания прав, обязанностей и ответственности* предполагает, что каждый подчиненный должен выполнять

возложенные на него задачи и периодически отчитываться за их выполнение. Каждый в организации наделяется конкретными правами и несет ответственность за порученное ему дело.

*Принцип частной автономии и свободы* предполагает, что все инициативы исходят от свободно действующих экономических субъектов, выполняющих управленческие функции по своему желанию в рамках действующего законодательства. Свобода хозяйственной деятельности представляется как профессиональная свобода, свобода конкуренции, свобода договоров и т.п.

*Принцип иерархичности и обратной связи* заключается в создании многоступенчатой структуры управления, при которой первичные (нижний уровень) звенья управляются своими же органами, находящимися под контролем органов руководства следующего уровня. Те, в свою очередь, подчиняются и контролируются органами следующего уровня. Соответственно, цели перед низшими звеньями ставятся органами более высокого по иерархии органа управления.

**Постоянный контроль** за деятельностью всех звеньев организации осуществляется на основе обратной связи. По существу, это сигналы, выражающие реакцию управляемого объекта на управляющее воздействие. По каналам обратной связи информация о работе управляемой системы непрерывно поступает в управляющую систему, которая имеет возможность корректировать ход управленческого процесса.

**Суть принципа мотивации:** чем тщательнее менеджеры осуществляют систему поощрений и наказаний, рассматривают ее с учетом непредвиденных обстоятельств, интегрируют ее по элементам организации, тем эффективнее будет программа мотиваций.

Одним из важнейших принципов современного менеджмента является *демократизация управления* — участие в управлении организацией всех сотрудников. Формы такого участия различны: долевая оплата труда; денежные средства, вложенные в акции; единое административное управление; коллегиальное принятие управленческих решений и т.п.

*Принцип государственной законности системы менеджмента.* В соответствии с этим принципом организационно-правовая форма организации должна отвечать требованиям государственного (федерального, республиканского, национального) законодательства.

*Принцип органической целостности объекта и субъекта управления.* Управление как процесс воздействия субъекта управления на объект управления должно составлять единую комплексную систему, имеющую выход, обратную связь и связь с внешней средой.

*Принцип устойчивости и мобильности системы управления.* При изменении внешней и внутренней среды организации система менеджмента не должна претерпевать коренных изменений. Устойчивость определяется, прежде всего, качеством стратегических планов и оперативностью управления, приспособляемостью системы менеджмента к изменениям во внешней среде. Одновременно с устойчивостью управленческий процесс должен быть мобильным, т.е. должны быть максимально полно учтены изменения и требования потребителей **медицинских услуг**.

Реализация рассмотренных ранее функций и принципов управления осуществляется путем применения различных методов.

#### 3.4. Методы менеджмента

Система методов менеджмента. Слово метод (methodos) означает способ достижения какой-либо цели. Например, как процесс менеджмента, как совокупность и непрерывная

последовательность взаимосвязанных действий менеджеров по реализации функций менеджмента.

Через методы управления реализуется основное содержание управленческой деятельности. По существу, способы осуществления управленческой деятельности, применяемые для постановки и достижения целей организации, и выступают как методы менеджмента. При решении задач менеджмента разные методы предоставляют в его распоряжение систему правил, приемов и подходов, сокращающих затраты времени и других ресурсов на постановку и реализацию целей. Методы менеджмента — это совокупность приемов и способов воздействия на управляемый объект для достижения целей.

Характеризуя методы управления, необходимо раскрыть их направленность, содержание и организационную форму.

*Направленность* методов управления ориентирована на систему (объект) управления (**медицинское учреждение**, отдел, подразделение, компанию и т.д.)

*Содержание* — это специфика приемов и способов воздействия.

*Организационная форма* — воздействие на конкретно сложившуюся ситуацию. Это может быть прямое (непосредственное) или косвенное (постановка задачи и создание стимулирующих условий) воздействие.

В практике управления, как правило, одновременно применяют различные методы и их сочетания (комбинации).

Все методы управления органически дополняют друг друга, находятся в постоянном динамическом равновесии.

В связи с этим можно выделить следующие методы управления:

**организационно-административные**, основанные на прямых директивных указаниях;

**экономические**, обусловленные экономическими стимулами;

**организационно-административные** методы управления.

Объективной основой использования методов управления выступают организационные отношения, составляющие часть механизма управления.

В общем виде система организационно-административных методов может быть представлена как совокупность двух равнозначных элементов — *воздействия на структуру управления* (регламентация деятельности и нормирование в системе управления) и *на процесс управления* (подготовка, принятие, организация выполнения и **контроль исполнения** за управленческими решениями). Организационное воздействие на структуру управления осуществляется в большинстве случаев путем организационного регламентирования, нормирования, организационно-методического инструктирования и проектирования.

В практике управленческой деятельности административное воздействие связано, как правило, с тремя типами подчинения: *вынужденным и внешне навязанным*. Оно сопровождается неприятным чувством зависимости и понимается подчиненными как нажим «сверху»;

*пассивным*. Для него характерно удовлетворение, связанное с освобождением от принятия самостоятельных решений; *осозанным, внутренне обоснованным*.

В целом организационно-административные методы руководства существуют в форме организационного и распорядительного воздействия.

### 3.5. Функции менеджмента.

Каждый человек выполняет одну из функций управления. В зависимости от того, сколько функций выполняет человек, он занимает более высокий уровень руководящей лестницы. Технические операции – непосредственно в производстве. Для медицинского учреждения - диагностика, лечение, профилактика, экспертиза, уход за больными и др. Коммерческая функция - покупка, продажа услуг, обмен.

Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.  
Страховые - страхование и охрана имущества и лиц.  
Учетные - бухгалтерия, учет, статистика, финансы.

Общие функции управления по теории Анри Файоля: предвидеть, организовывать, координировать, контролировать. Дафт Р.Л. в своей теории особо уделял внимание основным функциям: планированию, организации, лидерстве, контролю исполнения. Питер Друкер во главе теории рассматривал три основные функции менеджмента - управление бизнесом, управление менеджерами, управление работниками и технологией работы.

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности. Управляющая сторона (субъект управления), управляемые объекты управления (коллективы, отдельные работники). Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления.

Алгоритм (последовательность управленческих решений):

1. Постановка цели и задачи (программно-целевое планирование).
2. Сбор необходимой информации.
3. Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений;
4. Принятие управленческого решения;
5. Организация исполнения;
6. Контроль исполнения;
7. Оценка эффективности и корректировка результатов;

На эффективность управленческих решений влияет ряд факторов, среди которых компетентность, информационное

обеспечение, взвешенность решения, своевременность акта управления.

Менеджмент рассматривается в виде оптимизации технологических решений и психологических установок.

Среди факторов, мешающих развитию индивидуальных качеств у специалистов - менеджеров, можно выделить:

- отсутствие личных ценностных ориентаций;
- отсутствие личной заинтересованности;
- недостаточная профессиональная квалификация;
- неумение влиять на людей;
- неумение самосовершенствоваться;
- неумение владеть собой;
- рвачество;
- отсутствие чувства долга;
- необязательность;
- неорганизованность;
- нечестность;
- неумение подчинять личные интересы задачам и установкам групповым, коллективным и др.

Успешное лидерство руководителя возможно при использовании различных стилей руководства.

### 3.6. Экономические методы управления на примере здравоохранения Российской Федерации

Основы менеджмента в здравоохранении рассматривают вопросы экономики, финансирования, методических основ планирования, маркетинга, управления изменениями инноваций, стратегии управления, проектирование адаптивных организаций, управление человеческими ресурсами, информационные технологии и бизнеса, управление производственными операциями и цепочками создания ценности в лечебно-профилактических учреждениях.

Руководителям лечебных учреждений, врачам необходимо иметь определенный запас специальных экономических знаний для принятия оптимальных решений при оказании медицинской помощи больным.

Экономика здравоохранения является научной общественной дисциплиной, исследующей тенденции и закономерности формирования, распределения и использования в отрасли потоков материальных, трудовых и финансовых ресурсов, в непосредственной связи с общественно-экономической формой организации охраны здоровья населения. Экономика -- это наука о методах управления, хозяйствования и действии экономических законов в здравоохранении.

Исходя из определения, можно очертить круг основных вопросов экономики здравоохранения, которые должны усвоить студенты:

1. вопросы финансирования здравоохранения;
2. разработка подходов и методов ценообразования на различные виды медицинских услуг;
3. исследование роли и отдельных видов деятельности системы здравоохранения в общей экономике (обосновывает социальную, медицинскую и экономическую эффективность здравоохранения);
4. разработка методов рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов здравоохранения;
5. экономическое обоснование и оценка новых организационных форм и методов медицинской помощи.

Финансирование здравоохранения зависит от общественно-экономической формы организации: государственная, страховая, частная, смешанная. При государственной системе основным источником финансирования является бюджет, сформированный из различных доходных статей, и из подоходного налога. При страховой - страховой взнос государственных предприятий, организаций и граждан. При

частной - все медицинские услуги платные. При смешанной - могут присутствовать все формы финансирования в разной степени. Финансирование лечебно-профилактических учреждений осуществляется на основании сметы.

**Смета - это финансовый план** предстоящих расходов на содержание учреждения, который должен быть обоснован необходимыми расчетами по каждой статье. Смета должна максимально точно отражать действительную потребность медицинского учреждения в финансировании.

Исходными материалами для составления сметы являются показатели плана учреждения и установленные Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в Республике Казахстан нормы расходов. Различаются нормы в зависимости от их обязательности (обязательные и необязательные), вида (финансовые и материальные), уровня использования (общероссийские и местные). Утверждение сметы происходит в определенном порядке, после чего она является основным плановым документом, определяющим объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, отпускаемых из бюджета на содержание медицинского учреждения. Главный врач или топ-менеджер является распорядителем кредитов и несет ответственность за правильное использование денежных средств, причем он не имеет права принимать решение о переводе денег из одной статьи в другую, если это государственное учреждение. На практике иногда встречается использование не по назначению статей расходов, что рано или поздно ведет к уголовной ответственности. В Южно-Казахстанской области в 2005 году на станции переливания крови закупалась кровь, не всегда проверенная на соответствие ГОСТ.

Основными статьями сметы лечебно-поликлинической части в РФ были:

*Менеджмент здравоохранения руководствовался примерными статьями сметы, которые были применены в Российской Федерации ранее.*

Статья 1. Заработная плата. Она занимает основное место в расходах медицинских учреждений (50-60%). Фонд заработной платы на планируемый год определяется запланированным количеством штатных должностей (врачи, средние и младшие медицинские работники, административно-хозяйственный и технический персонал) и месячными ставками заработной платы.

Статья 2. Начисление на заработную плату и социальное страхование сотрудников. Расходы устанавливаются в виде определенного процента от фонда заработной платы, перечисляются в соответствующие фонды социального страхования и на обязательное медицинское страхование.

Статья 3. Канцелярские и хозяйственные расходы. Основное место занимают расходы на хозяйственные нужды учреждения: отопление, освещение, водоснабжение, текущий ремонт помещений, приобретение предметов и материалов для хозяйственных целей, стирку белья и санитарно-гигиеническое обслуживание больных, содержание транспорта и др. Удельный вес составляет около 10% всех расходов.

Необходимо подчеркнуть, что определение расходов по этой статье требует тщательного учета расходов за предыдущий год.

Установить единые нормы расходов для всех учреждений невозможно, так как они зависят от конкретных условий и особенностей работы учреждения.

Статья 4. Командировочные расходы и служебные разъезды. По этой статье предусматривают ассигнования на оплату проезда, суточных и квартирных в командировках, оплату расходов по служебным разъездам, командировкам, на курсы,

съезды и пр. К смете прилагается план командировок, указывается их продолжительность.

Статья 5. Научно-исследовательская работа и приобретение книг для библиотеки. При составлении сметы в эту статью включаются расходы на приобретение книг, периодической литературы и журналов для библиотеки.

Статья 6. Расходы на питание. При исчислении расходов по этой статье следует исходить из стоимости питания одного больного в день, умноженной на запланированное число койко-дней. Расходы на питание отличаются, в зависимости от профиля лечебного отделения (туберкулезное, родильное, педиатрическое и др.). Общая сумма расходов по этой статье составляет примерно 15-20% бюджета стационара.

Статья 7. Приобретение медикаментов, перевязочных средств. Кроме медикаментов и перевязочных средств, включаются расходы на бактериологические препараты, сыворотки, вакцины, дезинфицирующие средства, рентгеновские пленки, реактивы, кровь для переливания и мелкие медицинские инструменты. При исчислении расходов исходят из норм на один койко-день или на одно амбулаторное посещение, в зависимости от профиля учреждения.

Статья 8. Приобретение оборудования и инвентаря. Это расходы на кровати, тумбочки, шкафы и другую больничную мебель, кухонные и столовые принадлежности, медицинское оборудование и др. Расходы исчисляются на существующие койки и отдельно - на вновь открываемые.

Статья 9. Приобретение мягкого инвентаря. Это расходы на белье. Расчет производится на основе утвержденных нормативов.

Статья 10. Капитальный ремонт зданий и учреждений. Расходы устанавливаются по особым планам и сметам, основанным на технических проектах и специальных расчетах, которые прилагаются к общему своду расходов.

#### Статья 11. Прочие расходы.

После расчета расходов по отдельным статьям сметы составляется таблица, в которой все расходы группируются, и выводится сумма. Затем производится финансовый анализ о соответствии расходов запланированной смете.

При бюджетно-страховой медицине, переход на которую в РФ и Республике Казахстан произошел с 1991 года, источниками финансирования здравоохранения являются предприятия, государство и граждане, частные лица. Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и государственной системы обязательного страхования на случай болезни.

Для аккумуляции финансовых средств на обязательное медицинское страхование создаются федеральный и территориальный фонды, которые являются государственной собственностью и не входят в состав других фондов. Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций, учреждений устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда. Территориальный фонд медицинского страхования перечисляет деньги страховым медицинским организациям (страховым компаниям) на каждого застрахованного гражданина, а последние ведут расчеты с лечебно-профилактическими учреждениями за каждого пролеченного больного на основании утвержденных и согласованных тарифов стоимости медицинских услуг.

Кроме того, лечебно-профилактические учреждения получили право на оказание платных медицинских услуг, сопровождающихся повышенной комфортностью, не вошедших в программу обязательного медицинского страхования.

При **частной** форме здравоохранения одним из основных источников функционирования учреждений является гоно-

пар за оказанную медицинскую помощь. На стадии становления не последнюю роль играют собственные средства, кредит в банке. Не исключена возможность получения средств от благотворительных фондов, пожертвований богатых лиц.

Одним из важнейших вопросов экономики здравоохранения является вопрос **ценообразования** на медицинские услуги. Цена - денежное выражение стоимости медицинской услуги. Она выполняет ряд функций: учетную, стимулирующую, распределительную, регулирующую и аккумулирующую.

**Учетная функция** - измерение затрат и результатов. Цена должна дать ответ на вопрос, сколько затрачено труда, материалов, какова производительность и эффективность труда.

**Стимулирующая функция** заключается в привлекательности для производителя услуг и товаров высоких цен, стремление произвести больше, чтобы получить максимальный доход.

**Распределительная функция** состоит в том, что посредством цен можно достичь эффективного использования ресурсов, направить дефицитные ресурсы туда, где в них существует наибольшая потребность.

Регулирующая функция заключается в установлении равновесной цены, которая балансирует спрос и предложение.

Выбор метода ценообразования зависит от того, новый это товар, услуга или уже существующий на рынке. Одним из основных методов ценообразования на новые товары является метод «затраты +», при котором цена рассчитывается по формуле:

$$P = \frac{C + Y}{Q}$$

где P – цена

C – издержки

У – доход

Q - Количество произведенного товара (услуг)

где издержки - это затраты, включенные в себестоимость услуги (производство и обращение), выраженные в денежной форме (руб.) Основными издержками при производстве медицинских услуг являются:

заработная плата (основная, дополнительная, премия) медицинского персонала;

1. отчисления на социальное страхование;
2. питание больных (в стационаре);
3. медикаменты и перевязочные материалы;
4. мягкий инвентарь;
5. накладные расходы (административно-хозяйственные затраты);
6. оборудование (процент амортизации);
7. коммунальные расходы, ремонт и пр. (см. статьи сметы).

Нормативными документами регламентируются затраты, которые можно вносить в себестоимость, они должны возмещаться из прибыли.

**Прибыль - это минимальная плата (доход)**, которой должны вознаграждаться предпринимательские способности, разница между доходом и издержками. **Доход** - это произведение цены на количество реализованных услуг. Из прибыли покрывается часть расходов, не вошедших в себестоимость, и создается резерв для стимулирования развития производства, (в том числе и для личного стимулирования). При государственной форме здравоохранения прибыль в цену не закладывается, при частной системе выбор метода ценообразования и цена будут зависеть от спроса и предложения на рынке медицинских услуг: цена может значительно превышать затраты или приближаться к ним. В случае, если расхо-

ды превышают доходы, ставится вопрос о принятии решения по модификации или отказу от производства услуги. Однако в здравоохранении есть зоны, в которых рыночные законы не действуют, и лечебным учреждениям законом вменяется в обязанность выполнение неприбыльных услуг.

При страховой медицине цены на услуги согласовываются между страховыми организациями, лечебно-профилактическими учреждениями, предприятиями при законодательном регулировании государством. Цены должны учитывать уровень социально-экономического развития общества, затраты подсчитываться и заложен определенный процент прибыли.

С помощью метода «затраты + процент прибыли» можно рассчитать себестоимость содержания койки в стационаре или стоимость одного койко-дня в различных отделениях, а также затраты на лечение по различным клинико-статистическим группам.

Метод «затраты + процент прибыли» имеет ряд недостатков, в числе которых можно назвать незаинтересованность производителей снижать издержки, поскольку прибыль исчисляется в процентах к себестоимости. Практически все руководители должны иметь данные, во сколько обходится учреждению, фирме производство какой-либо услуги и как добиться снижения затрат.

Расчет стоимости медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется на основании другого подхода. Все население, обслуживаемое поликлиникой, делится по группам здоровья. Предусматривается выделение следующих групп:

*Группа Д1 и Д2* - лица здоровые и практически здоровые, обращаются с профилактической целью (профосмотры, прививки) и для получения различного рода справок.

*Группа Дз-1* лица, страдающие хроническими заболеваниями в стадии длительной ремиссии (компенсированное течение).

Обращаются преимущественно по поводу диспансерного наблюдения.

*Группа Дз-2* - лица, страдающие острыми заболеваниями. Обращаются преимущественно с лечебно-профилактической и реже с консультативной целью.

*Группа Дз-3* - лица, страдающие острыми и частыми обострениями хронических заболеваний (субкомпенсированное течение). Обращаются с лечебно-диагностической и консультативной целью, реже по поводу диспансеризации, лечатся в поликлинике и на дому. Составляют группу длительно и часто болеющих.

*Группа Дз-4* - лица, страдающие хроническими, длительно протекающими заболеваниями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности (стадия декомпенсации). Обращаются только с лечебно-диагностической, реже с консультативной целью, лечатся преимущественно на дому.

Исходя из групп здоровья, ведущими специалистами региона устанавливаются коэффициенты сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи ( $K_c$ ). Далее определяется число лиц, не пользовавшихся амбулаторно-поликлинической помощью в течение года. Для этого из общей совокупности прикрепленных к данному учреждению жителей вычитается то количество, которое обращалось в истекшем году. Всех не обратившихся лиц вначале относят к группам здоровья  $D_1$  и  $D_2$  с последующей коррекцией по мере совершенствования работы врачей с населением. На основании численности населения в каждой группе и соответственно величины коэффициентов сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи рассчитывают суммы коэффициентов по каждой группе. Полученные данные используют для расчета стоимости оказания амбулаторно-поликлинической помощи лицам любой группы здоровья в течение года. Такая методика пригодна при известной величине финансирования лечебных учреждений.

### *Пример расчета*

Поликлиника обслуживает 30 тысяч жителей. На оказание амбулаторно-поликлинической помощи в базовом году было выделено определенное количество рублей (суммы варьируются). В течение года в поликлинику обратилось 27 200 человек. Распределение по группам здоровья и коэффициенты сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи показаны в таблице 1.

Вначале рассчитывают суммы коэффициентов по каждой группе здоровья по следующей формуле:  $C = N \times K_c$ , где  $C$  - сумма коэффициентов,  $N$  - численность населения. Затем подсчитывают общую сумму коэффициентов. Зная общую сумму коэффициентов и размер ассигнований, выделенных данному амбулаторно-поликлиническому учреждению, можно рассчитать стоимость одного коэффициента (единицы сложности).

В нашем примере: стоимость одного коэффициента (единицы сложности) равна;

$$= \frac{\text{Количество денег}}{65770}$$

Стоимость одного коэффициента (единицы сложности) или стоимость обслуживания одного лица  $D_1$  и  $D_2$ . Для определения стоимости обслуживания одного лица из других групп умножают стоимость обслуживания лица из первой группы на соответствующий коэффициент сложности. В дальнейшем, по мере уточнения состояния здоровья прикрепленного населения, должны быть установлены соответствующие адекватные коэффициенты сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Таблица 1

Итоговые расчеты суммы коэффициентов сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Характеристика контингента	Численность населения (Н)	Коэффициент сложности (Кс)	Сумма Коэффициентов (С)
Д1 и Д2	12220	1,0	12220
Дз-1	4000	2,0	8000
Дз-2	10170	3,0	30510
Дз-3	5010	4,0	12040
Дз-4	600	5,0	3000
Итого:	30000		65770

Не менее важным вопросом экономики здравоохранения является проблема рационального и **элективного** использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов без потери качества медицинской помощи. В настоящее время резервами снижения затрат в лечебно-профилактических учреждениях являются:

1. повышение профессионализма врачей и медицинских сестер;
2. уменьшение числа дублированных обследований;
3. расширение объема услуг, выполняемых на уровне амбулаторно-поликлинического звена, в том числе и хирургических вмешательств;
4. расширение сети социальных стационаров (хосписы, дома сестринского ухода);
5. увеличение числа домашних стационаров, стационаров на дому;
6. внедрение новейших достижений медицинской науки в практику;

7. сокращение сроков госпитализации за счет лучшей преемственности в работе поликлиник и стационаров;
8. рациональная организация приема и выписки больных и многое другое.

Исследование роли здравоохранения в общей экономике заключается в обосновании социальной, медицинской и экономической эффективности здравоохранения. Эти понятия тесно увязаны друг с другом, деление имеет целью более тщательное рассмотрение.

**Медицинская эффективность здравоохранения заключается в изменении уровня и характера заболеваемости и ее тенденций.**

Социальная эффективность состоит в оптимизации уровней рождаемости, снижении показателей смертности, увеличении продолжительности жизни, что в конечном итоге сказывается на количестве и качестве рабочей силы.

Экономическая эффективность - это тот положительный вклад (прямой или косвенный), который вносит здравоохранение путем улучшения здоровья населения в рост национального дохода государства.

Для определения экономической эффективности одним из наиболее распространенных является метод сопоставления затрат и получаемого эффекта. Согласно методу вначале исчисляется предотвращенный экономический ущерб, в связи с уменьшением затрат на медицинское обслуживание, выплат по социальному страхованию, потерь рабочего времени и трудовых ресурсов, в результате снижения заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности и преждевременной смертности. Полученная величина сопоставляется с затратами на организацию и оказание медицинской помощи: Экономическая эффективность-Э.Э равна;

$$\text{Э.э.} = \frac{\text{Сумма предотвращенного эконем,} \quad \text{ущерба (руб.),}}{\text{Сумму затрат на медицинское обслуживание (руб.)}}$$

Для расчета экономического эффекта от сокращения сроков лечения больных в стационаре используется метод, основанный на исчислении сэкономленных средств для больницы и общества, используя формулу:  $\text{Э.э.} = \text{Эб} + \text{Э}_0$ , где  $\text{Эб}$ , -- сумма средств, сэкономленная в больнице при сокращении сроков лечения (руб.);  $\text{Э}_0$  = сумма средств, сэкономленная для общества (руб.).

Сумма средств, сэкономленная для больницы, подсчитывается по формуле:  $\text{Эб} = \text{Л} \times \text{Тк}$ , где  $\text{Л}$  - стоимость одного койко-дня в отделении (руб.);  $\text{Тк}$  - разница в средних сроках лечения больных в данном году, по сравнению с прошлым или любым другим годом (в днях). Экономия средств для общества исчисляются по формуле:  $\text{Э}_0 = (\text{Д} + \text{Б}) \times \text{Тк} \times \text{Р}$ , где  $\text{Д}$  - национальный доход (в руб.), производимый одним работающим в день в расчете на одного занятого в народном хозяйстве;  $\text{Б}$  - средняя сумма пособия (руб.), выплачиваемая за счет средств социального страхования за 1 день временной утраты трудоспособности;  $\text{Р}$  - численность лечившихся работающих. В настоящее время учеными разработано значительное количество методик, позволяющих рассчитывать экономический эффект от проведения многих профилактических программ, уменьшения отдельных заболеваний и т.д.

**Планирование является одной из важнейших функций менеджмента в здравоохранении, это процесс формирования программы развития и путей достижения целей.**

Задачей планирования является нахождение оптимальных соотношений между потребностью населения в лечебно-

профилактической помощи и возможностями ее удовлетворения на определенном этапе развития общества. В основе деятельности современной системы планирования лежат следующие принципы:

1. Региональность планирования (осуществление планирования на уровне региона и учет первостепенных задач, приоритетов региона, требующих неотложного решения). Часть вопросов останется для централизованного планирования (на уровне МЗ РФ). К ним относятся: международные связи, наука и др.
2. Научность планов (обоснованность показателей плана, которые должны опираться на данные, характеризующие тенденции заболеваемости и потребности населения в медицинской и лечебно-профилактической помощи).
3. Реальность планов, их выполнимость на основе знаний, балансе потребностей и экономических возможностей общества. Ничего не следует планировать, что не обеспечено ресурсами, финансированием.
4. Связь текущего и перспективного планирования (показатели текущих планов должны органично вытекать из перспективных).
5. Оптимальное сочетание территориального и отраслевого планирования.

В планировании здравоохранения применяют различные методы, среди которых следует указать следующие:

1. аналитический;
2. сравнительный;
3. балансовый;
4. нормативный;
5. экономико-математический;
6. метод экстраполяции и др.

Каждый план здравоохранения включает определенные показатели, сгруппированные по следующим разделам:

А. Развитие сети учреждений здравоохранения.

Б. Медицинские кадры (потребность и подготовка).

В. План по труду.

Г. Капиталовложения (строительство и оборудование учреждений).

Д. План материально-технического снабжения.

Е. Бюджет (финансовый план).

Плановый цикл состоит из определенных этапов и осуществляется в следующей последовательности:

**Анализ и оценка достигнутого уровня здоровья и здравоохранения.**

Определение целей и главных задач развития здравоохранения на новый плановый период.

1. Разработка научно обоснованных норм и нормативов потребности в медицинской помощи.
2. Оптимизация структуры и сети учреждений здравоохранения.
3. Анализ и оценка исполнения плана.
4. Анализ и оценка конечных результатов.

При формировании программ развития здравоохранения необходимо учитывать потребности населения в лечебно-профилактической помощи.

Потребность - это осознанная и привычная необходимость в получении медицинских услуг и профилактическом обслуживании, формируемая под влиянием условий жизни в конкретных исторических рамках развития общества.

На практике потребность выступает в виде обращаемости населения в медицинские учреждения за лечебно-профилактической помощью и выражается числом посещений 1 жителя в течение года, как к отдельным специалистам, так и в сумме по всем специалистам. Существуют разные виды потребности: в амбулаторно-поликлинической помощи, стационарной, санаторно-курортном и санитарно-эпидемиологическом обслуживании.

Факторы, формирующие потребность населения в лечебно-профилактической помощи, следующие:

- социально-экономические (условия труда, быта, отдыха, питание и др.);
- заболеваемость населения;
- социально-демографические (рождаемость, смертность, возрастно-половой состав);
- организационно-медицинские (система организации медицинской помощи, уровни развития здравоохранения, медицинской науки, наличие специализации);
- социально-культурные (поведенческие): уровень культуры и санитарной грамотности населения, традиции, привычки, религия;

.климатогеографические;

.развитие народной медицины;

.развитие внутренней инфраструктуры страны, качество дорог, транспорта.

При планировании амбулаторно-поликлинической помощи общепризнанным измерителем является число посещений таких учреждений одним жителем в год, как число, выражающее потребность населения в амбулаторно-поликлинической помощи. Фактическая обеспеченность населения этим видом помощи определяется путем деления числа посещений, сделанных к врачам всех специальностей за год (в поликлинике и на дому), на среднегодовое число населения. На основании этих данных рассчитываются нормы потребности на перспективу городского и сельского населения или на планируемый период. В настоящее время для планирования амбулаторно-поликлинической помощи используют нормы, указанные в таблице 2.

Таблица 2. Нормы потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи по различным специальностям (Р.Ф.)

Специальность	Число посещений на 1 жителя в год
Терапия	2,0
Хирургия	1,5
Психоневрология	0,4
Акушерство и гинекология	0,9
Офтальмология	0,5
Отоларингология	0,4
Дерматовенерология	0,7
Фтизиатрия	0,7
Стоматология	1,7
Педиатрия	1,2
всего	10,0

Структура посещений одним жителем амбулаторно-поликлинических учреждений, в зависимости от их цели, может быть представлена в виде следующего соотношения:  $a+b+v+г- 1,2 + (1,2 \times 3,1) + 1,1+4,9= 10,9$ , где а - число первичных обращений в связи с заболеваемостью -1,2; б - число повторных посещений, вычисляется путем умножения коэффициента повторных посещений на одно первичное посещение ( $3,1 \times 1,2$ ) - 3,7; в - посещения в связи с диспансеризацией - 1,1; г – профилактические посещения - 4,9.

Нормативам потребности соответствуют нормативы врачебных должностей для амбулаторно-поликлинического обслуживания населения (табл. 3). Под врачебной должностью понимают определенный объем работы врача за год, оказывающего помощь на дому и ведущего амбулаторный прием. По каждой отдельной специальности рассчитывается «функция врачебной должности» - плановая и реальная (фактическая) по итогам работы за предыдущий год.

Таблица 3. Штатные нормативы врачебных должностей для амбулаторно-поликлинических учреждений, обслуживающих городское население

Наименование должности	Число должностей на 10 000 человек взрослого населения
Терапевт участковый	5,9
Офтальмолог	0,6
Невропатолог	0,5
Оториноларингология	0,6
Хирург	0,4
Травматолог-ортопед	0,4
Кардиолог	0,3
Эндокринолог	0,2
Уролог	0,2
Акушер-гинеколог	1,65
Дерматолог-венеролог	0,55*
Фтизиатр-участковый	0,5*

\*В том числе детское население

Плановая функция врачебной должности ( $\Phi_{пл}$ ) - это плановое число посещений (в поликлинике на приеме, на дому и при профосмотрах), которое должно быть выполнено одной врачебной должностью определенной специальности в течение календарного года.

Расчет плановой функции производится по каждой специальности отдельно по формуле:  $\Phi = Б \times С \times Г$ , где Б - норма нагрузки врача на 1 час приема в поликлинике, на дому и при профилактических осмотрах (табл. 4);

С - число часов работы по графику на приеме в поликлинике, по обслуживанию на дому и на профилактических осмотрах;

Г - число рабочих дней в году.

Таблица 4. Расчетные нормы нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 час работы

Наименование специальности врача	Число посещений на 1 час работы		
	В поликлинике на приеме	По обслуживанию на дому	При профилактических осмотрах
Терапия	5,0	2,0	7,5
Педиатрия	5,0	2,0	7,0
Акушерство и гинекология	5,0	1,25	8,0
Хирургия	9,0	1,25	8,0
Невропатология	5,0	1,25	8,0
Фтизиатрия	5,0	1,25	--
Дерматовенерология	8,0	1,25	12,0
Офтальмология	8,0	1,25	16,0
Отоларингология	8,0	1,25	10.
Стоматология	3,0		9,0

Применительно к обстановке, конкретным условиям расселения населения, возможностям территорий по финансированию лечебных учреждений, обеспеченности транспортом, оснащению оборудованием вносятся коррективы в нормы нагрузки врачей.

Второй элемент (С) расчета плановой функции врачебной должности составляет 6,5 часов работы врача на приеме в поликлинике, по обслуживанию на дому и по профилактическим

осмотрам, при шестидневной рабочей неделе. График работы врачей может меняться применительно к условиям.

Третий элемент (Г) расчета плановой функции врачебной должности - число рабочих дней амбулаторного приема при 24-дневном трудовом отпуске и шестидневной рабочей неделе - составляет 281 день, при 36-дневном отпуске - 281 день (365 дней минус 24 дня отпуска, 52 выходных дня, минус 8 праздничных дней).

### ***Пример расчета***

Годовая функция участкового терапевта равна сумме посещений в поликлинике и на дому:

Ф<sub>пл.</sub> на амбулаторно-поликлиническом приеме: Ф<sub>пл. амб.</sub> -  
 $B \times C \times \Gamma = 5 \times 4 \times 281 = 5620.$

Ф<sub>пл.</sub> по обслуживанию на дому:

Ф<sub>пл. дом.</sub> =  $B \times C \times \Gamma - 2 \times 2 \times 281 = 1124.$

Итого:

Ф<sub>пл. общая</sub> = Ф<sub>пл. амб.</sub> + Ф<sub>пл. дом.</sub> =  $5620 + 1124 = 6744$  посещений.

По материалам отчетов лечебно-профилактических учреждений находится фактическая функция врачебной должности (по специальностям):

Факт=

**Число посещений на приеме | число посещений на дому**

Плановая функция врачебной должности сравнивается с фактической функцией (нагрузкой) врачебной должности для правильной организации работы учреждений и при планировании.

Плановая функция врачебной должности используется при планировании врачебных должностей, как в целом, так и по отдельным специальностям. Для этого можно использовать

$$V = \frac{L * N}{\Phi_{\text{пл. общая}}};$$

где L - норма амбулаторно-поликлинических посещений на 1 жителя в год; N - численность населения;  $\Phi_{\text{пл. общая}}$  - плановая функция врачебной должности.

Формула устанавливает абсолютную потребность во врачебных должностях амбулаторно-поликлинической сети.

**Пример.** Рассчитать потребность во врачебных должностях терапевтов для амбулаторно-поликлинических учреждений района с численностью населения 45 000 человек.

Функция врачебной должности терапевта - 6744, норма посещений на 1 жителя в год по терапии - 2:

$$V = 2 \times 45\,000 : 6744 = 13 \text{ должностей.}$$

Определение потребности во врачебных должностях, работающих по участковому принципу, возможно на основании нормативов территориальных участков: терапевтический участок включает 1700-1800 человек взрослого населения, педиатрический - 800 детей, акушерско-гинекологический - 2000 женщин.

Учитывая нормы нагрузки врачей в стационарах, можно рассчитать потребность во врачебных должностях для стационарного обслуживания (табл. 5).

Таблица 5

Расчетные нормы нагрузки врачей в стационарах городских больниц

Должность врача	Количество коек на 1 должность врача
Хирург	20-25

Уролог	15-20
Терапевт	20-25
Стоматолог	20-25
Дерматовенеролог	30
Инфекционист	25
Акушер-гинеколог	15-20
Педиатр	20
Травматолог - ортопед	20-25

Эти нормы могут колебаться, в зависимости от профиля больницы.

При планировании стационарной помощи общепризнанным измерителем является «больничная койка», измерителем потребности населения в стационарной помощи принято считать число коек на 1000 обслуживаемого населения, новыми для планирования являются нормативы стационарной помощи населению (табл. 6).

Таблица 6

Нормативы стационарной помощи населению

Специальность	Количество коек на 1000 населения
Терапевт	2,3
Педиатр	1,21
Хирург	0,97
Акушерство-гинекология	0,7-0,8
Неврология	0,4
Стоматолог	0,4
Дермато венерология	0,3
Фтизиатрия	2,0
Психиатрия	1,3

При определении потребности в больничных койках исходным является фактический объем стационарной помощи, определяемый как процент случаев госпитализации населения или процент отбора на койку из числа обратившихся за медицинской помощью, составляющий 20-25%.

Потребность населения в больничных койках можно рассчитать по формуле:

$K \text{ равно } \frac{A \times P \times R}{D} \times 100$ , где  $K$  - искомая потребность коек на 1000 населения;  $A$  - уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения;  $P$  - процент госпитализации или процент отбора на койку из числа обратившихся;  $R$  - средняя продолжительность пребывания больного на койке (в днях);  $D$  - среднегодовая занятость койки (в днях).

Ориентировочные показатели - нормативы для расчета потребности в больничных койках - приведены в таблице 7.

Таблица 7

Ориентировочные нормативы для расчета потребности в койках

Наименование специальности	Процент отбора на койку	Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)	Средне-годовая занятость койки	Оборот койки
Терапия	10	20	340	17-
Хирургия	15	15	340	22
Акушерство	100	15	300	29
Гинекология	70	12	345	60
Неврология	14	22	31	16
Педиатрия	10	15	34	16

Инфекционные болезни	17	20		23
Фтизиатрия Офтальмология	25 20	20	345	-
Отоларингология	21	И	330	30
Дерматовенерология	8	30	340	

Пример расчета потребности в койках для родильных домов. Предполагается, что уровень рождаемости в планируемом периоде будет составлять 12 детей на 1000 населения. Охват стационарным родовспоможением должен быть 100%. Средняя длительность пребывания рожениц в роддоме равна 5 дням, среднегодовая занятость койки в роддоме - 300 дней: где К равно  $12 \times 100 \times 5$ , деленное на  $300 \times 100$ .

### **3.7. Социально-психологические методы управления**

Установлено, что результаты труда во многом зависят от целого ряда психологических факторов. Умение их учитывать, и с их помощью целенаправленно воздействовать на отдельных работников поможет руководителю сформировать коллектив с едиными целями и задачами. Социологические исследования свидетельствуют, если успех деятельности хозяйственного руководителя на 15 % зависит от его профессиональных знаний, то на 85 % — от умения работать с людьми.

Зная особенности поведения, характер отдельного человека, можно прогнозировать его поведение в нужном для коллектива направлении. Это связано с тем, что каждой группе свойственен свой психологический климат. Поэтому существенное условие образования и развития трудовых коллективов — соблюдение принципа психофизиологической совместимости. Японские социологи утверждают, что от

настроения, желания человека работать и от того, какова морально-психологическая обстановка в коллективе, производительность труда может увеличиться примерно в 1,5 раза или в несколько раз уменьшиться.

Недостаточное внимание к социальным и психологическим аспектам управления вызывает нездоровые взаимоотношения в коллективе и снижает производительность труда. Как показывает практика, формирование здорового морально-психологического климата, воспитание чувства товарищеской взаимопомощи и коллективизма более активно происходит при формировании рыночных отношений. 91 % опрошенных считают, что среди членов трудовых коллективов стала складываться атмосфера взаимной требовательности и ответственности, изменилось (в лучшую сторону) отношение к труду и распределению оплаты; 82 % опрошенных работников массовых профессий «болеют» за успехи своих коллег.

Для того, чтобы воздействие на коллектив было наиболее результативным, необходимо не только знать моральные и психологические особенности отдельных исполнителей, социально-психологические характеристики отдельных групп и коллективов, но и осуществлять управляющее воздействие. Для этих целей применяются *социально-психологические методы, которые представляют собой совокупность специфических способов воздействия на личностные отношения и связи, возникающие в трудовых коллективах, а также на социальные процессы, протекающие в них.*

Основное средство воздействия на коллектив — **убеждение**. Убеждая, руководитель должен максимально полно учитывать природу человеческого поведения и отношений в процессе совместной деятельности. Понимание руководителем биологической природы и внутреннего мира личности помогает ему подобрать наиболее эффективные формы сплочения и активизации коллектива. Объектом социально-

психологического руководства в трудовом коллективе являются взаимоотношения работников, их отношение к средствам труда и окружающей среде.

Социально-психологические методы руководства требуют, чтобы во главе коллектива были люди достаточно гибкие, умеющие использовать разнообразные аспекты управления. Успех деятельности руководителя в этом направлении зависит от того, насколько правильно он применяет различные формы социально-психологического воздействия, которые, в конечном счете, сформируют здоровые межличностные отношения. В качестве основных форм такого воздействия можно рекомендовать планирование социального развития трудовых коллективов, убеждение как метод воспитания и формирования личности, экономическое соревнование, критику и самокритику, постоянно действующие производственные совещания, которые выступают как метод и форма участия трудящихся в управлении, различного рода ритуалы и обряды.

#### 3.7.1. Самоуправление

Одна из важнейших задач в развитии организации — создание наиболее благоприятных условий для реализации возможностей человека, которые появятся благодаря внедрению механизма, предусматривающего широкие права самостоятельных хозяйственных звеньев и трудовых коллективов в сочетании с высокой ответственностью за конечные результаты работы и развитыми формами демократического управления (самоуправления).

Понятие «самоуправление» выражает довольно устойчивый тип социального образования или общественных отношений.

Полностью самоуправляемой считается система, если она не имеет над собой ни одного вышестоящего органа управления (например, частная медицинская фирма).

Организация самоуправляема частично в том случае, если представляет собой объект (элемент, звено, подсистему) в более сложной иерархической структуре (ряд медицинских фирм входит в состав ОАО). Степень такой самоуправляемости определяется мерой централизации (децентрализации), или соотношением между внешним управлением, реализуемым со стороны вышестоящего органа, и внутренним, исходящим от управляющего субъекта системы. Самоуправление предусматривает не только выбор и самостоятельное принятие коллективом решений, но и обязательное их выполнение его членами. Кроме того, каждый член коллектива несет личную ответственность за выполнение решений. Основные формы такой демократии:

*соучастие в управлении* — право работников на получение информации о функционировании фирмы и планах администрации на выражение мнения, привлечение себя к управлению фирмой с правом совещательного голоса и на представительство в органах управления на условиях меньшинства;

*самоуправление* — право на участие в принятии решений; наложение «вето» на отдельные постановления, принимаемые администрацией; право самостоятельного решения некоторых вопросов производственного и социального характера; право на равное представительство в органах управления фирмой;

*внутренний (рабочий) контроль* — право контроля за действиями администрации с правом «вето», без прямого привлечения работников к управлению делами фирмы;

*самоуправление* — право на прямое самоуправление предприятием по главным направлениям на основе принципа «один человек — один голос» и на косвенное (через избранных представителей).

Самоуправление возможно только в таких экономических условиях, в которых каждый работник и трудовые коллективы реализуют себя в качестве субъектов собственности. В условиях

самоуправления труд соединяется с управлением через отношения собственности. Так как экономической формой их реализации является полный хозрасчет, то более благоприятные условия для развития самоуправления складываются на нижнем уровне, где хозрасчетные отношения проявляются наиболее значимо.

Самоуправление возможно в том случае, если трудовой коллектив включен в, так называемую, самоуправляющуюся систему организации.

Такая структура самоуправления логична, исключает влияние высших органов управления на решение ее внутренних вопросов. Структура и функции управления приведены в соответствие с потребностями организации. Теория управления, не применённая на практике, остается научным взглядом. В следующей теме, на примере статистического социально-гигиенического исследования, предлагаем, как улучшить состояние студентов, молодой семьи.

### Тема 3.7.2. Планирование комплексных медикосоциальных исследований.

Обучение студентов работе по первому и второму этапам социально–гигиенического (медикосоциального) исследования: составлению плана и программы исследования и сбору статистического материала.

*Статистическое наблюдение* предусматривает сбор сведений по заранее разработанному плану. Фактический материал, содержащийся в первичных документах учета (история болезни, карта эпидемиологического обследования и т.д.), нуждается в упорядочении и систематизации собранных данных с тем, чтобы получить интересующую информацию. Проведение научно организованного сбора данных при медицинском исследовании необходимо для

выявления статистических закономерностей. Закономерности, в которых необходимость неразрывно связана в каждом отдельном явлении со случайностью и лишь во множестве явлений проявляет себя как закон, называются статистическими. При статистическом научном наблюдении собираемые данные должны отвечать двум основным требованиям: достоверности и сопоставимости. Множество числовых исходов наблюдения в медицинском исследовании или в медико-биологическом эксперименте являются случайными величинами. Случайная величина – это такая величина, которая в результате опыта может принять то или иное значение, причем неизвестное заранее. Например, рост и вес человека, число вызовов врача на дом, содержание гемоглобина в крови, уровень активности ферментов и т.д. Исследование в опыте закономерностей случайных событий поддается оценке в рамках теории вероятностей и закона распределения больших чисел. Здоровье населения исследуется по специальной схеме (рис.1) и характеризуется следующими основными данными:

- 1) состоянием и динамикой демографических процессов: рождаемостью, смертностью, естественным приростом и другими показателями естественного движения населения;



Рис. 1. Схема изучения общественного здоровья.

уровнем и характером заболеваемости населения, а также инвалидности;

2) физическим развитием населения.

Основными методами исследования общественного здоровья и здравоохранения являются:

- 1) **статистический метод** - позволяет устанавливать и объективно оценивать происходящие изменения в состоянии здоровья населения и определять эффективность деятельности органов учреждений здравоохранения;
- 2) **исторический метод** - позволяет проследить развитие явления на различных исторических этапах;
- 3) **экономический метод** - дает возможность устанавливать влияние экономики на здоровье и здравоохранение и здравоохранения на экономику общества;

4) **экспериментальный метод** – изыскание новых, наиболее рациональных форм и методов работы, создание моделей здоровья и медицинской помощи, внедрение передового опыта, проверка проектов, гипотез и т.д.;

5) **метод экспертных оценок** - основной задачей является определение косвенным путем состояния проблемы или поправочных коэффициентов.

(1) Для пополнения и углубления этих данных могут быть предприняты специальные методы исследования. Так, например, для получения более глубоких данных о заболеваемости лиц определенных профессий используют результаты, полученные при медицинских осмотрах. В последние годы широко применяется специальный метод статистического наблюдения – метод комплексных социально-гигиенических исследований (КСГИ). Статистическое наблюдение (КСГИ) предусматривает сбор сведений по заранее разработанному плану.

Важнейшими этапами организации и проведения социально-гигиенических исследований, в т.ч. КСГИ, являются четыре (рис. 2):

1. Составление плана и программы исследования	1. Определение темы и цели. 2. Изучение литературы. 3. Разработка плана. 4. Разработка программы. 5. Разработка статкарты и бланка. 6. Составление макетов таблиц.
2. Собираение статистических данных	1. Инструктаж. 2. Обеспечение статистическими картами и бланками. 3. Собираение материалов.
3. Разработка и сводка	1. Проверка качества.

материалов	2.Шифровка. 3.Раскладка карт и бланков. 4.Подсчет и заполнение таблиц. 5.Вычисление показателей.
4.Анализ, выводы и предложения	Литературное и графическое оформление.

Рис. 2. Этапы статистического наблюдения (КСГИ)

Каждый из указанных этапов социально–гигиенического исследования состоит из ряда компонентов, имеет свои особенности и требует тщательного выполнения, так как любая небрежность или ошибка может исказить результаты или осложнить выполнение всей работы.

В зависимости от степени информатизации лечебных учреждений, на базе которых проводится исследование, применение информационных технологий позволяет автоматизировать или упростить выполнение отдельных этапов работы. Например, наличие развитой информационной системы лечебного учреждения с полноценной базой данных о пациентах позволяет исключить этапы 1.5.- 3.3. Эти этапы могут быть заменены созданием специализированной базы данных с «ручным» вводом информации.

Статистическая обработка, вычисление показателей и их графическое оформление наилучшим образом реализуются с помощью пакетов статистических программ. Этап ознакомления с литературой в настоящее время не может быть полноценным без применения компьютерных систем поиска информации.

План исследования предусматривает формулировку темы, целей и задач, объекта исследования, методики исследования и последовательности его проведения, определение объема, времени и места исследования, сил и средств для его

проведения. На рис.3 указаны возможные способы формирования единиц наблюдения. Программа исследования включает перечень вопросов, на которые следует получить ответы при проведении данного исследования. Они содержатся в специальных статистических (регистрационных) бланках. В качестве статистических бланков могут быть использованы утвержденные Министерством здравоохранения (официальные) учетные медицинские документы («Статистический талон для регистрации уточненных диагнозов», «Карта выбывшего из стационара», «Врачебное свидетельство о смерти» и др.) или специально составленные исследователем (неофициальные) бланки (карта выборки из истории болезни, анкеты, опросные листы).

В современных исследованиях для накопления результатов исследования, их хранения и первичной обработки статистических материалов широко используются электронные базы данных. *База данных (БД) - совокупность данных, организованных по определенным правилам, предусматривающим общие принципы описания, хранения и манипулирования данными, которые относятся к определенной предметной области.*

БД могут быть созданы с помощью различных прикладных программ (например, в электронных таблицах), но наиболее эффективны для этой цели системы управления базами данных (СУБД) - прикладные компьютерные программы MS Accesses, Borland dBase, Borland Paradox, Microsoft Visual FoxPro и др. или EpiInfo 2000 (предложенная Всемирной организацией здравоохранения). *СУБД (Система Управления Базами Данных) –программный комплекс, предназначенный для автоматизации создания, хранения и извлечения данных из Баз данных.* Изучение примерной заявленной темы происходит на основе составления каждым

слушателем плана и программы конкретного медико–социального исследования.



Рис. 3. Способы формирования единиц комплексных социально-гигиенических наблюдений

Для обеспечения однородности статистического материала определяется единица наблюдения (счетная единица или единица регистрации). Единица наблюдения – это первичный элемент объекта исследования, который является носителем признаков, подлежащих учету.

Сбор статистического материала может быть единовременным (например, перепись населения) или

текущим (например, регистрация диагнозов в «Карте выбывшего из стационара» по мере выписки больных).

По объему статистическое наблюдение может быть сплошным, если регистрируются все единицы наблюдения, входящие в изучаемую совокупность, и выборочным, если регистрируется только часть единиц наблюдения.

После составления плана и программы исследования на II этапе приступают к сбору статистического материала (статистическое наблюдение) по схеме рис. 3.

Семинар. Тема 3. Методологические основы менеджмента в здравоохранении.

Доклад: Цель менеджмента в здравоохранении.

Содоклад: Задачи системы менеджмента.

Вопросы семинара: 1. Цель менеджмента в здравоохранении.

2. Задачи системы менеджмента 3. Принципы менеджмента 4.

Функции менеджмента. 5. Экономические методы управления

здравоохранением.

Рекомендуемая литература:

,2004,412с. 1. Кабушкин И.Н. «Менеджмент туризма: Учебное пособие. Мн.-:БГЭУ,1999. -644 с.161-219.

2.Ноздрева Р.Б., Цыгичко Л.И. Маркетинг: как побеждать на рынке. М. Финансы и статистика 3.Лазерус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования

//Эмоциональный стресс/ Под ред. Л. Леви .: Медицина

3.Д.И.Кича А.В.Бреусов, И.В.Калмыкова, А.В.Фомина

«Руководство к самостоятельным занятиям по

общественному здоровью и здравоохранению»Учебное

пособие Российский университет дружбы народов, г.

Москва Издательство,2007-С.129-140 с.170

## **Тема 4. Организация как объект менеджмента здравоохранения**

### **4.1. Организация как объект менеджмента здравоохранения**

Как мы приводили ранее в разделе субъект управления - люди, в функции которых входит осуществление управления, для достижения поставленных целей поставленных перед организацией, оказание медицинских услуг.

Объекты управления - работники, коллективы поликлиник, диспансеров, и т.д., действующие согласно предписанию, уставу организации и любые хозяйственные и экономические объекты, подвергаемые определенной трансформации по воле объекта (распоряжающегося этим объектом).

Организационные функции управления обеспечивает упорядочение медико-технологической, экономической, социально-психологической и правовой сторон деятельности любого медицинского учреждения. Через организаторскую деятельность, т.е. распределение и объединение задач и компетенции, должно целенаправленно происходить управление отношением в медицинском учреждении. Организация - это средство достижения целей медицинского учреждения.

На примере организационной работы городской скорой помощи или районной, муниципальной поликлиники можно наглядно представить себе организационную работу управления поступающими больными. По каждой из них менеджер или менеджер-диспетчер распределяет больных, согласно графика дежурств учреждений. А это установление ответственности, т.е. установление постоянных или временных взаимоотношений между медицинскими учреждениями. Организация - это процесс объединения людей и средств для достижения поставленных целей медицинских учреждений, оказания медицинских услуг

больному. Выше мы отметили, цель планирования - решить проблему неопределенности в лечении больного. Потребность в приспособлении к переменам - один из факторов, придающих планированию важное значение. Организация, имеющая много разных планов и не имеющая цельной схемы (структуры) претворения их в жизнь, обречена на провал в реализации своих целей.

Медицинские организации, помимо лечебных функций, выполняют маркетинговые функции. Маркетинговые услуги носят кооперативный характер, и имеет возможность организовать медицинские услуги, как на государственном уровне, так и в частном порядке, организуя частную клинику.

#### **4.2. Факторы внешней среды организации.**

Медицинские учреждения осуществляет свою работу на трех уровнях: национальном, областном, районном и городском уровне. Существуют факторы прямого воздействия - 1. Это поставщики инженерно-коммуникационных услуг: тепла, воды, связи, материалов, энергии, оборудования, медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания и т.д.;

2. Капитала финансовых услуг - медицинские организации, банки, органы управления здравоохранением на различных уровнях финансирующие деятельность медицинского учреждения, частные клиники; 3. Постоянные обновления медицинских кадров. 4. Государственные органы и принимаемые законы государства, по здравоохранению.

#### **4.3. Факторы внутренней среды.**

Функциональные свойства организаций: социальный инструмент коллектива - это срочное решение общественных задач, чтобы люди имели возможность удовлетворить свои социальные проблемы. Коллектив формирует человеческую общность - в счастливые моменты, во время образования семьи, появлении детей, в горе при потере близких не должна быть безличная иерархическая структура связей и

норм поведения. Концептуальную схему организации можно выделить на соотношение производственных и материальных возможностей. В нашем случае в медицинском учреждении организация медицинского производства может состоять из двух концепций: а) оценка запаса медицинских препаратов и инструментов, количества медицинского персонала, возможностей обслуживания за сутки, за неделю, за месяц количества поступивших больных и по видам болезней, б) Производственная мощность больницы, количество в наличии койко-мест, операционных палат, реанимационных палат и т.д.

Базовые управленческие ценности: управляемость организации зависит от степени подготовленности кадров, уровня профессионализма, которая может быстро отреагировать на инновации.

Корпоративность организации, духовная ценность объединяют членов коллектива в выполнении той или иной цели. В нашей истории было духовная ценность во время отечественной войны. Оперативность методов лечения, оказания высокопрофессиональных услуг клиентам, ЭТО корпоративность членов медицинских организаций.

Несмотря на всевозрастающее значение внешних факторов, внутренние являются определяющими в функционировании и развитии организации. Основные составляющие внутренней среды – цели перед коллективом медицинского учреждения, гибкость структуры медицинского учреждения, высококвалифицированные трудовые ресурсы, новейшее оборудование, достаточный объем материальных и финансовых запасов, высокие медицинские технологии, высокая культура обслуживания в организации.

Под культурой организации понимается манера поведения, в которой воплощаются основные ценности членов медицинского учреждения. Культура организации находит

отражение в выполнении намеченных объемов работ организации и постоянном совершенствовании кадровой политики медицинского учреждения.

#### **4.4. Организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)**

Системы организации учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на базе городской поликлиники и межрайонного консультативно-диагностического центра. В форме домашнего задания на основании лекционного материала, учебника и методических пособий студенты составляют аналитические материалы по теме «Основные принципы организации ПМСП» с освещением следующих основных вопросов:

- организация медико-санитарной помощи на первичном, вторичном и третичном уровнях, перечень типовых медицинских учреждений на каждом уровне;
- преимущество в медицинском наблюдении на всех уровнях;
- этапность медицинского наблюдения в лечении и профилактике острых и хронических заболеваний (поликлиника – семья – стационар – отделение реабилитации – санаторий);
- роль населения в решении проблем на уровне ПМСП.

В форме групповой динамики у главного врача поликлиники студенты оценивают уровень менеджмента поликлиники и во время обхода основных подразделений поликлиники делают акценты состояния деятельности.

Путем демонстрации плана-карты (схемы) территории, прикрепленной к поликлинике, студенты изучают экономические, хозяйственные, экологические особенности этой территории, численность населения, число врачебных участков.

На основании анализа числа посещений в день (год) и численности населения студенты определяют

категорийность поликлиники, численность врачебного и среднего медицинского персонала поликлиники, по отчетным данным знакомятся с основными показателями деятельности поликлиники, изучают графики работы врачей. В ходе анализа и знакомства непосредственно с деятельностью участкового врача-терапевта (семейного врача) студенты изучают содержание работы, объем деятельности, участковый принцип в медицинской помощи, взаимодействие врача со специалистами поликлиники, порядок госпитализации больных, осуществление преемственности госпитализации больных между поликлиникой и стационаром (содержание профилактической работы, в частности, углубленное изучение диспансеризации в поликлинике. Оценку роли семьи в лечении больных с хроническими заболеваниями можно рассмотреть на примере следующей структуры 1, где показана структура поликлиники, стационар, реабилитационное отделение стационара, санаторий № 1. При анализе деятельности участкового врача студент освещает менеджмент элементов работы врача:

1. Оказание лечебной помощи населению своего участка в поликлинике и на дому.
2. Обеспечение специальными видами помощи:
  - консультация со специалистами, направление больных на специальные виды лечения;
  - отбор и направление больных в больницы и на санаторно-курортное лечение;
  - систематический анализ исходов заболевания, наблюдение за отдельными результатами лечения;
  - диспансерное наблюдение за выделенными группами здоровых и больных с хроническими заболеваниями;
  - определение временной нетрудоспособности и медицинский контроль (выдача листов нетрудоспособности);
  - профилактическая и противоэпидемическая работа бывшими

в контакте с инфекционными больными, (прививки, наблюдение за лицами, связь по этим вопросам с санитарно-эпидемиологической станцией), участие в общих санитарно-профилактических мероприятиях;

санитарно-просветительная работа и организация санитарного актива;

систематическое изучение, наблюдение за состоянием здоровья населения (анализ заболеваемости, демографических показателей, выявление неблагоприятных факторов, отрицательно влияющих на здоровье и т.п.) и разработка мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных заболеваний.

Особое внимание, как указывалось выше, обращается на диспансерный метод, который является ведущим в работе всех лечебно-профилактических учреждений и поликлиники в особенности.

Основными элементами диспансерного метода, требующих особого менеджмента, являются:

активное наблюдение за выявленными больными и



активное выявление больных в ранних стадиях заболевания и систематическое лечение, патронаж;

учет диспансеризуемого контингента (больных и здоровых); общественная профилактика, оздоровление условий труда и быта, санитарное просвещение и организация общественного актива.

Диспансерному наблюдению подлежат как определенные контингенты здоровых лиц, нуждающихся в систематическом активном наблюдении вследствие возрастно-физиологических особенностей своего организма (дети, беременные женщины) или в силу особенностей условий труда (отдельные профессиональные группы рабочих, колхозников, учащиеся, спортсмены, летчики и т.п.), так и больные, страдающие отдельными нозологическими формами заболеваний. Например, подлежат управлению потоки и группы больных, подлежащие обязательному диспансерному наблюдению у участкового врача-терапевта: с гипертонической болезнью, с нарушениями венозного кровообращения и его последствиями (стенокардия, инфаркт миокарда), ревматическими поражениями сердца, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ахилическим гастритом, сахарным диабетом и др. Менеджер должен знать, что под обязательным диспансерным наблюдением хирургов должны находиться больные с облитерирующим эндартериитом, тромбофлебитом, хроническим остеомиелитом и др., под наблюдением окулистов – больные глаукомой и т.д.

Численность контингентов, подлежащих диспансеризации, определяется менеджером в зависимости от реальных возможностей медицинского учреждения (мощность, обеспеченность врачами разного профиля, фактическая нагрузка врачей и др.)

Основной формой проведения диспансеризации контингентов здоровых лиц являются периодические

профилактические медицинские осмотры (1-2 и более раз в год), во время которых определяется состояние здоровья диспансеризуемого, выявляются ранние формы заболеваний, составляется индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий на год. Каждый диспансеризуемый должен быть подвергнут комплексному обследованию врачами основных специальностей с проведением лабораторных и рентгеновских исследований. Отбор для диспансеризации больных осуществляется как во время профилактических медицинских осмотров (периодических, предварительных и целевых), так и в процессе повседневной лечебной работы врачей при обращаемости населения за медицинской помощью.

На каждого диспансеризуемого заполняется медицинская (амбулаторная) карта (история болезни – в стационаре), куда заносятся результаты осмотра, проведенных исследований, заключения консультантов, врачебные назначения. Кроме того, на больного, состоящего на диспансерном учете, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 30), которая периодически просматривается лечащим врачом для проверки своевременности явки больного. Для каждого больного, взятого под диспансерное наблюдение, должен быть составлен индивидуальный план лечебных и оздоровительных мероприятий. Активные вызовы диспансеризуемых на прием к врачу являются непременным условием плановости и систематичности диспансерного наблюдения. В отношении лиц, находящихся на диспансерном учете, проводится широкий комплекс лечебно-профилактических и социальных мероприятий. Один раз в год на них составляется так называемый этапный эпикриз, который дает общую картину сдвигов в состоянии здоровья диспансеризованного.

Основными критериями оценки управления, организации и эффективности диспансеризации служат данные об охвате

диспансеризацией установленных контингентов, своевременности взятия их на диспансерный учет, о частоте обострений и исходах основного заболевания и т.п.

Важным разделом деятельности участкового врача является санитарно-противоэпидемическая работа, основными элементами которой являются:

Выявление и своевременная госпитализация инфекционных больных (на приеме, при оказании помощи на дому, при проведении подворных обходов и др.).

Связь с кабинетом инфекционных болезней при поликлинике и санитарно-эпидемиологической станцией.

Участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров отдельных профессиональных групп населения (работники пищевых предприятий, детских учреждений и т.п.)

Организация комплекса санитарно-оздоровительных мероприятий на участке.

Участие в своевременном проведении профилактических прививок, в плановой дегельминтизации населения участка.

Подготовка на участке актива Красного Креста и общественного санитарного актива.

Пропаганда гигиенических и медицинских знаний среди населения.

4.5. Анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения

Анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения начинается с

изучения методики анализа и оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения на основе годового отчета.

Освоив самостоятельно тему по учебнику и учебным пособиям, студент изучает структуру годового отчета по основным разделам. После этого следует вычислить показатели оценки работы на основе годового отчета:

Паспортная часть.

Раздел I. Штаты учреждения.

Раздел II. Деятельность поликлиники.

Раздел III. Деятельность стационара.

Раздел IV. Работа вспомогательных отделений.

Раздел V. Санитарно-просветительная работа.

Раздел VI. Дезкамеры.

#### Паспортная часть

В паспортной части содержатся сведения о названии лечебно-профилактического учреждения, общей численности обслуживаемого населения, структуре учреждения (наличии приемного отделения, рентгеновского и физиотерапевтического отделений, кабинетов функциональной диагностики, электрокардиографии, клиничко-диагностической лаборатории, патологоанатомического отделения и др.)

Приводятся данные о числе врачебных участков (терапевтических, педиатрических, акушерско-гинекологических, цеховых) и числе здравпунктов (врачебных и фельдшерских). Данные о наличии в больнице специализированных отделений, вспомогательных отделений и кабинетов важны для оценки организации медицинской помощи населению. Сведения о количестве врачебных участков в районе деятельности больницы имеют значение для характеристики среднего количества населения на одном участке (согласно установленным нормам 1 врач-терапевт обслуживает 1700 человек взрослого населения, 1 врач-педиатр – до 800 детей, 1 врач-акушер-гинеколог – до 2000 женщин).

#### Штаты учреждения

Раздел включает сведения о числе штатных и занятых должностей врачей различных специальностей, средних медицинских работников, младшего и прочего

медицинского персонала. Эти данные позволяют судить о мощности учреждения и вычислять показатели укомплектованности учреждения врачами, средним и младшим медицинским персоналом.

Важно при оценке показателей укомплектованности штатов анализировать их по каждому отделению, так как некомплектованность оказывает отрицательное влияние на работу отделения, то же относится к среднему и младшему медицинскому персоналу.

#### Деятельность поликлиники

Раздел «Деятельность поликлиники» позволяет рассчитать группу показателей, характеризующих:

Амбулаторно-поликлиническую помощь (прием в поликлинике, обслуживание больных врачебной помощью на дому).

Нагрузку врачей (среднее число посещений на 1 врачебную должность).

Организацию профилактической работы в поликлинике.

Диспансерное наблюдение за больными.

Качество врачебной диагностики и лечения больных в поликлинике.

#### Амбулаторно-поликлиническая помощь

Анализ организации работы поликлиники следует начать с оценки обеспеченности населения поликлинической помощью.

Этот показатель вычисляется путем деления числа сделанных за год посещений на количество жителей, проживающих в районе деятельности поликлиники.

Следует сопоставить полученные данные с нормами поликлинической помощи, принятые Министерством здравоохранения РФ.

Соблюдение принципа участковости

Как правило, в основу организации амбулаторно-поликлинической помощи населению положен территориально-участковый принцип. Всю территорию, обслуживаемую поликлиникой, делят на врачебные участки. По установленным нормативам один городской участок должен охватывать 1700 человек взрослого населения.

Организацию приема в поликлинике характеризует показатель участковости. Он указывает на соблюдение преемственности и последовательности в обслуживании и лечении больных, обеспечивает эффективность диспансерного наблюдения, дает возможность участковому врачу глубоко изучать и наблюдать в динамике условия труда и быта больного и т.д.

Показатель участковости определяется процентным отношением числа посещений участковых врачей к общему числу посещений по данной специальности.

Ориентировочная норма показателя участковости по приему в поликлинике составляет 80-85%, при посещении больных на дому – 90-95%.

Несоблюдение принципа участковости может быть следствием чрезмерного количества населения на врачебном участке, значительно превышающего установленную норму, временного отсутствия участкового врача (отпуск, болезнь, прохождение ФПК и т.д.), неудовлетворительно составленного расписания приема больных, плохой организации работы участкового врача и регистратуры.

Важное значение в амбулаторно-поликлинической помощи имеет **организация помощи больным на дому**, которая способствует улучшению качества лечения больных, уменьшает опасность контакта в поликлинике на приеме, способствует сохранению и лучшему использованию коечного фонда стационара.

Объем помощи на дому вычисляется как удельный вес помощи на дому ко всем посещениям (на дому и в поликлинике). В среднем его величина равна 18-20%.

#### Нагрузка врачей

На основании отчетных данных может быть рассчитана **фактическая нагрузка врача** – среднее число посещений на врачебную должность за год (функция врачебной должности):

*Число посещений поликлиники + число посещений на дому*

*Число занятых врачебных должностей*

Оценка нагрузки врачей ведется путем расчета нормативной нагрузки и дальнейшего сравнения фактической и нормативной нагрузки.

Нагрузка врачей объясняется не только организацией их работы, но и численностью населения на участке, его составом, заболеваемостью, профилактической работой и проведением осмотров, состоянием диспансеризации больных, текучестью врачебных кадров, соотношением первичных и повторных посещений, а также связана с объемом помощи на дому и госпитализацией, а отсюда и с уменьшением доли тяжелобольных в поликлинике.

Организация профилактической работы в поликлинике

Профилактическое направление в работе поликлиники играет важную роль, оно выражено в проведении профилактических осмотров с целью раннего выявления заболеваний.

Профилактические осмотры делятся на предварительные, периодические, целевые и углубленные комплексные осмотры (выполняемые группами врачей специалистов-экспертов).

**Предварительные медицинские осмотры** проводятся при поступлении на работу и имеют своей целью не допустить к работе, связанной с профессиональными вредностями, лиц,

имеющих отклонения в состоянии здоровья, т.е. имеющих противопоказания для работы в данных условиях. Врачи руководствуются списком медицинских противопоказаний при приеме на работу на производства, имеющие профессиональные вредности.

Порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, набор специалистов, участвующих в их проведении, определяются инструкциями и приказами Министерства здравоохранения РФ. **Целевые медицинские осмотры** преследуют цели раннего выявления действия на организм профессиональных вредностей. Выявленных больных переводят на другие работы, не сопровождающиеся с воздействием вредных факторов, берут на диспансерное наблюдение, проводят комплексные оздоровительные мероприятия (трудоустройство, лечение, санаторно-курортное лечение, диетическое питание и др.).

Целевые медицинские осмотры проводят для выявления определенной патологии: ранних форм туберкулеза с применением флюорографии, злокачественных новообразований (маммография у женщин), гинекологические осмотры, осмотры офтальмолога для выявления глаукомы и т.д.

Целевые медицинские осмотры планируются по контингентам (подростки, женщины старше 35 лет и т.д.).

В последние годы часто проводят **углубленные, комплексные медицинские осмотры**, выполняемые группой врачей специалистов-экспертов. Установлено, что некоторые заболевания значительно чаще выявляются на таких специальных медицинских осмотрах, чем при обращениях в поликлинику (хронические тонзиллиты, пиелит, фарингиты, варикозное расширение вен и др.).

Статистический отчет дает малые возможности для получения специальных показателей по этому разделу работы.



На участке может быть до 200 больных, находящихся на диспансеризации у всех врачей, включая врачей-специалистов. Под наблюдением врача-терапевта обычно находятся около 100 больных.

Анализ работы лечебно-профилактического учреждения по диспансеризации целесообразно проводить в двух аспектах – анализировать качество диспансеризации и ее эффективность.

Показатели, характеризующие эти аспекты диспансеризации, взаимосвязаны и взаимозависимы, но каждый из них при оценке работы имеет самостоятельное значение.

#### Семинар.

Тема 4. Организация как объект менеджмента  
здравоохранения

Доклад: Организация как объект менеджмента  
здравоохранения

Содоклад: Анализ деятельности лечебно-профилактического  
учреждения.

#### Вопросы семинара:

1. Факторы внешней среды.
2. Факторы внутренней среды.
3. Признаки организации как системы.
4. Типология деловых организаций.
5. Организация как юридическое лицо.
6. Методы анализа внешней и внутренней среды организации.
7. Организации учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).
8. Анализ деятельности лечебно-профилактического учреждения.

#### Рекомендуемая литература:

1. Акимова Т.А. Теория организации. - М.: Юнити. 2003.
2. Бурачков М.А., Хожемпо В.В.. Менеджмент. /Учебное пособие/ -М.: РУДН – 2006.

3. Дафт Ричард Л. Менеджмент: 6-е изд., /Пер. с англ., - СПб: Питер, 2006.
4. Коренченко Р.А. Общая теория организации: Учебник для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003
5. Латфуллин Г.Р., Райченко А.В. Теория организации: учебник для вузов. - СПб.: Питер. 2003.
6. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. – М., 2002.
7. Мильнер Б.З. Теория организаций: Учебник. - М.: ИНФРА-М, 2004.
8. Минцберг Генри. Структура в кулаке: создание эффективной организации / Пер. с англ. под ред. Ю. Н. Каптуревского. – СПб.: Питер, 2004.

## **Тема 5** Структурно-функциональные основы управления организацией здравоохранения

### 5.1. Структура управления в медицинских организациях

Медицинская организация — это не только важная отрасль экономики, но и сложная организационная структура. Не всегда можно точно определить, что относится к медицинским услугам: потребители не замечают тесного взаимодействия медицинских структур, а представители медицинских предприятий выделяют в своей работе лишь часть общей системы. Между тем, структура медицинских организаций определяет место трудовых коллективов и отдельных работников в регионах, организациях и предприятиях. Это своего рода каркас, на котором строятся их отношения.

По существу, речь идет о логических взаимоотношениях уровней управления и функциональных служб, которые с помощью менеджмента строятся таким образом, чтобы

достичь стратегических целей медицинской организации или отрасли.

На рисунке 1 показана структура поликлиники

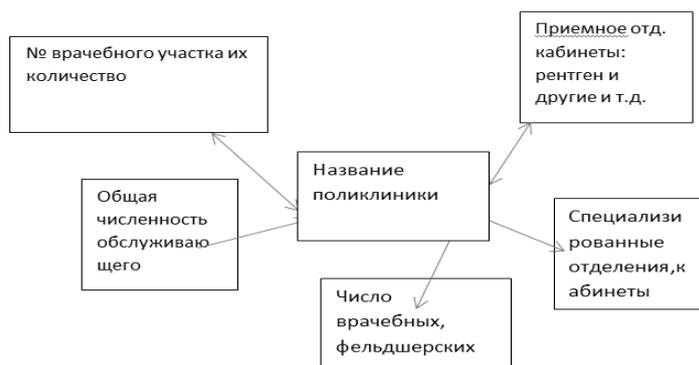


Рис 1. Структура поликлиники

Управлять медицинской структурой — значит оптимально распределить цели и задачи между структурными подразделениями и работниками организации. Составляющими компонентами организационной структуры управления являются состав, соотношение, расположение и взаимосвязь отдельных коллективов медицинских кадров, подсистем организации. Создание такой структуры направлено на распределение между отдельными подразделениями организации прав и ответственности.

В структуре управления организацией выделяются *звенья* (отделы), *уровни* (ступени) управления и *связи* — горизонтальные и вертикальные.

К *звеньям управления* относятся структурные подразделения, отдельные специалисты, выполняющие соответствующие функции управления, либо часть их. К *звеньям управления* следует относить и менеджеров. В данном параграфе термин «организация» взят из классического менеджмента, т.е., это группа людей, деятельность которых сознательно координируется для достижения общей цели или целей. Признаками такой организации являются: а) наличие не менее двух человек; б) единство цели; в) совместный труд; г) разделение труда. Структура управления такой организацией понимается как организационная структура, осуществляющая регулирование и координацию деятельности нескольких подразделений. В основе образования звена управления лежит выполнение отделом определенной функции управления. Устанавливающиеся между отделами связи имеют горизонтальный характер.

Под *уровнем управления* понимают совокупность звеньев, занимающих определенную ступень в системах управления организацией. Ступени управления находятся в вертикальной зависимости и подчиняются друг другу по иерархии: менеджеры более высокой ступени принимают решения, которые конкретизируются и доводятся до нижестоящих звеньев.

#### Пирамидальная структура управления

Несмотря на то, что все руководители организации выполняют управленческие действия, нельзя сказать, что они занимаются одним и тем же видом трудовой деятельности. Отдельным руководителям приходится затрачивать время на координирование работы других руководителей, которые, в свою очередь, координируют работу менеджеров более низкого уровня, и так до уровня руководителя, который координирует работу неуправленческого персонала — людей, производящих продукцию или оказывающих услуги, медицинских сестер, нянечек, слесарей, электриков,

водителей скорой помощи. Такое вертикальное развертывание разделения труда и образует уровни управления. Форма пирамиды указывает на то, что на каждом последующем уровне находится меньше людей, чем на предыдущем.

*Высший уровень* управления медицинской организацией может быть представлен президентом Совета директоров (наблюдательным советом), президентом, вице-президентом, правлением медицинского учреждения, компании. Эта группа управленческих работников обеспечивает интересы и потребности владельцев акций, вырабатывает политику организации и способствует ее практической реализации. В связи с этим в высшем руководстве можно выделить два подуровня: *полномочное управление и общее руководство*.

Руководители *среднего уровня* управления - замзав. поликлиникой, заведующие отделением, заведующие лабораторией - обеспечивают реализацию политики функционирования организации, разработанной высшим руководством, и отвечают за доведение более детальных заданий до подразделений и сотрудников отделов, а также за их выполнение. Медицинские специалисты, входящие в эту группу, имеют, как правило, широкий круг обязанностей и обладают большой свободой принятия решений. Это руководители отделений, бюро, предприятий, входящих в состав организации, начальники функциональных отделов.

*Низший уровень управления* представлен младшими начальниками. Это руководители, находящиеся непосредственно над работниками (не руководителями), — чаще всего младшие менеджеры, ответственные за доведение конкретных заданий до непосредственных исполнителей.

*Функциональное разделение труда* находит отражение, прежде всего в специализации работников по видам деятельности. В данном случае обособляются отдельные фун-

кции и выделяются соответствующие работники для их выполнения.

Разделение труда по *отраслевому признаку в медицине, по структурам департаментов министерства, областного департамента по отделам, в больнице по отделениям и т.д.* связано со специализацией и ограничением в выполнении конкретных трудовых операций и процедур — например, специализация менеджера по рекламе медицинского учреждения, заведующего отделом лаборатории и т.д.

*Квалификационное разделение труда* основывается на том, что при определении видов трудовой деятельности исходят из сложности работ и необходимой для их выполнения квалификации. В таком случае не должен нарушаться принцип, согласно которому ни один работник высокой квалификации не должен делать работу, которую может выполнить работник меньшей квалификации. Нарушение этого принципа повышает стоимость работ и ведет к расточительству человеческих ресурсов.

*Вертикальное разделение труда.* Поскольку работа в медицинской организации разделяется на составляющие части, кто-то должен координировать работу группы для того, чтобы она была успешной. Вертикальные связи — это связи подчинения, и необходимость в них возникает при иерархичности управления, т.е., при наличии нескольких его уровней. В этом случае на первый план выступает обособление функции управления, суть которой состоит в целенаправленном координировании и интегрировании деятельности всех элементов организации. Необходимо определить круг обязанностей подчиненных, планировать, организовывать и контролировать все структуры и звенья.

В укрупненном плане вертикальное разделение труда осуществляется по следующим направлениям:

*общее руководство* — выработка и воплощение главных, перспективных направлений деятельности организации;

*медицинское технологическое руководство* — разработка и внедрение прогрессивных технологий. Это рационализация производственных процессов на основе внедрения современных методов управления, комплексной механизации и автоматизации производства; *экономическое руководство* — стратегическое и тактическое планирование, анализ экономической деятельности, внедрение маркетинговых исследований, хозрасчета и обеспечение рентабельной работы организации;

*оперативное управление* — составление и доведение до микроколлективов и отдельных исполнителей оперативных планов, расстановка исполнителей по рабочим местам, их инструктирование, организация систематического контроля за ходом производственного процесса;

*управление персоналом* — подбор, расстановка и развитие трудовых ресурсов организации.

В организации существуют две внутренние формы разделения труда: *первая* — разделение труда на компоненты, составляющие части общей деятельности, т.е. *горизонтальное* разделение труда; *вторая*, называемая *вертикальной*, отделяет работу по координированию действий от самих действий. Деятельность по координированию работы других людей и составляет *сущность управления*. Горизонтальные и вертикальные связи в структуре управления организацией могут носить линейный и функциональный характер.

Встречающиеся в классическом менеджменте иные типы организационных структур управления предприятием не типичны для системы здравоохранения.

## 5.2. Управление здоровьем: демографические показатели

Демографические показатели и управление здоровьем начинаются с анализа и

и оценки демографических показателей как показателей здоровья населения (статика и динамика населения).

### **Общие теоретические и методические положения**

Демография – наука о населении, о закономерности воспроизводства населения и его социально-экономической обусловленности.

Основные задачи демографии:

- Изучение территориального размещения населения;
- Анализ тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с социально-экономическими условиями, существующими традициями, экологическими, медицинскими, правовыми и др. факторами.

Статистическое изучение населения ведется в двух основных направлениях:

1. характеристика населения на определенный момент (его численность, состав, особенность расселения и т.д.) – так называемая статика населения;
2. характеристика процессов изменения численности населения – динамика или движение населения. Движение населения подразделяется на естественное и механическое.

Состав населения (статика) по ряду основных признаков - пол, возраст, социальные группы, профессия и занятие, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, грамотность, образование, место жительства, географическое размещение и плотность на определенный момент времени.

Демографические особенности населения изучают с помощью:

1. переписи;
2. текущего учета демографических явлений (смертность, рождаемость и т.д.);

3. выборочного исследования (проводится по широкой программе и является ценным источником информации для изучения состояния здоровья населения и планирования различных служб здравоохранения).

Статика населения чаще всего изучается с помощью переписи. Перепись населения в современных условиях представляет собой сложную научно-организационную государственную статистическую операцию, основными чертами которой являются: 1) всеобщность, т.е. переписи, подлежат все лица, относящиеся к данной территории; 2) наличие программы переписи и ее единство; 3) учет признаков каждого отдельного человека; 4) сбор сведений непосредственно у населения; 5) одномоментность, т.е. проведение учета населения по состоянию на определенный «критический» момент времени; 7) централизация, обеспечивающая соблюдение единства программы и метода переписи, выполнение всех работ в установленные сроки; 8) сочетание сплошного учета данных с выборочным учетом некоторых параметров.

Итоги переписей положены в основу определения и прогнозирования численности, состава и размещения населения в межпереписной период. Перепись принято проводить через каждые 10 лет.

Данные об общей численности обычно приводятся по наличному населению, а сведения, характеризующие возрастно-половой состав, - по постоянному населению. Кроме того, рассчитывается средняя численность населения.

**К наличному населению** относятся лица, находящиеся на момент переписи на данной территории, включая временно проживающих на данной территории.

**К постоянному населению** относятся лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих.

Численность постоянного населения в каждом населенном пункте определяется путем прибавления к наличному населению временно отсутствующих и исключения лиц, временно находящихся в данном пункте в момент переписи. В годы между переписями, при условии, что нет большого механического движения (миграции), численность населения можно определить путем интерполяции и экстраполяции.

**Интерполяция** позволяет определить численность населения в годы между переписями по формуле

$$P_t = P_1 + t(P_2 - P_1/n),$$

где  $P_t$  – искомая численность населения;  $P_1$  – численность населения, соответствующая предыдущей переписи;  $P_2$  – численность населения, соответствующая данным последующей переписи;  $t$  – число лет, которое определяет исследуемый год от предыдущей переписи;  $n$  – общее количество лет между переписями.

При необходимости определения численности населения после последней переписи применяют **экстраполяцию** с расчетом по формуле (обозначения те же, что в формуле интерполяции):

$P_t = P_2 + t(P_2 - P_1/n)$  Экстраполяция позволяет определить численность населения за ряд лет, прошедших после второй переписи.

Для установления точной возрастной структуры населения в годовых возрастных интервалах демографическая статистика прибегает к различным методам выравнивания числовых данных, полученных при переписях. При анализе процессов воспроизводства населения имеет значение выделение возрастной группы, способной к деторождению (15 – 49 лет), более молодых и более старших групп. При более или менее нормальных условиях воспроизводства населения группа в возрасте 15 – 49 лет обычно составляет 50% общей его численности. На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0 – 14, 15 – 49, 50 лет и старше

определяется возрастной тип населения.

Таблица 8

Типы возрастных структур населения (%)

Возраст (в годах)	Прогрессивный тип	Стационарный тип	Регрессивный тип
0 – 14 лет	30	25	20
15 – 49 лет	50	50	50
50 лет и старше	20	25	30

**Прогрессивным** считается тип населения, в котором доля детей в возрасте 0 – 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

**Регрессивным** типом принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детского населения. **Стационарным** называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

На сегодняшний день по России отмечается регрессивный тип населения. Однако возраст 50 лет для большинства стран является возрастом трудоспособного населения, и брать его за основу при определении типа возрастного состава вряд ли целесообразно. Поэтому многие ученые предлагают определять уровень «демографической старости» населения по удельному весу лиц в возрасте 60 лет и старше. Считается, что если среди населения более 12% лиц в возрасте 60 лет и старше, то это демографически «старый» тип населения.

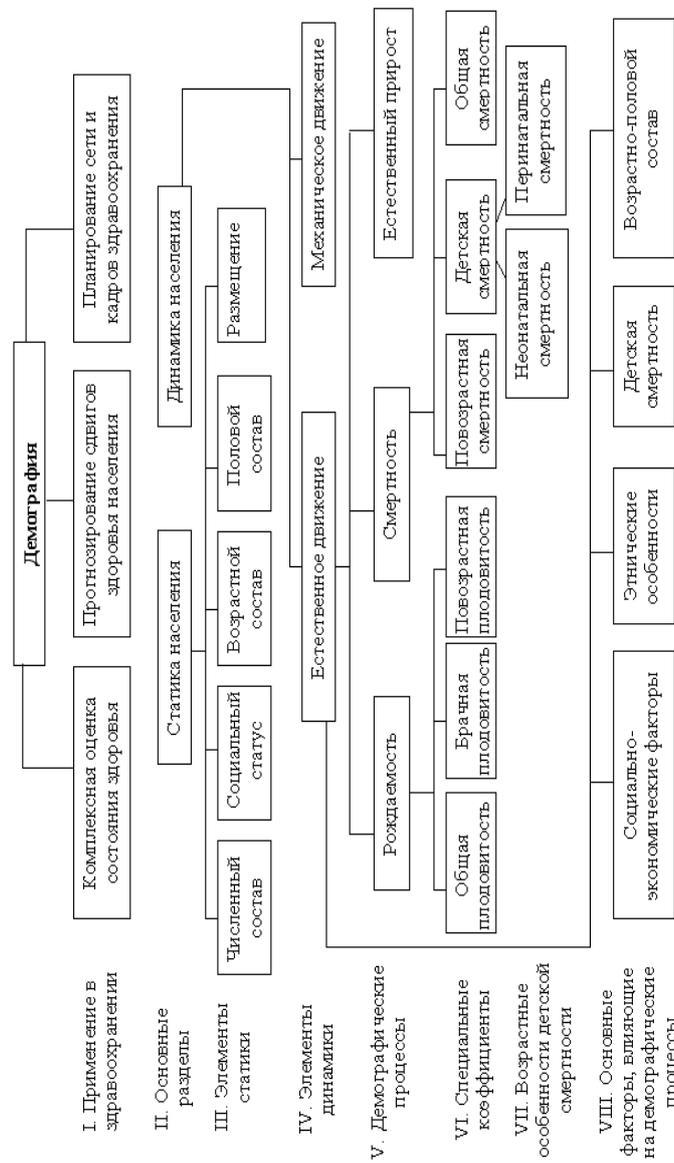


Рис. 63. Цели и задачи демографии

Для характеристики **пространственного размещения** населения применяется ряд показателей. Наиболее распространенным из них является показатель плотности населения, позволяющий разгруппировать территорию по степени концентрации населения. Он определяется как средняя численность населения на 1 кв. км территории. Другим показателем размещения населения, менее распространенным, является показатель близости центра. Рассчитывается показатель по специальным методикам.

**Динамика населения** есть движение и изменение количества населения.

При изучении динамики населения учитываются «механическое» движение и показатели «естественного» движения.

Под «**механическим**» движением населения понимают процессы миграции населения из страны в страну или в пределах одной страны. Миграционные процессы могут оказывать значительное влияние на заболеваемость населения, в частности эпидемическими болезнями, санитарные условия проживания, труда и отдыха. Миграция меняет численность и возрастной состав населения в отдельных районах и населенных пунктах. В зависимости от характера пересекаемых границ различают внешнюю и внутреннюю миграцию населения.

Внешней называется миграция, при которой пересекаются государственные границы.

К внутренней миграции относятся перемещение в пределах одной страны. По временным признакам миграцию делят на постоянную (безвозвратную), временную, сезонную и маятниковую.

При оценке процессов миграции пользуются следующими показателями: оборот миграционных процессов, сальдо миграций, общая интенсивность миграций и т.д.

Сальдо миграций ( $\Delta'$ ) определяется как разность между

количеством прибывших ( $M^+$ ) и выбывших ( $M^-$ ). Сальдо миграции может быть положительным и отрицательным:

$$\Delta' = M^+ - M^-$$

В качестве коэффициента миграции используют показатель  $m$ :

$$m = \Delta' / S,$$

где  $\Delta'$  – сальдо миграции,  $S$  – средняя численность населения, равная в частном случае полусумме численностей населения на начало и конец года.

Интенсивность прибывших ( $m^+$ ) и убывших ( $m^-$ ) определяется:

$$m^+ = M^+ / S; m^- = M^- / S$$

Под «естественным» движением населения подразумеваются рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Показателями (коэффициентами) «естественного» движения населения, вычисляемыми обычно на 1000 населения, являются: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни.

Под средней продолжительностью предстоящей жизни (СППЖ) понимают среднее оставшееся время вероятной жизни (в годах) людей определенного возраста. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения данных по разным странам. Для построения таблиц дожития используют анализ выживаемости методов Каплана-Мейера и Катлера-Эдерера (таблицы 9, 10).

Таблица 9. Метод Каплана-Мейера

Момент времени	Количество наблюдаемых объектов к моменту интервала	Количество событий, произошедших в данный момент	Количество выбываний	Доля наступления события	Доля выживших	Кумулятивная доля выживших
I	$n_i$	$D_i$	$w_i$	$q_i$	$p_i = 1 - q_i$	$S_i = p_i \cdot p_1$

Таблица 10. Метод Катлера-Эдерера

Интервалы времени	Количество наблюдаемых объектов к началу интервала	Количество событий, произошедших в данный интервал	Количество выбываний	Доля наступления события в	Доля выживших в интервале	Кумулятивная доля выживших
I	$n_i$	$D_i$	$w_i$	$q_i$	$p_i = 1 - q_i$	$S_i = p_i \cdot p_1$

Уточняющими (специальными) показателями естественного движения населения являются: плодовитость, возрастная плодовитость, материнская смертность, число браков и разводов и показатели воспроизводства населения: младенческая смертность, смертность детей в возрасте до 5 лет, перинатальная смертность. В частности, наиболее существенные показатели естественного движения населения:

- коэффициент рождаемости – отношение числа родившихся за год к общей численности населения (на 1000);

- коэффициент смертности – отношение числа умерших за год к общей численности населения (на 1000);
- коэффициент естественного прироста – отношение разности между числом родившихся и умерших за год к общей численности населения (или разность между коэффициентом рождаемости и коэффициентом смертности);
- коэффициент младенческой смертности – отношение годовичного числа детей, умерших в возрасте до 1 года, к числу родившихся за год (на 1000);
- коэффициент ранней младенческой смертности –

Демографические показатели	Город (район) Х		Россия	
	2005 г.	2004 г.	2004 г.	2005 г.
Рождаемость			10,4	10,2
Смертность			16,0	16,1
Естественный прирост			-5,6	-5,9
Младенческая смертность			11,6	10,0
Неонатальная (ранняя младенческая) смертность			-	
Перинатальная смертность			-	

отношение годовичного числа детей, умерших в возрасте до 1 мес., к числу родившихся за год (на 1000);

- коэффициент перинатальной смертности – отношение числа мертворожденных и детей, умерших на первой неделе жизни, к общему числу родившихся за год (живыми и мертвыми) (на 1000).

Расчеты показателей естественного движения населения достаточно просты и не требуют специальных пояснений, однако при необходимости проведения расчетов большого

числа показателей (по большому количеству территориальных образований) их целесообразно автоматизировать. Для этой цели можно использовать электронные таблицы Excel, вводя формулы расчетов в соответствующие ячейки, или специализированные программные приложения, например при работе со статистическим программным пакетом *STATISTICA*, описание которой приведено в Приложении 1.

Критерием для оценки полученных показателей служат примерные уровни демографических показателей (таблица 11). По мнению многих авторов, здоровье населения следует рассматривать с позиции способности популяции к воспроизводству, постоянному возобновлению путем непрерывающейся смены уходящих поколений людей новыми, нарождающимися и развивающимися поколениями. Непрерывное воспроизводство популяции – это саморегулирующийся процесс, который обеспечивается связями между ее численностью и половозрастным составом, с одной стороны, и режимом воспроизводства - с другой.

Задания для самостоятельной работы

#### **Вычисление и анализ демографических показателей**

**Таблица 12. Демографические показатели в городе X в 2004-2005 гг. и в России за 2004 и 2005 гг. (на 1000 населения)** При выполнении задания необходимо:

Вычислить показатели «естественного» движения населения в данном городе, населенном пункте или районе за 2005 г. (коэффициенты рождаемости, смертности, естественного прироста и младенческой смертности, ранней младенческой и перинатальной смертности) и записать данные в следующую таблицу 12.

Таблица 11.

Примерные оценки уровней показателей рождаемости, общей и младенческой смертности (на 1000 населения)

Уровень показателя	Коэффициент рождаемости	Коэффициент общей смертности	Коэффициент младенческой смертности на 1000 родившихся
Низкий	20 и ниже	до 10	35 и ниже
Средний	21-25	10-15	36-50
Высокий	26 и выше	16 и выше	51 и выше

Определить структуру младенческой смертности – удельный вес (%) каждой из причин смерти в общем числе детей, умерших в возрасте до 1 года.

Дать оценку демографических показателей в данном городе или районе за 2005 г. на основании принятых средних уровней (высокий, средний, низкий).

Сравнить демографические показатели в данном районе или городе за 2005 г. с соответствующими показателями по этому же городу или району за 2004 г. и показателями по России за 2005 г. и 2004 г.

Анализ представить в письменном виде с применением диаграмм.

Вариант 1

В городе А. на 2005 г.:		
численность населения		1 0 0 0 0 0 че
родилось		л. 2 0 0 0
умерло		6 6 0
в числе умерших – дети в возрасте до 1 года		5 0
в том числе дети, умершие до 1 мес		2 5
В родильных домах города:		
родилось: живыми		2 0 0 0
мертвоорожденными		1 5
умерло в течение первой недели		1 5
Среди детей, умерших в возрасте до 1 года (50),		
было умерших от:		
болезней новорожденных	162	2

	5
пневмонии	1
	5
желудочно-кишечных заболеваний	5
прочих причин	5
В городе А. в 2004 г. были следующие демографические показатели:	
коэффициент рождаемости	2
	5
	н
	а
	1
	0
	0
	0
	ч
	е
	л
	.
коэффициент смертности	8
коэффициент естественного прироста	1
	3
коэффициент естественной смертности	2
	7
коэффициент ранней младенческой смертности	1
	2
коэффициент перинатальной смертности	2
	0

#### Теоретическ

#### **ие основы изучения трансформации населения в условиях рыночной экономики . ( З.Т. Ауезова)**

В наиболее широком понимании расселение населения --это пространственная форма организации общества. В экономическом аспекте расселение населения выступает как

форма территориальной организации производительных сил. В географо-демографическом плане оно означает распределение и перераспределение населения по территории обитания. Широкая трактовка понятия свидетельствует не только о многоплановости подходов к проблеме, но и о том, что процесс расселения населения одновременно выступает причиной и следствием всего комплекса природных и социально-экономических факторов. В связи с этим изучение расселения населения предполагает, прежде всего, описание, объяснение и конструирование общих моделей, по которым происходит распределение и перераспределение населения по территории его обитания и выявление присущих данному явлению закономерностей. В основе расселения населения находятся изменения в производстве, характер развития и размещение производительных сил. В последние десятилетия на развитие расселения большое влияние стали оказывать процессы, связанные с формированием рыночных отношений. В данном случае имеется в виду экономическая депрессия, трансформированная в неопределенность, хотя достаточно четко определены экономические приоритеты.

Обычно выделяют четыре аспекта расселения:

- формирование городских и сельских поселений;
- размещение населения по различным населенным пунктам и районам страны;
- внутригородское расселение;
- формирование жилища.

Региональное расселение рассматривает расселение как формирование населенных пунктов и их системы, а также как размещение населения по различным пунктам с учетом региональной специфики.

Причем следует исходить из того, что расселение-- это результат длительного исторического развития и

взаимодействия экономических, социальных, политических, демографических и природных факторов. Роль этих факторов особенно сказывается на расселении населения в связи с большими региональными различиями, и, прежде всего, по производственной специализации и территориальной организации общественного производства. Последнее десятилетие показало, что расселение населения в Казахстане может приобрести самые неожиданные формы и направления. Оно чутко реагирует не только на глубинные процессы в экономике, но и на ошибки и недоработки экономических преобразований. Существенно различаются регионы по численности и плотности населения, сложившимся формам поселений и уровню урбанизации, наличию опорных центров (крупных и средних) и, наконец, по национальным традициям расселения. В Казахстане, наряду с высоко освоенными и урбанизированными территориями (Карагандинская, Восточно-Казахстанская область) зачастую имеется большое число регионов, где преобладает сельское население, а также регионов, слабо освоенных и с редким населением.

Основными показателями, характеризующими процессы расселения и урбанизации, являются:

- доля городского населения в общей численности населения;
- доля населения, проживающего в городах с числом жителей более 100 тыс.;
- доля населения, проживающего в городских агломерациях;
- средняя численность городского населения в расчете на одно поселение;
- плотность сети городов; плотность населения;
- плотность транспортной сети и интенсивность межпоселённых связей.

Рост и расселение различных по величине городов и сельских населенных пунктов обуславливается территориальной сосредоточенностью добывающей промышленности, сельского хозяйства и других отраслей, непосредственно связанных с развитием природных ресурсов. На базе сельского хозяйства и отраслей, связанных с добычей природных ресурсов, развиваются, как правило, наиболее расселенные пункты. Предприятия обрабатывающей промышленности и других народнохозяйственных отраслей ориентируются на агломерационные формы размещения населенных пунктов вокруг крупнейших и крупных городов.

Процесс расселения неразрывно связан с процессом урбанизации. Взаимосвязь понятий «расселение» и «урбанизация» довольно сложна и механическое перенесение одного в другое вряд ли оправдано. Теоретически урбанизация рассматривается как процесс, как часть расселения только в том случае, когда урбанизация как процесс концентрации функций в сети поселений рассматривается с «расселенческих» позиций. Изменения в расселении населения происходят, прежде всего, под действием объективных законов развития и размещения производства. Однако при этом следует учитывать специфические особенности и потребности населения как совокупности индивидуумов, влияющих, в определенной мере, на формирование демографической ситуации. Развитие расселения определяется, как экономическими законами размещения общественного производства, так и специфическими экономическими законами народонаселения. В процессе экономического реформирования в Казахстане несколько меняется форма расселения. Разумеется, это закономерно, поскольку трансформируется содержание экономических целей и приоритетов. Так, соразмерность поступательного хода

урбанизации, присущая социализму, сменилась возникшими процессами дезурбанизации, чему способствует резкий спад промышленного производства в современных условиях. Процесс дезурбанизации особенно проявился в индустриально развитых регионах Казахстана, таких как Атырауская, Мангистауская и области Северного Казахстана.

Только в Акмолинской области доля сельского населения повысилась на 21,2% с 44,8% в 1998 г. и до 54,3% в 2008 г. Однако этот процесс, на наш взгляд, не является закономерным. Он свойственен только определенному периоду, в частности, периоду перехода к рыночной экономике. Но в каком направлении и с какой интенсивностью будут протекать эти изменения, сказать пока сложно. В целом процесс концентрации населения в сети поселений сопровождается концентрацией промышленного производства. За период перехода к рыночным отношениям изменились частично и многие теоретические обоснования в изучении расселения. В частности:

- бесспорным считалось, что рост больших городов имеет существенные особенности, концентрация населения таких городов становится все больше, и они равномерно, в соответствии с размещением населения, распределяются по территории страны. В Казахстане резко изменилась ситуация. Рост больших городов по существу прекратился. Сохранился только в двух столицах республики и крупных городах Южного Казахстана;
- изменилась роль межпоселенных связей в формировании расселения. Межпоселённые связи - это, прежде всего, маятниковая миграция населения. На длительный период маятниковая миграция практически утратила свою значимость, этому способствуют падение уровня промышленного производства и сокращение транспортных возможностей;

- изменилась роль миграции населения в пространственном ходе урбанизации. Последние 10 лет для Казахстана по многим основополагающим направлениям жизни общества были переломными, и миграции ярко отразили все перипетии происходящих перемен, являясь одновременно и условием, и следствием.

Выразилось это, прежде всего:

- в мощных потоках, возвращающихся на историческую родину русских, немцев, евреев, белорусов. Только за переписной период численность русских в Казахстане за счет миграции сократилась на 26,1%, белорусов и украинцев на 37,1%, немцев на 62,7%;
- в вынужденных миграциях. В Казахстане зарегистрированы беженцы и лица, находящиеся в похожей с ними ситуации, из постсоветских республик. Следует отметить, что демографические процессы и ситуация с расселением, происходящие в Казахстане, имели место в других странах в различные периоды их развития. Другое дело, что в Казахстане отмеченные процессы отличаются лишь формами правления, по сути, оставаясь такими же. Однако при всем многообразии этих процессов они, как правило, преломлялись через вопрос емкости территории. Решался он в разных ракурсах: как с позиций географических, определяемых географическими условиями территории, так и промышленным развитием и деятельностью жителей. Понятие емкости территории включает различие между емкостью фактической и возможной, которые часто не совпадают друг с другом. Изучение фактической емкости возможно с помощью показателя плотности населения – внешней наиболее доступной характеристики населенности территории.

### 5.3. Организация санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации

Общие теоретические и методические положения.

Занятие проводится, как правило, на базе «Центра гигиены и эпидемиологии» с участием главврача или его заместителей. В ходе занятия разбираются теоретические и практические вопросы и проводится практическое ознакомление с работой служб. Санитарно-эпидемиологический надзор является основным средством достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, механизмом, с помощью которого решаются насущные проблемы охраны здоровья населения.

История государственного санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, как системы мер, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний и улучшение санитарного состояния страны, началась с Декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах Республики» от 15 сентября 1922 г. С этого времени в стране началось создание сети специализированных санитарно-профилактических учреждений — санитарно-эпидемиологических станций.

Дальнейшее развитие санитарно-эпидемиологической службы получила в 1963 году, когда постановлением Совета Министров СССР было утверждено «Положение о Государственном санитарном надзоре в СССР».

В 1991 году с принятием Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» начался качественно новый этап развития санитарно-эпидемиологической службы. Впервые в истории страны на законодательном уровне было введено правовое регулирование деятельности в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В 1999 году был принят новый Федеральный закон «О санитарно-

эпидемиологическом благополучии населения», который уточнил редакцию основных положений закона 1991 года, а также включил ряд принципиальных положений, которые ранее регулировались подзаконными актами.

С 16 марта 2005 г. в составе санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации произошли коренные перемены, в результате которых в стране появилась новая организация – Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Федеральная служба образована в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти».

Федеральной службе передана часть функций Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства экономического развития и торговли Российской Федерации, Министерства по антимонопольной политике Российской Федерации.

Федеральная служба осуществляет деятельность, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 6 апреля 2004 г. № 154 «Вопросы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» и на основании Положения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Правовые основы деятельности Федеральной службы установлены федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О защите прав потребителей», другими нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Федеральная служба осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и иными организациями.

Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством Российской Федерации по представлению Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФС НЗППБЧ) является главным государственным санитарным врачом Российской Федерации и несет персональную ответственность за осуществление возложенных на Службу функций. Руководитель ФС НЗППБЧ имеет заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации по представлению руководителя Службы. Заместители руководителя ФС НЗППБЧ, выполняющие функции по организации и осуществлению государственного санитарно-эпидемиологического надзора, являются заместителями главного государственного санитарного врача Российской Федерации.

*Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет следующие полномочия:*

На базе бывших центров Госсанэпиднадзора образованы «Центры гигиены и эпидемиологии», являющиеся Федеральным государственным учреждением здравоохранения (ФГУЗ) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, организуются на территории города, района, области (края). Возглавляет ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» главный врач.

Семинар.

Тема 5-1: Структурно-функциональные основы управления организацией здравоохранения.

Доклад: Структурно-функциональные основы управления организацией здравоохранения.

Содоклад: Демографические показатели

Вопросы семинара:

1. Определение понятия структура управления в медицинском учреждении и принципы построения.
2. Методы разработки управленческих решений.
3. Управленческие решения, принимаемые в ходе медицинской деятельности.
4. Демографические показатели.
5. Сравните и проанализируйте стадии принятия известных вам управленческих решений.
6. Для чего нужен контроль за выполнением решения?

Рекомендуемая литература:

1. Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М., 1992; Воробьев Л.А. Основы управления производством. Мн., 1998.
2. Боярский А. Я., Валентей Д. И., Кваша А. Я. Основы демографии. М.: Статистика, 1980. – 295с.
3. Воейков А. И. Распределение населения Земли в зависимости от природных условий и деятельности человека. Изв. Русского географического общества (1906, вып. 2 - 3).

4. Ауезова З.Т. Особенности миграционных процессов в Казахстане. Материалы международной конференции молодых географов. – Белгород, 2002. С.8 - 9.

5. Ауезова З.Т., Надыров Ш.М., Москвина Г.Д. Трансформация городских поселений в условиях рыночной экономики. Современные проблемы 2002. С.8 – 9.

## Тема 6. Коммуникации в менеджменте организации

### 6.1. Процесс коммуникаций

Процесс коммуникаций предполагает, что менеджер делится информацией, а не просто что-то говорит или печатает для подчиненных.

Можно определить коммуникацию как процесс, посредством которого осуществляется обмен и осознание информации двумя или несколькими людьми — обычно с целью мотивации или изменения определенного поведения. Коммуникация — это не просто передача информации. Эффективная деятельность менеджера предполагает четкое разделение понятий обмена и провозглашения. Знания, почерпнутые менеджерами из личного общения с работниками, формируют их понимание жизни компании. Цель взаимодействия — ментальное слияние с другим человеком, способность предчувствовать, предсказывать и вести себя в соответствии с общими потребностями — своими и другой стороны.

Для того, чтобы лучше понять сложность процесса коммуникации и его ключевые элементы, обратимся к ситуации. Двумя основными участниками коммуникативного процесса являются отправитель и получатель.

*Отправитель* - это индивид, который хотел бы донести свою идею или концепцию до других людей, осуществить поиск информации, выразить мысли и чувства.

*Получатель* — это индивид, которому направляется послание отправителя. Отправитель кодирует послание, подбирая символы, из которых будет состоять его сообщение. Оно представляет собой конкретную формулировку идеи, отправляемую получателю, и направляется через определенный канал, обеспечивающий его доставку (письменный отчет, телефонный звонок, e-mail, личная встреча). Получатель декодирует символы и интерпретирует их значение.

Менеджеру необходимо стремиться к осуществлению коммуникаций «без границ», внимательно слушать других и использовать обратную связь для проведения необходимых улучшений. Помните, что эффективные коммуникации требуют обмена информацией и взаимного понимания. Менеджеры в здравоохранении, обладающие хорошими коммуникативными навыками, прекрасно осознают и используют круговую природу коммуникаций.

## 6.2. Каналы коммуникации

Менеджер имеет возможность выбирать наиболее удобные для него каналы коммуникаций с другими руководителями и работниками. Он может обсудить проблему в личной беседе, сделать телефонный звонок, отправить SMS или e-mail, написать докладную записку, письмо или вывесить сообщение на доску объявлений — выбор канала во многом определяется характером сообщения. Классифицировать каналы, имеющиеся в распоряжении менеджера, можно по их пропускной способности. Существует несколько видов коммуникации внутри организации: межуровневые; перемещение информации в рамках вертикальной коммуникации по нисходящей (сообщение подчиненным о принятом управленческом решении), по восходящей (отчеты, предложения, объяснительные записки); между различными отделами, или горизонтальные. Организация состоит из

множества подразделений, поэтому обмен информацией нужен для координации задач и действий. Руководство должно добиваться, чтобы подразделения работали совместно, продвигая организацию в нужном направлении. Коммуникации "руководитель - подчиненный" связаны с прояснением задач, приоритетов и ожидаемых результатов; обеспечением вовлеченности отдела в решение задач; обсуждением проблем эффективности работы; оповещением подчиненного о грядущем изменении; получением сведений об идеях, усовершенствованиях и предложениях подчиненных. Коммуникации между руководителем и рабочей группой позволяют руководителю повысить эффективность действий группы; неформальные коммуникации. Неформальные коммуникации – это канал распространения слухов. Так как по ним информация передается намного быстрее, чем по каналам формального сообщения, руководители пользуются первыми для запланированной утечки и распространения определенной информации типа "между нами". В теории управления выделяют следующие модели социальной коммуникации: - линейная модель, разработана американским социологом Г. Лассуэлом. В ней выделяют следующие компоненты коммуникационного процесса: 1) источник коммуникации (коммутатор); 2) содержание; 3) канал коммуникации; 4) мишень (приемник); 5) эффективность понимания сообщения. Г. Лассуэл выделил три основные функции коммуникации управленческого процесса: 1) наблюдение за окружающей средой для выявления угрозы обществу, определение возможностей влияния на ценностные ориентации общества и/или его составных частей; 2) корреляция соотношения составных частей общества при реализации на "поведение" окружающей среды; 3) передача социального наследия от поколения к поколению. Акцент сделан на активность коммуникатора, а реципиент

оказывается объектом коммуникационного воздействия. Однако результат коммуникации – не просто изменение сознания, чувств, установок или поведения слушателя (зрителя, читателя), это и достижение определенной степени согласия или несогласия реципиента с тем, что, как и почему сообщается коммуникатором.

Интеракционистская модель, предложенная в середине 50-х годов XX века Т. Ньюкомбом, исходит из того, что субъекты коммуникации равноправны, связаны как взаимными ожиданиями и установками, так и общим интересом к предмету общения. Коммуникация выступает как реализация такого интереса с помощью передаваемых сообщений. Эффект коммуникационного воздействия проявляется в сближении или отдалении точек зрения коммуникатора и реципиента на общий предмет, что фактически означает расширение, либо, напротив, сужение возможностей их взаимопонимания и сотрудничества. Данная модель выдвигает на первый план достижение согласия между партнерами по коммуникации.

Общая теория коммуникации разработана канадским социологом Г. Маклуэном. Он считает, что развитие коммуникативных средств определяет как общий характер культуры, так и смену исторических эпох. Маклуэн выделяет следующие этапы развития коммуникативного процесса: - возникновение речи и мифологического сознания; - появление письменности; - изобретение И. Гутенбергом в 15 веке печатного станка; - широкое распространение аудиовизуальных средств. Г. Маклуэн сделал основной упор на технические средства исследуемого процесса, придав им значимость основного детерминанта в развитии коммуникативных процессов - аутопотетическая модель немецкого социолога Никласа Лумана.

Семантические барьеры. Семантика изучает способ использования слов и значений, передаваемых словами.

Поскольку слова могут иметь различные значения для разных людей, то сообщение, сформулированное одним человеком, необязательно будет интерпретировано и понято таким же образом получателем информации.

### 6.3. Невербальные преграды.

В невербальной коммуникации используются любые символы, кроме слов. Примерами такой коммуникации могут быть обмен взглядами, выражение лица, улыбка и выражение неодобрения, поднятые с недоумением брови, живой или остановившийся взгляд и т.д. Невербальная коммуникация связана с вербальной и проявляется в том, как произносятся слова. Это интонация, модуляция голоса, плавность и другие характеристики речи.

Неумение слушать. Многие менеджеры, по сути дела, слушают и воспринимают лишь четверть сообщений. И это не удивительно, ведь в системе образования учат чтению, письму, умению обращаться с числами, но почти не обучают умению слушать. Заметим также, что мало воспринимать факты – нужно прислушиваться к чувствам людей.

Плохая обратная связь. Обратная связь важна, поскольку дает возможность установить, действительно ли сообщение, принятое получателем, истолковано в изначально придававшемся ему смысле: -задавать вопросы; -оценивать язык поз, жестов и интонаций человека; -проводить относительно подчиненных "политику открытых дверей", означающую, что вы готовы в определенное время обсудить с ними любые вопросы и подкрепить слова действиями.

Способы совершенствования искусства общения: - умеете слушать; -проясняйте свои идеи перед началом передачи; - проявляйте внимание к чувствам других людей, будьте готовы "влезть в их шкуру"; -следите за языком собственных поз, жестов, интонаций; -добивайтесь установления обратной связи. Руководитель должен иметь четкое представление о преградах на пути обмена информацией в организации и

методах совершенствования обмена. К числу преград в коммуникациях можно отнести искажение сообщений. Оно может быть обусловлено рядом причин: а) сообщения могут искажаться непреднамеренно, в силу затруднений в межличностных контактах; б) из-за несогласия руководитель модифицирует сообщение так, чтобы изменение смысла происходило в его интересах; в) в результате фильтрации, что делается для того, чтобы с одного уровня управления на другой шли только те сообщения, которые его касаются; г) в силу разных статусов уровней организации.

На каждом уровне управления отфильтровывается 30-50% информации. Нередко нижние уровни управления стараются снабжать высшие инстанции только положительной информацией, так как хотят получить одобрение от руководителя, опасаясь быть наказанными. Руководитель часто не в состоянии эффективно реагировать на всю информацию. Он вынужден отсеивать менее важную информацию, оставляя только ту, которая кажется ему наиболее важной. Однако при фильтрации он иногда допускает ошибки. В организациях с многочисленными уровнями управления растет вероятность информационных искажений, поскольку каждый последующий уровень может корректировать и отфильтровывать информацию.

Пути совершенствования коммуникаций в организациях - регулирование информационных потоков. Для этого руководитель должен: -представлять потребности в информации собственные, начальников, коллег и подчиненных; -научиться оценивать качественную и количественную стороны информационных потребностей, а также других потребителей информации в организации; - организация периодических встреч со своими подчиненными разных уровней; -улучшение системы обратной связи; - реализация системы сбора предложений по совершенствованию любого аспекта деятельности

организации (например, в виде ящиков или создания специальных групп руководителей и рядовых работников); - издание информационных бюллетеней, которые содержат информацию для всех работников и где могут печататься статьи с обзором предложений по поводу управления, новых видов продукции или услуг, ответы руководства на вопросы рядовых сотрудников; - развитие современных информационных технологий (локальные сети, Интернет, электронная почта, видеоконференции).

#### 6.4. Выбор канала

Менеджерам необходимо понимать, что каждый канал имеет свои достоинства и недостатки, и может быть эффективным средством коммуникаций в соответствующих обстоятельствах. Выбор канала зависит от того, является ли сообщение рутинным.

*Нестандартные сообщения*, как правило, неоднозначны, связаны с новыми событиями и предусматривают высокую вероятность их неправильного понимания. Нередко они передаются в обстановке, характеризующейся нехваткой времени и необычностью ситуации. Менеджеры могут эффективно распространять нестандартные послания, используя лишь самые емкие каналы. С другой стороны, *рутинные* коммуникации просты и прямолинейны. Рутинные сообщения содержат различные данные или просто закрепляют, например, в письменной форме, то, о чем менеджеры уже договорились ранее. Такие сообщения могут эффективно передаваться и через менее емкие каналы коммуникации. К письменным коммуникациям приходится прибегать и тогда, если сообщение носит официальный характер или когда требуется сохранить его текст.

Навыки коммуникации всегда были необходимы руководителям, а умение убеждать и оказывать влияние приобрело, в последнее время, важное значение. Компании в

значительной мере управляются функциональными командами, активно участвующими в принятии решений. Директивный стиль руководства становится и неэффективным, и неприемлемым.

Менеджеры, забывающие, что процесс коммуникации означает обмен информацией, вряд ли смогут эффективно убеждать людей или оказывать на них влияние. Для того, чтобы успешно убеждать людей, необходимо понять их чувства, этого можно добиться только на уровне личного общения.

Использование одних лишь голых фактов и цифр оказывается менее эффективным. Этот вывод подтверждает исследование, проведенное в Стэнфордской школе бизнеса.

Семинар.

Тема 6. Коммуникации в менеджменте организации.

Доклад: Коммуникации в менеджменте организации

Содоклад: Невербальные преграды.

Вопросы семинара:

1. Приведите несколько примеров обмена информацией в университете.
2. Кратко объясните сущность основных элементов процесса коммуникации.
3. Объясните этапы коммуникационного процесса.
4. Охарактеризуйте основные виды коммуникаций.
5. Назовите модели социальной коммуникации.
6. Опишите основные препятствия межличностных коммуникаций.
7. Укажите способы преодоления барьеров в межличностных коммуникациях.
8. Какие преграды возникают в организационных коммуникациях?

Рекомендуемая литература:

1. Борисова Е.А. Эффективные коммуникации в бизнесе. СПб.: Питер, 2005.

2. Гринберг А.С., Король И.А. Информационный менеджмент: Учеб. пособие для вузов. М.:ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 415 с. - (Серия «Профессиональный учебник: Информатика») с. 23
3. Кашкин В.Б. Основы теории коммуникации: краткий курс. Издание: 3-е, Издательство: АСТ. 2007.
4. Лобанов И.Б., Покровская Е.А. Бизнес-коммуникации. Гриф УМО по классическому университетскому образованию. М.: Дашков и К. 2007.
5. Мирошниченко А.А. Бизнес-коммуникации. Мастерство делового общения: практическое руководство. М.: Книжный Мир. 2008.
6. Моисеенко Е. и др. Коммуникации в бизнесе. М.: Феникс, 2007 .
- 7.Покровская Е.А., Лобанов И.Б. Бизнес-коммуникации. Учебное пособие. М.: Дашков и К. 2008.

**Тема 7.** Управленческие решения в ходе медицинской деятельности.

#### 7.1.Необходимость принятия решений

Для менеджера принятие решений — постоянная и очень ответственная работа. Необходимость принятия решений пронизывает все, что делает руководитель любого уровня, формулируя цели и добиваясь их достижения. Поскольку принятые решения касаются не только менеджера, но и других людей и во многих случаях всей организации, понимание природы и сути этого процесса чрезвычайно важно для каждого, кто хочет добиться успеха в области управления.

Одним из показателей деятельности менеджера является его способность принимать правильные решения. Так как менеджеры выполняют четыре функции управления, они

реально имеют дело с постоянным потоком решений по каждой из них, т.е., планированию, организации, мотивации и контролю. Выработка и принятие решений — это творческий процесс в деятельности руководителей. Он включает ряд стадий:

выработку и постановку цели;

изучение проблемы;

выбор и обоснование критериев эффективности и возможных последствий принимаемых решений;

рассмотрение вариантов решений;

выбор и окончательное формулирование решения;

принятие решения;

доведение решений до исполнителей;

контроль за выполнением решений.

Под управленческим решением понимают выбор альтернативы — акт, направленный на разрешение проблемной ситуации. Контурные решения лишь приблизительно обозначают схему действия подчиненных и дают им широкий простор для выбора приемов и методов их осуществления. Структурированные решения предполагают жесткое регламентирование действий подчиненных.

Инициатива с их стороны может проявляться лишь в решении второстепенных вопросов. Алгоритмические решения предельно жестко регламентируют деятельность подчиненных и практически исключают их инициативу.

Определенный интерес представляет классификация управленческих решений, данная М.Месконом, М.Альбертом и Ф.Хедоури, которые выделяют организационные, интуитивные и рациональные решения. Организационное решение — это выбор, который должен сделать руководитель, чтобы выполнить обязанности, обусловленные занимаемой им должностью. Цель организационного решения — движение к поставленным перед организацией задачам.

Организационные решения можно разделить на две группы: запрограммированные и незапрограммированные. В запрограммированном решении число возможных альтернатив ограничено, и выбор должен быть сделан в пределах направлений, заданных организацией. Незапрограммированные решения — это решения, требующие в определенной мере новых ситуаций. Они внутренне не структурированы или сопряжены с неизвестными факторами. К числу запрограммированных решений можно отнести решения по вопросам о цели организации, улучшении продукции, усовершенствовании структуры и т.п. Можно принять интуитивные решения. Интуитивные решения — это выбор, сделанный только на основе ощущения того, что он правилен. Решения, основанные на суждениях, — это выбор, обусловленный знаниями или накопленным опытом.

*Оценка проблемы* — установление ее масштабов и природы тогда, когда проблема обнаружена. Определение масштаба проблемы не есть нахождение ее причины и источника. Речь идет лишь об оценке средств для ее решения и степени серьезности.

*Выявление ограничений и определение альтернатив.* Причиной возникновения проблемы могут быть находящиеся вне организации силы (внешняя среда), которые менеджер не может изменить. Ограничения такого рода сужают возможности принятия оптимальных решений, поэтому альтернативы принятия решений надо иметь всегда, т.е. нужно выделить все возможные действия, устраняющие причины появления этой проблемы.

*Принятие решения.* На этой стадии разрабатываются альтернативные решения, дается их оценка и отбирается альтернатива с наиболее благоприятными общими последствиями.

*Реализация решения.* Процесс не заканчивается выбором альтернативы. На стадии реализации принимаются меры по конкретизации решения и доведению его до исполнителей, т.е. ценность решения состоит в том, что оно осуществлено (реализовано).

*Контроль за исполнением решения.* В процессе контроля выявляются отклонения и вносятся поправки, помогающие реализовать решение полностью. С помощью контроля устанавливается своего рода обратная связь между управляющей и управляемой системами.

## 7.2. Методы принятия решений

Все методы принятия управленческих решений можно объединить в три группы: неформальные (эвристические), коллективные и количественные.

*Неформальные (эвристические) методы принятия решений.* Управленческая практика свидетельствует о том, что при принятии и реализации решений определенная часть руководителей использует неформальные методы, которые основаны на аналитических способностях лиц, принимающих эти решения. Это совокупность логических приемов и методики выбора оптимальных решений руководителем, теоретическое сравнение альтернатив с учетом накопленного опыта. Неформальные методы базируются в основном на интуиции менеджера. Их преимущество в том, что они принимаются оперативно; недостатком же является то, что неформальные методы не гарантируют отбора ошибочных (неэффективных) решений, поскольку интуиция может иногда подвести менеджера.

*Коллективные методы обсуждения и принятия решений.* Основным моментом в процессе коллективной работы над реализацией управленческих решений является определение круга лиц — участников данной процедуры. Например, освоение новой медицинской технологии по профилю

отделения медицинского центра. Чаще всего, это временный коллектив, в состав которого включаются, как правило, и руководители, и исполнители. Главными критериями формирования такой группы являются компетентность, способность решать творческие задачи, конструктивность мышления и коммуникабельность. Коллективные формы групповой работы могут быть разными: заседание, совещание, работа в комиссии и т.п. Наиболее распространен такой метод коллективной подготовки управленческих решений, как «*мозговой штурм*», или «*мозговая атака*» (совместное генерирование новых идей и последующее принятие решений).

Если предстоит решить сложную проблему, собирается группа людей, которые предлагают любые решения определенной проблемы. Основное условие «мозгового штурма» — создание обстановки, максимально благоприятной для свободного генерирования идей. Для того, чтобы этого добиться, запрещается опровергать или критиковать идею, какой бы, на первый взгляд, фантастической она ни была. Все идеи записываются, а затем анализируются специалистами.

Примером коллективного принятия решений может служить *метод Дельфы*, получивший название от греческого города Дельфы, прославившегося жившими там мудрецами — предсказателями будущего. Метод Дельфы — многотуровая процедура анкетирования. После каждого тура данные анкетирования дорабатываются, и полученные результаты сообщаются экспертам с указанием расположения оценок. Первый тур анкетирования проводится без аргументации, во втором отличающийся от других ответ подлежит аргументации или же эксперт может изменить оценку. После стабилизации оценок опрос прекращается и принимается предложенное экспертами или скорректированное решение.

Есть еще японская (кольцевая) система принятия решений — «кингисё», суть которой состоит в том, что на рассмотрение готовится проект новшества. Он передается для внесения решения проблемы. Это:

Четкое определение проблемы; Отбор участников «мозговой атаки»; Определение ведущего; Представление и анализ проблемы ведущим; Высказывание спонтанных предложений по решению со стороны участников обсуждения лицам по списку, составленному руководителем. Каждый должен рассмотреть предлагаемое решение и дать свои замечания в письменном виде. После этого проводится совещание. Как правило, приглашаются те специалисты, чье мнение руководителю не совсем ясно. Эксперты выбирают свое решение, в соответствии с индивидуальными предпочтениями. И если они не совпадают, то возникает вектор предпочтений, который определяют с помощью одного из следующих принципов:

### 7.3. Индивидуальные стили принятия решений

Личность, как капля в море, отражается в собственном решении. В этом смысле определенный интерес представляет личностный профиль управленческого решения, т.е., та совокупность индивидуальных особенностей руководителя, которую несут с собой их решения к исполнителям. Например, заведующий хирургическим отделением принимает решение на операцию больного по предложению ведущего больного врача. В науке выделены следующие разновидности личностных профилей решений.

*Решения уравновешенного типа* свойственны людям, которые приступают к проблеме с уже сформулированной исходной идеей, возникшей в результате предварительного анализа условий и требований задачи.

*Инертные решения* — результат очень неуверенного и осторожного поиска. После появления исходной гипотезы ее

уточнение идет крайне медленно. Оценки сверхкритичны, каждый свой шаг человек проверяет неоднократно. Это ведет к растягиванию процесса принятия решений во времени.

*Рискованные решения* напоминают импульсивные, но отличаются от них некоторыми особенностями индивидуальной тактики. Если импульсивные решения перескакивают через этап обоснования гипотезы, то рискованные все же его не обходят, но к оценке человек приходит после того, как обнаружена какая-то несообразность. В конечном итоге, хотя и с опозданием, элементы построения гипотез и их проверки уравниваются.

*Решения осторожного типа* характеризуются особой тщательностью оценки гипотез, критичностью. Человек, прежде чем прийти к какому-либо выводу, совершает множество разнообразных подготовительных действий. Решениям осторожного типа присуща упреждающая оценка. Осторожные люди более чувствительны к отрицательным последствиям своих действий, чем к положительным. Их больше пугают ошибки, чем радуют успехи. Поэтому тактическая линия осторожных — избежать ошибок. Для импульсивных, например, характерна противоположная тактическая линия: они ориентируются на успех и менее чувствительны к неудачам.

#### 7.4 Условия эффективности управленческих решений

Проблема выбора менеджером альтернативы — одна из важнейших в современной науке управления, но не менее важно принять эффективное решение. Для того, чтобы управленческое решение было эффективным, должен учитываться ряд факторов: соблюдение иерархии в принятии решений; использование меж функциональных групп; прямых горизонтальных связей и централизация руководства.

*Своевременность решения* означает не только своевременность его принятия, но и своевременность достижения целей. Ведь когда решается проблема, события продолжают развиваться. Может получиться так, что прекрасная идея (альтернатива) устареет и потеряет смысл в будущем, хотя в прошлом она была хороша.

*Полнота* модели решения описывает ее соответствие, с одной стороны, замыслу руководителя, его решению и поставленным задачам, а с другой — содержанию, структуре и условиям исполнительской деятельности. Идеальным вариантом была бы такая полнота модели, при которой она развернута настолько, что еще до начала работы исполнитель мысленно может представить себе все тонкости предстоящей работы.

*Точность* модели необходима потому, что если задача ставится абстрактно, в общем виде, то не выполняется вообще или выполняется формально. Система управления, в которой точность формирования оперативных моделей решения не стала законом, распадается.

*Глубина отражения* характеризует оперативную модель, с точки зрения, представленности в ней всей динамики предстоящей деятельности.

*Стрессоустойчивость и прочность* модели предполагает способность исполнителя четко реализовать план действий, сложившийся в его сознании, в любых сложных ситуациях.

*Гибкость* модели — критерий, который как бы противоречит всем указанным выше. Очевидно, что абсолютно жесткий и «неподдающийся» образ может быть приемлем только в застывших и неизменных структурах, которых в природе и обществе нет и быть не может. Проблема в том, чтобы выбрать оптимальное соотношение между стабильностью (неподвижностью) и гибкостью модели.

*Согласованность* модели решения связана с тем, что исполнитель, чаще всего, выполняет решение в одиночку,

поэтому его действия должны согласовываться по задачам, времени и месту с действиями других исполнителей.

#### 7.5. Организация и контроль за исполнением решений

Организация исполнения решения — задача не из легких. Она требует знания людей, их возможностей, сил, средств и методов исполнения. Организация исполнения решений — это специфическая деятельность руководителя, завершающая управленческий цикл.

Недостаточно опытный руководитель, мысленно оперирующий вещами и событиями, привыкает к легкости манипулирования идеальными представлениями и неосознанно переносит эту легкость на реальную ситуацию. В результате такого менеджмента принимаемые им решения оказываются непосильными и на практике не выполняются. Здесь следует учитывать то обстоятельство, что руководитель организует не собственную деятельность, а труд других людей. Это две разные вещи, ибо процесс исполнения решений также нужно *организовывать*. Исполнители должны получить четкую информацию о том, кем, где, когда и какими способами и средствами должны осуществляться действия, соответствующие принятому решению. Необходимо разработать план его реализации, по которому предусматривается система мер, обеспечивающих достижение целей решения с минимальными издержками.

При *цепочной* структуре коммуникаций, решение, передаваемое с одного конца на другой, становится известно всем исполнителям, и всеми обсуждается. Все связи в такой коммуникации одинаковы, а командный стиль руководства отсутствует. Такая структура взаимоотношений распадается, если нарушается связь между двумя участниками коммуникации.

В *многовязной* структуре коммуникаций все участники связаны между собой. Ее отличает достаточная устойчивость и скорость

передачи информации. Отношения командования ярко выражены. В практике управления наиболее часто встречается непонимание поставленной цели вышестоящим менеджером на уровне первичного коллектива.

В *звездной* структуре коммуникаций ярко выражен «коммутатор-руководитель», через которого передаются все задачи. Все связи замыкаются на нем. Устойчивость и скорость передачи информации невысокие.

Для *иерархической* структуры коммуникаций характерны ярко выраженные командные отношения. Промежуточные ступени одновременно являются и подчиненными, и командными.

Следовательно, основная задача контроля в том, чтобы своевременно выявить и спрогнозировать ожидаемые отклонения от заданной программы реализации управленческих решений.

С помощью контроля не только выявляются отклонения от заданий, сформулированных в решениях, но и определяются причины отклонений. Выделяются и другие функции контроля за исполнением принятых решений.

*Диагностическая.* Главная, ведущая функция контроля — кто бы что ни проверял, какие бы задачи не ставились, в любом случае, сначала нужно четко представить себе подлинное состояние дел, т.е., поставить диагноз.

*Обратная связь* при контроле за выполнением поставленных задач позволяет руководителю не выпускать из рук бразды правления, дает ему возможность оказывать влияние на ход работы.

*Ориентирующая функция контроля* проявляется в том, что те вопросы, которые чаще всего контролируются начальником, приобретают особое значение в сознании исполнителей, направляют их усилия в первую очередь на объект повышенного внимания руководителя. Вопросы, выпадающие из поля зрения руководителя, зачастую не решаются подчиненными.

*Корректирующая функция* связана с теми уточнениями, которые вносятся в решения на основе материалов контроля. Здесь складывается сложная психологическая ситуация: руководитель полагает, что он проверяет работу подчиненного, на самом деле последний уже проверил на практике эффективность решения руководителя. Иными словами, контроль, можно сказать, состоялся, причем по самому надежному критерию — по соответствию принятого решения практике.

*Педагогическая функция.* Контроль, если построен умело, побуждает исполнителей к добросовестному труду.

В практике управления организацией применяются три основные разновидности контроля:

предварительный — предшествует принятию окончательного решения. Его цель — дать более глубокое обоснование принимаемому решению;

текущий — с его помощью вносятся коррективы в процесс исполнения принятых решений;

последующий — служит для проверки эффективности принятия решений.

Таким образом, контроль является объективной необходимостью, так как даже самые оптимальные планы не могут быть реализованы, если их не довести до исполнителей и не наладить за исполнением объективный и постоянный контроль.

### **Семинар**

Тема 7. Управленческие решения в ходе медицинской деятельности

Доклад: Управленческие решения в ходе медицинской деятельности

Содоклад: Индивидуальные стили принятия решений

Контрольные вопросы:

1. Управленческие решения в ходе медицинской деятельности

2. Необходимость принятия решений
3. Методы принятия решений
4. Индивидуальные стили принятия решений
5. Условия эффективности управленческих решений

Рекомендуемая литература:

1. Кабушкин И.Н. «Менеджмент туризма: Учебное пособие. Мн.БГЭУ,1999. -644с.С.3-526.
2. Бурчакова М.А., Хожемпо В.В. Менеджмент. М: РУДН. 2006.
3. Виханский О.С., Наумов А.И. Менеджмент. – М.: Гардарика. 2004.
4. Мескон А., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: пер. с англ. - М: Дело, 1998. -С. 33-100 .

## Тема 8. Руководство и лидерство в менеджменте здравоохранения.

### 8.1. Руководство и лидерство в менеджменте здравоохранения.

Мы представляем себе менеджера как члена медицинской организации, осуществляющего управленческую деятельность. Это главная фигура организации. Однако не все менеджеры играют одинаковую роль в организации. Это связано с тем, что медицинские организации отличаются одна от другой, и поэтому задачи и функции, выполняемые менеджерами, не идентичны.

Несмотря на то, что менеджеры медицинских организаций играют разнообразные роли, необходимо выделить главные из них — те, которые решают все менеджеры, независимо от типа медицинской организации и видов обслуживаемых ими больных.

Во-первых, это выполнение функций по подготовке, принятию и реализации управленческих решений. Право принятия

решений (в рамках своей компетентности) имеет только менеджер. Это главная его функция. Менеджер наделен правом принимать управленческие решения, он же несет и ответственность за их последствия.

Во-вторых, это информационная роль менеджера, поскольку для того, чтобы принять эффективное управленческое решение, необходимо получить и обработать достоверную экономико-управленческую информацию о развитии системы управления здравоохранением (о внутренней и внешней среде организации). Не зря говорят: «кто владеет информацией, тот владеет миром». От того, насколько полной информацией владеет менеджер, насколько он может ясно и четко доводить нужную информацию до исполнителей, в большей мере зависит и результат его работы.

В-третьих, менеджер выступает в качестве *руководителя*, формирующего отношения внутри и вне организации, мотивирующего членов трудового коллектива на достижение практических и стратегических целей организации.

Поскольку и люди, и ситуации постоянно меняются, менеджер должен быть достаточно гибким, чтобы приспособиться к непрекращающимся переменам. Для сравнения приведем квалификационные требования Великобритании:

- 1) понимание природы управленческих процессов, знание основных видов организационных структур управления, функциональных обязанностей и стилей работы, владение способами увеличения эффективности управления;
- 2) способность разбираться в современных информационных технологиях и средствах коммуникации, необходимых для управленческого персонала;
- 3) ораторские способности и умение выражать мысли;
- 4) владение искусством управления людьми, подбора и подготовки кадров, регулирования отношений среди подчиненных;
- 5) способность налаживать отношения между организацией и

большими, управлять человеческими ресурсами, планировать и прогнозировать их деятельность;

б) способность к самооценке собственной деятельности, умение делать правильные выводы и повышать квалификацию;

7) умение оценивать не только знания, но и проявлять навыки на практике.

Среди государственных служащих США все менеджеры категорируются по восемнадцати рангам: с 1-го по 8-й - низший персонал (конторские работники, машинистки); с 9-го по 12-й — руководящий состав низшего звена; с 13-го по 15-й — руководители среднего звена (в госучреждениях их называют менеджерами); с 16-го по 18-й — высшее профессиональное руководство (министры и их заместители, начальники управлений).

Исследование, проведенное Институтом Гэллага показало, что, несмотря на управленческий ранг, существует определенное сочетание параметров-требований, гарантирующих успех в работе любого менеджера. В частности, в системе управления США выделяется пять основных требований: здравый смысл; знание дела; уверенность в своих силах; высокий общий уровень развития; способность доводить начатое дело до конца.

Теория и практика менеджмента в медицине позволяет спроектировать некую модель современного менеджмента.

*Знания и умения менеджера.* Поскольку менеджер достигает результата своего труда, воздействуя на других лиц, то главные профессиональные знания, нужные менеджеру, находятся в области социальной психологии. Дополняет эти знания владение отраслью.

*Личные качества* — нестандартное мышление, решительность и настойчивость в достижении цели, инициативность, умение выполнять обязательства и обещания, высокий уровень эрудиции, твердость характера, справед-

ливость, тактичность, опрятность и аккуратность, умение расположить к себе, чувство юмора и хорошее здоровье.

*Этические нормы* — это соблюдение норм, прежде всего, деловой этики, т.е., этические нормы поведения менеджера в рыночной экономике, его нравственные принципы и идеалы.

*Личные ресурсы менеджера.* Основными ресурсами менеджера являются информация и информационный потенциал в целом, время и люди. Умело используя эти ресурсы, руководитель получает высокие результаты, постоянно повышая конкурентоспособность руководимой фирмы.

*Навыки и способности менеджера эффективно управлять.* На эффективность управления влияют:

умение определить темперамент и характер подчиненных;

умение управлять собой;

умение оценить и подобрать работоспособный персонал;

умение видеть и обеспечивать перспективу развития своего коллектива;

изобретательность и способность к инновациям;

высокая способность влиять на окружающих;

знание современных управленческих подходов.

*Низкие организаторские способности* (неспособность руководить). Речь идет о способности менеджера «заряжать» энергией членов коллектива, его умении оптимально организовать трудовой процесс. В данном случае мало кто признает вклад руководителя, поэтому моральное состояние коллектива быстро ухудшается. Менеджер, не умеющий добиваться практических результатов от своих подчиненных, ограничен недостатком способности руководить.

*Не умение обучать.* Каждый руководитель должен заботиться о повышении компетентности тех, кем он руководит. Хороший руководитель выступает, кроме всего прочего, и в роли учителя. Повышение квалификации, в

какой бы форме оно ни проводилось, — важнейший элемент управленческой эффективности. Менеджер, которому не хватает способности и терпения помогать развитию других, ограничен неумением обучать.

*Неумение формировать коллектив.* Среди устойчивых групп людей, объединенных по признаку определенной, совместно выполняемой деятельности, важнейшая роль принадлежит трудовому коллективу. Известны признаки трудового коллектива: общность интересов всех его членов; единая общественно-полезная и лично значимая цель; совместная деятельность по достижению этой цели; определенная организационная структура коллектива; наличие отношений «руководитель-подчиненный»; существование формальных и неформальных отношений.

Менеджеру следует иметь в виду, что трудовой коллектив как ячейка общества, часть государственной единицы.

Рыночная экономика требует от менеджера:

способности управлять собой;

разумных личных ценностей;

четких личных целей;

постоянного личного роста (развития);

навыков решения проблемы;

изобретательности и способности к инновациям;

способности влиять на окружающих;

знания современных управленческих подходов;

организаторских способностей;

способности обучать подчиненных;

способности формировать и развивать трудовой коллектив.

**Обладать властью** — значит уметь оказывать влияние на людей, изменять поведение и отношение человека или группы людей. У одних людей власти много, у других нет совсем. Иногда кажется, что некоторые люди не могут получить столько власти, сколько им надо, поэтому борются за то, чтобы ее обрести, и еще ожесточеннее — за то, чтобы

удержать то, что имеют. Власть и манипулирование ею являются проблемами в управлении, и считаться с этим должны и руководители, и подчиненные. Выделяют семь разновидностей власти:

*принуждение* — побуждение людей к деятельности, вопреки их желанию. Данный вид побуждения основан на страхе перед наказанием. В качестве инструментов выступают замечания, выговоры, штрафы, увольнения, перевод на низкооплачиваемую работу и т.д.;

*влияние*. Взаимодействие менеджера с влиятельными лицами (с шефом, вышестоящими эшелонами руководства) дает ему косвенную силу власти. Подчиненные, общаясь с начальником, ощущают не только властную функцию непосредственного его, но и начальника, стоящего над ним;

*компетенция*. Менеджер в силу профессиональной подготовленности наделен правом выступать в качестве эксперта и «судьи» практически по всем профессиональным вопросам. Подчиненные воспринимают это как разновидность власти;

*информация*. Люди постоянно испытывают потребность в самой различной информации. Менеджер регулирует доступ информации к своим подчиненным, тем самым осуществляя на них властное воздействие: какова информация, таков и характер деятельности людей;

*должностное положение*. Чем выше должностная позиция менеджера, тем выше степень его властного влияния на людей. Подчиненные, сталкиваясь с руководителем в процессе общения, прежде всего, имеют дело с должностью;

*авторитет*. Менеджер, пользующийся у подчиненных авторитетом, осуществляет влияние на них без демонстрации своей уполномоченной должностью властвовать. Люди без протеста повинуются авторитетному руководителю;

*награждать (и миловать)*. Люди легко повинуются тому, кто имеет право и возможность награждать (и миловать). Все хотят больше

заработать, продвинуться по службе, пользоваться признанием. Власть человека, обладающего таким правом, может подняться до значительных высот.

Власть может принимать разнообразные формы. Выделяют три ее основные формы: утилитарную, авторитарно-нормативную и объединенную.

*Утилитарная власть* — это воздействие посредством сильных мотивов. Исполнитель задания знает, что, если он выполнит «то-то», то получит «это».

*Авторитарно-нормативная* власть — законная власть. Исполнитель верит, что влияющий имеет право отдавать приказания, а его долг — строго их выполнять.

*Объединенная власть* — власть группы. Эта власть огромна и часто неосознанна. Нормы устанавливаются группами, и поэтому наше поведение должно вписываться в нормы и культуру организации.

Во всех случаях проявления власти подразумевается степень воздействия руководителя на подчиненного, на процесс руководства. Оно может осуществляться по двум каналам: через власть менеджера и посредством убеждения. Каналы воздействия различаются тем, что в первом случае подчиненный ощущает принуждение к осуществлению деятельности, в результате его зависимости от начальника, а во втором - за подчиненным остается свобода воли, так как его работой руководят в результате убеждения, а не использования власти.

## 8.2 Формы воздействия руководителей на подчиненных.

В менеджменте есть более мягкое определение воздействия на подчиненных — влияние.

*Влияние* — поведение одного индивида, которое вносит изменение в поведение другого. Конкретные способы воздействия весьма разнообразны. Выделяются две большие группы управленческого влияния — эмоциональное и

рассудочное. В группе эмоциональных средств влияния основное место занимают «заражение» и подражание.

*«Заражение»* — это, пожалуй, самый древний способ влияния на людей. Он характеризуется практически автоматической, неосознанной передачей эмоционального состояния одного человека другому. Используя механизм заражения, менеджер может значительно повысить сплоченность коллектива, мобилизовать его на выполнение целей организации.

*Подражание* — усвоение действий, поступков, манеры поведения и даже способа мышления других лиц. Если «заражение» характеризуется передачей эмоционального состояния, то осознанное подражание представляет собой способ заимствования того лучшего, что есть у других.

В группу рассудочного влияния входят внушение, убеждение, просьба, угрозы, подкуп, приказ.

*Внушение* — это воздействие, основанное на некритическом восприятии того, что внушение, как способ влияния на подчиненных, бездоказательно. Эффект воздействия внушения достигается за счет личных качеств менеджера: его признания, авторитета, престижа и т.п. Чем они выше, тем эффективнее внушение.

*Убеждение* — эффективная передача своей точки зрения. Руководитель, который влияет путем убеждения, не говорит исполнителю, что надо делать, — он «продает» подчиненному то, что нужно сделать. Для эффективного убеждения используются различные приемы.

Самая слабая сторона убеждения — это его медленное воздействие и неопределенность.

*Просьба* — это такой способ влияния на подчиненного, который основан на добровольных, побуждающих, непринудительных мотивах. Прибегая к просьбе, менеджер пытается взывать к лучшей стороне натуры другого человека. Положительный результат достигается в том случае,

если между руководителем и подчиненным существуют хорошие отношения.

*Угрозы* — это запугивание, обещание причинить подчиненному зло. Они основаны на том допущении, что страх иногда является достаточным мотивом, чтобы побудить человека выполнять поручения, с которыми он внутренне не согласен. Как правило, угрозы срабатывают на короткое время (пока подчиненный находится в «зоне страха», т.е., боится руководителя). Угроза вызывает борьбу между двумя личностями, и проигравшим здесь будет тот, кто вынашивает мысль победить в будущем (никому не хочется быть постоянно проигравшим).

*Подкуп* — склонение на свою сторону, расположение в свою пользу подчиненного любыми средствами. Руководитель обещает предоставить подчиненному какие-либо преимущества, если тот определенным образом изменит свое поведение. В некоторых случаях подкуп — это честный подход, предоставляющий подчиненному дополнительное вознаграждение за дополнительные усилия: «Переработай сегодня сверх нормы, а завтра можно будет уйти с работы пораньше».

*Приказ* — официальное распоряжение властных органов. Альтернатива здесь исключается, поскольку приказ не обсуждают, а выполняют. И если приказ не выполнен, это, как правило, влечет негативные последствия.

**Семинар.**

**Тема 8: Руководство и лидерство в менеджменте здравоохранения.**

**Доклад:** Теоретические основы лидерства в организации.

**Содоклад:** Формы воздействия руководителей на подчиненных.

**Вопросы семинара:**

1. Проблема лидерства в теории черт.

2. Поведенческие теории лидерства.
3. Сравнительный анализ руководства и лидерства.
4. Ситуационные теории лидерства.
5. Современные подходы к пониманию лидерства.
6. Особенности концепции харизматического лидерства.
7. Сущность концепции эффективного лидерства.

**Рекомендуемая литература:**

1. Грин Р. 48 законов власти. Изд-во РИПОЛ КЛАССИК: 2003
2. Дафт Ричард Л. Менеджмент: 6-е изд., /Пер. с англ., - СПб: Питер, 2006.
3. Максвелл Д. 21 Неопровержимый закон лидерства / Пер. с англ. М: ООО» Попурри», 2001.
4. Кэ де Ври. Мистика лидерства. Развитие эмоционального интеллекта. Альпина: 2003 год.

**Тема 9. Управление изменениями, организационной культурой.**

9.1 Управление изменениями, организационной культурой.

Сущность, структура и значение организационной культуры: основные концепции и подходы. Основные принципы идеальной организационной культуры. Управление нововведениями.

Проекты имеют различные уровни научно-технической значимости: 1. Модернизационный – конструкция прототипа или базовая технология кардинально не изменяются. 2. Новаторский – конструкция нового изделия по виду своих элементов существенно отличается от прежнего. 3. Опережающий – конструкция основана на опережающих технических решениях. 4. Пионерный – появляются ранее не

существовавшие конструкции и технологии, выполняющие прежние или новые функции. С точки зрения масштабности решаемых задач, проекты подразделяются: моно- проекты – проекты, выполняемые одной фирмой или одним подразделением; отличаются постановкой однозначной инновационной цели, осуществляются в жестких временных и финансовых рамках. Мультипроекты – проекты, представленные в виде комплексных программ, объединяющих десятки монопроектов, в совокупности направленных на достижение сложной инновационной цели. Мегапроекты – многоцелевые комплексные программы, объединяющие ряд мультипроектов, связанных между собой одним деревом целей. Инновационная программа представляет собой сложный объект, в котором проекты взаимосвязаны функционально, а также по срокам, исполнителям и ресурсам. Программы требуют единого руководства, централизованного по функциям стратегического планирования, финансирования, мониторинга, координации, правового обеспечения. Основными критериями отбора нововведений являются: финансово-экономические, нормативные, ресурсные и стратегические.

Управление изменениями (Change management) как область менеджмента, концентрирующая внимание на технике проведения изменений в организации, и как способность контролировать их в активах, процессах, документах и технологиях. Анализ «силового поля компании». Модель изменений К. Левина. Теория «Е» и теория «О» организационных изменений. Компоненты процесса преобразований по методу McKinsey. Критерии выбора подхода. Биологическая модель преобразования организации Ф. Гуияра и Дж. Келли («четыре R преобразования»). Хромосомы процесса преобразований. Модель «От хорошего

к великому» Дж. Коллинза. «Монстр перемен» и карта кривой перемен Дж. Дака.

Инноватика – это наука о целенаправленных изменениях, нововведениях в организации: соответствие современным реалиям, гармоничность структурных и содержательных элементов, соответствие законодательству, системный характер, доминанта ценности персонала, постоянное развитие.

Механизмы приспособления к изменившейся внешней среде, разнообразные преобразования и нововведения рассматриваются в специальной отрасли знания – инноватике.

9.2. Механизм и оптимальный алгоритм управления организационной культурой.

Эффективность деятельности организации во многом зависит от того, насколько она адаптирована к внешней среде, в какой мере гибки, подвижны ее структуры, в какой мере она способна к нововведениям. Как отмечает французский социолог М. Крозье, "в современной конкурентной борьбе, в первую очередь, борьба идет не за обладание ресурсами, а за способность к нововведениям". Страны, входящие в мировое технологическое ядро (США, Япония, Германия, Великобритания, Франция), в настоящее время развиваются преимущественно на основе активизации инновационной деятельности. Механизмы приспособления к изменившейся внешней среде, разнообразные преобразования и нововведения рассматриваются в специальной отрасли знания – инноватике

Новшества сделанные в технологии медицины могут оформляться в виде открытий; Организации зачастую приступают к освоению не тщательно продуманного нововведения, а начинают вводить новшество, имея о нем самое смутное представление, уточняя по ходу дела, что же

они внедряют. В результате внедрение новшества часто становится равнозначным "изобретению велосипеда"- внешняя подконтрольность – это степень, в которой организация зависит от внешней среды или несет ответственность перед внешними системами (формами такой зависимости является потребность в заемных средствах, кадрах, потребителях и т.д.). Организации, стремящиеся контролировать свою среду, а не просто приспособливаться к ней, проявляют большую готовность к нововведениям; - резервные ресурсы (финансы, кадры, материалы и т. д.) Очень высокий уровень резервов может даже вызвать необходимость в нововведениях; - организационная структура. К нововведениям надо подходить с достаточной осторожностью, помня, что оно ведет к нарушению устойчивости организации, вызывает внутреннее напряжение, на какое-то время сбивает функционирование, изменяет его параметры. Сохранение стабильности системы возможно через искусное, поэтапное осуществление нововведения, так, чтобы система, меняясь в одних элементах, сохранялась как устойчивое образование во всех других. Особенно это касается тех, кто не имеет медицинских страховок.

Об этом и многом другом мнение профессора университета Джорджа Вашингтона, преподавателя права и политики здравоохранения Тейлора Берка.

– Вы должны избежать ошибок, допущенных в США, – пишет он. – Думаю, что у страны, Республики Казахстан, которая отмечает 20-летие своей независимости, есть возможность построить эффективную систему здравоохранения с разумным соотношением затрат и качества. Но, с другой стороны, зная, что здесь активно развиваются частные медицинские страховые компании, мне кажется, в какой-то момент и Казахстан может столкнуться с такими же проблемами, что и мы, потому что те же

страховщики работают ради извлечения прибыли. – Здравоохранение в США частью отдано в частные руки, есть и муниципальные клиники. – Важно учесть, что в большинстве своем приобретение и продажа медицинских услуг в США – это коммерческая деятельность, осуществляемая частными компаниями с целью извлечения прибыли, но при этом государство предоставляет специальные программы медицинского страхования Medicaid и Medicare для малоимущих и для тех, кому свыше 65 лет. Кроме того, государство обеспечивает бесплатное медобслуживание военнослужащих и пожизненно – ветеранов, участвовавших в различных военных конфликтах. Всего бесплатное медицинское страхование по этим программам охватывает почти 50 миллионов граждан. Для не попавших ни в одну из перечисленных категорий (это от 160 до 180 миллионов человек) есть выбор – либо приобрести медстраховку в частной страховой компании, либо вообще ее не приобретать, и всякий раз, когда требуется медицинская помощь, платить из своего кармана.

Новый закон о здравоохранении, который называют Obama Care, поскольку его инициировал президент, призван изменить многие из существующих ныне принципов в здравоохранении: начиная с 2014 года, каждый американец обязан покупать медицинскую страховку, в противном случае ему грозит штраф.

Пульс народа – А кто сейчас оплачивает страховку, сам работник или работодатель? – По закону работодатели не обязаны предлагать своим работникам медицинскую страховку, но иногда они добровольно идут на частичное покрытие затрат на нее, чтобы привлечь в компанию сотрудников.

Но если работодатель не предлагает страховку, либо ты владелец собственного небольшого бизнеса, либо –

домохозяйка, у которой нет страховки, но получает лечение за счет оплаты других членов семьи – например, мужа, то тогда нужно самостоятельно выходить на рынок страховых услуг.

Здесь есть такой нюанс: если ситуация со здоровьем достаточно рискованная, то страховая премия гораздо выше. Это означает, что кроме ежегодного, достаточно высокого взноса нужно еще доплачивать в случаях, когда болезнь обостряется. Допустим, если счет за медицинские услуги составляет 10 тысяч долларов, то пять из них пациент должен доплатить сам.

– Как быть безработному, который вдруг внезапно заболел, мигранту?

– Отправиться за экстренной помощью в больницу. Кроме этого, есть сеть медицинских центров, получающих финансирование из федерального бюджета. Туда можно обратиться, чтобы получить какие-то базовые медицинские услуги. Они не столь качественны, как в других больницах, но среди нелегальных мигрантов пользуются большой популярностью: в федеральных медицинских центрах при оплате счета не спрашивают документов. В общем, умереть на улице заболевшему человеку не дадут, помощь окажут, но все дело в том, что, если пациенты не оплачивают свои счета, это приводит к повышению цен на медицинские услуги для всего общества. Сейчас расходы на здравоохранение достигают двух триллионов долларов, или 20% от ВВП страны. Все деньги ушли на медицину

– Вы наверняка изучаете опыт и других стран. Где все-таки, с вашей точки зрения, лечат лучше – в Европе или США?

– Твердо убежден, качество оказания медицинских услуг, которые предоставляются в США, намного выше, чем в других странах мира. Инновации, научно-исследовательская работа в области здравоохранения, фармацевтическая индустрия, новые виды терапии, клинические тесты – все это

поставлено на очень высокий уровень. Проблема заключается в доступе к ним. То есть США – прекрасное место для получения качественных медицинских услуг, если ты богатый человек, но если беден, вряд ли попадешь к хорошему врачу. Как я уже сказал, мы тратим на здравоохранение громадную часть нашего ВВП. Однако при этом среди промышленно развитых стран мира занимаем 28-е место по младенческой смертности и 29-е – по продолжительности жизни. Это с таким-то огромным объемом затрат на медицинские услуги – два триллиона долларов!

То есть, если судить о качестве системы здравоохранения по тому, насколько им довольно население, а также по индикаторам, о которых я говорил, то, по моему личному мнению, наилучшая система здравоохранения – в Японии, где низкая младенческая смертность и высокая продолжительность жизни. Но опять же, не нужно забывать о том, что среди промышленно развитых стран мира США – единственное государство, где нет всеобъемлющей государственной системы здравоохранения.

Что в этом хорошего? – Централизованная государственная система здравоохранения, управляемая сверху вниз, основывается на том, что общий риск разделяется всем обществом. В Америке есть такое понятие, как объединенный риск, но при этом в списке приоритетов он не является для населения столь важным, как личная свобода.

У наших граждан есть опасения, что если государство начнет диктовать что-то в области здравоохранения, то же самое оно в скором времени будет делать и в других сферах общественной жизни. А мои сограждане, прежде всего, озабочены сохранением права на личный выбор.

У нас есть программа государственного медицинского страхования Medicare для пожилых людей. Можно, конечно, избавиться от нее и сделать общую программу для всех. Но

при этом часть граждан с консервативными взглядами может заявить: «Я не хочу, чтобы какой-то бюрократ из Вашингтона решал, делать мне операцию или нет. Это должны решать я и мой врач. Поскольку у меня есть деньги, чтобы оплатить дополнительные услуги, я имею на это право».

– Главные недостатки американской медицины, на ваш взгляд?

– Я уже говорил: недоступность качественного медицинского обслуживания для большинства населения. Проблема не в том, что тебе не окажут помощь, а в том, что ты не сможешь оплатить счет, и это отрицательно скажется на твоей кредитной истории. Половина личных банкротств в США связана с неспособностью людей оплатить медицинские счета. Если у тебя плохая кредитная история, ты не сможешь получить кредит в банке, в том числе ипотечный, это может повлиять на трудоустройство.

– А недвижимостью за неуплату медицинских счетов могут отобрать?

– Насильно никто не отберет, но, чтобы сохранить репутацию, человек зачастую сам идет на такой шаг, как продажа жилья. В нашей стране достаточно распространенной является ситуация, когда серьезно заболевшие или нуждающиеся в долгосрочном уходе люди стараются избавиться от денежных средств, от недвижимости, вообще от всех активов, для того, чтобы их доход соответствовал требованиям, предъявляемым государственной программой медицинских услуг для той категории граждан, чей доход ниже принятого уровня. Государство в этом случае обязано оплатить расходы, связанные с проживанием в таком дорогостоящем учреждении как, например, Дом для престарелых. Альтернатива этому – частная страховка, которая тоже предусматривает такие услуги, и еще один вариант – оплата

всех расходов из собственного кармана. Детские дома, дома для инвалидов финансируются государственной медицинской программой для малоимущих. Но, к сожалению, затраты на эти услуги растут так быстро, что на программу Medicaid приходится сейчас до четверти бюджета многих штатов. А чем больше растут расходы на здравоохранение, тем меньше средств выделяется на общественный транспорт, образование и другие проекты. Например, в штате Калифорния недавно пришлось выпустить 80 тыс. заключенных – их не на что содержать. Свобода любой ценой. – Говорят, дороговизна медицинских услуг в Америке обернулась тем, что все население, включая 70-летних стариков, решило «спортом ударить по болячкам». – Я приведу обратный пример: каждый третий американец страдает ожирением. Миллионы моих сограждан убеждены в необходимости здорового образа жизни, но в то же время считают, что каждый человек вправе поступать с собственным организмом так, как считает нужным. Иначе говоря, Америка построена на принципах индивидуализма. – Сколько стоит, например, обращение к хорошему стоматологу? – Ответ на этот вопрос будет зависеть от того, заходишь к врачу без страховки, со страховкой частной компании или со страховкой по одной из государственных программ – расценки на одну и ту же процедуру будут разными. Например, две недели назад я ходил на чистку зубов к своему стоматологу (делаю это раз в полгода), это обошлось мне в 165 долларов. Страховая компания, которой я делаю ежегодный взнос, полностью покрыла эти расходы. Если бы у меня не было страховки, с меня взяли бы гораздо больше. На относительно невысокой цене оказалось то, что направляя к этому врачу очень большое количество клиентов, моя страховая

компания договорилась с ним о более низких ценах для них.  
Галия Шимирбаева, Каз.правда 11. 01 Алматы. 2012 г.

Семинар.

**Тема № 9:** Управление изменениями, организационной культурой.

Доклад: Управление изменениями, организационной культурой

**Содоклад:** Механизм и оптимальный алгоритм управления организационной культурой.

**Вопросы семинара:**

1. Управление изменениями организационной культурой.
2. Характеристика внешних источников изменений.
3. Внутренние источники изменений.
4. Классификация основных видов изменений.
5. Основные объекты изменений.

Рекомендуемая литература:

1. Камерон К., Р. Куинн. Диагностика и изменение организационной культуры / Пер. с англ, под ред. И. В. Андреевой. СПб., 2001.

2. Спивак В.А. Корпоративная культура. – СПб.: Питер, 2001. С. 14-27, 231-244, 251-266.

3. Шейн Э. Организационная культура и лидерство. – СПб.: Питер, 2002. С. 21-63, 301-329.

4. Широкова Г. Управление организационными изменениями. Учебное пособие. СПб. 2005.

5. Андреева Т. Организационные изменения: сравнительный анализ основных подходов // Вестник СПбГУ. Серия «Менеджмент». 2004. Вып. 2.

6. Дихтер С., Гэньон К., Александер А. Как руководить процессом преобразований // Вестник McKinsey. 2002. № 1.

7. Катценбах Д. Истинные лидеры преобразований // Вестник McKinsey. 2002, № 1. С. 163 – 181.
8. Кристенсен К., Рэйнон М. Решение проблемы инноваций в бизнесе. Как создать растущий бизнес и успешно поддерживать его рост. М., 2004.
9. Нельсон Р., Уинтер С. Эволюционная теория экономических изменений. М., 2002.
10. Сенге Питер. Пятая дисциплина. Искусство и практика обучающейся организации. Издательство: Олимп-Бизнес, 2009. 448 с.
11. Стюарт Д. Тренинг организационных изменений. СПб. 2001.
12. Галия Шамирбаева, Каз. правда 11. 01 Алматы. 2012 г.

#### **Тема 10. Управление конфликтами и стрессами в организации.**

##### **10.1. Поведенческие действия менеджера**

Поведенческие действия менеджера MANAGMEMENT Richard L. Daft Vanderbilt University Eighth Edition south-western Thomson Learning 201

В менеджерах с устаревшими стилями управления сочетаются максимальная забота об эффективности производства (девять баллов) с низкой заботой о людях. Руководитель такого типа полагает, что производственные задачи можно решить только в том случае, если люди находятся под контролем, а их деятельность направляется способом, побуждающим выполнять высокие производственные задачи. Это, как правило, педантичный профессионал, заранее знающий, как достичь высокого производственного результата, на достижении которого сосредоточены все его усилия. «Человеческий фактор» отстранен от вмешательства в производственные процессы.

Для менеджера такого типа характерны следующие *поведенческие элементы*:

*Разрешение конфликтов.* Менеджер такого типа в конфликтной ситуации однозначно сообщает подчиненным, что им следует делать. Он ставит знак равенства между неповиновением и различием точек зрения: при разрешении конфликта стремится, в первую очередь, навязать свою точку зрения, отвергая аргументы подчиненных как неприемлемые. Полагая, что его должность автоматически обеспечивает и власть, он произвольно пользуется должностными правами, сообщает подчиненным о том, какая точка зрения является руководящей, и предлагает поступать в соответствии с ней. Менеджер, ориентированный на производственную прибыль, обычно рассматривает проблемную ситуацию как такую, в которой надо обязательно одержать победу над оппонентами. По сути, в разрешении конфликтной ситуации, такой руководитель прибегает к «репрессивным мерам» и ведет борьбу за свои идеи «не на жизнь, а на смерть». Он старается принизить заслуги подчиненных и использует тактику угроз и наказания.

*Инициативность.* Руководитель задает тон всей последующей деятельности подчиненных. Налицо односторонняя реализация инициативы. До сведения подчиненных доводятся команды, задания и инструкции. Поведение менеджера направлено на сохранение собственной инициативы: «Надо, чтобы ты сделал это и так, как я скажу». Такой подход в реализации инициативы основан на трех сомнительных предположениях: регламентация действий подчиненных говорит о силе руководителя; консультации с подчиненными — признак слабости руководителя; люди хотят, чтобы ими управляли.

*Информированность.* Менеджер охотно собирает данные о количественных параметрах и объемных показателях, соответствии производственных процессов графикам и техническим характеристикам. Его кредо «мне нужны факты».

*Критический анализ.* Непременный атрибут поведенческих действий руководителя старого типа — проверка качества выполнения рабочих заданий. Это объясняется тем, что менеджер старого типа стремится знать, работают ли подчиненные так, как он от них этого ожидает. Всю необходимую информацию он получает путем непосредственного наблюдения, проверки исполнения и опроса окружающих.

Поведенческое действие руководителя нового типа можно выразить фразой: «Люди — это не товар, ценность которого можно измерить с помощью шкалы», поэтому мысли и чувства людей играют для него первостепенную роль. Руководствуясь этим правилом, менеджер нового типа старается создать на работе все условия для удовлетворения личных и общественных потребностей работников.

Забывчивость -- эта черта поведения, пожалуй, наиболее характерна для менеджера такого типа. Такие люди бывают очень ненадежными, так как могут не справиться с неприятным для них заданием.

*Инициативность.* Менеджер такого типа всегда готов прийти на помощь другим и многие его решения принимаются, исходя из этого мотива. Он быстро отзывается на инициативные действия подчиненных, стремясь принять участие в них, с целью завоевания авторитета. (Это ложная инициативность, в результате ее формируется псевдоавторитет).

*Информированность.* Руководитель нового типа предпочитает всегда быть в курсе происходящего, что само по себе очень трудно для такого человека, ибо у него может сразу же возникнуть опасение потерять общий язык с подчиненными

из-за многообразия вопросов, которые он должен решить. **Поведенческие действия менеджера типа высокой заботы.** Этот тип управления характеризуется сочетанием высокой заботы о производстве (девять баллов) и о людях (девять баллов). В отличие от прочих руководитель типа высокой заботы основывается на предположении об отсутствии внутреннего противоречия между целями организации и потребностями персонала. Налицо синтез двух приоритетов, их интеграция.

Максимально высокий уровень синтеза этих приоритетов реализуется лишь посредством такого управленческого процесса, который удовлетворяет сформировавшимся потребностям работников и достижению целей в деятельности фирмы.

Менеджер типа высокой заботы избегает защищать свои эгоистические интересы за счет других работников или предприятия в целом. Поступать во имя собственных интересов означало бы потерю искренности в отношении с другими. Поэтому такой менеджер относится к «боссу» точно так же, как к коллегам и подчиненным.

## 10.2. Дополнительные стили управления

К дополнительным стилям управления относятся патернализм, оппортунизм и фасадизм.

**Патернализм (материализм)** — высокая забота. Графически патернализм представлен в виде дуги, соединяющей углы. Такой стиль управления характеризуется сочетанием высокого уровня заботы о производстве с высоким уровнем заботы о людях, дополняющим его. Он не является интеграцией заботы о производстве и заботы о людях, как это характерно для ориентации, а является сочетанием того и другого, и поэтому обозначается как соединяющие. Материализм отличается от патернализма полом (женский)

руководителя. Одна из характеристик руководителя типа соединяющий — великодушный автократ.

*Мотивация.* Удовлетворение выражается в демонстрации того, что этот человек является источником мудрости и знаний для других. Когда подчиненные исполняют ожидания патерналиста в области производства, он их поощряет, ожидая лояльности (оценки достоинств руководителя). В ином случае руководитель считает, что он вкладывает в работу свою душу, а подчиненные не ценят этого. Поэтому в действиях такого руководителя существует тенденция к зависимости подчиненных от его прихотей (желаний), в результате чего они как бы застывают в своем развитии и не стремятся к независимости мышления, суждений, убеждений.

*Преодоление конфликтов.* В условиях управления по типу 9+9 подчиненные учатся думать так, как думает или поступает их руководитель (некоторые даже стараются одеваться также). Это синдром «отцов и детей».

*Разрешение конфликта.* Конфликта можно избежать, если усиливать подчинение посредством похвал и комплиментов, подчиненный начинает ожидать и чувствовать, что похвалы и комплименты ему гарантированы, патерналист может отказаться от дальнейших похвал и комплиментов, показывая свое недовольство. Если подчиненный продолжает противиться подчинению, руководитель может сделать ему замечание, давая понять, что его неправильное поведение замечено. Затем руководитель повторяет требования и обещает поощрение в случае подчинения.

*Устранение конфликта при его возобновлении.* Один из методов ослабления конфликта — отвлечение внимания посредством различных приемов (изменение темы разговора и т.п.)

*Инициатива.* Руководитель проявляет немалую инициативу, чтобы подчиненные смогли ему довериться и выполнять то,

что от них требуется. Руководитель - патерналист считает своим долгом учить людей. В связи с этим он имеет твердые убеждения и активно их пропагандирует.

*Решения.* Руководитель-патерналист является единственным человеком, принимающим решения, которые больше похожи на приказы, однако при этом используются обучение и тренировка подчиненных, руководитель кажется не грубым и жестким, а, наоборот, добрым, мягким.

*Критика (анализ).* Персональная обратная связь является односторонней — от руководителя к подчиненным, он считает подчиненных частью организационной семьи.

Распознать патерналистское поведение руководителя можно по следующим признакам - великодушный диктатор; снисходительный, постоянно дает советы; выполняет обязательства; ожидает слепой лояльности; предъявляет требования; ревностно отстаивает прерогативы; руководит, проявляя вдохновенный энтузиазм; управляет толпой; заставляет чувствовать вину тех, кто с ним не согласен; мучитель; моралист; покровитель; любит поучать; сторонник предписаний; самодовольный; терпим к конфиденциальному высказыванию несогласия, но не терпит публичных возражений.

**Оппортунизм.** Имеет место тогда, когда полагаются на **себя**, не основываясь на определенных принципах. Каждое действие руководителя-оппортуниста осуществляется по «тактическим» причинам и является средством для достижения личного успеха.

Признаки оппортунистического поведения — стремление угодить всем и каждому; надменность по отношению к тем, кто ниже по рангу; стремление привлечь внимание; хвастовство; уклончив в ответах; заискивает перед другими; оказывает внимание, ставя условия; от него трудно добиться обещаний; льстив; знает слабости людей и использует их в своих целях; хвастает знаменитыми знакомыми; заранее

обдумывает каждое действие; обещает все, но выполняет только тогда, когда ему это выгодно; ловкий делец; учтивое отношение к тем, кто выше по рангу, но притеснение тех, кто ниже; предпринимает действия, которые показывают его с хорошей стороны; считает, что очень важно быть первым номером.

**Фасадизм.** Имеет место, когда нужно показать внешнюю сторону явлений и процессов (фасад).

*Мотивация.* Человек избегает раскрывать свои мысли, хотя создает впечатление, что честен и откровенен.

Уловки руководителя-фасадиста могут изменяться, в зависимости от того, что для него выгодно. Основная цель «фасада» — в том, чтобы скрыть стремление к контролю, господству и власти.

Негативная мотивация — в стремлении избежать саморазоблачения путем сокрытия истинных целей; по этой же причине держит в тайне свой опыт и мотивации.

Создатель фасада не только избегает раскрытия своих намерений, но и создает позитивную репутацию, помогающую ему поддерживать обман.

Распознать его поведение позволяют следующие признаки: неясные амбиции; расчет; предпочитает окольные пути; пользуется доверием человека против него; постоянно играет роль, чтобы произвести эффект; хитрость; двурушничество; тайно упивается властью; фальшивый фасад; скрывает истинные намерения; лицемер; уклончив; манипулятор; охотно слушает похвалы, но не выносит критики; чрезмерно развито чувство личной власти; практичный; склонен к обману; дорожит положительной репутацией; нарушает законы, но не хочет быть признан как нарушитель; боится разоблачения.

### **10.3. Управление стрессами в организации.**

*Природа стресса.* Стресс (от лат. - «туго натянуть») — это состояние напряжения, возникающее у человека под

влиянием сильного воздействия. Даже в наиболее прогрессивной и хорошо управляемой организации существуют такие ситуации и условия работы, которые вызывают стресс. Небольшие стрессы — это довольно обычное и часто встречающееся явление (повышенная раздражительность или бессонница перед ответственным событием и т.п.) Незначительные стрессы неизбежны и почти безвредны, но чрезмерное напряжение сил создает большие проблемы для каждого человека и, соответственно, организаций. В связи с этим важно научиться различать допустимую степень проявления стресса и слишком большой стресс, который характеризуется чрезмерным психологическим или физиологическим напряжением. Физиологические признаки стресса — язва желудка, болезнь сердца, астма и т.п.; психологические проявления — раздражительность, потеря аппетита, депрессия. Чрезмерные стрессы снижают работоспособность человека, значительно ухудшают его здоровье.

*Причины стресса.* Основной причиной стрессов являются перемены. Любая, даже позитивная перемена нарушает хрупкий баланс, который мы поддерживаем в своем окружении. Отдельные сотрудники в различных организациях настолько подвержены влиянию стрессовой ситуации, что вынуждены даже оставлять работу.

Если личность находится в состоянии крайнего стресса, то она будет реагировать на ситуацию по признаку «битва или бегство». Синдром «бегства» проявляется тогда, когда человек пытается уйти от угрожающей ситуации; реакция «битвы» позволяет приспособиться к новой окружающей среде.

Когда менеджер признал, что стресс существует, он должен работать над устранением факторов, вызывающих чрезмерный стресс. В связи с этим очень важно знать симптомы стресса. Он может быть вызван факторами,

связанными с работой и деятельностью организации, или событиями личной жизни индивидуума. Выделяют две группы факторов, вызывающих стресс (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Факторы, вызывающие стресс

Организационные	Личностные
Перегрузка	Уход на пенсию
Конфликт ролей	Свадьба (развод)
Неопределенность ролей	Привлечение по суду
Неинтересная работа	Увольнение с работы
	Наказание (выговор)
	Смерть близких людей
	Переход на другую работу
	Потеря средств, вложенных в банк и т.п.

*Организационные факторы.* Широко распространенной причиной стресса в организациях является перегрузка работника, если ему поручено выполнить непомерное количество заданий. В этом случае у него возникает чувство беспокойства, безнадежности и материальных потерь.

Конфликт ролей возникает тогда, когда работнику предъявляют противоречивые требования, бывают ситуации, когда работник, с одной стороны, хочет быть принятым какой-то группой, а с другой — соблюдать требования руководства. В результате душевного разлада у него и возникает ощущение беспокойства и напряжения.

Люди, имеющие более интересную работу, проявляют меньше беспокойства и менее подвержены физическим недомоганиям.

В дополнение к этим факторам стресс может возникнуть и в

результате плохих физических условий работы — из-за холода, недостатка освещения, чрезмерного шума и т.п.

*Личностные факторы.* Разные события в жизни индивида могут быть потенциальной причиной стресса. Наибольшее влияние на человека оказывают смерть родных, развод, болезнь или телесное повреждение, сексуальные аномалии и т.п. Но и положительные факторы, например, свадьба, повышение по службе, выигрыш в лотерею и т.п., могут вызвать даже большой стресс.

Для того, чтобы управлять другими и достигать при этом высокой производительности труда и низкого уровня стрессовых ситуаций, необходимо:

оценивать способности, потребности и склонности работников и попытаться выбрать для них соответствующий объем и вид работы;

разрешать работникам отказываться от выполнения какого-либо задания, если у них есть для этого достаточные основания. Если нужно, чтобы они выполнили именно это задание, надо объяснить им, почему оно имеет важное значение, и установить приоритеты в их работе;

четко описывать конкретные зоны полномочий, ответственности и производственных ожиданий, использовать двустороннюю коммуникацию;

использовать стиль лидерства, соответствующий требованиям ситуации;

обеспечивать надлежащее вознаграждение за эффективную работу;

выступать в роли наставника по отношению к подчиненным, развивать способности и обсуждать с ними сложные вопросы.

Результаты исследований зависимости между стрессами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы позволяют разделить всех людей на две большие группы: с поведением типа лепестков и типа гладиолус. Поведение типа лепестков характеризуется крайне высокой степенью соперничества,

нетерпеливости, агрессивности и преданности работе. Люди с поведением типа гладиолус проявляют эти качества в меньшей степени. Как следствие, они меньше конфликтуют с другими и ведут более сбалансированный и спокойный образ жизни. Люди с поведением типа лепесток чаще страдают заболеваниями, вызываемыми стрессами, чем люди с поведением типа гладиолус. Большинство людей типа лепесток очень энергичны и часто стремятся к занятию руководящих постов. В качестве примера человеком этого типа можно назвать Джона Хабара, старшего вице-президента по медицинскому обслуживанию сети частных клиник *PeaceHealth*. Когда Хабар был назначен ответственным за создание информационной базы данных о заболеваниях местного населения, призванной облегчить лечение пациентов. Он приходил на работу в 6 утра и уходил в 11 вечера, доводя себя до полного нервного и физического истощения, страдал от бессонницы, часто срывался на крик в разговорах с коллегами и, в конце концов, был вынужден взять длительный отпуск, чтобы поправить здоровье и научиться вести более сбалансированный образ жизни. Люди с поведением типа В обычно испытывают меньше стрессов. Стресс на работе может быть вызван целым рядом факторов, причем их воздействие испытывают даже те, кто по своей природе в меньшей степени склонен попадать в стрессовые ситуации.

**Причины стресса на работе.** Работа все чаще становится источником стресса. По данным Всемирного конгресса охраны здоровья и безопасности труда, стрессы на рабочем месте могут представлять не меньшую угрозу здоровью работников, чем работа на вредных химических и биологических производствах. В США число людей, признающих, что они работают слишком много, выросло с 28% в 2001 г. до 44% в 2005 г., а треть американцев, в возрасте от 25 до 39 лет, утверждают, что работа отнимает у них все силы. Стрессоры, связанные с рабочими задачами, возникают из обязанностей, возлагаемых на человека,

занимающего должность. Некоторые типы решений по своей природе связаны со стрессом. Принимаемые в условиях дефицита времени и неполной информации они могут иметь серьезные последствия. Стрессоры, связанные с межличностными взаимодействиями, ассоциируются с отношениями в организации. Хотя в некоторых случаях эти отношения способствуют снижению общего уровня стресса, они могут быть и его источником, например, когда группа оказывает давление на индивида или когда между членами группы возникает конфликт. Организация, стремящаяся использовать максимум способностей своих работников и сохранить конкурентоспособность в современной быстроменяющейся обстановке, никогда не будет свободна от стрессов. Но так как у стресса множество негативных последствий, управление им имеет для менеджеров первостепенное значение. В Великобритании законодатели установили новое требование к созданию для работников нормальной обстановки, помогающей избавляться от стрессов на рабочем месте. К ним относятся: обеспечение здоровых условий работы, наличие у работника необходимой квалификации, а при ее отсутствии — предоставление возможностей обучения, наделение правом предлагать собственные способы выполнения рабочих заданий. Существует много методов, призванных помочь справиться со стрессом. Общая стратегия заключается в том, чтобы вести здоровый образ жизни, регулярно заниматься спортом, иметь достаточно времени для отдыха и правильно питаться. Разумеется, индивиды должны управлять стрессом самостоятельно. Однако лучшие современные компании стараются поддерживать здоровые привычки людей, помогая сотрудникам бороться со стрессом и повышать производительность. Последствия стресса обходятся американским компаниям в миллиарды долларов в год, которые они теряют вследствие болезни работников, снижения

производительности труда, высокой текучести кадров и производственного травматизма. В современных условиях забота о персонале становится как деловой, так и этической нормой. Поддержка выражается в том, что организация регулярно предоставляет работникам перерывы на отдых и отпуск. По данным опроса, проведенного Институтом семьи и работы, более трети всех американских работников не используют положенный отпуск в полном объеме. Такие компании, как *BellSouth*, *FirstUnion* и *TriableCreativeGroup*, имеют специальные «тихие комнаты» или «центры медитации», куда работник может пойти в любое время, чтобы отдохнуть и расслабиться. Подобные перерывы в работе окупаются сторицей, так как по возвращении на рабочее место сотрудник начинает трудиться с удвоенной энергией и свежей головой. Компании разрабатывают и другие программы, призванные помочь снизить уровень стресса и вести более здоровый, сбалансированный образ жизни. Некоторые имеют собственные программы поддержки здоровья, предусматривающие, в частности, возможности получения консультаций врача-диетолога и посещения спортивных залов и бассейнов. Исследование, проведенное по заказу канадского правительства, позволило установить, что на каждый доллар, затраченный на реализацию таких программ, компании получают различных выгод на сумму от \$1,95 до \$3,75. Другие компании стремятся обеспечивать еще более разумный баланс между работой и личной жизнью: вводят гибкие графики и разрешают работать вне офиса, открывают детские сады, тренажерные залы, химчистки и прачечные. Наиболее эффективной практикой многие работники считают *постоянное гибкое расписание*, позволяющее сотруднику работать тогда, когда ему это удобно. Например, такое расписание предусматривает возможность уйти с работы пораньше, чтобы отправиться по магазинам с пожилыми родителями, взять выходной, посетить спектакль в школе у ребенка. Практика

поддержания баланса между личной жизнью и работой помогает менеджерам и компаниям на деле проявить заботу о своем персонале. Кроме того, состояние стресса или спокойной уверенности, неудовлетворенности или высокой трудовой активности в огромной степени зависит от установок менеджера.

#### 10.4. Основные виды темпераментов.

Все работники медицинских учреждений, вне зависимости от занимаемой должности, подразделяются на следующие виды по типу характеров:

*Сангвиник.* Надежен в любой работе, кроме монотонной, однообразной и медлительной. Ему по душе живая, подвижная работа, требующая смекалки и находчивости, целеустремлен, настойчиво и терпеливо добивается цели. Включается в работу, делает ее сравнительно быстро, ритмично. Неудачи и ошибки его не расстраивают. Предпочитает самостоятельность и свободу действий. В отношениях с сангвиником нельзя злоупотреблять длительными поучениями и тщательным объяснением задач. Наиболее эффективно спокойное и корректное отношение к нему.

*Холерик.* Проявляет излишнюю поспешность. Не дослушав объяснения, задает вопросы, стремится все схватить «на лету». В работе старателен и увлечен, но, допустив несколько ошибок и встретив препятствия, может приуныть. При выполнении ответственных действий может возникнуть повышенная напряженность и обостриться чувство ответственности, поэтому нужно побуждать и укреплять в нем уверенность в успехе, не допуская, однако, проявления излишней самоуверенности. Наиболее продуктивен на циклических работах, когда максимальное напряжение сил сменяется более спокойным периодом.

Для ярко выраженного холерика характерно низкое самообладание. Спокойствие и выдержка «охлаждают» его.

Неровное поведение холерика нужно подвергать корректной, но строгой критической оценке.

*Флегматик.* Ему наиболее подходит такая работа, в которой нет быстрых разнообразных движений, а темп работы средний.

Сильные стороны флегматика — усидчивость, выдержка, умение долго сохранять значительное напряжение. Готовится к работе обстоятельно, тщательно и включается сравнительно долго. Наиболее успешно справляется с монотонной, однообразной работой. Настойчив. В обычной обстановке флегматика необходимо поторапливать, но не упрекая в медлительности, а подбадривая и помогая.

В случае упущений с его стороны руководитель может требовать строго и даже жестковато.

*Меланхолик.* Похож на флегматика, однако еще более медлителен, хотя за этим скрывается большая эмоциональность, возбудимость и впечатлительность. Успешно работает в спокойной и безопасной обстановке, не требующей быстрых, ответственных действий. Включается в работу относительно медленно, ритм сохраняет недолго, с «затуханиями». Может отвлекаться в мыслях или на незначительные внешние раздражители, допуская ошибки. Успешно работает в одиночестве, без частых контактов. Большое значение имеет настроение, поэтому руководитель и товарищи по работе должны быть с ним особенно внимательны, чтобы своевременно оказать поддержку и помощь. Только чувствуя такую помощь, меланхолик работает успешно.

#### ***Общая характеристика системы характеров***

Нет плохих и хороших характеров. Все имеют недостатки и достоинства. Как правило, чем ярче и привлекательнее достоинства какого-то характера, тем глубже и серьезнее его недостатки. Например, гипертимный тип характера — это жизнерадостный, энергичный человек с заразительным энтузиазмом, создает замечательный микроклимат. Однако из-за быстрой смены интересов не способен ни одно

серьезное начинание довести до конца. Или, например, сенситивный тип характера — человек психологически легкораним. Ему кажется, что он какой-то не такой, делает все не так и по нескольку раз переделывает работу, «шлифует» ее до идеального блеска. Всю жизнь самосовершенствуется, вырабатывает исключительную настойчивость и трудолюбие.

Нет мужских и женских характеров. Все характеры, в одинаковой мере, свойственны мужчинам и женщинам, хотя поведение одного и того же характера различно (например, в мужском коллективе женщина может вести себя иначе, чем в женском).

Существует несколько типов характеров.

*Истероидный* (показной, демонстративный). Человек с таким характером старается любыми способами обратить на себя внимание. Для этого он не щадит ни сил, ни времени. Его девиз: «все внимание мне».

Благодаря истероидам достигнута значительная часть общественного и научно-технического прогресса. Основным недостатком является спад работоспособности на некоторое время из-за публичного поражения самолюбия. Истероидность нельзя сводить к истеричности, которая проявляется во многих других типах характеров.

*Неустойчивый*. Человек с таким характером строит серьезные, грандиозные планы, но они часто не выполняются. У него глубокая потребность во внешнем жестком управлении его поведением. Иначе говоря, ему нужна жесткая, властная «рука», которая регулировала бы режим труда и отдыха. Человек с таким характером любит рискованную работу. Он неприхотлив, не требует уюта, с удовольствием уезжает в экспедиции, на стройки. Неустойчивый тип личности отказывается от лидерства, предпочитая исполнительские функции. Его девиз — «все за

компанию». За компанию он может совершить и подвиг, и преступление.

*Конформный.* Конформизм — это подсознательное соглашательство в условиях постоянства. Однако, как только среда меняется, такой человек превращается в воинствующего консерватора.

В постоянной среде такой человек очень общителен, добродушен; его любят окружающие. В отличие от неустойчивого типа он обдумывает каждый шаг, не любит риска, реорганизации и перемен. Он хотел бы, чтобы все текло, как вчера и позавчера.

*Гипертимный.* «Гипер» означает сверх, «тима» — себя (интимный — в себе, гипертимный — сверх себя). Если посмотреть на такого человека со стороны, кажется, что он может горы свернуть. Его отличает неиссякаемая энергия, заразительный энтузиазм. Девиз — «все по плечу». Его трудно застать в печальном состоянии — он вечно шутит и смеется, почти не реагирует на малые обиды, косые взгляды, тонкие намеки. Если ему прямо в глаза высказать обиды, он «закипает» и возмущается 20 — 30 минут (очень бурно). Через час обнимает обидчика, не злопамятен. У такого человека независимый характер, он не нуждается ни в чьей опеке. Оценивает себя сам и уверен в правильности своей оценки. В отличие от истероида, (который ждет публичной похвалы за хорошо выполненную работу), гипертим всегда доволен работой, не ожидая ничьей оценки. Это упорная натура: его трудно переубедить. Основной недостаток — быстрая смена интересов.

*Циклоидный.* В основном такой же тип характера, как и гипертим. Однако гипертимная основа этого типа прерывается цикличностью психологической деятельности. Фазы спада активности называют часто «черными неделями».

*Лабильный.* Сходен с гипертимным. Однако спады у человека такого типа носят не циклический, а календарный характер. Их

часто называют состоянием транса: они образуются в случайные моменты времени по слабо мотивированным поводам.

Человек с лабильным характером делит коллектив на друзей и врагов (одни крайности — середины нет). Говорят, если у вас друг лабильный, то вы счастливчик — он ничего не пожалеет для друга. С «врагами» холоден, суров и придирчив, старается от них поскорее избавиться. Его девиз: «друзья» и «враги».

*Сенситивный.* Чувственный тип характера. Сильно развита впечатлительность. Человек с таким характером строит «хрустальную» модель всего происходящего, и малейшее нарушение вызывает большое психологическое напряжение и страдание. Ему кажется, что он не такой, как все. Он предъявляет к себе и другим очень высокие требования и часто выглядит из-за этого «белой вороной». Очень раним, психика слабо защищена. Разборчив в выборе друзей, не любит интенсивного общения.

*Психолого-астенический.* Он формируется на слабой (астено) психике (флегматик-меланхолик). Все реакции имеют малую амплитуду. Его трудно вывести из себя, у него удивительное упорство. Он талантлив в мелкой, кропотливой работе. Его девиз: «никто, кроме меня». Недостатки — полная нерешительность, боязнь ответственности, самоанализ без ограничения.

*Шизоидный.* Скрытный. Никакого отношения к шизофрении не имеет. Обладает замечательными организаторскими способностями. Рано присваивает себе право командовать другими (еще в детском возрасте). Его девиз: «только власть».

*Эпилептоидный* тип. «Бесчувственный». Никакого отношения к эпилепсии не имеет. Действия такого человека граничат с жестокостью. Обладает замечательными творческими способностями, постоянно развивает интеллект. Возглавляет, в основном, творческие организации. Отлично учится. На его долю приходится множество открытий. Девиз эпилептоида: «мне все можно».

## Семинар

Тема 10. Управление конфликтами и стрессами в организации

Доклад: Управление конфликтами и стрессами в организации

Содоклад: Управление стрессами в организации

### **Вопросы семинара:**

1. Проведите самооценку своих лидерских качеств по прилагаемой ниже шкале и обсудите их в «малой» группе. Попробуйте наметить план своего саморазвития.
2. Разработайте модель влияния менеджера на подчиненных с использованием эмоционального и рассудочного влияния.
3. Назовите требования, предъявляемые к современному руководителю.
4. Почему нужно делегировать права, ответственность и власть?
5. Что вы понимаете под балансом власти руководителей и подчиненных?
6. Назовите способы влияния руководителя на подчиненных.

Рекомендуемая литература:

1. Medinfo <http://www.doktor.ru/medinfo>
2. <http://medinfo.home.ml.org> E-mail: [medinfo@mail.admiral.ru](mailto:medinfo@mail.admiral.ru) or [medreferats@usa.net](mailto:medreferats@usa.net) or [pazufu@altern.org](mailto:pazufu@altern.org)
3. FidoNet 2:5030/434 Andrey Novicov - e-mail: [medinfo@mail.admiral.ru](mailto:medinfo@mail.admiral.ru) <http://www.doktor.ru> –
4. MANAGEMENT Richard L. Daft Vanderbilt University Eighth Edition south-western Thomson Learning 2011. Менеджмент.-8-е изд. /Пер. с англ. под ред. С.К.Мордовина.-СПб.: Питер, 2011.-800.:ил.(Серия «Классика МВА»).

5. Кабушкин И.Н. «Менеджмент туризма: Учебное пособие .Мн.-:БГЭУ,1999. -644с.С.3-526».

Тема 11. Менеджмент корпоративной социальной ответственности.

11.1 Предпосылки движения в области социальной ответственности.

Традиционный подход к оценке здоровья населения основывается на оценке ряда показателей: 1. Медико-демографические показатели или показатели естественного движения населения. 2. Смертность общая. 3. Средняя продолжительность предстоящей жизни. 4. Рождаемость, плодовитость. 5. Естественный прирост населения. 6. Брачность. 7. Половозрастная структура населения и др. 8. Показатели заболеваемости. 9. Показатели инвалидности и инвалидизации по группам инвалидности, по возрастным группам и причинам заболеваний. 10. Показатели физического развития населения (антропометрические данные). Развитие общества в целом и отрасли здравоохранения в частности затрагивает множество сторон: доступность образования и медицинской помощи, продолжительность и качество жизни, качество среды обитания, труда, быта, экологические условия, достойную оплату труда, криминальность общества и др. Как измерить столь разные показатели и сравнить их между странами и регионами страны? Наиболее известным является индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) или индекс человеческого развития (ИЧР). Индекс человеческого развития состоит из следующих компонентов: достойный жизненный уровень (душевой ВВП), знания (уровень доступности среднего образования), здоровье и долголетие (средняя продолжительность предстоящей жизни при рождении). Другие известные индексы: 1. Индекс

конкурентоспособности экономик стран 2. Индекс бедности 3. Индекс безопасности проживания 4. Индекс восприятия коррупции и др. Все страны, по которым рассчитывается ИРЧП, подразделяются по уровню развития человеческого потенциала на три группы: 1. Страны с высоким уровнем развития человеческого потенциала (ИРЧП составляет 0,800 и выше) 2. Страны со средним уровнем развития человеческого потенциала (0,500-0,799) 3. Страны с низким уровнем развития человеческого потенциала (менее 0,500).

**Таблица1 Минимальные и максимальные значения ИЧР**

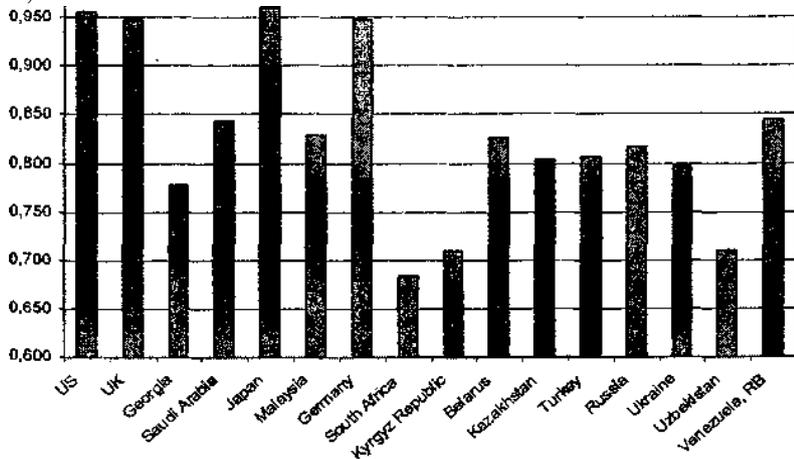
<b>Показатель</b>	<b>Максимальное значение</b>	<b>Минимальное значение</b>
Средняя продолжительность жизни (лет)	85	<b>25</b>
Доля грамотного взрослого населения(%)	100	<b>0</b>
Совокупная доля учащихся (%)	100	<b>0</b>
ВВП на душу населения, долл. США	40 000	<b>100</b>

**Таблица2 Индекс человеческого развития на примере Казахстана**

<b>Показатель</b>	<b>Значение</b>
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	65,8
Доля грамотного взрослого населения (%)	99,5
Совокупная доля учащихся (%)	85

ВВП на душу населения, долл. США	7275
----------------------------------	------

Проблемы переходного периода в рыночную экономику в Казахстане отразились на рейтинге развития страны. В 1990 г. Казахстан занимал положение среди стран с высоким человеческим развитием - 54-е место среди 173 стран в Отчете о глобальном человеческом развитии ПРООН. После этого рейтинг снизился. В 1992 г. в категории «человеческое развитие» он упал до 61 места, затем до минимума - 93-е место - в 1995 г. В отчете о глобальном человеческом развитии (2006 г.) Казахстан занимает 79-е место, достигнув отметки 0,774. В 2009 году индекс человеческого развития составил 0,804, что ставит Казахстан на 82 место из 182 стран мира. Эти данные приведены в представленном в Астане новом докладе ООН о развитии человека. Отмечают, что между 1990 и 2007 годами показатель ИЧР 0,20% ежегодно от 0,778 до 0,804.



*Этот показатель ставит страну на 66-е место из 169 стран по уровню человеческого развития», - сообщил заместитель премьер-министра Ербол Орынбаев, выступая на международной конференции 14 декабря в 2011 году «20 лет*

независимости: качество и перспективы развития человеческого капитала Республики Казахстан». По информации Е. Орынбаева, за период с 1990 по 2010 год ИЧР в Казахстане увеличился на 10% или в среднем на 0,5% в год. Самые высокие показатели по индексу человеческого развития в Астане, сообщил на совещании по развитию столицы Президент Казахстана Нурсултан Назарбаев.

Таблица 3 **Индекс человеческого развития в 2010 году в некоторых странах СНГ**

Страна	Казахстан	Россия	Беларусь	Узбекистан	Украина
ИЧР	0,812	0,828	0,831	0,731	0,802

**Место стран СНГ по ИЧР среди исследуемых стран**

№	Страна	2000	2005	2010
1	Беларусь	56	64	61
2	Россия	60	67	65
3	Казахстан	79	73	66
4	Азербайджан	88	98	67
5	Украина	80	76	69
6	Грузия	81	96	74
7	Армения	76	83	76
8	Туркменистан	87	109	87
9	Молдова	105	111	99
10	Узбекистан	95	113	102
11	Кыргызстан	102	116	109
12	Таджикистан	112	122	112

Индекс конкурентоспособности продукции 2010-2011

Таблица 4

<b>Индекс конкурентоспособности продукции 2010-2011</b>	<b>Место в рейтинге (из 139) стран</b>
---	--

ИКП 2010-2011	<b>72</b>
ИКП 2009-2010	<b>67</b>
ИКП 2008-2009	66
<b>Основные требования</b>	69
Институты	91
Инфраструктура	81
Макроэкономические показатели	26
Здравоохранение и начальное образование	85
Улучшение эффективности	71
Высшее образование и повышение квалификации	65
Эффективность товарного рынка	86
Эффективность рынка труда	21
Развитие финансового рынка	117
Технологическая	82
Размер рынка	55
Инновационные факторы	102
Уровень сложности бизнеса	102
Инновации	101

По представленной таблице видно, что большинство стран СНГ в период за 2000-2010 годы улучшили позиции, поднявшись по рейтингу ИЧР, или остались на уровне 2000 года. Есть несколько стран, которые ухудшили позиции. К ним относятся: Беларусь (56-е место в 2000 году и 61-е в 2010 году), Кыргызстан (соответственно 102-е и 109-е), Россия (60-е и 65-е), Узбекистан (95-е и 102-е). Согласно ПРООН о

человеческом развитии в 2002 году все исследуемые объекты относились к странам со средним уровнем человеческого развития, однако в докладе 2010 года наблюдается более дифференцированная картина. Выделяются страны с высоким уровнем человеческого развития: Беларусь, Россия, Казахстан, Азербайджан, Украина, Грузия, Армения. Остальные относятся к странам со средним уровнем развития человеческого потенциала: Туркменистан, Молдова, Узбекистан, Таджикистан, Кыргызстан. Важен тот факт, что ни одна из стран СНГ не относится к странам с низким уровнем человеческого развития, несмотря на потрясения 90-х годов и кризисы 2000-х. В каком сегменте ИЧР Казахстан может улучшить положение? По доступности среднего образования Казахстан достиг 99,5% ВВП на душу населения, в значительной степени это определяется экспортными ценами на энергоносители, металлы и зерно. Отсюда вывод, что страна может сделать рывок вперед за счет неиспользованных ресурсов здравоохранения, средней продолжительности жизни. Другим известным показателем ранжирования является индекс конкурентоспособности экономик стран. Индекс использует комбинацию многих данных: 1. Качество макроэкономической окружающей среды; 2. Состояние общественных институтов; 3. Уровень технологической готовности; 4. Уровень инфляции; 5. Вовлеченность в получение университетского образования; 6. Доступ к интернету; 7. Количество мобильных телефонов на душу населения и др. В отчете Всемирного экономического форума «Глобальный отчет по конкурентоспособности 2010-2011 гг.» Казахстан занимает 72 позицию. Результат несколько ниже, чем в предыдущие годы. По методике расчета индекса конкурентоспособности выделяют основные факторы - институциональное развитие инфраструктуры, макроэкономическая стабильность, образование, эффективность товарного производства,

трудовых ресурсов, развитие финансовых рынков, технологическое, бизнес - структур, объем рынка и др. Все факторы имеют непосредственное, либо косвенное влияние на успешное развитие малого и среднего бизнеса (МСБ) в стране. Казахстан ставит перед собой стратегическую задачу – в ближайшие десять лет войти в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира. В основе стратегии использование преимуществ региональной и глобальной экономики для выхода на международные рынки за счет повышения конкурентоспособности национальных товаров и услуг. Сегодня процесс реализации внедрения в промышленные отрасли новых технологий становится предметом долгосрочного прогноза. Именно технологическая модернизация способна создать новые товары, услуги и повлиять на конкурентоспособность промышленных предприятий, повышение качества жизни граждан, приблизив его к уровню мировых стандартов (Г.М.Айтымбетова Экономика Здравоохранения 2011г.)

#### 11.2. Основные понятия социальной медицины и мировые тенденции в развитии систем здравоохранения

По мнению большинства ученых и специалистов, здоровье населения и его динамика определяют перспективы развития любого общества. Неравенство в уровне здоровья различных социальных групп должно быть приоритетной озабоченностью менеджмента государства. Меры в области здравоохранения и социального развития должны быть направлены на сокращение неравенства в здоровье и доступности медицинской помощи. Борьба с бедностью провозглашена ВОЗ важнейшей составляющей достижения более высокого уровня здоровья в мире. Разрыв в показателях здоровья населения выражен между странами мира и даже регионами.

Менеджеры должны учитывать эти факторы и оценивать закономерности расслоения населения, которые были определены еще в трудах К. Маркса: «накопление богатства на одном полюсе является в то же время накоплением нищеты, невежества и моральной деградации на противоположном».

Социальная среда (Social environment) - часть окружающей среды, состоящая из взаимодействующих индивидов, групп, институтов, культур и т.д. Общепринято то, что социальное окружение составляют люди, присутствующие во время потребительских решений. Действия потребителей часто не только испытывают влияние окружающих, но и определяются ими.

Окружающая среда (Environment) - среда обитания и деятельности человечества; окружающий человека природный и созданный им материальный мир. Окружающая среда включает природную среду и искусственную (техногенную) среду.

Социальное окружение не всегда поддается контролю специалистов маркетинга, потребление может осуществляться разными субъектами потребителей. Например, оздоровительные программы потребители могут использовать в одиночестве, всей семьей или с группой сотрудников или друзей.

Социальная среда представляет собой совокупность материальных, экономических, социальных, политических и духовных условий существования, формирования и деятельности индивидов и социальных групп. Различают макросреду - социально-экономическую систему в целом, и микросреду - непосредственное социальное окружение. Социальное взаимодействие (интеракция) (Social interaction) - процесс воздействия индивидов, социальных групп или общностей друг на друга в ходе реализации их интересов.

Использование фактора социального окружения в менеджменте невозможно без полноценной социализации человека, являющейся формой включения человека в коллектив. Возможности социализации человека в окружении зависят не только от характеристик окружения, но и от характеристик человека. Взаимодействие человека с организацией всегда широкое и разнообразное.

В социализации важен социальный статус–класс. Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья.

Эта закономерность носит название классового градиента и заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств и наряду с обществами западного экономического типа находит подтверждение в нашем обществе.

Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более высоким уровнем жизненных трудностей и стрессов. Принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья.

Существует ряд теоретических моделей, описывающих влияние культуры на здоровье и отличающихся по соотношению признаваемой значимости биологических, психодинамических и культурных факторов.

В любом сложном современном обществе сосуществуют многообразные культурные “образцы”, в том числе и связанные с болезнью, лечением, сохранением и укреплением здоровья.

### 11.3. Инструменты управления и модели медицинского обслуживания

В менеджменте рассматривается структура, система управления и цели здравоохранения и Министерства здравоохранения и социального развития России, Казахстана, агентств и Федеральных служб системы здравоохранения.

Стратегия развития здравоохранения определена в «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года», проект которой был одобрен в ходе обсуждения в Госдуме РФ в начале 2009 года. Расширенный состав Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, включая заместителей министра Минздравсоцразвития РФ, отметил положения Концепции о системе мер по улучшению финансового обеспечения здравоохранения, формированию здорового образа жизни, модернизации системы обязательного медицинского страхования, перехода от единого социального налога к страховым взносам на ОМС с одновременным повышением тарифа до 5,1 %.

При этом менеджеры и слушатели знают и понимают задачи ВОЗ, структуру и регионы ВОЗ, их достоинства и недостатки. Анализируются ресурсы системы здравоохранения, модели экономического и административного управления ресурсами, роль человеческих ресурсов, система распределения ресурсов.

Слушатели как менеджеры имеют компетенции в управлении через цели, приоритеты, процессы, результаты. Анализируется планирование потребностей в медицинской помощи и социальной помощи.

Рассматривается конкуренция в сфере здравоохранения, управление и ограничение конкуренции, регулирующая роль

государства через законы, лицензирование, бюджетирование, стандарты.

Слушатели свободно ориентируются в положениях служебной этики и медицинской деонтологии. Менеджер должен уметь оценивать эффективность и принимать управленческие решения в сфере управления медицинской помощью.

Даются оценки принципов организации медицинской помощи, рекомендации ВОЗ по принципам развития национального здравоохранения.

Слушатели понимают и знают региональную специфику управления здравоохранения РФ, региональные отличия здоровья и здравоохранения, роль органов власти и администрации в обеспечении населения оптимальным уровнем медицинской помощи в регионах.

Приоритетные национальные проекты, «материнский капитал». Избранные направления – расширение медицинской профилактики. Диспансеризация в современных условиях. Модели рационализации медицинской помощи, дневные стационары. Задачи ограничения доступа непосредственно к врачам, индустриализация и технизация медицинского обслуживания, ориентация на получении прибыли и рынок здоровья, велнесс- индустрия.

Страховки от риска для врача – страхование гражданской ответственности, управление уходом, доставка лекарств и услуг больным разных групп. Утилизация лекарственных средств и продуктов деятельности медицинских учреждений.

Семинар

**Тема 11.** Менеджмент корпоративной социальной ответственности.

**Доклад:** Менеджмент корпоративной социальной ответственности.

**Содоклад:** Инструменты управления и модели медицинского обслуживания.

Вопросы семинара:

1. Международный стандарт SA 8000:2001 «Социальная ответственность».
2. Формы и инструменты реализации корпоративной социальной ответственности.
3. Взаимосвязь менеджмента качества и социальной ответственности бизнеса.
4. Проблемы и перспективы развития корпоративной ответственности в России.
5. Инструменты управления и модели медицинского обслуживания.

Рекомендуемая литература:

1. Благоев Ю. Генезис концепции корпоративной социальной ответственности. // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия «Менеджмент». 2006. - С.3-24.
2. Корпоративная социальная ответственность: управленческий аспект: монография / Под общ. ред. И.Ю. Беляевой, М.А. Эскиндарова. – М.: КНОРУС, 2008.
3. Кричевский Н. А., Гончаров С. Ф. Корпоративная социальная ответственность. М.: Изд-во: Дашков и. Ко, 2007.
4. Меморандум «О принципах корпоративной социальной ответственности». Консолидированная позиция членов Комитета по корпоративной ответственности Ассоциации менеджеров. [www.amr.ru/committee/detail.php?ID=24096](http://www.amr.ru/committee/detail.php?ID=24096).
5. Оксина К.Э. Управление социальным развитием организации : учеб. пособие / К.Э. Оксина. — М.: Флинта: МПСИ, 2007. — 160 с. — (Экономика и управление). Разд. 5, 8-11.

6. Перегудов С.П., Семенов И.С. Корпоративное гражданство как новая форма отношений бизнеса, общества и власти. – М.: ИМЭМО РАН, 2006. – 194 с.
7. Социальная хартия российского бизнеса. <http://www.rspp.ru>
8. Тульчинский Г.Л. Бизнес в России. Проблема социального признания и уважения. – М.: Вершина, 2006.
9. Туркин С. Как выгодно быть добрым: Сделайте свой бизнес социально ответственным. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2007.
10. Учебные материалы, размещенные на портале <http://economist.rudn.ru/>

**Тема 12.** Менеджмент инновационных процессов в организации.

#### 12.1 Менеджмент инновационных процессов

Инновация – это конечный результат внедрения новшества с целью изменения объекта управления, получения экономического, социального, научно-технического, экологического и другого вида эффекта. Новшество – оформленный результат фундаментальных, прикладных исследований, разработок или экспериментальных работ в какой-либо сфере деятельности по повышению ее эффективности. Новшества могут оформляться в виде открытий; изобретений; патентов, товарных знаков; рационализаторских предложений, документации на новый или усовершенствованный продукт, технологию, ноу-хау; понятий; научных подходов или принципов; документа (стандарта, рекомендаций, методики, инструкции и т.п.), результатов маркетинговых исследований и т.д. На взгляд П. Друкера, "инновация – это не изобретение и не открытие. Хотя и то, и другое может иногда потребоваться. К нововведениям надо подходить с достаточной осторожностью, помня, что оно ведет к нарушению устойчивости организации, вызывает внутреннее

напряжение, на какое-то время сбивает функционирование, изменяет его параметры. Сохранение стабильности системы возможно через искусное, поэтапное осуществление нововведения, так, чтобы система, меняясь в одних элементах, сохранялась как устойчивое образование во всех других. Инновационный процесс как системное явление, с точки зрения А. И. Пригожина, может быть разделен на 3 этапа: -обнаружение импульса перемен. Оно происходит на основе анализа поступающей из внешней среды информации; -осознание потребности в изменениях; -преодоление сопротивления переменам. Сопротивление – это первая реакция на изменения, так как людям требуется время, чтобы оценить издержки и выгоды перемен для себя. Психологической основой сопротивления переменам являются привычки и инерция, страх перед неизвестным. Существуют следующие методы уменьшения или полного устранения сопротивления инновациям: правительство Российской Федерации использует программные методы управления. В их основе – система программ и проектов. Выделяют федеральные, президентские, региональные, отраслевые и объектные целевые комплексные программы и проекты. Инновационными проектами являются разработки обновленных или новых изделий и комплексов, технологий, организаций.

12.2. Здравоохранение Сингапура в инновационном подходе  
Сейчас в Сингапуре работает система здравоохранения, ни в чем не уступающая, а кое в чем и превосходящая самые передовые страны. Это невероятная техническая оснащенность, помноженная на высочайший профессионализм врачей, особо внимательное отношение медицинского персонала и первоклассный сервис. Высокое качество медицинских услуг сочетается с более доступными, в сравнении с западноевропейскими клиниками, ценами, что

делает сингапурскую медицину интересной для состоятельных граждан из стран СНГ. Как это ни удивительно, но медицина Сингапура, развившаяся буквально за считанные годы, строилась изначально в строгом соответствии со всеми критериями ВОЗ. Система здравоохранения, возникшая, можно сказать, на пустом месте, является «образцовой» в гораздо большей степени, чем здравоохранение некоторых стран.

Исключительным качеством и уровнем отличаются бытовые условия, созданные для научных работников, а также оплата труда. Неудивительно, что ведущие страны мира в скором времени стали жаловаться на "утечку мозгов" в Сингапур, где сейчас собрались ученые из Европы, Японии, США и России. Всего трудится около 4 тыс. исследователей.

Задачей правительства города-государства было не столько создание сильной научной школы как таковой, а диверсификация экономики, увеличение ее наукоемкости. В 2006 г. объем производства биомедицинских товаров составил 23 млрд. долларов, продемонстрировав беспрецедентный годовой рост в 30%, а в сравнении с 2000 г. - почти в 4 раза. Впрочем, рост вызван не успехами молодой сингапурской науки, а существенными налоговыми льготами и поощрениями, которые в свое время подняли микроэлектронику. Производство в Сингапур перенесли многие гиганты фармацевтики и биотехнологии, чьи исследовательские отделы работают в «Биополисе». Практически с нуля властями была создана точка роста биомедицины мирового уровня. Особая заслуга сингапурцев - дружественная атмосфера, которую подчеркивают все уехавшие туда специалисты. Интересно, что денег на «Биополис» было потрачено немного по зарубежным представлениям - инфраструктура стоила около 580 млн. долларов, госзатраты на науку в год составляют около 600 млн. долларов, плюс 35% частных средств.

Первые закономерные результаты - Сингапур является чуть ли не мировым лидером в сфере исследования стволовых клеток /ЭСК- Экстрагирование стволовых клеток /, применяемых в клеточной терапии для лечения многих тяжелых заболеваний, того же сахарного диабета. Не отстают от него и другие страны Азии. В Китае крупнейшие центры по исследованию стволовых клеток созданы в Пекине и Шанхае, где уже принимают на лечение пациентов из многих стран. В Сеульском национальном университете Кореи разработано 36 линий стволовых клеток, что является одной из крупнейших коллекций в мире. Новый центр по изучению стволовых клеток появился недалеко от Мельбурна в Австралии.

Медицинские службы в Сингапуре функционируют безупречно. Страна становится одним из центров медицинского туризма. В планах - увеличение числа «медицинских туристов» до 1 млн. в 2012 г. Сюда приезжают на обследование, для проведения лазерной хирургии органов зрения, операций на сердце или на головном мозге, пересадки органов, за стоматологической помощью, пластической хирургией, лечением онкологических заболеваний, алкоголизма и наркомании, предлагая пациентам возможность пройти самое полное стационарное лечение. Калькуляцию на обследование, операции, консервативное лечение, реабилитацию составляют индивидуально, в зависимости от конкретного заболевания.

Клиники считаются самыми лучшими в мире. Основной принцип работы - предоставление широкого спектра медицинских услуг высочайшего качества. Лечение очень комфортно, огромное внимание уделяется реабилитации. Как и в Европе, считается, что она составляет половину, если не больше, успеха. В клиниках предусмотрено наличие чрезвычайно компетентного штата медсестер, которые отличаются высочайшим уровнем подготовки, даже дающим

право назначать или отменять лекарство. Нелишним будет упомянуть и невероятную техническую оснащенность сингапурских лечебных учреждений - в Европе такая встречается не везде.

Еще одно немаловажное преимущество. Помимо прогресса в биомедицине, современного оборудования, передовых технологий, важную роль играет уровень безопасности и надежности. Этими вопросами занимается специальная организация, контролирующая качество, безопасность и эффективность медицинских препаратов, техники и используемого оборудования. Препараты, как и все новое, тщательно проверяются. Центры по переливанию крови проходят регулярную проверку, банк крови использует исключительно качественную кровь - одну из самых безопасных в мире.

Но и это еще не все. Сингапур в 2006 - 2007 г. г.

На базе Общесоматического госпиталя открыт первый в мире интегрированный неврологический центр, оснащенный оборудованием для проведения интраоперационной магнитно-резонансной томографии, высокоточной радиохирургии и передовым визуализирующим оборудованием, применимым в онкологии, нейрохирургии, отоларингологии и ортопедической хирургии. Центр основан на цифровых технологиях. Впервые обширная сфера новейших разработок в оказании медицинской помощи сконцентрирована в одном месте и связана цифровыми технологиями воедино. Инфраструктура обеспечивает быстрый доступ врача к любой информации - от диагностики до реабилитации, который позволит принимать более успешные решения и легко комбинировать различные виды лечения.

Новое лечебное учреждение получило наименование Неврологического интегрированного операционного центра и носит имя организатора фонда, который финансировал его

в процессе создания. Он возник под эгидой крупнейшей медицинской организации в Сингапуре – Sing Health и Brain LAB AG - мирового лидера в области систем программного обеспечения для прицельного, минимально - инвазивного лечения. Общесоматический госпиталь и Неврологический центр стали первыми в мире учреждениями, где применена так называемая "система интеллектуального лечения" из 5 уровней. Его можно назвать больницей будущего. Он подразумевает полностью интегрированные, оптимизированные для рабочего процесса операционные, совмещающие т.н. контролируемую хирургию и интраоперационное изображение, визуализацию и технологию управления данными на всех этапах. В центре есть магнитно-резонансный сканер "Сименс", система для компьютерной томографии, цифровая рентгеновская установка, радиохирургическая система "Новалис" и т.д. Данные о пациенте, операции, во всей ее динамике усилены мощнейшей видео-поддержкой и возможностью не только попутной мгновенной консультации с любыми специалистами, но и чрезвычайно эффективным обучением студентов в режиме реального времени. В Сингапуре не так много больниц, но уровень их потрясает.

Общесоматический госпиталь является национальным справочным центром, а также центром медицинского образования и исследования инновационных методов лечения. В нем 1600 коек, пять национальных специализированных центров дают возможность обращения к врачам 35 специальностей. Об уровне здравоохранения красноречивее всего скажет небольшой факт: ежедневно врачи отправляют СМС родным и близким пациента, в которых сообщают общее состояние больного, ход лечения и напоминание о назначениях. Это помимо посещений родственниками больного в больнице. Новая система СМС - сообщений будет оповещать и самих пациентов: теперь им

не придется сидеть в очереди на прием. Как только пациент окажется в числе первых на прием - он получит соответствующее СМС на телефон и посетит больницу.

О системе здравоохранения.

Сингапур – прекрасное место для жизни: по рейтингу Всемирной организации здравоохранения страна занимает шестое место в мире и первое в Азии по качеству медицинских услуг для населения. При этом государство тратит на нужды здравоохранения всего 4% ВВП – существенно меньше, чем другие развитые страны.

Секрета никакого нет: вместо того, чтобы развивать сеть государственных клиник и больниц и тратить бюджетные деньги на их содержание, правительство субсидирует конечное потребление медицинских услуг. Размер субсидий для малоимущих слоев населения доходит до 80%, медицинские услуги более высокого качества субсидируются в меньшей степени – на 40-60% и ниже. Обслуживание класса «А» в государственных больницах не субсидируется совсем. Существуют специальные накопительные программы медицинского страхования (Medisave, MediShield, ElderShield, MediFund), отчисления на их счета производят все работающие жители и их работодатели.

Стоит, однако, отметить, что на субсидии и участие в правительственных программах могут претендовать исключительно граждане Сингапура (SingaporeCitizens) или permanentresidents – лица, имеющие вид на жительство. Все остальные, независимо от того, сколько времени живут здесь, считаются иностранцами и оплачивают полную стоимость медицинских услуг, которыми пользуются. И если поход к частному доктору по поводу банальной простуды стоит около 100 долларов, то серьезные операции обходятся в тысячи и десятки тысяч сингапурских долларов.

В государственных поликлиниках и медицинских центрах под одной крышей собраны представители разных

специальностей. Государственных больниц всего семь, из них 5 - общего профиля, одна – психиатрическая, и одна – женская и детская больница. Еще 13 больниц являются коммерческими предприятиями со 100%-ным государственным участием. Остальные 9 – частные предприятия. Поликлиники – одни из немногих государственных медицинских учреждений. Их всего 18, по

одной на каждый, более-менее, значительный жилой район. А вот аптек, отдельно выделенных, почти нет. Те, которые называют себя «Pharmasu», торгуют средствами гигиены, косметикой, подгузниками и витаминами. В них даже есть отделы, где отпускают лекарства по рецепту. Лекарства, продающиеся без рецепта, можно купить в супермаркетах. Настоящие лекарственные средства продаст врач клиники в дополнение к счету за услуги. Кроме клиник, больниц и поликлиник, б



национальных центров, специализирующихся на лечении раковых заболеваний, болезней сердца, глаз, кожи, невропатологии и стоматологии.

Сингапур – одно из немногих государств, где успешно борются с раком, особенно у детей разного возраста. Глазная и сердечно-сосудистая хирургия привлекают пациентов со

всего мира. Отдельную статью составляют беременные женщины, прибывающие на роды. Причем приезжают не только из соседних стран, но и, например, из России. Для будущих мам предусмотрена специальная долгосрочная виза. Однако срок рассмотрения заявления составляет 4-6 недель; видимо, предполагается, что беременные женщины прибывают задолго до родов. Рассказ был бы неполным без упоминания восточной медицины. Аюрведа, китайская медицина, тайский массаж, традиционные медицинские практики Кореи и Японии широко представлены в Сингапуре. Система здравоохранения состоит из государственных и частных медицинских и профилактических учреждений. На протяжении ряда лет министерство здравоохранения следует принципу обеспечения качественных и доступных основных медицинских услуг для всех граждан. Постоянно улучшаемая система здравоохранения получила признание на международном уровне.

**Философия** здравоохранения. Сингапурское здравоохранение начинается с обеспечения здоровья населения с помощью профилактических программ здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни.

**Первичная медицинская помощь.** Первичная медико-санитарная помощь включает превентивные меры здравоохранения и санитарного просвещения. Частные практикующие специалисты обеспечивают 80% первичных медицинских услуг, в то время как правительственные поликлиники обслуживают оставшиеся 20%. В государственных больницах финансирование на 80% дороже. На острове есть сеть из 18 амбулаторных поликлиник и 2000 частных медицинских клиник. Каждая поликлиника субсидируется из единого медицинского центра, обеспечивая

амбулаторное лечение, последующее лечение для выписавшихся, иммунизацию, медицинские осмотры и образование, следственные учреждения и аптеки. Нуждающиеся пожилые люди могут получить дополнительную помощь по PCPS-программе (для тех, кто не может приехать в поликлиники).

**Стационарное лечение.**

7 государственных больниц общего профиля обеспечивают население в стационарных и амбулаторных услугах специалистов, а также 24-часовое отделение неотложной помощи. 75% государственных больничных коек в значительной степени субсидируются.

**Бюджет.**

В 2005 году Сингапур выделил около \$ 7,6 млрд. или 3,8% ВВП на здравоохранение. Правительство израсходовало 1,8 млрд. долл. США или 0,9% ВВП на здравоохранение. Через представительство в Барнауле есть возможность организовать диагностику и лечение любого заболевания на Сингапур – город будущего. Здесь появляются и применяются новейшие технологии. Диагностические аппараты, установленные в медицинских центрах, позволяют обнаружить заболевание на стадии его появления и выявляют существующие риски.

Врачи международных центров – специалисты высочайшего класса, в течение многих лет они обучались в престижных университетах США и Европы. самых ранних стадиях на современном

оборудовании.



### Семинар

**Тема12. Менеджмент инновационных процессов в организации.**

**Доклад: Менеджмент инновационных процессов в организации**

**Содоклад: Здравоохранение Сингапура в инновационном подходе**

### Вопросы семинара:

1. Инновационный уровень менеджмента.
2. Параллельно-последовательное и дискретно-непрерывное развитие этапов инновационной деятельности.
3. Жизненный цикл нововведения.

4. Государственное регулирование инновационной деятельности.
5. Социально-экономическая оценка эффективности инновационных проектов.
6. Здравоохранение Сингапура.

Рекомендуемая литература:

1. Албегова И.Ф. Социальная инновация // Уч. пособие. - Ярославль, ЯрГУ им. П.Г. Демидова, 2005.
2. Дружинин Е. Кортьева Н. Менеджер – инноватор: от идеи к ее реализации//Управление персоналом, 2000, №1, С.48-53.
3. Инновационный менеджмент. / Под ред. С.Д. Ильенковой. Москва.: ЮНИТИ, 2007. -335 с.
4. [http://www.mas.gov.sg/fi\\_directory/index.html](http://www.mas.gov.sg/fi_directory/index.html). Центр "Многая Лета"
5. Пригожин А.И. Управленческие нововведения: неопознанные ресурсы//Управление персоналом. 2000, № 1.
- 6.Фатхутдинов Р.А. Инновационный менеджмент как система повышения конкурентоспособности//Управление персоналом,2000,№1,С.29-39

### **Тема 13. Модели и методы организационного развития.**

#### 13.1 Модели организационного развития

Сущность концепции организационного развития заключается в составлении планов организационного развития. Цели организационного развития: изменение отношения к работе сотрудников коллектива, модификация поведения согласно новым требованиям происходит через стимулирование к изменениям в структуре и политике работы самих сотрудников.

Базовые характеристики процесса организационного развития носят плановый характер. Долгосрочность реализация плановых мероприятий, системность и последовательность в исполнении поставленных

технологических медицинских лечений, своевременное решение проблемных вопросов возникших в ходе лечения, что невозможно реализовать без активности менеджеров, на работе.

Циклы развития бизнеса бывают следующими: от возникновения идей новой медицинской технологии аналогичной зарубежной и усовершенствованной с учетом отдельных недостатков и притворение их в жизнь. Например, в Казахстане строительство нового современного детского перинатального, нейрохирургического и других центров. Такие, но отделения были и ранее, работали при республиканской клинической больнице, при больнице правительства республики в Казахстане, а более современные с учетом последних мировых достижений - впервые. В каждой медицинской организации бывают этапы роста, развития и кризиса организации. Мне, бывшему заместителю директора по экономическим вопросам Республиканского НИИ кардиохирургии в Алматы, в 1991-1992 г.г., на практике приходилось наблюдать, как организация росла при Советском Союзе, продолжала развиваться после получения независимости республикой, и в связи с переносом столицы в Астану в 1997 г., и строительстве новой Республиканской клинической больницы и центра кардиохирургии в городе Астане, она в Алматы стала сдавать свои позиции по количеству проведенных операций на сердце в 2011-2012 годы. Организация как биологическое существо, как общество имеет те же периоды зарождения, роста, развития, кризиса и упадка.

Одна из моделей организационного развития медицинских учреждений была показана в предыдущей теме, на примере Сингапура. В развитии модели и методов организационного роста немаловажную роль играет медицинский маркетинг.

### 13.2. Управление маркетингом в здравоохранении

- это комплексная деятельность специалистов по организации производства, сбыта и реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей больных с учетом выявленного ранее спроса и возможной прибыли. В структуре маркетинга здравоохранения важным элементом является понятие потребности больных..

Потребность - это определенный вид нуждаемости (физиологической, социальной, личностно-потребительской) с учетом особенностей образа жизни, культурного уровня и психологической ориентации личности больного.

Запрос - это потребность, подкрепленная покупательской способностью больного.

Предложение (товар, удовлетворение потребности) – это медицинские услуги, предлагаемые с учетом покупательского спроса и стоимости.

Маркетинговые услуги позволяют реализовать товар (услугу) в тех случаях, когда определена потребность населения, если услуга имеет преимущественное качество и удовлетворяющую обе стороны цену. Маркетинг здравоохранения может позволить реализовать услугу (товар) посредством обмена.

Сделка - коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Условия сделки, помимо общего согласия, должны определяться законодательством.

Рынок - совокупность существующих и потенциальных покупателей товара (рынок товара, услуг, трудовых ресурсов и т.д.) Рынок медицинских услуг - это совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебного воздействия и профилактики. В плане маркетинга здравоохранения любого медицинского учреждения должны быть предусмотрены следующие вопросы:

1. Какова ситуация с наличием услуг (товара) среди определенной группы больных или на определенной территории населения?
2. Каков спрос на данный вид услуг (товар)?
3. Каковы производственные и транспортные затраты на оказание и доставку товара (реализацию услуг), то есть, себестоимость?
4. Какова потребительская стоимость товара (услуг) на местном рынке?
5. Какова покупательская способность населения?
6. Каковы выигрышные, предпочтительные стороны предлагаемой продукции (или услуг), по сравнению с существующими медицинскими услугами на рынке?
7. Имеются ли медицинские, маркетинговые, психологические и рекламные условия для воздействия на потребности больных?

Для медицинских услуг применяются иногда монопольные цены (устанавливаются производителем); номинальные - с учетом себестоимости и минимальной прибыльности; оптовые (для организаций отпускается большое количество товара со значительной скидкой); розничные (в магазине) с учетом допустимых наценок и выгоды продающей организации (продавца); рыночные (равные розничным) определяются группой продающих субъектов с учетом общей выгоды; скользящие (устанавливаются с учетом различных условий); постоянные (определяются государством, ассоциациями потребителей, договорами).

Существуют специальные сокращенные названия цен. Например, "сиф" - цена (стоимость товара, медицинских услуг, включая переезд специалистов к потребителю - больному); фоб - цена - доставка товара, лекарства к потребителю; франко - цена включает стоимость товара, транспортные расходы, затраты на погрузку, отправку лекарств, охрану, хранение.

Одним из главных правил маркетинговой деятельности является многоканальность сбыта и реализации товара медицинских услуг. Наличие многих групп потребителей медицинских услуг разного пола, возраста, социального положения, заинтересованных в данном виде услуг, может поддерживаться на основе постоянного психологического воздействия на потребителя (реклама). Как в настоящее время продвигают лекарства.

Медицинские услуги, как и любой товар, имеют стадии жизненного цикла, знание которых важно в маркетинге:

1. Стадия введения услуги на рынок.
2. Стадия роста потребности.
3. Стадия зрелости и насыщения.
4. Стадия упадка потребности.

Существуют 3 типа маркетингового контроля: контроль исполнения годового плана, контроль прибыльности и контроль исполнения стратегических установок.

Стратегия маркетинга (поведение на медицинском рынке) подразделяется на стратегии в отношении продукта (услуги) и стратегии в отношении рынка. Направлениями стратегии маркетинга для медицинских учреждений могут быть следующие:

1. Повышение качества потребительских свойств товара (услуги). Например, для центров ГСЭН - это использование приборов с высокой разрешающей способностью и точностью для оценки состояния окружающей среды, экспресс-методика.
2. Надежность изделия, его гарантированное обслуживание и ремонт.
3. Престижность медицинской организации и закрепление ее в качестве лидера по данной услуге, производству.
4. Продажа товара (услуг) с сопутствующими нужными услугами.

5. Наличие новизны, повышающей узнаваемость продукта, улучшающей возможность использования и эстетическое восприятие, усиливающей эффективность и др.

Одним из видов стратегии в современном здравоохранении должна стать стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, блокадников, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.) В коммерческой деятельности обязательно должна быть предусмотрена программа спонсорства, бесплатности, снижения цен, благотворительности, честности, этической направленности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и, в конечном счете, медицинский и экономический эффект.

Успешному осуществлению реформ в здравоохранении может способствовать внедрение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждениями здравоохранения. Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца.

### 13.3. Механизм образования формальных и неформальных организаций в медицинской организации.

Группы людей, созданные по воле руководства для достижения целей организации, называются *формальными*. Первейшей их функцией является выполнение конкретных задач и достижение целей организации. Отношения между людьми регулируются различными нормативными документами: законами, постановлениями, приказами, распоряжениями и т.д.

Стихийно образовавшаяся группа людей, вступивших в регулярное взаимодействие для достижения определенных целей (цели), признается неформальной группой (организацией).

Взаимодействие порождает чувства, из чувств рождается консенсус. Взаимодействие людей и составляет базис неформальной организации.

*Неформальная группа может работать на вас или против вас. Как заставить ее работать на вас?* Для этого необходимо выполнить следующие условия:

менеджер должен согласиться с тем фактом, что неформальная организация существует;

нужно попытаться понять, насколько неформальная организация может быть ценной, чтобы помочь менеджеру достичь своих целей;

надо выявить неформальных лидеров и попробовать управлять ими;

необходимо попытаться объединить цели неформальной и формальной организаций.

Причины, побуждающие людей вступать в неформальные отношения, можно сгруппировать следующим образом:

*чувство принадлежности.* Удовлетворение потребности в чувстве принадлежности — одна из самых сильных эмоциональных потребностей.

Неформальный лидер выполняет две первостепенные функции: помогает группе в достижении целей, поддерживает и укрепляет ее существование.

Существование неформальных групп в организации — вполне нормальное явление. Они чаще всего укрепляют трудовой коллектив, и формальный руководитель организации должен их поддерживать. Так, например, фирма «Коргинг гласе» (США) установила в здании эскалаторы (вместо лифтов), чтобы увеличить возможность неформальных контактов между сотрудниками; фирма «МММ» (США) организует клубы с целью повышения вероятности случайных бесед,

способствующих решению проблем. Все это усиливает чувство причастности к коллективу.

#### 13.4. Трансляционная медицина: из прошлого в современные тенденции и будущее

Эффективность системы здравоохранения определяется уровнем развития науки и технологий, а также возможностью внедрения результатов фундаментальных наук в рутинную практику врача. На этом принципе основана новая научно-практическая дисциплина – трансляционная медицина. Эта научно-практическая дисциплина, объединяющая фундаментальную науку, фармацевтическую индустрию и практическое здравоохранение в единое динамическое пространство для эффективного использования результатов научных поисков в ежедневной практике врача с соблюдением принципов доказательной медицины, правил этики и законов.

Это связано с тем, что современная медико-биологическая наука внедрилась во все сферы нашей жизни: здоровье, еда, фармацевтика, криминалистика, обороноспособность страны, среда, где мы обитаем, в общем везде. Самые выдающиеся достижения этой отрасли - прочтение структуры ДНК, расшифровка генома человека и клонирование Долли. Она развивается семимильными шагами, скорость потока информации в этой сфере – космическая, что требует нового подхода менеджмента системы здравоохранения и медико-биологической науки в целом. Поэтому при дальнейшем развитии системы здравоохранения, с внедрением наукоемких технологий во все ее сферы, возникает необходимость в менеджменте и в подготовке специалистов по трансляционной медицине.

Мы можем найти примеры у таких великих врачей-ученых, внесших огромный вклад в развитие

медицины как Гиппократ, Гален, Цельс, Авиценна, которые в своих трактатах смогли транслировать все научные достижения и результаты клинического наблюдения в медицинскую практику.

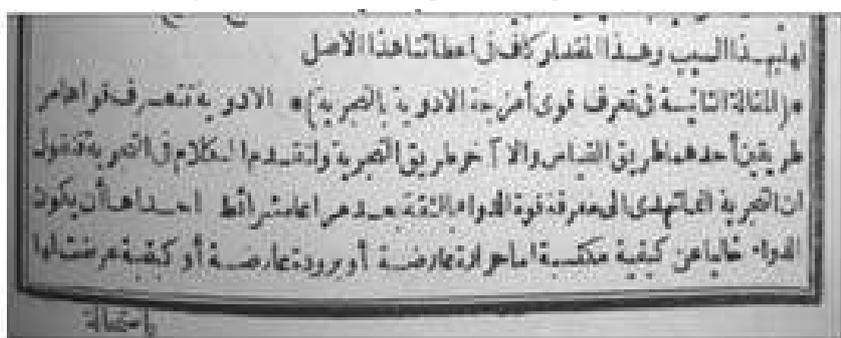


Например, Гиппократ и древнеримский ученый-энциклопедист и врач Корнелий Цельс описали разные виды кондилом в соответствии с их схожестью с разными растениями и муравейником. Описание клинических проявлений кондилом Гиппократом и Цельсом: кондилوماتозные образования наружных половых органов схожих схожих с зернами и растением «Thymuscapitatus», опухоль Бушке-Левенштейна [Елисеева и соавтор, 2001г.] напоминает «Муравейник» Цельса, а «Человек дерево» [<http://www.news-to-you.com>]- «Ficussycomorus».

Причем принцип лечения кондилом и бородавок в целом остается таким же, как его описал в свое время Цельс в трактате “О медицине” . В его работе просматривались все разновидности генитальных кондилом и кожных бородавок, особенности их клинического течения, возможность спонтанной их элиминации и рецидивирования. Главным в

лечении он считал удаление, соскабливание или прижигание. Большинство кондилом он рекомендовал прижигать с помощью различных едких растворов, например, золы из винного осадка, а для кондилом типа тугтесиа использовать квасцы и красный мышьяк (ароматическую смолу, добываемую из трещин в коре хвойного североафриканского дерева). При этом здоровую кожу вокруг кондилом следовало защищать путем обкладывания листьями и завершать процедуру прикладыванием каши из чечевичной муки.

В средние века огромный вклад в медицинскую науку и практику внесли арабские ученые и врачи. Канон врачебной науки Авиценны стал учебным пособием на многие века. Проведение экспериментов на животных для оценки эффективности хирургического вмешательства впервые предпринято Авиценной в 10 веке, о чем свидетельствует текст из его трактата (рис.1).

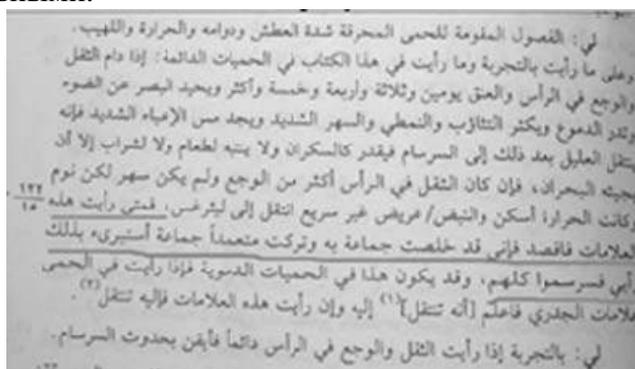


*Рис.1. Текст из трактата Авиценны, свидетельствующий о наблюдении за домашним животным после трахеостомии [Abdel-Hadim, 2011].*

Предшественник Авиценны, величайший врачеватель, хирург своего времени Аль-Рази (Rhazes) изучал

безопасность применения ртути на обезьянах, о чем свидетельствует текст из древнего трактата (рис.2).

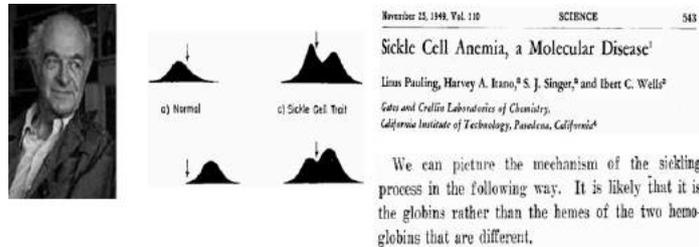
В средние века арабские ученые сформулировали основные принципы клинических испытаний лекарственных средств, об этом говорят способы применения и наблюдения за больными.



**Рис.2.** Текст из манускрипта Аль-Рази по применению ртути у обезьян [Abdel-Hadim, 2011].

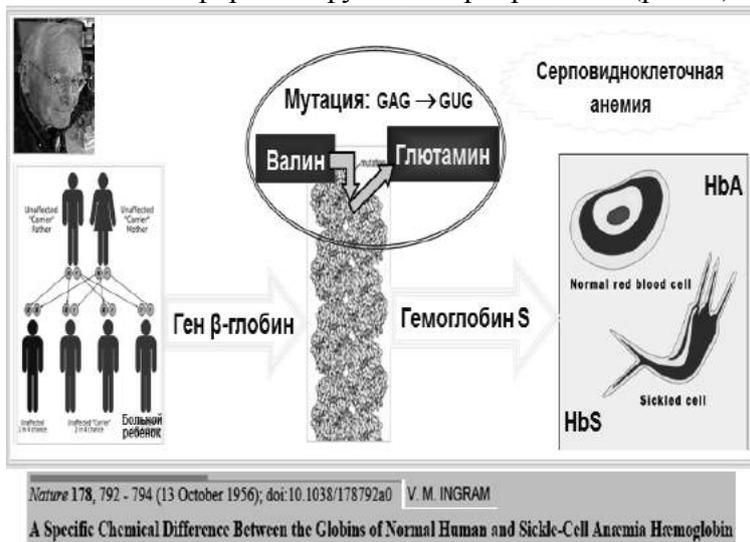
Основоположниками современной молекулярной медицины являются химик-кристаллограф Лайнус Полинг и биолог Вернон Инграм.

Так Лайнус Полинг в 1949 году, путем изучения химических свойств эритроцитов у больных с серповидно-клеточной анемией доказал, что причиной заболевания являются молекулярные изменения в структуре гемоглобина эритроцитов (рис.3). При этом, он полагал, что изменение формы эритроцитов - образование серповидных форм, происходит за счет различия белкового компонента гемоглобина.



**Рис. 3.** Лайнус Полинг - американский химик, кристаллограф, лауреат двух Нобелевских премий и его статья о серповидно-клеточной анемии. Он считается главным или первым химиком XX столетия за универсальность его вклада в науку и является пионером по применению квантового механизма в химии, за что получил первую Нобелевскую премию в 1954 году и вторую за мир в 1962 году.

В дальнейшем Вернон Инграм - американский биолог немецкого происхождения смог представить изменения в гемоглобине при серповидно-клеточной анемии вследствие мутации гена 'GAG' на 'GUG', что сопровождается заменой аминокислоты валина глютамином. Это приводит к изменению формы и функции эритроцитов (рис. 4).



**Рис. 4.** Вернон Инграм и принцип его открытия.

Если родители - носители мутации, то из 4 детей один рождается здоровым, один больным и двое являются носителями мутации. Эти работы и открытия структуры ДНК являются началом новой эпохи в медицине и поворотным пунктом развития цивилизации (рис.5).

### ПОВОРОТНЫЙ ПУНКТ НАШЕЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ



**Crick F**

**A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid**  
J. D. Watson and F. H. C. Crick (1)  
April 25, 1953 (2), *Nature* (3), 171, 737-738

Структура двойной спирали ДНК была предложена Френсисом Криком и Джеймсом Уотсоном в 1953 году на основании рентгеноструктурных данных, согласно которым в каждой молекуле ДНК соблюдаются строгие соотношения, связывающие между собой количество азотистых оснований разных типов



**Figure 1**  
This figure is purely diagrammatic (8). The two ribbons symbolize the two phosphate-sugar chains, and the horizontal rods the pairs of bases holding the chains together. The vertical line marks the fibre axis.



**Watson J**

**Nobel Prize, 1962 Physiology or medicine**  
Francis Crick, James Watson, Maurice Wilkins

*Рис.5. Поворотный пункт нашей цивилизации.*

Человечество с древних времен применяло принципы биотехнологии в подготовке и хранении пищевых продуктов, например в виноделии, пивоварении, хлебопечении и других продуктах. Термин «биотехнология» в 1917 г. впервые применен венгерским инженером Карлом Эреки и является дисциплиной, изучающей возможности использования живых организмов, их систем или продуктов их жизнедеятельности для решения технологических задач, а также возможности создания живых организмов с необходимыми свойствами методом геной инженерии. С развитием науки и технологии сфера применения биотехнологии неуклонно расширяется.

Становление биотехнологии, охватывающей все стороны нашей жизни как научно-практической дисциплины, связано с именами великих ученых и изобретателей Антони ван Левенгука, Грегора Менделя, Эдварда Дженнера, Луи Пастера. Рис.7. Основа генетики заложена в работах Менделя, вакцинация впервые выполнена Дженнером. В свою очередь Луи Пастер - основоположник современной микробиологии и иммунологии - создал научную основу биотехнологии.



**Рис.6.** Ученые и изобретатели, внесшие вклад в развитие биотехнологии как научно-практической дисциплины.

Первую Нобелевскую премию в 1901 году получил Эмиль фон Беринг за работу по сывороточной терапии, главным образом, за ее применение при лечении дифтерии, что открыло новые пути в медицинской науке и дало в руки врачей победоносное оружие против болезни и смерти (рис. 7).



**Рис.7.** Первый Нобелевский лауреат - немецкий ученый Эмиль фон Беринг (1854 –1917).

В дальнейшем ряд выдающихся открытий ученых внес огромный вклад в развитие биотехнологии и медико-биологических наук, которые были отмечены Нобелевской премией:

✚ роль генов в специфических биохимических процессах и генетической рекомбинации и организации

генетического материала у бактерий (Джордж Бидл и Эдуард Тейтем и Джошуа Ледерберг, 1958);

✚ механизм биологического синтеза РНК и ДНК (Северо Очоа и Артур Корнберг, 1959);

✚ молекулярная структура нуклеиновых кислот и их значение для передачи информации в живой материи (Фрэнсис Крик, Джеймс Дьюи Уотсон и Морис Уилкинс, 1962);

✚ расшифровка генетического кода и его роль в синтезе белков: аминокислоты включаются в белковую цепь в необходимой последовательности (Роберт Холл, Гобинд Корана и Маршалл Ниренберг, 1968);

✚ за открытия, касающиеся механизма репликации и генетической структуры вирусов (Макс Людвиг Хеннинг Дельбрюк, Алфред Дей Херши и Сальва-дор Эдуард Лурия, 1969). Они выявили возможность обмена генетической информацией между двумя различными линиями бактериофагов. Этот феномен, названный “генетической рекомбинацией”, был первым экспериментальным доказательством рекомбинации ДНК в вирусах. В результате возникло новое направление генетики - гибридизация – это процесс образования или получения гибридов, в основе которого лежит объединение генетического материала разных клеток в одной клетке.

Многие ученые получили Нобелевские премии за разработки технологии диагностических методов, принципов работы генетического материала и лечебных препаратов.

Немаловажным открытием для прогресса медико-биологической науки и биотехнологии является технология



**Александр ФЛЕМИНГ**   **Эрнст ЧЕЙН**   **Хоуард ФЛОРИ**  
1881—1955   1906—1979   1898—1968



**Ермольева**  
**Зинаида Виссарионовна**  
1898—1974

**1945**  
пенициллин

получения инсулина (Фредерик Бантинг и Джон Маклеод, 1923), а также открытие каталитического превращения гликогена и роли гормонов передней доли гипофиза в метаболизме глюкозы (Карл Фердинанд, Гертн Кори и Бер-Нарлп Усай, 1947).

*Рис. 8. Ученые, разработавшие технологию получения пенициллина. Одной из выдающейся технологий современности является метод полимеразной цепной реакции (рис.8), что коренным образом изменило принцип лабораторной диагностики многих заболеваний и не только (Кэри Муллис , Нобелевская премия за 1993 год).*

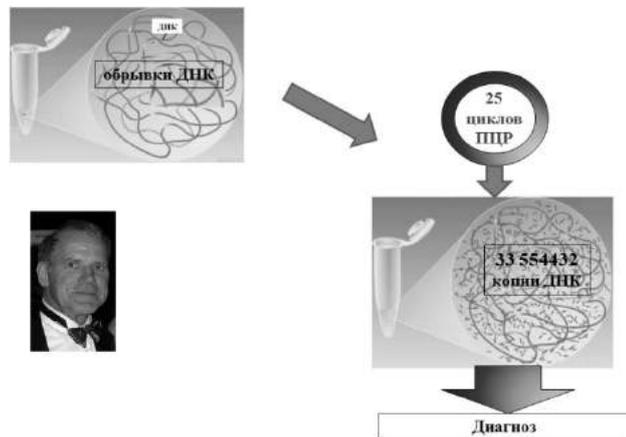


Рис.9. Принцип полимеразной цепной реакции. Рутинная молекулярная диагностика стала реальностью.

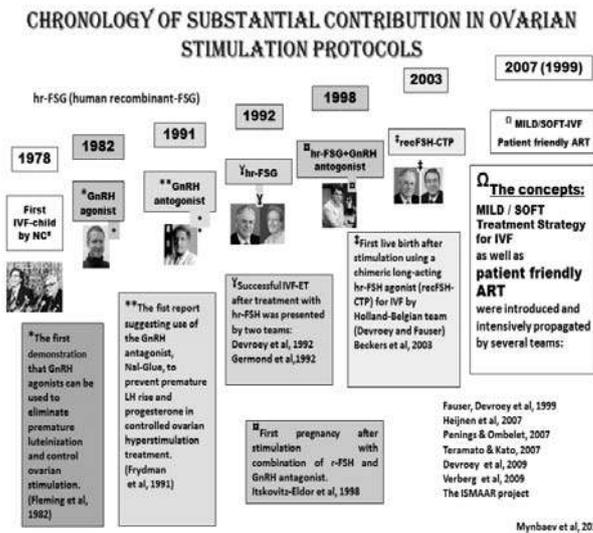


Рис.10. Вехи научно-практического прогресса вспомогательных репродуктивных технологий.

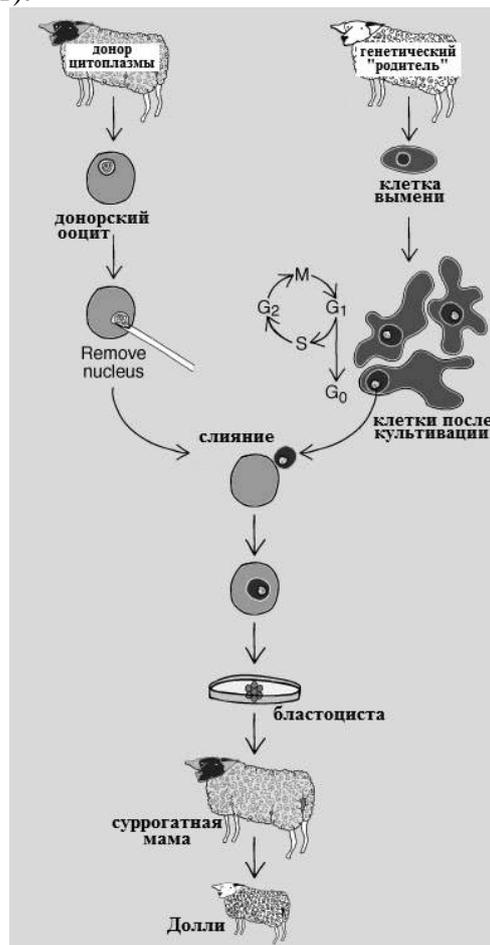
За технологию копирования генетического материала Роджер Корнберг в 2006 году получил Нобелевскую премию. Для того, чтобы наше тело могло использовать генетическую

информацию, она должна быть скопирована и передана в другие части клеток, где используется как инструкция для производства белков, которые фактически и участвуют в строении организма и определении его функций. Процесс копирования называется транскрипцией. Корнберг Р. обрисовал фактическую картину того, как транскрипция работает на молекулярном уровне у эукарио. Одной из научно-практических дисциплин, где достижения фундаментальных медико-биологических наук были удачно транслированы, являются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Хамилтон в США, в 1944 году, начал первые попытки оплодотворения яйцеклеток человека вне организма и получил данные только о выделении полярных телец в перивителлиновое пространство. В том же году Минкин Рок получил в трех случаях раздробившиеся вне организма яйцеклетки человека до стадии 2-х бластомеров в результате 800 опытов. Чанг в США, в 1952 году, начал разработку сред и условий для культивирования гамет и эмбрионов *in vitro*, а Петров Г.Н. в СССР, в 1954 году, **рис.10.** посредством экстракорпорального оплодотворения.

Хронология усовершенствования технологий ВРТ представлена на рис.10. Сегодня ВРТ является рутинным методом оплодотворения, миллионы детей появились благодаря этим технологиям. Роберт Эдвардс в 2010 году был удостоен Нобелевской премии.

Эксперимент по клонированию овцы Долли выполнен шотландскими учеными Яном Вилмутом и Кейтом Кэмпбеллом из Рослинского института, недалеко от Эдинбурга, с 05.07.96 по 14.02.03. Долли - первое млекопитающее, полученное из генетического кода другого взрослого животного путём клонирования, считается прорывом в медико-биологической науке и биотехнологиях, сравнимых с расщеплением атома. Генетический материал для эксперимента был получен из ядра соматических

дифференцированных клеток, а не из половых клеток (яйцеклетка и сперматозоиды), и стволовых недифференцированных клеток, поэтому генетический «родитель» Долли был только один — овца-прототип (рис.11).



**Рис.11.** Технология клонирования Долли (из Barnes D., *Creating A Cloned Sheep Named Dolly* <http://science.education.nih.gov>).

Существует идея создания терапевтического клона аналогично технологии клонирования Долли. Однако во

многих странах мира клонирование человека запрещено законодательством.

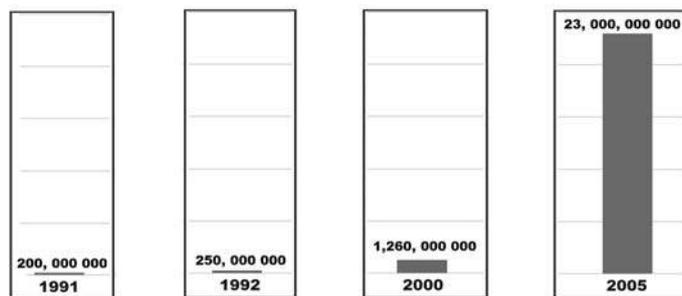
Во второй половине 20 века началась новая эра в биомедицине - “гонки в сфере биотехнологии”. Основными игроками стали США, Канада, страны Западной Европы, СССР и Япония. США, страны Западной Европы, Япония, Южная Корея и ряд развивающихся стран оказались победителями.

Основой успеха медико-биологической науки и биотехнологии в США явилось создание благоприятной атмосферы для бизнеса, закрепленной законом. В 1980 году федеральное управление США, проанализировав качество оказания медицинских услуг у 30 000 больных, обнаружило, что новые усовершенствованные методы применялись только у 5% больных. Для защиты интересов ученых, исследователей и изобретателей в 1980 г. были приняты закон **Бэй — Доула** (Bayh-Dole Act) - об университетах и процедуре патентования для малого бизнеса и закон **Стивенсона-Уайдлера** - о технологических инновациях, которые совершили революцию в американской индустрии высоких технологий. Цель законов – создать возможности для использования частным сектором результатов научных исследований, проводимых при финансовом участии государства.

Закон **Бэй-Доула** об университетах и процедуре патентования для малого бизнеса регулирует права на интеллектуальную собственность, полученную при государственном финансировании разработок. Он впервые предоставил получателям государственного финансирования право самостоятельно патентовать созданные ими изобретения и выдавать на них лицензии другим лицам. В ряде случаев решение о том, кому будут принадлежать права интеллектуальной собственности на изобретение, решает правительство.

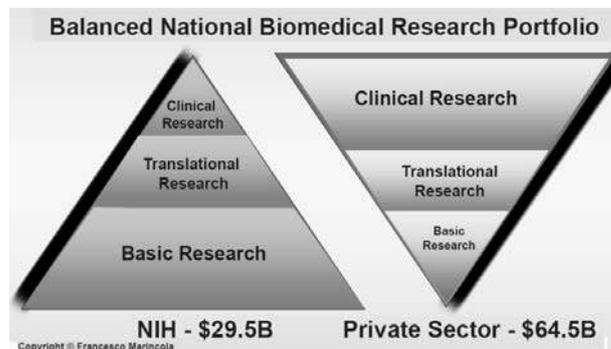
Закон Стивенсона-Уайдлера о технологических инновациях касается вопросов закрепления прав на продукты и технологии, созданные при финансовой поддержке со стороны государства национальным лабораториям и их персоналу. Важно, что он не запрещает привлекать в этом случае финансирование со стороны – прямо предусматривается право ряда государственных органов предоставлять гранты для поддержки инновационных проектов (при условии, что размер гранта не будет превышать 75% от стоимости проекта).

В результате эффективно работающих законов, регулирующих инновационную деятельность университетов и частных инвесторов, отмечен резкий рост прибыли университетов США и Канады (рис.13) с фантастическими достижениями в области медико-биологических наук и биотехнологии.



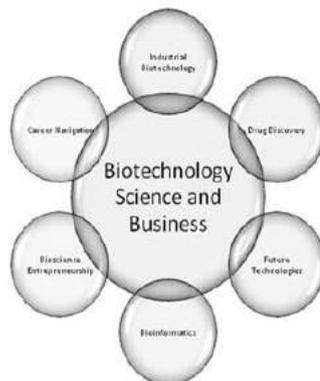
*Рис.12. Динамика роста прибыли университетов США и Канады как результат работающих законов, регулирующих инновационную деятельность (закон **Бей-Доула** и закон Стивенсона-Уайдлера, 1980).*

Отмечается сбалансированный бюджет биомедицинских научных исследований за счет государственных дотаций и вкладов частных инвесторов (рис.13).



**Рис.13.** Структура бюджета различных направлений медико-биологических исследований США.

В настоящее время объем мирового рынка биотехнологий составляет более 2 трлн долларов США (рис.15). Сфера применения постоянно расширяется.



**Рис.14.** Структура мирового рынка биотехнологий. Согласно отчету EMRC за 2011 год страны ЕС, Северной Америки (США, Канада), Япония и Китай являются основными производителями наукоемких технологий и научных продукции. Отмечается скачок в области биотехнологии в странах Азии (Индия, Южная Корея, Тайвань, Гонконг, Австралия, Израиль, Турция), в Южной Америке (Бразилия, Аргентина) и Южной Африке.

## Внедрение достижений фундаментальных наук в практику

Главным необходимым условием для внедрения достижений фундаментальных наук в практику является наличие соответствующих технологий. Об этом свидетельствует длительность периода внедрения в практику хирургического робота и рентгеновского аппарата. Первая рентгеновская установка была сконструирована через 2 месяца после открытия принципа получения рентгеновских лучей Рентгеном, а от эскизов робота да Винчи до работающих хирургических роботов прошло 500 лет (рис.15).

Другими немаловажными критериями являются коммерческая привлекательность идеи и наличие спроса.

### ВЕЛИКИЕ ИДЕИ



Леонардо Да Винчи  
1452-1519

500 лет



### Хирургический робот Да Винчи



### ВЕЛИКИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

открыл  
8 ноября 1895 года



Вильгельм Рентген  
1845-1923

2 мес



Кисти рук  
жены Рентгена

### Спиральный томограф



\*20 января 1896 года американские врачи  
использовали для диагностики перелома руки

*Рис.15. Эскизы робота да Винчи и хирургический робот, названный в честь да Винчи и кисти рук жены Рентгена и современный спиральный томограф*

В условиях научно-технического и технологического бума, во всех сферах жизнедеятельности человека, с лавинообразным возрастанием количества информации, назрела необходимость в специалистах, владеющих

мультидисциплинарными навыками для менеджмента взаимодействия ученых, врачей, инженеров и других участников многостороннего процесса (рис.16 и 17), поскольку при таких условиях традиционные подходы к внедрению достижений в медицинскую практику оказались недостаточно эффективными.



*Рис.16. Взаимодействие ученых и практических врачей.*

подробно описал все стадии оплодотворения и дробления женской яйцеклетки. Роберт Эдвардс в 1966 году установил, что созревание женских яйцеклеток *in vitro* происходит в течение 36-37 ч. после пика ЛГ и впоследствии, вместе с Патриком Стептоу, в 1978 году получил первого ребенка.

Необходимы законы, защищающие интересы ученых, изобретателей и инвесторов, потребителей (пациентов) результатов внедрения достижений фундаментальных наук.



Рис.17. Участники трансляционной медицины.

Трансляционная медицина призвана стать инструментом своевременного и правильного использования результатов фундаментальных наук практическими врачами.

Для внедрения достижений фундаментальной науки необходимы следующие условия:

- ✚ законы, защищающие интересы ученых, изобретателей;
- ✚ финансовые потоки (государственные, частные);
- ✚ регулирующие институты (фонды, организации);
- ✚ прозрачность и открытость научных конкурсов;
- ✚ конкуренция.

Факторами, тормозящими внедрение достижений, являются отсутствие:

- ✚ законов;

- ✚ финансовых потоков;
- ✚ регулирующих институтов;
- ✚ конкуренции.

### **13.5. Технологии, обеспечивающие развитие, менеджмента в здравоохранении.**

Мы рассмотрели связь системы менеджмента в здравоохранении с экономикой, социальной сферой, наукой и политикой, проследили влияние технологий на медицинские услуги. Технологии, обслуживающие медицинскую отрасль, подразделяются на три сферы: информационная технология, оснащение больниц и поликлиник, коммуникационная техника.

Информационная технология. Развитие менеджмента в здравоохранении и его преобразование в современный массовый феномен вряд ли были бы возможны без соответствующего обновления информационной технологии. Для менеджмента в здравоохранении важна не только чисто техническая сторона, но и последствия развития средств передвижения, которые оказывали или оказывают влияние на состояние общества и культуры. В связи с этим важнейшим показателем является мобильность, создавшая возможность свободы передвижения. Повышенная мобильность увеличивает личную свободу каждого человека, так как он получает больше возможностей для изучения посещаемой местности в лечении. С другой стороны и регионы больше не могут существовать изолированно, как это было раньше. Контакт с внешним миром расценивается и как частично положительный, и как отрицательный фактор. Невозможно сделать однозначный и окончательный вывод по поводу того, хорошо это или плохо — пока не будет лечебного эффекта. Важнейшие из них можно выделить в три группы:

1 группа: Средняя мобильность вызывает и другие изменения, которые расцениваются по-разному.

2 группа: Невысокая мобильность приводит к тому, что люди не имеют спокойной обстановки. Это особенно характерно для современного общества высокоскоростной информации, автомобильного и авиационного движения, где перемещаются большие потоки информации;

3 группа: Повышенная мобильность упрощает необходимую информацию, которая может быть получена во время лечения: впечатления, полученные при высокой скорости поездки и смене мест, более поверхностны, чем при лечении.

Поликлиническая и диспансерная техника. Вторая составная часть технологий, оказывающих большое воздействие на менеджмент в здравоохранении — это *поликлиническое и диспансерное* оборудование и оснащение. В последние десятилетия они значительно улучшились, поэтому упростились и рабочие процессы в *поликлиническом и диспансерном* хозяйстве.

Коммуникационная техника на современном этапе обусловлена развитием компьютерных технологий: использование компьютеров внесло революционные преобразования в информационные и коммуникационные технологии, обеспечило сохранение больших объемов информации, их быструю обработку и передачу. Информационные системы существенно улучшили гласность рынка медицинских услуг и облегчили принятие решений, касающихся выбора мест лечения, санаторного отдыха и подготовки к нему.

Семинар. Тема 13. Модели и методы организационного развития.

Доклад: Модели и методы организационного развития

Содоклад: Трансляционная медицина: из прошлого в современные тенденции и будущее

Вопросы семинара:

1. Исторические аспекты становления концепции организационного развития.
2. Вмешательство (интервенция) внешних консультантов в процесс организационного развития.
3. Модели и методы организационного развития.
4. Трансляционная медицина из прошлого в будущее: современные тенденции.
5. Технология, обеспечивающая развитие менеджмента в здравоохранении.
6. Механизм образования формальных и неформальных организаций.

Рекомендуемая литература:

1. Гапоненко А. Орлова Т. Управление знаниями. Как превратить знания в капитал. Эксмо. Серия: Полный курс MBA 2008. 400с.
2. Крейнер Стюарт. Ключевые идеи менеджмента, М., «Инфра-М», 2002. С. 293-295.
3. Моргунов Е. Б. Организационное поведение. М.: 2004.
4. Пригожин А. И. Методы развития организаций. М.: МЦФЭР, 2003.
5. Сенге Питер Пятая дисциплина. Искусство и практика обучающейся организации. The Fifth Discipline. The Art and Practice off the Learning Organization. Издательство: Олимп-Бизнес, 2009. -448с.

Тема 14. Основы менеджмента стандартизации технологии в здравоохранении

#### 14.1. Менеджмент медицинской стандартной технологии

На основании проведенных исследований впервые разработана и внедрена в практику здравоохранения методология клинического менеджмента лечебно-диагностических технологий в условиях федерального

субъекта больничной помощи и алгоритм введения в действие высокотехнологичных видов больничной помощи (Белявский А.Р.-2011). Организационно-методические основы алгоритма реализуются посредством приказов главного врача больницы и соответствуют требованиям нормативно – законодательной базы здравоохранения центрального и местного уровня. Ввиду этого в исследовании решалась задача определения критериев технологичности лечебно-диагностического процесса и была разработана логическая структура субъектов клинического менеджмента (Рис. 1).

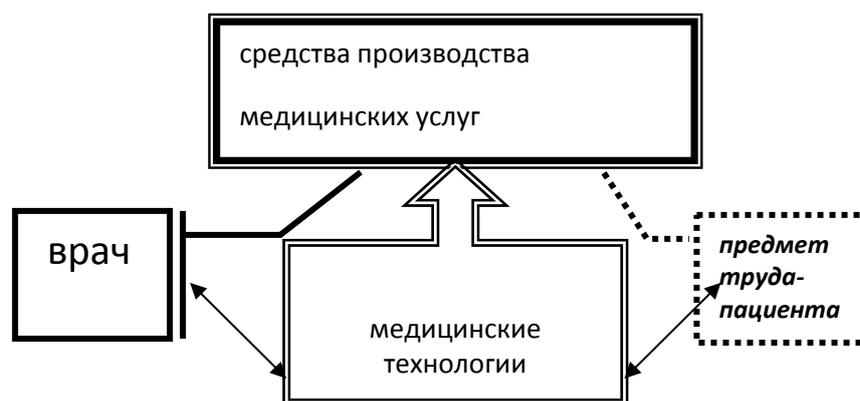


Рис. 1. Логическая структура субъектов клинического менеджмента

С позиций качества медицинской помощи, как результирующей составляющей технологичности работы ЛПУ, качество конечного продукта лечебно-диагностического процесса, исходя из рисунка, определяется четырьмя технологическими составляющими.

Первая технологическая составляющая – качество процесса оказания помощи в больнице, т.е. технологичность медицинской помощи, субъектом является врач, который неразделим с технологией.

Вторая технологическая составляющая – качество ресурсной поддержки процесса оказания медицинской помощи.

Третья технологическая составляющая - особенности состояния объекта (предмета) труда – пациента. Больной не может рассматриваться отдельно от медицинской технологии как объект приложения медицинской технологии, а технологичность находится в снятом виде, включает в себя состояние объекта – пациента.

Четвертая технологическая составляющая – качество ассортимента и инновационности медицинских технологий, в зависимости от управления процессом оказания медицинской помощи. На этом фоне технологичность определяется качеством менеджмента, как процесса, и менеджмента, как команды профессионалов.

Эти качества медицинской помощи с позиций технологичности не противоречат общепринятым подходам оценки КМП. Они особенно легко интегрируют в себе выполнение требований оценки качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

На этих компонентах основана системообразующая структура управленческой технологии принятия решений в больнице, подразумевающей разработку и применение стандартных ситуаций лечения и диагностике, финансировании и экономике, организации и управлении, безопасности и удовлетворенности, как пациентов, так и персонала.

Управленческая технология восполняет пробел, наметившийся в здравоохранении в ходе развития приоритетного национального проекта «Здоровье», когда

усиление только ресурсного компонента без усиления менеджмента здравоохранения снижает желаемый эффект. Для оценки значимости этого процесса и его индикаторов достаточно было привести выше перечень ассортимента ВМТ, лабораторного и лечебно-диагностического оборудования крупной клинической больницы РФ.

В настоящее время крупные больницы похожи на производственно–технические комплексы, в которых выполняется более 50 видов высокотехнологичной медицинской помощи. Они имеют инновационные технические средства последнего поколения - автоматический лабораторный анализатор с разрешающей возможностью до 100 лабораторных параметров, компьютерный томограф, аппарат магниторезонансной томографии, аппараты ультразвуковой диагностики и эндоскопии последнего поколения, аппараты центров хронического диализа, баротерапии, остеоденситометрии, операций на открытом сердце, эндоваскулярной хирургии, дистантный хирургический комплекс DA Vinci и др. (Белявский А.Р.- 2011).

Эксплуатация таких больничных комплексов приобретает производственный характер и требует специальной подготовки медицинского персонала, создания службы пуско-наладочных и ремонтных работ.

Анализ процессов свидетельствует о возрастающих требованиях к технологичности больничной помощи, а осуществленные выше оценки показали, что требуется разработка и создание особой «технологии разработки и внедрения медицинских технологий».

Опыт показывает, что в больницах организационно-методическая разработка и внедрение медицинских технологий осуществляются посредством приказов главных врачей. Углубленный анализ содержания и структуры приказов главного врача дал возможность разработать

структурную «модель приказа по внедрению новой медицинской технологии». Разработанная «модель алгоритма введения новой технологии лечения (диагностики)» состоит из нескольких последовательных этапов и разделов и включает приложения организационной, финансовой, структурной и функциональной субмоделей. Алгоритм модели основных этапов разработки положения о внедрении медицинской технологии включает:

1. Содержание положения, цель и задачи.
2. Позиционирование нового структурного подразделения.
3. Ассортимент услуг и нормативные показатели.
4. Штатное расписание, должностные инструкции.
5. Материально – техническое оснащение.
6. Финансирование работ и техники.
7. Руководство.
8. Учетно – отчетная документация.
9. Инженерно – техническое обслуживание.
10. Ликвидация и реорганизация структурного подразделения.

Если к разработанному алгоритму модели внедрения и функционирования инновационной технологии добавить технологические инструкции и операционные карты, то технологический медицинский процесс становится завершенным.

После разработки модели технологической карты медицинской технологии стало ясно, что для ее функционирования необходима разработка и создание целой системы параметров, показателей и требований, вплоть до архитектурно-планировочных решений ЛПУ. В некоторых иностранных системах оценок больниц параметры насчитывают более 1000 индексов.

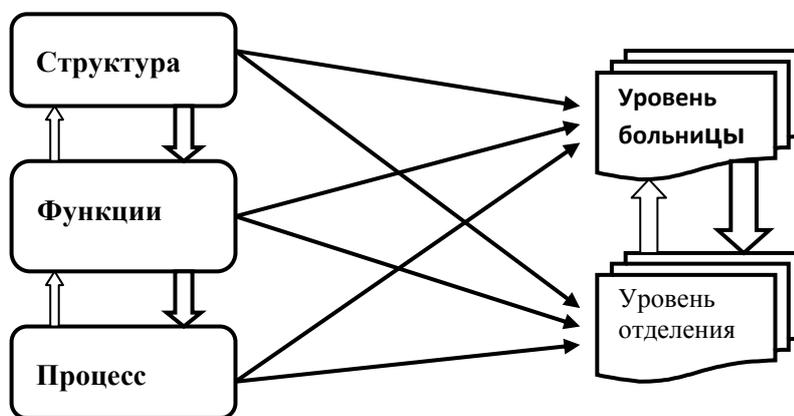


Рис. 2. Структурно-функциональные взаимодействия технологий на уровне больницы и отделения.

Стандартная технологическая карта должна быть разработана для каждой отдельной медицинской технологии и быть обязательной для любого процесса производства медицинских продуктов.

Некоторые разделы требований, операций и контроля технологической карты лечебно-диагностического процесса уже имеются в виде МЭС или протоколов ведения больных, формуляров лекарственных средств, доказательной медицины, а разделы оборудования, материалов и персонала, как правило, подразумеваются в виде сертификатов, т.к. в определенном наборе имеются в любой больнице или поликлинике.

Для внедрения и развития технологий была решена задача совершенствования структурно-функциональных взаимоотношений подразделений больницы и отделения в новых создавшихся условиях (рис. 2).

Нуждаются в разработке понятия и содержание оптимальности структуры больницы и отделения, их параметров, соответствия функциям, ориентация на процесс,

экономическая и медицинская эффективность. Клинический менеджмент технологий, отделений и больницы является важнейшим завершающим этапом разработки и внедрения ВМТ (Рис. 2).

Базовой составляющей и составной частью организационно–технологической структуры клинического менеджмента медицинских технологий клинической больницы является блок «Метрологического контроля за медицинским оборудованием и техникой в больнице».

Приказом главного врача утвержден порядок технического контроля за медицинскими технологиями «О мерах по улучшению метрологического контроля за медицинским оборудованием и техникой». Государственным управлением проводится проверка состояния и использования технических средств измерений, используемых при проведении исследований, диагностики, лечения и реабилитации, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 100 от 12.02.1994 г. «Об организации работ по стандартизации, обеспечению единства измерений, сертификации продукции и услуг», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 276 от 04.10.1995 г. «О мерах по укреплению метрологической службы Минздравмедпрома России».



Рис.3. Организационно-технологическая

Представленные разработки в ходе исследования составили системный базис для создания модели процессного алгоритма внедрения и обеспечения работы новых высокотехнологичных видов медицинской помощи в условиях стационара. Алгоритм, кроме процесса внедрения, включает процесс клинического менеджмента медицинской технологии.

Модель процессного алгоритма на основе приказов главного врача была неоднократно успешно апробирована на примере внедрения разных видов ВМТ в условиях больницы (Белявский А.Р.-2011). Например, технология кардиохирургической помощи была внедрена по схеме приказа главного врача, на основе разработанного в ходе исследования процессного алгоритма (Рис. 4).

Алгоритм, кроме процесса внедрения включает и процесс клинического менеджмента медицинской технологии.

**Определение вида и цели  
технологии.**



**Рис. 4. Процессный алгоритм внедрения  
медицинской технологии и клинического  
менеджмента высокотехнологичной**

В соответствии с МС ИСО серии 9000: 2000<sup>1</sup> процессный подход является фундаментальным при разработке этого алгоритма. А процесс в стандартах понимается как совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых видов деятельности, преобразующей входы и выходы. Входы и выходы могут быть материальными (сырье, материалы,

---

Салимова Т.А. Управление качеством. Изд.: Омега-Л., -М., 2008, 414с.

техника, электроэнергия), так и не материальными (информация).

Процессы в организациях, как правило, взаимосвязаны - выход одного процесса образует вход следующего. Организация должна управлять многочисленными и взаимосвязанными видами технологий как системой процессов – идентификация. Взаимодействие и управление процессами по МС ИСО серии 9000: 2000 называется процессный подход. Т.е процесс - это деятельность, самая простая деятельность называется процессом – (приказ, рассылка приказов) их десятки тысяч в одной медицинской организации.

Организация должна управлять этими процессами (рис. выше) – это значит определить виды, границы и т.д., главное представить, какие процессы являются ключевыми, играют ключевую роль в достижении стратегических целей организации. Приказ определяет перечень процессов, периодически анализируется и меняется, уточняется, в зависимости от достижения целей границы ответственности, выявления потребностей потребителей, ресурсов.

После представления модели алгоритма внедрения и менеджмента нового вида высокотехнологичной медицинской помощи в условиях больницы для того, чтобы понять технологическую сложность разработки, целесообразно представить анализ реальной практической ситуации. Для демонстрации были избраны высокотехнологичные виды медицинской помощи из перечня, утвержденного приказом Минздрава РФ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» (№220 от 29.03.2006г.)

Приказом Минздрава России 786/н от 29 декабря 2008 г. «О порядке формирования и утверждения государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ за счет ассигнований

федерального бюджета» в целях повышения качества и доступности оказания помощи населению утвержден порядок формирования направления нуждающихся, перечень медицинских учреждений и видов помощи, оказываемой по госзаданию на следующие годы. Здравоохранение получило возможность продолжить оказание гарантированного объема видов и профилей высокотехнологичной медицинской помощи населению и нормативы гарантированных финансовых ассигнований бюджетов разных уровней. Плановые объемы по 20 профилям оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению на 2009 год определены в количестве 183 868 видов больных, из них, 40 496 по профилю онкологии, 37 687 - сердечно-сосудистой хирургии, 23 469 - травматологии и ортопедии, 22 499 - офтальмологии, 7402 – нейрохирургии. Оценки стоимости отдельных высокотехнологичных видов медицинской помощи по отраслям и специальностям, о стоимости одного отдельного вида, т.е. медико - социальной и экономической значимости в рамках работы не проводятся. Важно то, что в приказе определены клиничко - экономические группы и их стоимость по профилям с наименованием оперативных вмешательств или терапевтических процедур. Но в количестве видов высокотехнологичной медицинской помощи уровень видов и структура профилей остались практически на том уровне, который был впервые определен на два квартала 2006 года соответственно. В плане разработки организационно-методических алгоритмов внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи для исследования было очень важно, что в приказе дан рекомендуемый перечень клиничко-диагностических исследований для направления больных в порядке оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В Приложении к постановлению Правительства РФ

указано несколько центров ВМП, которые строятся в РФ, а некоторые уже на стадии начала деятельности по оказанию населению ВМП.

Процесс внедрения новой медицинской технологии завершен. Его содержание соответствует логической структуре введения ВМТ в лечебно-диагностический процесс больницы, разработанной и представленной выше.

Для всесторонней организации работы кардиохирургического отделения ОКБ признано необходимым подготовить и издать специальный приказ главного врача *«Об утверждении порядка работы кардиохирургического отделения больницы»* (Белявский А.Р. -2011). В этом «порядке» важнейшим содержанием являются чисто клинические положения работы, такие как показания к лечению, обследования, предоперационные обследования и т.п.

Логическая структура содержания приказа следующая:

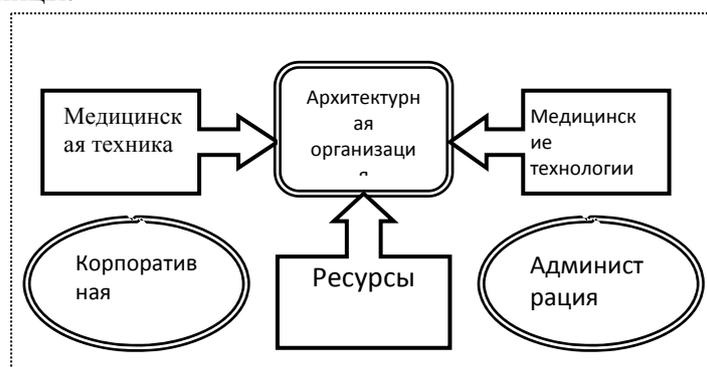
В целях реализации приказа департамента здравоохранения региона *«Об открытии на базе клинической больницы кардиохирургического отделения»*, приказа главного врача *«О дальнейших мерах по совершенствованию специализированной помощи населению региона в клинической больнице*. Заведующие отделениями, начальники служб обязаны:

- вести учет имеющихся приборов, подлежащих метрологической проверке;
- осуществлять постоянный контроль за сроками проверки приборов и своевременно предоставлять заявки в региональный центр стандартизации, метрологии и сертификации для проверки и ремонта приборов.

На этой основе, согласно полученным результатам и приобретенному опыту, была предложена методология повышения технологичности больницы, определяющая возможности и условия внедрения медицинской технологии

(Рис. 5). Системная методология организационной структуры повышения технологичности больницы включает медицинскую технику, медицинские технологии, ресурсную поддержку и архитектурные условия больницы.

Структуры больниц большинства субъектов РФ складывались стихийно, но опытная больница была построена по специальному проекту и архитектурные условия позволяют развивать медицинские технологии, устанавливать медицинскую аппаратуру, технику, при этом соблюдать комфортные условия работы персонала и поддержание санитарно-эпидемиологического режима в соответствии с требованиями. Реализация этих факторов возможна при соответствующей внешней общественной надстройке, политике, законодательстве. Эти внешние и внутренние условия являются платформой для создания соответствующей корпоративной культуры и менеджмента больницы.



Политика, законодательство, внешняя среда, общество

Рис. 5. Система внутренней и внешней организационной структуры методологии повышения технологичности больницы

Расширение высокотехнологичных видов медицинской помощи потребовало модификации структуры больницы и ее основных подразделений и служб, совершенствование функций и структуры больничной помощи.

Важнейшим решением был переход на работу по типу «центров». Этому предшествовала аналитическая оценка всех разделов деятельности больницы с позиций выделения центров.

#### 14.2. Классификация продуктов медицинского обслуживания.

Менеджеры способны анализировать и оценивать заболеваемость, демографические процессы и физическое развитие населения с помощью показателей. Концепция демографического развития РФ.

медицинской помощи. Такая структурная классификация может изменить характер медицинской помощи, мотивации медицинского персонала. Анализируются современные тенденции

Медицина - это система медицинских продуктов, сгруппированных по классам: болезней и услуг, нозологий и отраслей. Слушатели знают принципы и содержание МКБ-10, ее роль в работе врача и системы здравоохранения и самосознания

Разнообразие медицинских услуг должно быть ограничено определенным ассортиментом, который отражается в Программе государственных гарантий предоставления гражданам

структурных изменений организации лечебно-профилактической помощи: ПМСП, ВОП (семейный врач), высокотехнологичная медицинская помощь, дневные

стационары, стационары на дому, сертификат беременной и др.

Оцениваются группы здоровья, классификации болезней, инвалидности, клинико-статистические группы, диагностически связанные группы, расчетные модели риска для здоровья. Слушатели могут обсуждать и управлять рисками. Управление моделями маршрута пациента в стационаре.

Стандартизация врачебных решений и оценка процессов медицинского обслуживания являются частью менеджмента. Слушатели могут управлять изменениями характера медицинских услуг, тесно связанных с созданием стандартов медицинских услуг и систематическим контролем за их соблюдением посредством системы управления. Они могут порождать конфликты между персоналом и пациентами. Будущие менеджеры знакомы с положениями доказательной медицины. Рассматривается медицина, основанная на симптомах, медицина здоровья – валеология, проводится анализ составления протоколов и стандартов, самой системы стандартизации, дается анализ лекарственного обеспечения, формулярной системы, льготного лекарственного обеспечения в РФ.

#### 14.3. Проблемы переходного периода здравоохранения Казахстана к рыночной экономике

В системе страховой медицины медицинские услуги предоставляются в рамках стандартов. Медико-экономический стандарт - специальное требование к оказанию услуги с соответствующей медицинской технологией, устанавливаемой на основе клинико-статистических групп. Все медицинские учреждения, работающие в системе страховой медицины, должны пройти процедуру аккредитации и лицензирования.

Аккредитация лечебно-профилактических учреждений - процедура сравнения данного учреждения со стандартами организации, учреждениями аналогичного вида.

Лицензирование - предоставление юридического права лечебно-профилактическим учреждениям или отдельным специалистам на осуществление определенного вида профессиональной деятельности.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются федеральный, республиканский и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Они предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечение финансовой стабильности и выравнивание финансовых ресурсов на его проведение.

Ни у кого не вызывает сомнения, что здоровье - одна из высших ценностей для человека. Плохое здоровье не дает человеку в полной мере наслаждаться жизнью. Общеизвестно, что на здоровье населения влияют различные социально-экономические, политические условия и факторы: биологические, психологические, наследственные, состояние окружающей среды, условия труда и быта, состояние здоровья.

Рис 1. Факторы, влияющие на общественное здоровье (Ю. П. Лисицин). Социально-экономические, политические условия.

Условия труда	<b>Условия, факторы:</b>	<b>Условия быта</b>
биологические, наследственные	Здоровье населения: индивидуальное, групповое, общественное	Состояние здравоохранения

Медицинские услуги обладают свойствами «общественных товаров». В экономической теории выделяется особый тип результатов хозяйственной деятельности – так называемые «общественные блага». Экономическую оценку можно определить как сравнительный анализ альтернативных способов действия через рассмотрение затрат и результатов. Следовательно, основными задачами любой экономической оценки являются идентификация, измерение, оценка и сравнение затрат и результатов рассматриваемых альтернатив. Эти задачи характеризуют все экономические оценки, включая и те, которые связаны со здравоохранением. Существует четыре основных типа экономического анализа: "затраты - эффективность" (и его частный случай—анализ минимизации затрат), "затраты - полезность" и "затраты - выгода", затраты – не выгодные. Определение затрат и их анализ в денежной форме совпадают для всех типов оценок. Однако природа рассматриваемых результатов в разных оценках различна.

#### 14.4. Способы управленческого воздействия на подчиненных

1. Постарайтесь точно определить потребности слушателя и апеллируйте к этим потребностям.
2. Начинайте разговор с такой мысли, которая обязательно придется по душе слушателю.
3. Постарайтесь создать образ, вызывающий доверие и ощущение надежности.
4. Просите немного больше, чем на самом деле нужно или хочется (для убедительности приходится иногда делать уступки, а если с самого начала будете просить больше, то получите именно столько, сколько вам действительно нужно). Однако этот метод может «сработать» и против вас, если запросите слишком

много.

5. Говорите, сообразуясь с интересами слушателей, а не своими собственными. Частое повторение слова «вы» поможет слушателю понять, какое отношение к его потребностям имеет то, что вы, влияющий, хотите, чтобы он сделал.

6. Если высказываете несколько точек зрения, постарайтесь изложить последние аргументы: они имеют наибольший шанс повлиять на аудиторию.

*«Подавление» собеседника выдержкой и спокойствием.* Если в разговоре с вами собеседник нервничает и повышает голос, отвечайте на его бурные «атаки» ровным, спокойным, а главное — доброжелательным тоном (иногда с легкой иронией). Не теряйте душевного равновесия из-за мелочей. («Не позволяйте мухе выбить вас из седла» Д. Карнеги.)

*Концентрированное внимание на одном из подчиненных.* Заставьте себя сосредоточить свое внимание на ком-либо из ваших подчиненных — желательно на том, кто занимает самую низшую должность. Понаблюдайте за ним, постарайтесь представить, о чем он думает, какие у него заботы, интересы, желания, поинтересуйтесь его судьбой — неожиданно для себя почувствуете живой интерес к этому человеку. Вам станет легко общаться с ним на неформальной основе, и вскоре вы ощутите доверие со стороны этого человека.

*«Насилие» над собственным мнением.* Заставьте себя в подчиненном, которого вы почему-то недолюбливаете или даже терпеть не можете, найти какие-либо положительные качества. Постарайтесь убедить себя, что до сих пор имели ошибочное мнение о нем, даже если для этого у вас были самые веские основания.

*Неожиданное решение.* Чего обычно ожидает подчиненный? Наказания. А как относится руководитель к недобросовестному, неисполнительному или отстающему работнику? Конечно, с неприязнью и недоверием. Все это

аксиомы. Откажитесь от них, особенно в тех случаях, если подчиненный смирился с положением «неудачника» и не ждет от вас доброго слова, не говоря о доверии. Окажите ему временное предпочтение перед другими. Дайте ответственное поручение. Сделайте это гласно, выразив уверенность в том, что он его выполнит. Большой воспитательный заряд несут такие решения, которые окрыляют подчиненного.

*Авансированная похвала.* Дав подчиненному задание и не будучи уверенным в его выполнении, можно похвалить его: дескать, никому другому вы не можете поручить столь ответственное задание.

*«Поставьте себя на мое место».* Нет, пожалуй, более простого приема, чем этот. Самый простой, доступный способ проникновенного доказательства своей правоты — принудить собеседника, выразившего в чем-либо несогласие с вами, стать на ваше место в качестве официального лица. Тогда спорящий быстро поймет, что решить вопрос в его пользу невозможно (в связи с ограниченными правовыми компетенциями руководителя, противозаконно, безнравственно).

## **Семинар**

**Тема 14. Доклад** Основы менеджмента стандартизации технологии в здравоохранении

**Содоклад:** Способы управленческого воздействия на подчиненных.

### **Вопросы семинара:**

1. Система корпоративных стандартов организации.
2. Стандарты менеджмента качества.
3. Профессиональный стандарт управляющего.
4. Стандарты управления персоналом.
5. Проблемы переходного периода здравоохранения.

6..Механизмы финансирования оказания медицинской помощи.

8. Назовите требования, предъявляемые к современному руководителю.

Рекомендуемая литература:

1. Ильин В. Система управления качеством. Российский опыт. – СПб.: Невский проспект, Вектор, 2007, -224 с.
2. Николаева С.А., Шебек С.В. Корпоративные стандарты: от концепции до инструкции, практика разработки. – М.: Термика-М, 2004.
3. Профессиональные стандарты по профессиям ресторанной индустрии. Издательство: Ресторанные ведомости, 2004. - 152 с.
4. Равен Джон. Компетентность в современном обществе / Пер. с англ. - М.: «Когито-Центр», 2003.
5. Смирнов Э.А. Стандарты качества в управленческой деятельности - [http://www.cfin.ru/management/iso9000/quality\\_standard.shtml](http://www.cfin.ru/management/iso9000/quality_standard.shtml)

6.Шинкаренко О. Н. Управление персоналом организации при внедрении стандартов серии ISO 9000:2000. - М.: Дело и сервис, 2007. - 368 с.

## Тема 15 Управление процессами глобализации

### 15.1. Глобальные процессы в здравоохранении

Современный мир, прежде всего наиболее развитые регионы, переживает исторические трансформации, связанные с глубочайшими изменениями геополитического и геоэкономического характера глобального и регионального свойства. В этот процесс стремительно втягиваются другие страны, он становится поистине всемирным, вовлекающим в

свою орбиту движение гигантских потоков капиталов, товаров, людей и интенсивный обмен информацией. В собирательном смысле слова он стал обозначаться термином «глобализация».

Глобализация — это качественно новое состояние мирового жизнеустройства. Ее основные характеристики обусловлены тем, что степень экономической, социальной, научно-технической, правовой и информационной взаимозависимости стран достигли такой стадии, когда стали возможны принципиально новые явления. Их изучение становится крайне важным и актуальным.

Как показывает практика, ни одно государство в мире не может развиваться без интеграции в мировую экономику. Причем внешнеэкономические связи становятся важным экзогенным фактором, оказывающим значительное влияние на динамику и устойчивость развития национальной экономики, формирование ее структуры, эффективность функционирования и социальную направленность. Мировая система нуждается сегодня в том, в чем ранее нуждалось национальное государство: осуществление государственной власти должно быть поднято на наднациональный уровень, а мировые рынки должны подчиниться регулированию (т.е. управлению), в соответствии с общественно признанным сводом правил. Для этого необходимо отказаться от амбивалентности методов глобального управления, которая сама по себе стала фактором, дестабилизирующим мировую ситуацию, и наладить глобальное сотрудничество путем заключения многосторонних соглашений и учреждения влиятельных транснациональных институтов. Это и является сегодня важнейшей задачей, которую должны решать новейшие концепции управления вместо того, чтобы топтаться на месте и продолжать оставаться перепевом высказанных еще десятки лет назад идей.

В сложившихся условиях задачей России становится поиск места и определение роли в мировой экономике путем развития внешнеторговых связей, создания соответствующего инвестиционного климата в стране, участия в совместном с иностранными корпорациями производстве высокотехнологической и конкурентоспособной продукции для постепенной интеграции в мировое хозяйство. Если реформы усугубили положение России, существенно снизили жизненный уровень и качество жизни основной массы населения, то в чем причина этого: в самих преобразованиях, или в формах и методах их осуществления, в неподготовленности страны к кардинальным изменениям всей системы общественно-экономических отношений, или в нереформированности их в принципе?

Современные демографические тенденции, новая роль человеческого фактора, социальные аспекты внешнеэкономической либерализации и интернационализации инновационного развития, транснациональная корпоративная интеграция, интеграционные процессы в ЕС и наднациональная социальная политика глобального регулирования и управления социально-экономическими процессами и т. д. создают новую и динамично изменяющуюся реальность глобального мира, куда интегрируется Россия. Они, несомненно, могут оказаться как стимулами, так и анти-стимулами социально-экономического развития России.

Международный подход к механизму регулирования субъектно-объектных отношений собственности, с выделением субъектов международных экономических отношений и бизнес-отношений здравоохранения: ООН и его институтов (ВОЗ, ЮНИДО, ЮНКТАД, ЕЭК), ВТО, МВФ, МБРР, ОЭСР, ЕБРР и других международных региональных экономических и финансовых организаций, мульти

национальных и национальных бизнес-структур. В качестве объектов международных экономических и бизнес-отношений выделены активы всех видов, классов и форм, а также различные метаморфозы и перемещения.

Управление глобальными социально-экономическими и медицинскими процессами понимается как особая функция, вытекающая, с одной стороны, из природы общественного по своему характеру производства, как в национальном, так и в международном масштабе, а с другой — из объективных условий и практики международной интеграции.

В сложившихся условиях задачей здравоохранения России становится поиск места и определение роли в мировой экономике путей развития связей по охране здоровья населения, торговле и обмену технологиями медицинской помощи, создание соответствующего климата в стране, участия в совместном с иностранными корпорациями производстве высокотехнологической и конкурентоспособной медицинской продукции для постепенной интеграции в мировое хозяйство.

Разделение любых предметов ведения и полномочий между государствами, в частности, в сфере здравоохранения, относится к одной из наиболее сложных областей международного сотрудничества. Для России, с ее большими территориями и чрезвычайно широким и глубокоэшелонированным административным устройством вопросы глобализации являются актуальными и важными. Специфика предмета ведения всех уровней сферы здравоохранения состоит в том, что потребителем является пациент, который выбирает и финансирует услуги, производимые в результате глобальной интеграции здравоохранения.

Интегральным социальным стандартом качества и уровня жизни в аспекте менеджмента в настоящее время является разработанный Организацией Объединенных Наций индекс

развития человеческого потенциала (ИРЧП), представляющий собой нормативную оценку состояния здоровья, образованности и ресурсов, необходимых для развития человека. В основу отбора показателей для ИРЧП положены базовые возможности, которыми люди должны располагать: возможность продолжительной и здоровой жизни, возможность и способность иметь знание и доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня и качества жизни.

Для менеджмента по оптимизации ИРЧП следует учесть, что он состоит из 3-х компонентов: ожидаемой продолжительности жизни при рождении, уровня образования и уровня дохода, измеряемых по величине ВВП на душу населения. Общий ИРЧП рассчитывается как среднеарифметическая величина всех 3-х индексов, определенная с учетом их удельных весов. Уровень образования населения оценивается по 2-м показателям: доля обучающихся в возрасте от 6 до 24 лет и доля грамотности в возрасте старше 15 лет. Специалисты ООН проводят ежегодную оценку потенциала населения практически всех государств мира и определяют место каждого из них в ранжированном ряду по этому показателю. В зависимости от величины ИРЧП ООН разделяет государства мира на 3 группы: индекс свыше 0,800 единицы характеризует страны с высоким уровнем развития, от 0,799 до 0,500 – со средним и от 0,499 и ниже – с низким уровнем развития. По данным 2007 года Российская Федерация занимает 67-е место в списке с индексом 0,802, то есть имеет уровень ИРЧП, характерный для стран с высоким уровнем развития (индекс рассчитывался по данным 2005 года).

Таблица № 1

Индекс развития человеческого потенциала в России, 2005 г.

Компоненты ИРЧП	Величины	Индекс
ОПЖ	65 лет	0,667
ВВП	10,8 тыс. \$	0,782
Образованность	88,9	0,956
ИРЧП		0,802

Структуру качества жизни характеризуют следующие категории:

- качество общества (личности, населения, отдельных социальных групп и организаций гражданского общества)
- качество трудовой и предпринимательской жизни
- качество социальной инфраструктуры
- качество окружающей среды
- личная безопасность
- удовлетворенность людей качеством жизни.

Некоторые конкретные социально-экономические показатели качества жизни в Российской Федерации для применения стратегий менеджмента (по данным 2006 года представлены в табл. 2 – 6)

Таблица № 2

Социальная структура общества по уровню материальной обеспеченности

Социальная структура общества	Удельный вес ( % )

Бедные	43,3
Переходные слои	37,5
Средние слои	17,8
Высокообеспеченные	1,4
	100,0

Таблица № 3  
Распределение населения по уровню прожиточного минимума

Категория населения	Доходы	Удельный вес (%)
Малоимущие	до ПМ	13,4
Низкообеспеченные	1 – 2 ПМ	18,9
Среднеобеспеченные	2 – 7 ПМ	62,0
Высокообеспеченные	от 7 ПМ и выше	5,7
		100,0

Таблица № 4  
Индикаторы качества трудовой жизни

Оплата труда	Показатели
В среднем по экономике	526 S
в том числе:	
в бюджетных организациях ( в % к средней по экономике)	50,0

Таблица № 5

## Индикаторы качества семьи

Показатели	Величины показателей
Соотношение разводов и браков	0,57
Доля неполных семей	30%

Таблица № 5

## Индикаторы качества семьи

Показатели	Величины показателей
Число рождений на одну женщину фертильного возраста	1,3
Младенческая смертность (в возрасте до 1 года) на 1000 родившихся	10,2
Материнская смертность на 10 000 родов	23

Таблица № 6

### Индикаторы уровня жизни

Показатели	Величины показателей
ВВП на душу населения (в долларах США)	13,0
Процент расходов на питание	30,0%
Квадратных метров на душу населения	19,0
Живущие в сложной экологической ситуации	43,0%

Глобальное управление медицинской, социальной и экономической сферами — это выбор одного из наиболее оптимальных вариантов для устойчивого развития мирового сообщества, контроль и воздействие на глобальную социально-экономическую систему, обеспечивающий ее желательное развитие на национально-государственном, региональном и мировом уровнях.

15.2. Менеджмент в условиях глобализации здравоохранения и расширения международного сотрудничества

Актуальным для отечественного здравоохранения становится процесс глобализации разного уровня: местного, регионального, национального и межнационального. Суть процессов в том, что современный мир, прежде всего наиболее развитые регионы, переживает трансформации, связанные с изменениями геополитического и геоэкономического характера глобального и регионального свойства. В этот процесс втягиваются все страны, он становится поистине всемирным, вовлекающим в свою

орбиту движение потоков капиталов, товаров, людей и интенсивный обмен информацией. В собирательном смысле слова он стал обозначаться термином «глобализация».

Процессы расширения сотрудничества, межсекторального взаимодействия органов и учреждений здравоохранения затрагивают все уровни системы здравоохранения. Это и является сегодня важнейшей задачей, которую должны решать новейшие концепции и принципы управления национальным проектом «Здоровье».

Если реформы усугубили положение и здоровье населения России, существенно снизили жизненный уровень и качество жизни основной массы, то исследование причин этого и менеджмент – актуальная проблема. Суть ее как в самих преобразованиях, или в формах и методах их осуществления, так и готовности системы здравоохранения страны к кардинальным изменениям.

Современные демографические тенденции, роль человеческого фактора в медицине, социальные аспекты транснациональной корпоративной интеграции, наднациональная социальная политика глобального регулирования и управления эпидемиологическими процессами и т. д. создают новую и динамично изменяющуюся реальность глобального сектора здравоохранения, в которую интегрируется Россия.

Для Российской Федерации, как и для других стран с переходной экономикой, характерна активизация национально – правовой деятельности на международном поле развития сотрудничества. Все более и более часто при разработке законов и правовых положений внутренней регламентации деятельности здравоохранения учитываются международные стандарты и требования. Идет процесс законодательного закрепления международных норм и правил по здравоохранению в своде национальных законодательных актов.

Практическая значимость поднятых проблем и положений глобализации состоит в том, что в условиях расширения международного сотрудничества менеджмент здравоохранения претерпевает особые трансформации и развивается в соответствии с социально-экономическими мировыми трансформациями и тенденциями развития.

- В этом ряду стоит разработанная соавтором комплексная концепция современного социально-экономического развития национальной экономики в условиях глобализации, с направленностью на исследование благоприятных условий для включения России в мировые процессы, формирования в ней социальной рыночной экономики, призванной выражать общие интересы населения страны. Успешное решение этих проблем будет, в конечном счете, зависеть во-первых, от оздоровления экономики страны на пути ее структурной перестройки и формирования соответствующего хозяйственного механизма с учетом глобальных факторов социально-экономического развития России, во-вторых — от создания действенных законодательных, организационных, материальных, технических предпосылок для этого. Результаты исследования могут быть широко использованы:
  - при выработке стратегии социально-экономического развития России, ее внешнеэкономической либерализации и модернизации, модернизации здравоохранения с учетом реалий и перспектив развития мировой экономики;
  - в процессе преобразования хозяйственного механизма на микро- и макроуровне, особенно в трудовых и социальных сферах, таких как медицина и здравоохранение;

— в ходе преподавания экономической теории и других социально-экономических дисциплин, в частности макроэкономического планирования, экономики стран и регионов, мировой экономики, внешнеэкономической деятельности, экономики труда, экономической социологии, управления и экономики здравоохранения и др.

Отдельные рекомендации касаются совершенствования деятельности международных организаций и других субъектов глобального управления, современных принципов и механизмов их работы, прежде всего ВОЗ, ЕС, СНГ и др.

Систему глобализационных отношений и взаимосвязей менеджмент здравоохранения рассматривает в качестве общего вектора развития мировой и национальной экономики, где центральное положение занимает экономическая глобализация с объяснением ее природы и сущностных характеристик. Выделяются такие формы глобализации как политическая, культурная, экономическая, финансовая, технологическая, производственная, сервисная.

Важнейшими целями глобального управления могут быть:

- регулирование, стратегическое планирование, программирование и прогнозирование развития мировой экономики;
- совершенствование межстрановой и мирохозяйственной интеграции, улучшение экономической безопасности национальных хозяйственных систем;
- развитие форм институализированной международной системы социальной интеграции, контроля и управления, возможное только на пути выравнивания социального, информационного и культурного пространства, роста социальной мобильности, появления новых разнообразных форм политического участия всех граждан в общественной жизни;

- совершенствование условий, образа и качества жизни людей, обеспечение их жизненных потребностей, оказание им необходимой социальной поддержки, помощи и защиты с использованием в этих целях имеющегося у международных институтов финансового и другого общественного потенциала;
- эффективное управление (профилактика и решение отрицательных последствий глобализации и глобальных проблем).

Субъектами глобального управления социально-экономическими процессами являются:

- международные экономические организации, действующие в системе многостороннего регулирования экономического сотрудничества и отраслей мирового хозяйства, валютно-финансовой сферы, торговой и экономической политики;
- многосторонние межправительственные организации по регулированию мировых товарных рынков;
- региональные экономические организации в системе регулирования мирового хозяйства и здравоохранения;
- международные и региональные организации, осуществляющие многостороннее регулирование предпринимательской деятельности.

Приводим виды глобального управления по объекту, обращая внимание на два обстоятельства:

во-первых, в центре глобализации лежит унифицирование мировой экономики (товары, медицинские услуги, капитал, рабочая сила, технология и информация во всевозрастающих объемах и темпах пересекают национальную границу);

во-вторых, большая сложность структуры самого объекта управления предполагает его структурирование на базе не одной, а нескольких, но взаимосвязанных классификаций — технологической, экономической и социальной.

К числу атрибутивных экономических функций глобального управления относятся:

многостороннее регулирование экономического сотрудничества, имеющего целью решение глобальных экономических проблем современности, охватывающих сферы макроэкономики, народонаселения, науки и техники, государственного управления и финансов; содействие в экономическом развитии наименее развитым странам и странам с переходной экономикой; природоохранную деятельность и защиту окружающей среды; гуманитарную помощь в чрезвычайных ситуациях;

регулирование экономического сотрудничества в отраслевом разрезе мирового хозяйства;

развитие международных валютно-финансовых отношений;

многостороннее сотрудничество в области торгово-экономической политики и регулирования мировых товарных рынков;

многостороннее регулирование региональной экономической интеграции (стран Западной Европы, государств Центральной и Восточной Европы и Азии, Америки, Азии и Тихого океана, арабских государств, а также Африки);

многостороннее управление предпринимательской деятельностью (регулирование промышленной собственности, стандартизации и сертификации продукции, международной деловой практики, сотрудничества в борьбе с коррупцией, развитие межфирменных рыночных отношений, международного инвестирования и многостороннего научно-технического и промышленного сотрудничества).

Представляется, что все процессы социальной и медицинской сферы — идет ли речь об отдельном государстве, региональном или мировом сообществе —

можно объединить в следующие группы, которым соответствуют конкретные функции социального управления.

Первая группа — изменения во внешних условиях жизни людей.

Вторая — изменения в самом содержании жизнедеятельности людей, в образе жизни, в социальных качествах.

Третья группа реализует целенаправленное воздействие на процессы формирования, функционирования и развития различных социальных систем как общностей их социальной интеграции. В утвердившейся мировой практике существуют несколько социальных групп, которые требуют к себе особого внимания. К ним относятся молодежь, пожилые люди, хронические больные, меньшинства и коренные народы. Для них осуществляются конкретные социальные программы соответствующими структурами ООН и другими организациями, которые предпринимают дополнительные согласованные условия, чтобы привлечь внимание к особым группам населения путем проведения исследовательской работы и сбора информации, разработки международных норм, стандартов и рекомендаций, действующих в отношении этих групп.

Наконец, четвертая группа функций глобального социального управления связана с попыткой преодоления так называемых антигражданских проявлений: преступность, наркомания и терроризм.

Перечисленные глобальные управленческие функции осуществляются в той или иной мере в любом обществе. Разумеется, в общественных системах разных видов эта деятельность имеет определенную специфику.

Менеджмент в здравоохранении наглядно показывает, что на уровне субъектов вполне возможно международное (мегауровневое), макро- и микроуровневое регулирование

национального здравоохранения, экономики и бизнеса. Под влиянием и при непосредственном использовании этих возможностей в условиях практически единого рыночного пространства формируются специфические инструменты и рычаги регулирования (направления, интенсивность, результативность) участия национальной экономики, ее бизнес-структур в процессе экономической глобализации. Что касается объектов - выделяются материальные (реальные), финансовые, интеллектуальные активы, потенциал здоровья, ресурсы здравоохранения и др. Наиболее концентрированно результативность экономической политики выражена, как известно, в социальных последствиях, показателях здоровья. Очевидна связь между национальными инструментами и рычагами регулирования экономической глобализации и противоречивым характером социально-экономических последствий глобализации.

Осуществленный расширенный и эвристический подход к анализу механизма экономической глобализации применяется впервые. Он дает возможность сделать следующие обобщения:

-во-первых, исследование механизма и особенностей современного этапа экономической глобализации со всеми ее последствиями позволяет выдвинуть и защитить положение об общей природе этого процесса, взятого в международном и национальном измерениях;

-во-вторых, экономическая глобализация предстает в качестве объективного процесса, сущность и качественные параметры которого в настоящий момент практически мало изменяются под воздействием целенаправленной деятельности людей;

-в-третьих, экономическая глобализация, как всеохватывающий процесс, является общей тенденцией развития как мировой, так и национальной экономики.

Исторически и логически она зарождается в сфере мировой экономики, которая, будучи общей внешней средой развития национальной экономики всех стран мира, предопределяет внешние условия функционирования последних;

-в-четвертых, экономическая политика, направленная, например, на ограничение воздействия экономической глобализации на национальную экономику и ее бизнес, по сути является производной проекцией постепенного восхождения от адаптации к условиям переходного периода, в течение которого и национальная экономика, и национальный бизнес приспособляются к необходимости учета нарастающего влияния глобализационных процессов к управлению (в доступных границах) экономической глобализацией и ее формами.

Менеджмент в здравоохранении показывает противоречивый характер социально-экономических последствий глобализации, рассматриваемых в национально-государственном масштабе отдельных стран. Глобализация разнонаправленно воздействует на состояние и тенденции развития социальной и экономической сфер каждого государства, что подтверждается в отклонениях (колебаниях) целой системы критериев и показателей, в конечном счете, отражающих далеко не всегда позитивные изменения в положении человека в обществе и различных слоев этого общества.

В менеджменте демография рассматривается в качестве одной из важнейших составных частей социальной истории общества и немаловажного фактора глобализации экономической жизни. Экономический рост напрямую зависит от темпа и направления демографической динамики, от количественных и качественных характеристик изменения ее возрастной и антисоциальной структуры. Демографический фактор, рост численности населения в мире (особенно экономически активного населения), а также

существенный рост женской занятости, расширение сферы услуг в развитых странах (и более медленные ее темпы в развивающихся странах) наряду с другими факторами имеют важнейшее значение для развития глобализации. Демографический взрыв, разнонаправленность динамик разных регионов мира, угроза депопуляции некоторых коренных евроазиатских народов, старение их населения, а также быстрый темп роста населения в Индии, африканских, латиноамериканских и большинстве мусульманских стран, увеличивающаяся доля бедного населения однозначно не способствуют росту человеческого потенциала. В этих условиях рациональная демографическая динамика (оптимальное развитие и структура населения, доля трудоспособного и, особенно, высокопрофессионального населения в этой структуре и т. д.) становится стратегическим конкурентным преимуществом для национальных экономик, потому что данный фактор создает благоприятные условия для социально-экономического развития.

России необходимо подготовиться к «демографическому повороту». Для смягчения его последствий, помимо выработки и неукоснительной реализации национальной стратегии демографического развития, придется увеличивать часть ВВП, направляемой на развитие социальной инфраструктуры, на физико-биологическое и духовно-интеллектуальное воспроизводство здоровья населения и общества.

Для оптимизации менеджмента есть необходимость более рациональной глобальной демографической политики. Это, прежде всего, действия, которые могли бы дифференцированно регулировать демографическое развитие стран и регионов мира так, чтобы изменения численности населения и его структура создали благоприятные условия для развития мирового хозяйства, а

также максимально способствовали устойчивому развитию человечества. В условиях глобальной трансформации общества и бурных перемен отдельные страны не в состоянии эффективно управлять своими социально-экономическими проблемами. А взаимозависимость национальных хозяйств требует смотреть на проблемы не только с позиций национальных интересов, но и всего мирового сообщества. Большинство проблем уже имеет общемировой характер, что делает необходимым закономерное делегирование некоторых функций управления и регулирования многих социально-экономических проблем национальных государств на более высокий уровень.

В настоящее время очевидны положительные стороны воздействия глобальных партнерских взаимосвязей с передовыми мировыми медицинскими технологиями на совершенствование здравоохранения России. Во избежание негативных сценариев развития глобализации в сфере здравоохранения необходима аналитическая работа для правильной оценки трендов показателей здоровья в процессе глобализации, это требует финансирования со стороны правительств. Известны косвенные эффекты влияния глобализации на здоровье народов мира через сложившиеся национальные и межнациональные экономические, профессиональные и общественные союзы, путем уменьшения негативного воздействия на здоровье населения и оптимизации национальных систем здравоохранения. В отдаленной перспективе эффекты глобализации будут оптимизированы только тогда, когда усовершенствование систем оказания медицинской помощи и улучшение благосостояния населения станут центральными целями национальной экономической политики, что потребует создания проектов управления международной медико-экономической системой.

В настоящее время исследование взаимосвязей между процессом глобализации и здоровьем находится на начальной стадии. Дополнительные знания могут быть найдены в ходе междисциплинарных подходов к глобализации и здоровью, фундаментальных дисциплин (медицина, эпидемиология, социология, образование и экономика).

В некоторых работах здравоохранение рассматривается как проблема глобального значения. С этих позиций сформулированы три основных критерия для определения глобального характера какой-либо проблемы: 1) затрагивает ли она интересы каждого человека и всего человечества в целом; 2) приобрела ли она де-факто международный характер; 3) требует ли для своего решения глобального международного сотрудничества, концентрации усилий всех стран мира.

Здравоохранение в полной мере отвечает всем этим критериям. Плодотворная работа Всемирной организации здравоохранения свидетельствует о подлинно международных масштабах проблемы охраны и укрепления здоровья населения. Успешное осуществление некоторых программ ВОЗ по ликвидации или снижению угрозы некоторых опасных заболеваний в мире наглядно доказывает, что объединение и концентрация усилий, как глобальная концепция стоящая перед менеджментом в здравоохранении.

#### Семинар

Тема 15 Управление процессами глобализации в здравоохранении

Доклад: Управление процессами глобализации в здравоохранении

Содоклад: Менеджмент в условиях глобализации здравоохранения и расширения международного сотрудничества

Вопросы семинара:

1. Управляемы ли процессы глобализации, поддаются ли они регулированию или развиваются в основном стихийно?
2. Каким образом будут удовлетворяться социальные потребности человека и основных групп населения?
3. Как будет обеспечиваться социально справедливое распределение благ?
4. Как государство собирается добиться того, чтобы рост благосостояния осуществлялся в меру роста эффективности экономики?
5. Роль менеджмента в условиях глобализации здравоохранения и расширения международного сотрудничества.

Рекомендуемая литература:

1. Гаврилов А.В., Зайцев П.В., Куликов И.В., Парусников А.В. Автоматизация службы лучевой диагностики ЛПУ. Мед. алфавит, 2004.- № 2.- С. 12-3. 30
2. Berer M. Health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services. *Reprod Health Matters*. -2002.- Vol. 10.- P.6-15. 2-150
3. Musgrove P., Zeramndini R., Carrin G. Basic patterns in national health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*.- 2002.- Vol. 80(2).- P. 134-146. 3-196
4. Доклад о мировом развитии 2007. Развитие и новое поколение: Перевод с английского.- М.: Весь Мир, 2007.- 356 с. -42

## Глоссарий

**Автоматизированные системы управления технологическими процессами** (*process control systems*). Компьютерные системы, обеспечивающие мониторинг и контроль параметров текущих физических процессов, например температуры или давления.

**Авторитаризм** (*authoritarianism*). Уверенность в том, что в организации должны существовать власть и различия в статусе.

**Администрирование** – метод управления, при котором главными рычагами воздействия являются письменные и устные приказы и распоряжения единоличных руководителей, а также инструкции, постановления, решения и указы различных лиц или коллективных органов (коллегий, советов, президиумов, бюро, сессий, пленумов и т.д.)

**Административные принципы** (*administrative principles*). Одна из областей классического направления менеджмента. Приверженцы административных принципов уделяют основное внимание не отдельным рабочим, а организации в целом и таким управленческим функциям, как планирование, организация, командная цепочка, координация и контроль производительности труда отдельных рабочих.

**Алгоритм управления** – точно определенный порядок подготовки и принятия управленческих решений, формирования планов, обмена информацией в процессе управления.

**Анализ системы управления** – метод управленческой деятельности, включающий изучение, систематизацию и оценку информации о структуре, общих и специфических качествах субъекта и объекта управления.

**Анализ содержания работы** (*job analysis*). Систематический процесс сбора и интерпретации информации об основных служебных обязанностях, задачах и ответственности, а также

о среде, в которой будет выполняться работа.

**Анализ факторный** – метод выявления и классификации факторов, определяющих состояние и развитие изучаемого объекта управления. **Анкета поступающего на работу** (*application form*). Метод получения данных об образовании, опыте работы и других характеристиках кандидата на занятие должности.

**Атрибуция** (*attribution*). Суждение о том, чем обусловлено поведение человека — его собственными характеристиками или ситуацией.

**Аттестация по результатам деятельности** (*performance appraisal*). Процесс рассмотрения показателей выполнения рабочих заданий с целью оценки производительности труда.

**Аутсорсинг** (*outsourcing*). Передача организацией на договорной основе выполнения некоторых видов деятельности другим организациям, которые могут делать эти виды работ более эффективно.

**Б**

**Балансовый отчет** (*balance sheet*). Финансовый документ, отражающий размеры и структуру активов и пассивов организации на определенный момент времени.

**Бенчмаркинг** (*benchmarking*). Непрерывный процесс сопоставления компанией достигнутых ею результатов в различных видах деятельности с достижениями конкурентов и использование полученных данных для усовершенствования методов труда.

**Бизнес-инкубатор** (*business incubator*). Новый подход, предусматривающий предоставление предпринимателям общего помещения, помощи в менеджменте и юридических консультаций.

**Бизнес-план** (*business plan*). Документ, составляемый предпринимателем до открытия нового бизнеса, в котором подробно расписываются все аспекты деятельности создаваемого предприятия.

**Бикультурность** (*biculturalism*). Симбиоз социокультурных навыков и установок, возникающих у представителей национальных меньшинств, при одновременном взаимодействии и с доминирующей, и с их собственной национальной (этнической) культурой.

**Бихевиоризм** – изучение психологических аспектов поведения работников, выявление их мотиваций и предпочтений.

**Бихевиористский научный подход** (*behavioral sciences approach*). Одна из областей гуманистического менеджмента, предполагающая применение социальных наук (социологии, психологии, антропологии, экономики) в организационном контексте.

**Блог** (*blog*). Онлайн-дневник, позволяющий индивиду излагать в нем свое мнение и идеи.

**Большая пятерка факторов личности** (*Big Five personality factors*). Включает такие характеристики, как экстравертность, контактность, добросовестность, эмоциональную стабильность и открытость человека.

**Боязнь коммуникаций** (*communication apprehension*). Индивидуальный уровень страха или тревоги, ассоциируемый с осуществляемыми или будущими коммуникациями.

**Бюджет денежных средств** (*cash budget*). Бюджет, в котором оценивается ежедневный приход и расход денег.

**Бюджет доходов** (*revenue budget*). Бюджет, в котором отражаются прогнозируемые и фактические денежные поступления.

**Бюджет затрат** (*expense budget*). Бюджет, в котором отражаются ожидаемые и фактические расходы каждого центра ответственности и организации в целом.

**Бюджет капиталовложений** (*capital budget*). Бюджет, определяющий плановые инвестиции в основные фонды.

**Бюджетирование сверху вниз** (*top-down budgeting*).

Бюджетный процесс, при котором менеджеры среднего звена и первой линии получают бюджетные задания, исходя из оценок доходов и расходов компании, сделанных ее руководителями.

**Бюрократическая культура** (*consistency culture*). Культура, ценящая и вознаграждающая методичный, рациональный и упорядоченный способ выполнения всех дел.

**Бюрократические организации** (*burea-cratic organizations*). Одна из областей классического направления менеджмента, в которой основное внимание уделяется рациональному, безличному управлению, осуществляемому посредством четкого определения должностных обязанностей и ответственности работников, ведения формальной отчетности, разделения собственности и управления.

**Бюрократия** – тип организации, для которой характерно специализированное распределение труда, четкая управленческая иерархия, правила и стандарты, показатели оценки работы, принципы найма, основывающиеся на компетенции работника.

**В**

**В2В-рынок** (*B2B-marketplace*). Созданный посредником онлайн-рынок, на котором встречаются покупатели и продавцы.

**Валентность** (*valency*). Ценность или привлекательность полученных результатов для индивида.

**Венчурный фонд** (*new venture fund*). Фонд, призванный обеспечить разработку новых идей, продуктов или направлений деятельности необходимыми денежными средствами.

**Вики** (*wiki*). Веб-сайт, позволяющий каждому пользователю, находящемуся внутри или вне организации, создавать, передавать и редактировать контент с помощью простого пользовательского интерфейса.

**Виртуальная команда** (*virtual team*). Команда, члены

которой работают на большом расстоянии друг от друга, редко встречаются лично, а для связи между собой используют новейшие информационные технологии.

**Властные полномочия** (*authority*). Официальное и законное право менеджера принимать решения, отдавать приказания и распределять ресурсы для достижения желательных для организации результатов.

**Внешняя среда организации** косвенного воздействия – факторы, которые, как правило, не оказывают прямого немедленного воздействия на управленческие операции: политические и социокультурные факторы, состояние экономики, международные события, научно-технический прогресс.

**Внутренняя среда организации** – совокупность ситуационных факторов внутри организации: цели, структура, задачи, технология и люди.

**Г**

**Генеральный менеджер** (*general manager*). Менеджер, на которого возложена ответственность за деятельность нескольких отделов, выполняющих разные функции.

**Глобальный аутсорсинг** (*global outsourcing*). Получение глобального доступа к наиболее дешевым источникам материальных и человеческих ресурсов.

**Д**

**Департаментизация** – процесс организационного обособления, группирования специализированных работ в организации.

**Дистрибутивные переговоры** (*distributive negotiation*). Агрессивный подход к ведению переговоров, при использовании которого каждая из сторон стремится добиться для себя максимальных выгод, обычно за счет другой стороны.

**Дистрибуция** (*distribution*). Движение готовой продукции от производителя к покупателю.

## **Е**

**Е-бизнес** (*e-business*). Любой вид бизнеса, осуществляемый не в физической среде, а в виде цифровых процессов в компьютерных сетях.

**Е-коммерция** (*e-commerce*). Деловой обмен или транзакции, осуществляемые в электронной форме.

## **Ж**

**Женственность** (*femininity*). Культурная ориентация на устойчивые человеческие взаимоотношения, совместную работу, групповое принятие решений, высокое качество жизни.

## **З**

**Задача** – определенная работа, серия или часть работы, которая должна быть выполнена заранее установленным способом, в заранее установленные сроки.

## **И**

**Интернет** (*Internet*). Глобальная совокупность компьютерных сетей, соединенных между собой для обмена данными и информацией.

**Информационные технологии** (*information technology*). Аппаратное и программное обеспечение, телекоммуникации, управление базами данных и другие средства хранения, обработки и распространения информации.

**Информация** (*information*). Преобразованные в определенном контексте данные, содержательные и полезные для конкретных пользователей.

**Инфраструктура** (*infrastructure*). Материальные структуры, поддерживающие экономическую деятельность в стране.

**Исследование** – вид деятельности человека, позволяющий вскрыть суть и содержание явлений, познать и оценить их, определить тенденции их развития, найти возможности использования полученных знаний в практической деятельности, в частности в практике управления.

## **К**

**Калькуляция издержек по видам деятельности** (*activity-based costing*). Система контроля, предусматривающая идентификацию всех видов деятельности, необходимых для создания товара или услуги, и распределение затрат между ними.

**Канал** (*channel*). Средство доставки сообщения.

**Квалификационные требования** (*job specification*). Требования к знаниям, навыкам, уровню образования, физическим параметрам и прочим характеристикам потенциального исполнителя работы.

**Классическое направление менеджмента** (*classical perspective*). Возникшее в конце XIX — начале XX в. направление менеджмента, характеризующееся научным, рациональным подходом к исследованиям процессов управления, рассматривающее организации как эффективно функционирующие механизмы.

**Когнитивный диссонанс** (*cognitive dissonance*). Состояние психологического дискомфорта, возникающее у человека, осознающего несоответствие установок своему поведению.

**Коллективизм** (*collectivism*). Предпочтение жесткой социальной структуры, члены которой контролируют действия друг друга, а организации защищают интересы своих членов.

**Коммуникация** (*communication*). Процесс, посредством которого осуществляется обмен и осознание информации двумя или несколькими людьми; обычно имеет целью мотивацию или изменение определенного поведения.

**Конкуренты** (*competitors*). Организации, оперирующие в одной отрасли или сфере бизнеса и предлагающие свои товары или услуги одним и тем же группам потребителей.

**Контрактные работники** (*contingent workers*). Работники, которые трудятся в организации не на постоянной основе или не на полную ставку.

**Контроль** (*controlling*). Управленческая функция, предполагающая наблюдение за действиями работников, точным следованием организации по выбранному курсу и достижением поставленных целей, а также внесение необходимых корректив.

**Конфликт**(*conflict*). – отсутствие согласия между двумя или более сторонами. Каждая сторона делает все, чтобы принята была ее точка зрения или цель, и мешает другой стороне делать то же самое.

**Координация** (*coordination*). Качество сотрудничества между отделами организации.

**Корпоративная социальная ответственность** (*corporate social responsibility*). Обязанность менеджмента организации принимать решения и осуществлять действия, повышающие благосостояние организации и общества в целом.

**Корпоративный университет** (*corporate university*). Собственное учебное заведение организации, в котором работникам предлагаются различные виды обучения.

**Корпорация** (*corporation*). Специально созданная при содействии государства экономическая единица, функционирующая независимо от своих собственников.

**Коэффициенты активности** (*activity ratio*). Финансовые коэффициенты, измеряющие достигнутые фирмой внутренние результаты по различным направлениям ее хозяйственной деятельности.

**Коэффициенты ликвидности** (*liquidity ratio*). Финансовые коэффициенты, отражающие способность компании выполнять свои долговые обязательства.

**Коэффициенты прибыльности** (*profitability ratio*). Финансовые коэффициенты, описывающие прибыльность организации с учетом источника получения прибыли (например, объем сбыта или совокупные активы).

**Культура** (*culture*). Набор базовых ценностей, убеждений, негласных соглашений и норм, разделяемых всеми членами

общества или организации.

**Культура управления** – системная, обобщенная характеристика управленческого труда, отражающая его качественные черты и особенности, степень профессионализма и компетентности работников аппарата управления.

**Л**

**Лидерство** (*leadership*). Способность индивида влиять на других людей для достижения организационных целей.

**Линейные властные полномочия** (*line authority*). Тип властных полномочий, в соответствии с которыми менеджеры имеют официальное право отдавать приказания своим непосредственным подчиненным и контролировать их действия.

**Лицензирование** (*licensing*). Стратегия выхода компании на рынок, когда компания из одной страны (лицензиар) предоставляет определенные ресурсы компаниям из других стран (лицензиатам) с целью своего участия в производстве или торговле товарами за рубежом

**Личность** (*personality*). Набор характеристик, лежащих в основе относительно устойчивого образца поведенческой реакции на идеи, окружающие объекты или людей.

**Логистика** (*logistics*). Управление движением материалов внутри предприятия, поставка входящих материалов от поставщиков и отправка исходящей продукции покупателям.

**Локус контроля** (*locus of control*). Возложение основной ответственности за свой успех или неудачу либо на себя (внутренний локус контроля), либо на внешние силы (внешний локус контроля).

**М**

**Макиавеллизм** (*Machiavellianism*). Поведение, направленное на приобретение власти и манипулирование другими людьми в личных интересах.

**Матрица БКГ** (*BCG-matrix*). Концепция, разработанная

*Boston Consulting Group*; позволяет оценить стратегические бизнес-единицы с учетом двух параметров: темпов роста бизнеса и рыночной доли.

**Менеджер проекта** (*project manager*). Менеджер, отвечающий за реализацию определенной рабочей задачи, требующей координации усилий сотрудников нескольких отделов организации.

**Менеджмент** (*management*). Эффективное и производительное достижение целей организации посредством планирования, организации, лидерства (руководства) и контроля над организационными ресурсами. **(Вы дальше пишете не по алфавиту. Слову менеджмент даете два объяснения)**

**Модель Врума—Джаго** (*Vroom—Jago model*). Модель, разработанная для того, чтобы помочь менеджерам оценить необходимую степень участия их подчиненных в принятии решения.

**Матричная структура системы управления** – вид организационной структуры системы управления, совмещающий линейное и программно-целевое управление. В соответствии с принципами линейного управления (по вертикали) строится организация отдельных сфер управленческой деятельности (например, научные исследования, конструкторские разработки, производство и т.п.), а реализация программ осуществляется по целевым принципам, по горизонтали.

**Миссия** – главная цель системы.

**Менеджмент** – вид управления.

**Менеджер** – наемный профессиональный управляющий.

**Моделирование** – метод исследования социальных явлений и процессов, формирования и принятия управленческих решений. Моделирование основывается на замещении реальных объектов их условными образами, аналогами.

**Мозговая атака** – метод социальной инженерии, при котором участникам работы на первом этапе предлагается высказать как можно больше вариантов управленческого решения, а на втором этапе из большего числа отбираются наиболее удачные и выполнимые.

**Мониторинг** – систематическое отслеживание, изучение состояния социальных явлений и процессов, сопоставления результатов постоянных наблюдений для получения обоснованных представлений об их действительном положении, тенденциях развития.

**Мотив** – побудительная причина, повод к какому-либо действию.

**Мотивация трудовая** – побуждение работника к эффективной деятельности путем воздействия на присущие ему мотивы. В качестве мотивов выступают цели, ценности, интересы, взгляды человека.

**Н**

**Невербальные коммуникации** (*nonverbal communications*). Сообщения, которые выражаются не словами, а определенными действиями людей.

**О**

**Оплата по результатам труда** (*pay-for-performance*). Система оплаты, предполагающая, что, как минимум, часть вознаграждения работника будет зависеть от его усилий и достигнутых результатов.

**Организационная структура** (*organization structure*). «Каркас» организации, определяющий комплекс ее формальных задач, взаимоотношения формальной подотчетности и системы, обеспечивающие эффективную координацию деятельности отделов.

**Организация** (*organization*). Имеющее специально созданную структуру социальное образование, деятельность которого подчинена определенной цели, а также (*organizing*) управленческая функция, предполагающая назначение ра-

бочих задач; их группировку в отделах компании и распределение ресурсов между отделами; размещение организационных ресурсов для достижения стратегических целей.

**Организация управления** – система организационных положений (регламентов, нормативов, инструкций, требований, ответственности), определяющих порядок управления.

**П**

**Парадигма** – теория, принятая в качестве образца постановки, обоснования, решения проблемы в рамках той или иной науки.

**Персонал** – штатный состав работников предприятия, организации, учреждения.

**Планирование** – процесс определения целей и путей их достижения. Одна из функций управления.

**Процесс управления** – взаимосвязь функций планирования, организации, мотивации и контроля посредством процессов коммуникации и принятия решений.

**План** (*plan*). Описание распределения ресурсов, графика работ, заданий и прочих действий, необходимых для достижения цели.

**Предприниматель** (*entrepreneur*). Человек, имеющий жизнеспособную идею о продукте или услуге и реализующий эту идею на практике.

**Приемлемость** (*satisficing*). Использование первого найденного варианта решения, удовлетворяющего минимальным критериям отбора, независимо от предполагаемого наличия лучших вариантов.

**Принцип «фрустрация—регрессия»** (*frustration-regression principle*). Принцип, в соответствии с которым в случае, если удовлетворить потребность высокого уровня не удастся, у индивида может произойти возврат к уже удовлетворенной потребности более низкого уровня.

**Продуктивность (производительность) (*productivity*).** Объем выпуска продукции и предоставляемых организацией услуг, отнесенных к объему используемых ею ресурсов.

**Процесс (*process*).** Упорядоченная совокупность задач и видов деятельности, направленных на превращение исходных материалов в готовую продукцию и на создание ценности.

**Прямые инвестиции (*direct investing*).** Стратегия выхода на рынок, при использовании которой фирма принимает участие в управлении производственными мощностями в зарубежных странах.

**Р**

**Риск (*risk*).** Ситуация, в которой решение имеет ясные цели и есть надежная информация, но будущие результаты, ассоциируемые с каждой альтернативой, носят вероятностный характер.

**Рынок труда (*labor market*).** Люди, которые могут быть наняты на работу в организации.

**С**

**Сервисный лидер (*service leader*).** Лидер, работающий ради удовлетворения потребностей и достижения целей работников и выполнения миссии организации.

**Сертификация ISO (*ISO certification*).** Система сертификации, основанная на международных стандартах качества менеджмента, устанавливающая единые принципы осуществления процессов для того, чтобы гарантировать соответствие продукции требованиям покупателей.

**Сетевая структура (*virtual network structure*).** Организационная структура, в соответствии с которой компания передает свои основные функции независимым фирмам, деятельность которых координируется небольшой головной организацией.

**Синергетика** – наука, изучающая общие закономерности самоорганизации, саморегулирования, становления

устойчивых структур в открытых системах.

**Система** – правильное расположение частей, определенный порядок, связанное целое.

**Система управления** – совокупность звеньев и связей между ними, участвующих в том или ином виде в процессе управления.

**Системный анализ** – совокупность методологических средств и практических приемов (методик, процедур, технологий), используемых для подготовки и обоснования решений сложных социально-экономических и организационно-технических проблем.

**Стандарты** – конкретные цели, прогресс в отношении которых поддается измерению.

**Стратегические планы** (*strategic plans*). Действия или шаги, которые компания намеревается предпринять для достижения стратегических целей.

**Стратегические цели** (*strategic goals*). Общие утверждения, описывающие состояние организации в будущем; относятся не к конкретным подразделениям или отделам, а к компании в целом.

**Стратегический менеджмент** (*strategic management*). Совокупность решений и действий по формулированию и реализации стратегии, призванной обеспечить компании наилучшее конкурентное положение во внешней среде и достижение поставленных целей.

**Стратегия** (*strategy*). План, предписывающий распределение ресурсов и другие действия, необходимые для реагирования на внешнюю среду, получения конкурентного преимущества и достижения организационных целей.

**Стресс** (*stress*). Физиологическая и эмоциональная реакция индивида на раздражители, предъявляющие к нему физические и психологические требования.

**Структура системы** – расчленение системы на группы элементов с указанием связей между ними.

**Субъект социального управления** – управляющая система; организационно оформленные общности людей, наделенные функциями по осуществлению управленческого воздействия.

**Т**

**Теория постановки целей** (*goal-setting theory*). Теория, утверждающая, что постановка конкретных и трудных целей повышает мотивацию и производительность труда, если эти цели одобряются подчиненными, а они регулярно получают информацию о своих результатах продвижения к поставленным целям.

**Теория систем** (*systems theory*). Теория, представляющая собой дальнейшее развитие гуманистического направления менеджмента; рассматривает организации как открытые системы, характеризующиеся наличием энтропии, синергизма и взаимозависимостью подсистем.

**Технологии услуг** (*service technology*). Технологии, характеризующиеся неосязаемостью результата и непосредственным контактом работников и потребителей в процессе производства.

**Тренинг по многообразию** (*diversity training*). Специальные учебные программы, предназначенные для информирования работников о важности многообразия и возможных предубеждениях людей, а также для выработки навыков коммуникаций и взаимодействия с разнообразной рабочей силой.

**У**

**Управление человеческими ресурсами** (*human resource management*). Деятельность организации, направленная на привлечение, подготовку и сохранение эффективной рабочей силы.

**Ф**

**Франчайзинг** (*franchising*). Коммерческая деятельность на основе соглашения, по которому владелец товара или услуги позволяет другим людям покупать право распространять

товар или услугу на условиях, определяемых владельцем.

**Функциональная структура** (*functional structure*).

Организационная структура, в которой объединение должностей в отделы происходит на основе сходства умений, опыта и использования ресурсов. **Функциональный менеджер** (*functional manager*). Менеджер, несущий ответственность за работу отдела, выполняющего одну из функций, необходимых для работы организации; все подчиненные такого менеджера обладают сходными навыками и опытом.

**Функции управления** – определенные виды управленческой деятельности.

**Ц**

**Цель** (*goal*). Желательное будущее состояние, которого стремится достичь организация.

**Цель управления** – идеальный образ желаемого, возможного и необходимого состояния управляемой системы, на достижение которого направлено управление.

**Централизация** (*centralization*). Концентрация властных полномочий по принятию решений на верхних уровнях организации.

**Цепочка подчиненности** (*chain of command*). Неразрывная линия власти, связывающая всех членов организации и задающая отношения подчиненности между ними.

**Цифровые технологии** (*digital technology*). Технологии, предусматривающие использование Интернета и других цифровых процессов для осуществления или поддержки коммерческих операций.

**Ч**

**Человеческий капитал** (*human capital*). Экономическая ценность знаний, опыта, навыков и способностей персонала.

**Ш**

**«Шесть сигма»** (*Six Sigma*). Подход к контролю качества, направленный на непрерывное повышение качества работы и

снижение издержек.

**Шкала оценок, связанная с поведением** (*behaviorally anchored rating scale — BARS*). Метод оценки результатов труда работников, предполагающий соотнесение оценок их работы со спецификой возникающих ситуаций.

Э

**Эволюция** – процесс изменения, развития.

**Экономическое измерение** (*economical dimension*). Измерение генеральной среды, определяющее общую экономическую ситуацию в стране или регионе, в котором функционирует организация.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Какие временные промежутки охватывает начальная фаза развития классического менеджмента здравоохранения на территории Российской Федерации и Казахстана?
  - 1) 1917-1990 гг.
  - 2) 1800-1917 гг.
  - 3) До XIX века.
  - 4) 1991-2000 гг.

2. Сколько временных периодов выделяют в развитии классического менеджмента здравоохранения на территории Российской Федерации и Республики Казахстан?
  - 1) Два
  - 2) Три
  - 3) Четыре
  - 4) Пять
3. На каком периоде развития менеджмента здравоохранения происходило создание самостоятельных медицинских учреждений и организаций в постсоветском развитии государств различных общественных формаций и форм собственности?
  - 1) Предварительная фаза от начала жизни.
  - 2) Начальная фаза.
  - 3) Фаза развития и подъема.
  - 4) Фаза распада централизованных организационных структур управления в здравоохранении.
4. Применительно к менеджменту в здравоохранении самой древней организацией лечения следует считать:
  - 1) Древних Шумеров.
  - 2) Древних китайцев.
  - 3) Саков.
  - 4) Викингов.
5. Кто из нижеперечисленных ученых дал классификацию форм государственного управления?
  - 1) Геродот.
  - 2) Платон.
  - 3) Сократ.
  - 4) Абу Наср Мухаммад ибн аль-Фарах аль-Фараби.
6. Сложная социально-техническая система, на функционирование которой воздействуют

многочисленные разнообразные факторы внешней и внутренней среды – это:

- 1) Организация.
  - 2) Сеть.
  - 3) Теория.
  - 4) Практика.
7. Сколько этапов включает история формирования теории менеджмента?
- 1) Пять.
  - 2) Шесть.
  - 3) Восемь.
  - 4) Три.
8. В основе какой научной школы лежат принципы - использование научного анализа для определения оптимальных способов выполнения задач; отбор работников по способностям?
- 1) Школа человеческих отношений.
  - 2) Школа научного управления.
  - 3) Классическая школа.
  - 4) Школа поведенческих наук.
9. Кого из нижеперечисленных ученых называют «отцом менеджмента»?
- 1) Ф.Тейлора.
  - 2) М. Блумфилда.
  - 3) А. Файоля.
  - 4) М. Вебера.
- 1) Сколько основных функций выделил Анри Файоль в процессе управления?
- 2) 2
  - 3) 5
  - 4) 7
  - 5) 3

10. Основными функциями процесса управления являются: планирование, организация, подбор и расстановка кадров, контроль. Какой из основных функций не хватает?
  - 1) Мотивация.
  - 2) Контроль качества.
  - 3) Информационное обеспечение.
  - 4) Логистика.
11. Как называется теория, предложенная М.Вебером?
  - 1) Теория властных структур между организациями.
  - 2) Теория рациональной бюрократии.
  - 3) Теория Х и У.
  - 4) Теория потребностей
12. В чем заключается главное достижение классической школы менеджмента?
  - 1) Обосновала необходимость бюрократической модели управления.
  - 2) Обосновала необходимость управления процессами труда в целях повышения производительности.
  - 3) Сформулировала принципы и методы научной организации.
  - 4) Выработала три принципиально различных инструмента управления.
13. В основу школы человеческих отношений положены достижения...
  - 1) этики и тактики;
  - 2) географии и логистики;
  - 3) психологии и социологии;
  - 4) экономики и философии.
14. Возникновение школы человеческих отношений непосредственно связано с именем немецкого психолога Г. Мюнстерберга, который ...
  - 1) Разработал методические рекомендации сотрудникам.

- 2) Создал первую в мире школу промышленных психологов.
  - 3) Сформулировал принципы работы отдельных сотрудников.
  - 4) Раскрыл важную роль стимулирования сотрудников.
15. Кому удалось создать социальную философию менеджмента (систему человеческих отношений)?
- 1) Г. Мюнстербергу.
  - 2) М.Веберу.
  - 3) Э.Мэйо.
  - 4) М.Фоллет.
16. На каком этапе развития теории менеджмента была построена математическая модель управления?
- 1) На первом.
  - 2) На четвертом.
  - 3) На втором.
  - 4) На пятом.
17. Чем характеризуется седьмой этап (80 гг.) развития теории менеджмента?
- 1) Учеными – управленцами вырабатываются новые подходы в развитии теории управления.
  - 2) Крупный прорыв компьютерной технологии.
  - 3) Вырабатываются мотивации управленческого решения.
  - 4) Открытие "организационной структуры" как мощного механизма управления.
18. Кто является автором теории властных структур между организациями?
- 1) И. Ансофф.
  - 2) Портер.
  - 3) Г. Саланчик.
  - 4) Э. Мэйо.
19. К какой из тенденций относятся различные формы демократизации управления, к примеру, участие

рядовых работников в прибылях, в осуществлении управленческих функций в других сферах деятельности?

- 1) возврат к прошлому;
  - 2) создание социальных поведенческих элементов;
  - 3) усиление международного характера управления;
  - 4) ориентация на стимулирование сотрудников.
20. Организация, где основное средство воздействия отношения власти – подчинение, давление на человека сверху с помощью принуждения, контроля над распределением материальных благ – это...
- 1) Иерархия.
  - 2) Экспроприация.
  - 3) Стратегическое управление.
  - 4) Либеральная организация.
21. Сколько научных школ управления выделяет М.Мескон?
- 1) Две.
  - 2) Пять.
  - 3) Три.
  - 4) Четыре.
22. Какое движение стало противовесом научному управлению в менеджменте?
- 1) Стимулирования и мотивации.
  - 2) Качество контроля.
  - 3) Человеческих отношений.
  - 4) Иерархического распределения.
23. В чем заключается суть «хотсорнского эффекта», открытого Э.Мэйо?
- 1) повышение эффективности организации возможно за счет повышения эффективности всех ресурсов организации;

- 2) производительность труда и качество продукции зависят не столько от условий труда, сколько от социальных и психологических факторов;
  - 3) у каждого индивида собственные способности и склонности к различным профессиям, должностям, совместимость работников друг с другом;
  - 4) сосредоточение внимания на сотрудниках поможет лучше стимулировать его труд.
24. В какой теории дается характеристика идеальных типов господства?
- 1) В теории рациональной бюрократии.
  - 2) В теории управления.
  - 3) В теории властных структур.
  - 4) В теории тейлоризма.
25. Выдвинутая М. Фоллет идея гармонии труда и капитала может быть достигнута при...
- 1) Техническом и компьютерном обеспечении.
  - 2) Соответствующей подготовке человеческого потенциала.
  - 3) Правильной мотивации и учете интересов всех заинтересованных сторон.
  - 4) Оптимальном соотношении всех воздействующих факторов.
26. Что является заслугой М. Фоллет?
- 1) попытка совместить в единое целое три школы менеджмента;
  - 2) разработка практических рекомендаций руководителям;
  - 3) создание теории властных структур;
  - 4) выделение мотивации как основной функции управления.
27. В основе теории (X-в и Y-в) Д.Мак-Грегора (1960) лежат...
- 1) характеристики работников;
  - 2) мотивация сотрудников;

- 3) способы распределения кадров;  
 4) принципы стимулирования.
28. Модифицированным вариантом учения Д. Мак-Грегора является...
- 1) теория человеческих отношений;  
 2) управленческая решетка ГРИД;  
 3) методика иерархического управления;  
 4) математическая модель управления.
29. К новым элементам внутрифирменного планирования 90-х годов относится:
- 1) имитационное моделирование решений;  
 2) методы анализа в условиях неопределенности;  
 3) математическое обеспечение оценки многоцелевых управленческих решений;  
 4) все ответы верны.

№ вопроса		Правильный ответ	
1.	2	16	3
2.	3	17	2
3.	4	18	4
4.	1	19	3
5.	3	20	2
6.	1	21	1
7.	3	22	4
8.	2	23	3
9.	3	24	2
10.	2	25	1
11.	1	26	3
12.	2	27	1
13.	1	28	1
14.	3	29	2
15.	2	30	4

1. Определите одну из целей менеджмента в здравоохранении:

- А) повышение эффективности управления организациями здравоохранения
- Б) повышение экономической отдачи организации общественного здравоохранения
- В) проведение медико-социальных исследований
- Г) создание условий работы врача
- Д) повышение уровня жизни населения

1. Одна из задач менеджмента в здравоохранении:

- А) повышение эффективности управления организациями здравоохранения
- Б) повышение экономической отдачи организации общественного здравоохранения
- В) проведение медико-социальных исследований
- Г) создание условий работы врача
- Д) повышение уровня жизни населения

3. Один из принципов менеджмента в здравоохранении:

- А) принцип системности
- Б) принцип согласованности
- В) принцип учета мнений старших специалистов
- Г) принцип контроля деятельности медсестер
- Д) принцип оспаривания

4. Метод менеджмента, основанный на прямых директивных указаниях:

- А) экономический
- Б) социальный
- В) организационно-административный
- Г) психологический
- Д) мотивационный

5. Одна из функций менеджмента

- А) планирование
- Б) распределение
- В) экономия
- Г) оптимизация
- Д) перераспределение

6. Экономические методы управления здравоохранением

- А) базируются на жестком контроле
- Б) основаны на психологическом воздействии
- В) основаны на директивных методах управления
- Г) обусловлены наличием экономических стимулов
- Д) это перераспределение обязанностей работников

7. Социально-психологические методы управления

- А) представляют собой совокупность директивных способов воздействия на личностные отношения и связи, возникающие в трудовых коллективах, а также на социальные процессы, протекающие в них
- Б) представляют собой совокупность специфических способов воздействия на личностные отношения и связи, возникающие в трудовых коллективах, а также на социальные процессы, протекающие в них
- В) представляют собой совокупность способов контроля развития воздействия личностных отношений и связи
- Г) обусловлены наличием экономических стимулов
- Д) это перераспределение обязанностей работников

8. Самоуправление – это:

- А) право принимать самостоятельные решения на локальном уровне
- Б) централизация принятия решения

- В) характеризуется жестким контролем со стороны центрального аппарата управления за исполнением решений
- Г) строгое соблюдение плановой документации, исходящей от высшего звена управления
- Д) характеризуется повышенным уровнем формализма в социально-экономических отношениях работников

9. Один из этапов планирования комплексных медико-социальных исследований

- А) контроль исполнения результатов исследования
- Б) сбор статистического материала
- В) обучение медперсонала
- Г) анализ результатов медико-социальных исследований
- Д) разработка корректирующих мероприятий

10. Какие виды официальной статистической документации вы знаете?

- А) статистические карты и бланки
- Б) статистические наблюдения
- В) статистические барометры
- Г) статистические хронометры
- Д) статистические планы разработки корректирующих мероприятий

Номер вопроса	Правильный ответ
1	А
2	Г
3	А
4	В
5	А

6	Г
7	Б
8	А

1. Один из трех уровней, на котором осуществляется деятельность медицинских учреждений?

- А) национальный
- Б) локальный
- В) макроуровень
- Г) микроуровень
- Д) мезоуровень

2. Один из факторов внешней среды, которые оказывают влияние на медицинское учреждение?

- А) дирекция медицинского учреждения
- Б) поставщики инженерно-коммуникационных услуг
- В) способность эффективного использования медицинского оборудования
- Г) процесс управления персоналом
- Д) процесс проведения лечебных процедур внутри медицинского учреждения

1. Один из факторов, который не относится к внутренней среде организации?

- А) дирекция медицинского учреждения
- Б) поставщики инженерно-коммуникационных услуг
- В) способность эффективного использования медицинского оборудования
- Г) процесс управления персоналом
- Д) процесс проведения лечебных процедур внутри медицинского учреждения

2. Укажите, какой из ответов не относится к типологии медицинских учреждений?

- А) областные органы государственного управления медицинскими организациями
- Б) больницы
- В) поликлиники
- Г) медицинские центры
- Д) стоматологии

3. Организация как юридическое лицо

- А) хозяйствующий субъект, зарегистрированный в соответствующих государственных органах и осуществляющий свою деятельность на основе законодательства определенного государства
- Б) экономические субъекты, имеющие целью получение прибыли
- В) объединение физических лиц на основе устной договоренности
- Г) организации, имеющие сложную иерархическую структуру
- Д) административные субъекты, деятельность которых направлена на регулирование деятельности других общественных организаций

4. Один из методов анализа внешней и внутренней среды организации?

- А) сравнительный
- Б) импульсный
- В) функциональный
- Г) метод индукции
- Д) метод дедукции

7. На базе каких организаций не могут предоставляться услуги первичной медико-санитарной помощи?

- А) областные органы государственного управления медицинскими организациями

- Б) больницы
- В) поликлиники
- Г) медицинские центры
- Д) стоматологии

8. Один из методов анализа деятельности лечебно-профилактического учреждения?

- А) статистический
- Б) импульсный
- В) функциональный
- Г) метод индукции
- Д) метод дедукции

Номер вопроса	Ответ
1	А
2	Б
3	Б
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А

1. Какой из указанных ответов относится к звеньям управления?

- А) структурные подразделения
- Б) ступени управления
- В) высший административный аппарат
- Г) рабочее место
- Д) организация в целом

2. Кем представляется высший уровень управления?

- А) директором подразделения
- Б) президентом

- В) начальником отдела
- Г) руководителем бригады
- Д) менеджером среднего звена

3. Одна из внутренних форм разделения труда в организации?

- А) разделение труда на компоненты
- Б) перераспределение персонала
- В) определение перспективных задач персонала
- Г) определение тактических перед коллективом
- Д) определение полномочий специалистов среднего звена

4. Одна из внутренних форм разделения должностных полномочий в организации?

- А) отделение работы по координированию действий
- Б) перераспределение должностных полномочий персонала
- В) определение перспективных задач организации перед каждым структурным подразделением
- Г) определение технологических задач организации
- Д) определение специфичных полномочий менеджеров верхнего звена

5. Для чего нужен контроль за выполнением решения?

- А) для мотивации персонала
- Б) для оценки стимулов экономического управления
- В) для определения достигнутых результатов
- Г) для психологического воздействия на персонал
- Д) для разработки директив управления

Номер вопроса	Ответ
1	А
2	Б
3	А

4	А
5	А

1. Назовите основные показатели, характеризующие общественное здоровье:

1. физическое развитие
2. демографические показатели
3. заболеваемость
4. инвалидность
5. все вышеперечисленные

2. Какие виды неофициальных медицинских статистических документов вы знаете?

1. Статистический талон
2. Медицинская карта
3. Карта выбывшего из стационара
4. Анкета
5. Врачебное свидетельство о смерти

3. Что может быть объектом социально-гигиенического исследования?

1. Возрастно-половые группы
2. Семьи
3. Группы людей, объединенных по социальным, профессиональным и территориальным признакам
4. Группы населения, сформированные по состоянию здоровья
5. Все вышеперечисленное

4. Назовите основные причины смерти среди населения развитых стран:

1. Сердечно-сосудистые заболевания
2. Заболевания дыхательной системы

3. Травмы, отравления и несчастные случаи
  4. Инфекционные заболевания
  5. Онкологические заболевания
5. Какие показатели необходимы для расчета коечного фонда?
1. Длительность пребывания на койке
  2. Процент госпитализации
  3. Уровень обращений за медицинской помощью
  4. Число дней работы койки в году
  5. Все вышеперечисленные
6. Какие показатели необходимы для планирования амбулаторно-поликлинической помощи?
1. Количество населения
  2. Постоянное повышение квалификации
  3. Показатели работы врача за год
  4. Число посещений поликлиники за год на 1 человека
  5. Финансирование здравоохранения
7. Бюджетная система финансирования здравоохранения – это:
1. Финансирование медицинских организаций из государственного бюджета
  2. Финансирование медицинских организаций за счет личных средств физических и юридических лиц
  3. Финансирование медицинских организаций через специальных посредников за счет средств налогоплательщиков, физических и юридических лиц
  4. Преобладание в финансировании медицинских организаций средств государственного бюджета

5. Преобладание в финансировании медицинских организаций личных средств физических и юридических лиц

8. Частная система финансирования здравоохранения – это:

1. Финансирование медицинских организаций из государственного бюджета

2. Финансирование медицинских организаций за счет личных средств физических и юридических лиц

3. Финансирование медицинских организаций через специальных посредников за счет средств налогоплательщиков, физических и юридических лиц

4. Преобладание в финансировании медицинских организаций личных средств физических и юридических лиц

5. Преобладание финансирования медицинских организаций через специальных посредников за счет средств налогоплательщиков, физических и юридических лиц

9. Страховая система финансирования здравоохранения – это:

1. Финансирование медицинских организаций из заработной суммы

2. Финансирование медицинских организаций за счет физических и юридических лиц

3. Финансирование медицинских организаций за счет средств юридических лиц

4. Преобладание финансирования медицинских организаций через специальных посредников за счет средств налогоплательщиков, физических и юридических лиц

5. Преобладание в финансировании медицинских организаций средств иностранной компании

10. В системе ОМС в тариф за оказанную медицинскую услугу в настоящее время включаются:

1. Начисления на заработную плату
2. Расходы на покупку малоценных и быстроизнашивающихся предметов
3. Командировочные расходы
4. Транспортные расходы
5. Средства на развитие учреждения

11. Муниципальное медицинское учреждение может оказывать медицинские услуги:

1. Только бесплатные (для пациента)
2. Необходимые пациентам в соответствии с имеющимся персоналом и оснащением, как за оплату, так и бесплатно (для пациента)
3. Перечисленные в приложении к действующей лицензии данного учреждения, как за оплату, так и бесплатно (для пациента)
4. Только платные
5. В порядке общей очереди

12. Частное медицинское учреждение может оказывать медицинские услуги:

1. Только (для пациента)
2. Необходимые пациентам в соответствии с имеющимся персоналом и оснащением, как за оплату, так и бесплатно (для пациента)
3. Перечисленные в приложении к действующей лицензии данного учреждения, как за оплату, так и бесплатно (для пациента)
4. Только платные
5. В порядке общей очереди

13. Затраты на оплату труда основного персонала, в соответствии со штатным расписанием, в структуре калькуляции стоимости медицинских услуг относятся к:

1. Прямым расходам
2. Косвенным расходам
3. Не учитываются
4. Предельным затратам
5. Необратимым

14. Затраты на оплату труда вспомогательного персонала, в соответствии со штатным расписанием, в структуре калькуляции стоимости медицинских услуг относятся к:

1. Прямым расходам
2. Косвенным расходам
3. Не учитываются
4. Предельным затратам
5. Необратимым затратам

15. Проведение стерилизации инструментов и перевязочного материала (по номенклатуре медицинских услуг) относится к:

1. Простой медицинской услуге
2. Сложной медицинской услуге
3. Услуге «койко-день»
4. Не относится к медицинской услуге
5. Комплексной медицинской услуге

16. Экономика здравоохранения относится к блоку экономических наук:

1. Теория экономики
2. Отраслевые экономики
3. Прикладные экономические науки
4. Специальные экономические науки
5. Социальная экономика

17. Увеличение цены на основные виды медицинских услуг повлечет за собой изменение выручки медицинских организаций в сторону:

1. Снижения
2. Увеличения
3. Сначала снижения, затем увеличения
4. Не изменит
5. Сначала увеличения, затем

18. Снижение цены на основные виды медицинских услуг повлечет за собой изменение выручки медицинских организаций в сторону:

1. Снижения
2. Увеличения
3. Сначала снижения, затем увеличения
4. Не изменит
5. Сначала увеличения, затем снижения

19. Выручка медицинского учреждения:

1. Платежи за оказанные медицинские услуги
2. Платежи (штрафы) от неаккуратных контрагентов
3. Амортизационные отчисления
4. Доходы от акций
5. Комиссионные платежи от партнеров

20. Затраты медицинского учреждения:

1. Платежи за оказанные медицинские услуги
2. Платежи (штрафы) от неаккуратных контрагентов
3. Амортизационные отчисления
4. Доходы от акций
5. Комиссионные платежи от партнеров

21. Внереализационные доходы медицинского учреждения:

1. Платежи за оказанные медицинские услуги
2. Амортизационные отчисления

3. Доходы от акций
4. Бюджетные ассигнования
5. Комиссионные платежи от партнеров

22. На руки застрахованному выдается:

1. Страховой медицинский полис
2. Справка о том, что он застрахован
3. Справка-счет об оплате медицинских услуг
4. Расписка страховой компании о возмещении расходов на лечение
5. Договор обязательного медицинского страхования

23. Медицинское страхование – это:

1. Гарантирование гражданам получения медицинской помощи при возникновении любого заболевания
2. Форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья
3. Получение бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС и ДМС
4. Получение бесплатной медицинской помощи за счет средств предприятия
5. Заключение договора со страховой компанией и получение страхового полиса

24. Застрахованным в системе ОМС является:

1. Юридическое лицо (учреждение, предприятие, организация), вносящее по договору со страховщиком взносы в фонды ОМС
2. Гражданин РФ, в отношении которого заключен договор медицинского страхования
3. Страховое учреждение, собирающее страховые взносы и обеспечивающее из этих фондов оплату медицинских услуг, предусмотренных договорами

4. Медицинские учреждения
5. Самостоятельно практикующие врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание

25. Страхователями работающего населения являются:

1. Местная администрация территории, работодатели
2. Предприятия, учреждения, организации всех форм собственности
3. Территориальный фонд ОМС
4. Филиалы территориального фонда ОМС
5. Территориальный фонд ОМС, работодатели

26. В соответствии с законом РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», страховой медицинский полис имеет силу:

1. Только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
2. Только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
3. На всей территории РФ
4. На территории РФ и любого другого государства
5. На территории РФ и стран СНГ

27. Увеличение цены на платные услуги пластического хирурга повлечет за собой изменение выручки медицинских организаций в сторону:

1. Снижения
2. Увеличения
3. Сначала снижения, а затем увеличения
4. Не изменит
5. Сначала увеличения, а затем снижения

28. Снижение цены на платные услуги пластического хирурга повлечет за собой изменение выручки медицинских организаций в сторону:

1. Снижения
2. Увеличения
3. Сначала снижения, а затем увеличения
4. Не изменит
5. Сначала увеличения, а затем снижения

29. Дайте определение социальной эффективности здравоохранения:

1. Оптимизация уровня рождаемости, снижение показателей смертности и увеличение продолжительности жизни;
2. Изменение уровня, структуры и тенденций заболеваемости;
3. Влияние системы здравоохранения на национальное благосостояние и укрепление здоровья населения.

30. Дайте определение медицинской эффективности здравоохранения:

1. Оптимизация уровня рождаемости, снижение показателей смертности и увеличение продолжительности жизни;
2. Изменение уровня, структуры и тенденций заболеваемости;
3. Влияние системы здравоохранения на национальное благосостояние и укрепление здоровья населения.

31. Дайте определение экономической эффективности здравоохранения:

1. Оптимизация уровня рождаемости, снижение показателей смертности и увеличение продолжительности жизни;
  2. Изменение уровня, структуры и тенденций заболеваемости;
  3. Влияние системы здравоохранения на национальное благосостояние и укрепление здоровья населения.
32. Экономическая эффективность медицинской деятельности оценивается по:
1. Предотвращенному экономическому ущербу
  2. Общему экономическому ущербу в связи с заболеваемостью
  3. Критерию экономической эффективности
  4. Величине затрат на медицинскую помощь
  5. Величине затрат на профилактические мероприятия
33. Критерий экономической эффективности определяется как:
1. Соотношение общего экономического ущерба и предотвращенного экономического ущерба
  2. Соотношение общей стоимости медицинской помощи и предотвращенного экономического ущерба
  3. Соотношение стоимости затрат на лечение и затрат на оплату трудоспособности
  4. Соотношение затрат на лечение и затрат на профилактические мероприятия
  5. Соотношение стоимости медицинской помощи и общего экономического ущерба
34. Среднегодовая занятость койки (фактическое число дней работы койки в году) вычисляется по формуле:

1. Число проведенных больными койко-дней  
Число среднегодовых коек
2. Число выбывших больных (выписанные + умершие)  
Число среднегодовых коек
3. Число проведенных больными койко-дней  
Число выбывших больных (выписанные + умершие)
4. 
$$\frac{\text{Число умерших}}{\text{Число выбывших больных (выписанные + умершие)}} \times 100$$

35. Оборот койки определяется по формуле:

1. Число проведенных больными койко-дней  
Число среднегодовых коек
2. Число выбывших больных (выписанные + умершие)  
Число среднегодовых коек
3. Число проведенных больными койко-дней  
Число выбывших больных (выписанные + умершие)
4. 
$$\frac{\text{Число умерших}}{\text{Число выбывших больных (выписанные + умершие)}} \times 100$$

36. Средняя продолжительность пребывания больного на койке определяется по формуле:

1. Число проведенных больными койко-дней

Число среднегодовых коек

2. Число выбывших больных (выписанные + умершие)

Число среднегодовых коек

3. Число проведенных больными койко-дней

Число выбывших больных (выписанные + умершие)

4. Число умерших X 100

---

Число выбывших больных (выписанные + умершие)

37. Больничная летальность определяется по формуле:

1. Число проведенных больными койко-дней

Число среднегодовых коек

2. Число выбывших больных (выписанные + умершие)

Число среднегодовых коек

3. Число проведенных больными койко-дней

Число выбывших больных (выписанные + умершие)

4. Число умерших X 100

---

Число выбывших больных (выписанные + умершие)

38. Назовите основные элементы деятельности участкового врача-терапевта:

1. Прием пациентов в поликлинике

2. Оказание помощи на дому

3. Профилактические медицинские осмотры населения

4. Установление временной нетрудоспособности

## 5. Санитарное просвещение населения

39. Какие направления деятельности семейного врача вы знаете?

1. Работа по территориально-участковому принципу
2. Профилактическая направленность, проведение профилактических медицинских осмотров населения
3. Анализ показателей заболеваемости
4. Установление временной нетрудоспособности

40. К основным видам медицинской помощи относятся:

1. Терапевтическая;
2. Хирургическая;
3. Стоматологическая;
4. Акушерская;
5. Помощь при инфекционных болезнях.

41. К числу учреждений, оказывающих медико-социальную помощь, относятся:

1. Больницы (отделения) сестринского ухода
2. Хосписы
3. Станции скорой медицинской помощи
4. Гериатрические центры
5. Госпитали ветеранов войн
6. Центры гигиены и эпидемиологии

42. Укажите четыре компонента обеспечения качества медицинской помощи, предлагаемые ВОЗ:

1. Выполнение профессиональных функций
2. Использование ресурсов
3. Контроль степени риска
4. Финансирование программы

5. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием.

43. Лицензирование медицинского учреждения – это:

1. Определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
2. Выдача государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности
3. Процедура предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица

44. Документы денежного, материального, кредитного характера, служащие основанием для приема или выдачи денег, подписывают:

1. Заместитель руководителя
2. Председатель профсоюзного комитета
3. Главный бухгалтер
4. Исполнитель
5. Руководитель организации

45. Расставьте лечебные учреждения, работающие в системе ПМСП, в порядке увеличения объема и расширения содержания оказываемой помощи:

1. Амбулаторная
2. Консультативный центр
3. Территориальная поликлиника

46. Задачами профилактики являются:

1. Укрепление здоровья людей
2. Профилактика заболеваемости и травматизма
3. Профилактика прогрессирования болезней
4. Увеличение продолжительности активной жизни

Ответы

1. – 5	13. – 1	25. – 3	36. – 1
2. – 4	14. – 3	26. – 3	37. – 2
3. – 5	15. – 3	27. – 1	38. – 3
4. – 1,3,5	16. -1	28. – 2	39. – 3
6 – 1	17. – 2	29. – 3	40. – 2
7. - 5	18.- 4	30. – 3	41. – 1
8. – 6	19. – 4	31. – 2	42. – 2
9. – 1,3,4	20. – 4	32. – 2	43. – 3
10.- 4	21. – 4	33. – 3	44. – 4
11. – 4	22. – 2	34. – 1	45. – 1
12. – 4	23. – 2	35. – 2	46. – 4
	24. – 1		

1. Какая страна является обладателем самой дорогой системы здравоохранения в мире?
  - 1) Соединенные Штаты Америки;
  - 2) Швейцария;
  - 3) Великобритания;
  - 4) Япония.
2. Согласно CIA World Factbook, по уровню детской смертности США находится...
  - 1) На 75-м месте в мире;
  - 2) На 3-м месте;
  - 3) На 41-м месте в мире;
  - 4) На 10-м месте.
3. Какой из нижеперечисленных уровней отсутствует в системе здравоохранения США
  - 1) семейная медицина;
  - 2) госпитальная помощь;
  - 3) общественное здравоохранение;
  - 4) наркологическое отделение.
4. Крупнейшей составной частью медицинских услуг являются –

- 1) Госпитали;
  - 2) Аптеки;
  - 3) Стационары;
  - 4) Семейные амбулатории.
5. В результате чего произошло увеличение расходов на здравоохранение в США?
- 1) совершенствования информационных технологий;
  - 2) вследствие роста уровня расходов;
  - 3) изменений в оказании медицинской помощи;
  - 4) в результате понижения цен.
6. Большую часть общих затрат на медицину в США составляют...
- 1) Расходы на рецептурные препараты;
  - 2) Расходы на больницы и оплату труда врачей;
  - 3) Расходы на содержание больных;
  - 4) Расходы на налоги.
7. Каким образом осуществляется финансирование системы здравоохранения в Америке?
- 1) неполное общественное финансирование;
  - 2) получает средства за счет государственных фондов;
  - 3) финансирование частными фондами;
  - 4) все ответы верны.
8. Как называется вид страхования, по которому работодатель платит страховой компании премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом, затем страховая компания оплачивает квитанции, представленные медицинским учреждением или врачом?
- 1) страхование «управляемых услуг»;

- 2) компенсационное страхование;
  - 3) страхование «кадровой модели»;
  - 4) нет правильного варианта.
9. Каким образом правительство США поддерживает работодателей в обеспечении сотрудников медицинскими страховками?
- 1) не облагает потраченные на них средства налогами;
  - 2) разрабатывает государственные программы;
  - 3) вмешивается в регулирование отношений между фирмой и сотрудниками;
  - 4) оказывает бесплатные консультационные услуги.
10. Какова основная особенность менеджерских страховых организаций?
- 1) тесное сотрудничество с государственными учреждениями;
  - 2) предоставление квот для социально уязвимых слоев населения;
  - 3) заключение селективных контрактов, то есть, с несколькими поставщиками медицинских услуг;
  - 4) частичное распределение выплат в течение года.
11. Производством такой медицинской продукции, как лекарственные средства и оборудование, в США занимаются –
- 1) муниципальные объединения;
  - 2) государственные организации;
  - 3) зарубежные экспортеры;
  - 4) частные компании.
12. Определение и устранение угроз общественному здоровью в Америке осуществляется:

- 1) Социальным центром реабилитации;
  - 2) Штатным медицинским подразделением;
  - 3) Центром контроля и предотвращения заболеваний;
  - 4) Различными частными медицинскими организациями.
13. Кто несет ответственность за систему медицинского страхования в США?
- 1) Штатное медицинское подразделение;
  - 2) Федеральное правительство и частично правительства штатов;
  - 3) Центр контроля и предотвращения заболеваний;
  - 4) Различные частные медицинские организации.
14. К недостаткам американской системы здравоохранения относятся:
- 1) невозможность получить адекватную медицинскую помощь;
  - 2) высокий уровень заболеваемости в стране;
  - 3) профилактические мероприятия часто не приносят ожидаемого результата;
  - 4) все вышеперечисленное.
15. Чем характеризуется государственная система здравоохранения в Испании?
- 1) Централизованностью;
  - 2) Дороговизной;
  - 3) Децентрализованностью;
  - 4) Эффективностью.
16. Какой существенный недостаток имеет испанская система здравоохранения?
- 1) «Листы ожидания»;
  - 2) Качество обслуживания;

- 3) Дороговизна услуг;
  - 4) Отсутствие необходимых препаратов.
17. Какая система здравоохранения сложилась в Испании?
- 1) Одноуровневая;
  - 2) Двухуровневая;
  - 3) Трехуровневая;
  - 4) Четырехуровневая.
18. Здравоохранение какой страны занимает первое место по величине уровня поддержки населения?
- 1) Испания;
  - 2) Италия;
  - 3) Швейцария;
  - 4) Франция.
19. Как обеспечивается базовый уровень всеобщего обязательного медицинского страхования во Франции?
- 1) Через систему страховых фондов;
  - 2) Государством;
  - 3) Гражданами;
  - 4) Никем.
20. Сколько процентов населения в целом охватывает общенациональная система медицинского страхования Франции?
- 1) около 99% граждан;
  - 2) около 50%;
  - 3) около 60% граждан;
  - 4) около 10% граждан.
21. Что является крупнейшим источником финансирования французской системы здравоохранения?

- 1) частные инвестиции;
  - 2) доходы граждан;
  - 3) налог на зарплату;
  - 4) государственные займы.
22. Как можно охарактеризовать систему здравоохранения в Швейцарии?
- 1) Считается наиболее децентрализованной;
  - 2) Является самой дорогой и эффективной;
  - 3) Имеет много недостатков;
  - 4) Она носит наиболее рыночно ориентированный характер.
23. На каком принципе основывается швейцарская система здравоохранения?
- 1) «управляемой конкуренции»;
  - 2) «плата за услуги»;
  - 3) «управляемых услуг»;
  - 4) на социальных принципах.
24. Что понимается под термином транспарентность системы?
- 1) степень ее рентабельности;
  - 2) чуткость ее реакции на предпочтения потребителей;
  - 3) уровень оборачиваемости;
  - 4) количество участников данной системы.
25. Сколько основных страховых структур составляют систему всеобщего медицинского страхования в Японии?
- 1) 2; 2)3; 3)4; 4)5.
26. Финансирование системы здравоохранения Японии поступает за счет...

- 1) налога на индивидуальную трудовую деятельность;
  - 2) за счет отчислений из программ общественного страхования и страхования малого бизнеса;
  - 3) средств из общих доходов госбюджета;
  - 4) все ответы верны
27. В чем схожесть японской и американской медицины?
- 1) Имеет одинаковые недостатки;
  - 2) Мало финансируется государством;
  - 3) Исключает возможность частного бизнеса в медицине;
  - 4) высокая степень использования современных технологий.
28. Как можно охарактеризовать временной период 1999-2004гг. для системы здравоохранения Казахстана?
- 1) государственное управление, унаследованное от Советского Союза (модель Семашко);
  - 2) бюджетно-страховая модель здравоохранения;
  - 3) возврат к государственной модели финансирования с децентрализацией бюджета и функций управления государством до районного уровня;
  - 4) государственная модель финансирования с консолидацией бюджета и управления отраслью на областном уровне.
29. Какова разница в объемах расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах и Японии?
- 1) 90%; 2)25%; 3)1%; 4)50%.
30. Чем характеризуются прогрессивные индивидуальные вклады?
- 1) возрастают в процентном отношении по мере повышения доходов;

- 2) уменьшаются в процентном отношении по мере снижения доходов;
- 3) соотношение страховых (налоговых) вкладов к доходам сохраняется вне зависимости от уровня доходов;
- 4) высокой степенью оборачиваемости.

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ		
1	1	14	4	27	4
2	3	15	3	28	3
3	4	16	1	29	2
4	1	17	2	30	1
5	3	18	4		
6	2	19	1		
7	4	20	1		
8	2	21	3		
9	1	22	4		
10	3	23	1		
11	4	24	2		
12	3	25	3		
13	2	26	4		

*Учебное издание*

**Под редакцией профессора М.М. Мухамбекова**

**МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Учебное пособие*

Издание подготовлено в авторской редакции

Дизайн обложки *М.В. Рогова*

Подписано в печать 10.07.2012 г. Формат 60x84/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. п. л. 21,85. Тираж 100 экз. Заказ 967

---

Российский университет дружбы народов  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

---

Типография РУДН  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41

*Для заметок*

---

*Для заметок*

---

*Для заметок*

---