



УДК 338.26

## ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КАК ОБЪЕКТА СОЦИАЛЬНО-ИНДИКАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ

**Б.А. ТХОРИКОВ**

*Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: Tkhorikov@bsu.edu.ru*

Данная работа является первой в цикле статей, посвященных социально-индикативному управлению в сфере здравоохранения. В работе рассматриваются особенности медицинского учреждения как объекта социально-индикативного управления. Приводится описание областей приложения индикативных методов, имеющих наибольшую отдачу для эффективности индикативного управления. Сформулированные особенности декомпозируются для удобного выбора впоследствии индикаторов оценки деятельности учреждения здравоохранения. Анализируются существующие недостатки в рамках действующего медицинского менеджмента и обосновываются преимущества индикативного подхода.

Ключевые слова: социально-индикативное управление, медицинское учреждение, сфера здравоохранения

В качестве перспективного механизма планирования и управления, отвечающего современным социально-экономическим условиям хозяйствования, в отечественной и зарубежной научно-практической литературе рассматривается применение индикативных методов [7].

Потенциальный интерес к индикативному управлению связан, главным образом, с возможностью применения системного подхода в решении задач управления, то есть индикативные методики позволяют оперировать множеством альтернатив развития управляемой системы и использовать итерационные процедуры при обратной связи с объектом управления. При разработке стратегии развития конкретных экономических систем индикативная информация способствует обозначению в перспективе их собственной функциональной полезности в макромире, без которой невозможно выживание и дальнейшее развитие организации (рис. 1).

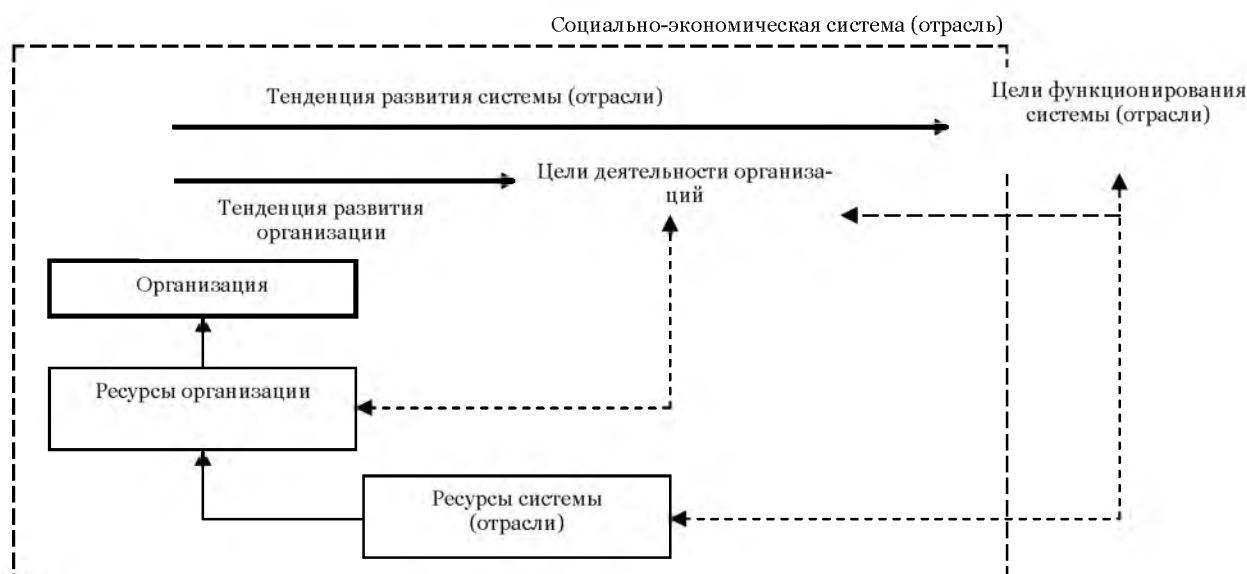


Рис. 1. Взаимосвязь уровней индикативного управления



В общем виде индикативное управление выступает в качестве набора рекомендательных процедур согласования процессов развития различных систем одного иерархического ряда, но большинство частных теоретических и методических положений индикативного подхода остаются дискуссионными и недостаточно разработанными. Однако, проведя сравнение теоретико-методологической базы при использовании индикативных методов в управлении объектами различной масштабности и детализации [1, 4], мы пришли к выводу о том, что возможно осуществить корректную экстраполяцию существующих наработок в области макроиндикативного управления на работу хозяйствующих субъектов, предварительно адаптировав их с учетом требований специфики выбранной отрасли народного хозяйства.

Для определения специфики отрасли здравоохранения мы рассмотрели порядок взаимодействия медицинского учреждения (МУ) с окружающей средой и установили ряд особенностей учреждения здравоохранения как объекта индикативного управления (рис. 2).

1) *Диверсификация оказываемых услуг.* Внезапность развития у пациента какого-либо заболевания из множества нозологий требует на макроуровне системы охраны здоровья обеспечения функционирования медицинских учреждений различных типов, на микроуровне – организацию оказания широкого спектра медицинских услуг соответственно специализации МУ.

Определенная учреждением здравоохранения ассортиментная политика закрепляется государственным заданием на предстоящий календарный год в виде плановых объемов медицинской помощи, которые являются базой расчета потребности в кадровых и материально-технических ресурсах. Предметно анализируя работу МУ по набору индикаторов, можно решить существующие затруднения формирования ассортимента. Во-первых, сделать число неликвидных медицинских услуг минимально необходимым; во-вторых, обеспечить согласованность между прогнозной статистической потребностью в различных видах медицинской помощи и реальной обращаемостью пациентов. Данные мероприятия, помимо прочего, позволят повысить эффективность нормирования труда медицинского персонала, материального обеспечения и отдачу основных фондов.

2) *Сложность социально-экономического планирования.* В цикле управления отдельным учреждением здравоохранения существует критический пробел на этапе социально-экономического планирования работы МУ, который оказывает негативное влияние на оценку эффективности текущей работы по достижению поставленных целей и снижает качество последующей оптимизации работы медицинского учреждения. Это связано с тем, что широкая интеграция деятельности медицинского учреждения в работу различных хозяйствующих субъектов, оказание различных видов медицинской помощи (от социально значимых до сервисных), имеющих различные источники оплаты, непостоянство половозрастной структуры обслуживаемых пациентов и прочее снижают точность и качество прогнозирования на основе традиционных экономико-математических методов. В том числе существуют следующие затруднения: 1) отсутствие достоверных статистических данных; 2) наличие размерных величин. Простые способы нормировки субъективны и часто влияют на результат исследования; 3) наличие пропусков в данных. Восстановление или просеивание данных возможно при наличии представительной статистики; 4) интервальный характер данных, обусловленный неопределенностью условий их получения; 5) большая размерность признакового пространства, вызванная наличием нескольких десятков характеристик.

Применение методов индикативного управления позволит администрации учреждения здравоохранения констатировать прогнозируемые изменения во внешней среде и проводить стратегические масштабные преобразования, а также настраивать внутриорганизационные микропроцессы на основе выявления трудно коррелируемых связей между ними за счет: 1) построения сводного показателя, используемого для интегральной оценки состояния объекта здравоохранения: качества медицинского обслуживания, построения прогнозных моделей и прочее; 2) снижения размерности пространства характеристик с целью их визуализации, выявления причинно-следственных связей, построения обоб-



ценных характеристик для анализа данных и интерпретации полученных результатов; 3) кластеризации данных для выявления их корреляции в условиях трудно формализуемой зависимости между ними, для наглядного представления; 4) оценки информативности используемых медицинских показателей для проведения более детального и достоверного обследования больных.

3) *Стандартизация и алгоритмизация лечебного процесса.* Терапевтический процесс включает комплекс медицинских мероприятий, связанных с постановкой диагноза (предварительного, клинического, заключительного, патоморфологического), диагностику и терапию. И имеет, два, иногда взаимоисключающих, результата: реальные изменения в состоянии пациента и изменения в состоянии пациента, зафиксированные в первичной медицинской документации и отчетных статистических формах [5, 6, 10]. Отсутствие единого результата, главным образом, связано с разными требованиями, предъявляемыми пациентами и органами государственной власти, а также рядом отраслевых особенностей субъекта управления: 1) пациенты при обращении за медицинской помощью могут самостоятельно выбирать маршрут движения между врачами-специалистами и параклиническими подразделениями; 2) текущая деятельность врачей-специалистов в рамках сложившейся системы управления скрыта от оперативного контроля со стороны администрации МУ; 3) отсутствует единый механизм управления движением пациентов и аккумулирования всех затрат связанных с оказанием медицинской помощи; 4) учет расходов в медицинском учреждении ведется, как правило, «котловым» методом; 5) в системе оказания медицинской помощи отсутствуют центры ответственности, отвечающие за конечное состояние здоровья пациента; 6) общая стоимость лечения пациента зависит, в первую очередь, от врача-специалиста, а не от нозологической формы; 7) система перспективного планирования не имеет законодательно регулируемых требований к корреляции с фактически достигнутыми результатами МУ; 8) работа медицинского учреждения не имеет единой оценки, каждый из участников внешнего окружения формирует свою.

В сложившихся условиях индикативное управление позволяет придать лечебному процессу нужный уровень механистичности с точки зрения оценки эффективности продолжительности его выполнения и полученных результатов, на основании создания внутренних «центров ответственности», логистических потоков движения пациентов, оперативного учета произведенных затрат и прочее.

4) *Сложность координации внутренних социальных процессов.* Развитие медицинской науки вовлекает в лечебный процесс все большее число участников, увеличивается доля узкоспециализированных врачебных консультаций, расширяется спектр диагностических исследований. В подобной ситуации медицинские работники, выполняющие отдельные исследования или манипуляции, не видят общей динамики патологического процесса, возрастает время постановки диагноза, снижается эффективность контроля за рациональностью использования ресурсов. Кроме того, в большинстве случаев на пациентов перекладывается работа по сбору медицинской документации из различных источников и передача ее лечащему врачу, возлагается ответственность самостоятельного передвижения между структурными подразделениями для получения медицинских услуг. В результате лечебный процесс становится несогласованным, раздробленным и в целом слабоуправляемым, что в конечном итоге проявляется во множестве негативных последствий для пациентов.

Индикативное управление позволит рационализировать менеджмент медицинского учреждения за счет радикального перепроектирования рабочих процессов и концентрации управленческого воздействия не на задачах (управление запасами, управление продажами, управление персоналом и т.п.) и функциях (материально-техническое снабжение, производство, маркетинг, учет и т.п.), а на процессах, выстроенных от пациента [8, 9]. Данная возможность связана с тем, что сущность индикативного подхода позволяет организовать внутреннее управление с учетом реинжиниринга бизнес-процессов (business process reengineering) (BPR).



Рис. 2. Функционирование медицинского учреждения как открытой социальной системы



5) *Информационное обеспечение процессов управления.* В государственной политике информатизация определена одной из приоритетных задач интеллектуального и технического развития страны, требующей безотлагательного решения. Механизмами реализации избран программно-целевой принцип, директивно обозначенный в Федеральной программе «Электронная Россия», подпрограммой в которой является информатизация здравоохранения, «Концепции информатизации здравоохранения России», «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020г.» и иных нормативных документах [2]. Можно отметить положительные сдвиги в этом направлении деятельности на региональном уровне, в том числе в Москве, Санкт-Петербурге, Алтайском, Ставропольском, Краснодарском, Приморском краях, Кемеровской, Тульской, Свердловской, Новосибирской, Томской, Омской, Архангельской, Воронежской областях. Однако основное внимание разработчиков, главным образом, сосредоточено на создании отдельных, не связанных между собой программных продуктов (ПО), решающих следующие узкоспециализированные задачи здравоохранения: 1) методическое обеспечение лечебного процесса и облегчение медицинским работникам принятия решений; 2) формирование в электронном виде первичной медицинской документации и осуществление с созданным массивом данных заданных действий; 3) автоматизация ведения бухгалтерского учета и составления специальных периодических отчетных форм (преимущественно финансово-экономических);

Автоматизация иных областей работы медицинских учреждений развивается менее интенсивно. По нашему мнению, это связано с целым комплексом системных проблем: 1) низкая компьютерная грамотность большинства медицинских сотрудников и незначительное оснащение рабочих мест средствами вычислительной техники и цифровой связи; 2) компьютеризация МУ осуществляется фрагментарно, исключительно для информационной поддержки реализации законодательных актов, связанных с расходованием бюджетных средств; 3) компьютерные технологии не являются действенным рычагом повышения эффективности управления здравоохранением; 4) отсутствие государственного регулирования в областях стандартизации разработок и распространения специализированного программного обеспечения, формирования единого информационного пространства в здравоохранении.

Одна из наиболее специфичных сфер деятельности учреждений здравоохранения – управленческий учет, основанный на интеграции медицинской, социальной и экономической деятельности, затронута процессами автоматизации незначительно. По нашему мнению МУ связан с преобладанием ситуационного подхода к управлению их деятельностью, обусловленного спецификой здравоохранения как социального института.

Большинство медицинских учреждений организуют собственную работу интуитивно, исходя из региональных особенностей с присущими им «институциональными ловушками» и собственными традициями, постепенно сформировавшимися с момента введения в эксплуатацию учреждения [3]. В результате внутренняя организационная структура МУ одного города или области, в том числе Белгородской, Курской, Липецкой и прочих, существенно отличается друг от друга. В связи с этим, разработчики ИТ-продуктов не стремятся участвовать в автоматизации процессов управления, так как подобная работа требует проведение детального изучения организационных процессов конкретного медицинского учреждения, иначе автоматизация только ускорит получение неудовлетворительных результатов или не будет обладать нужным потенциалом для модификации программного обеспечения в условиях конвенционального подхода к реинжинирингу.

На основании вышеизложенного мы можем утверждать, что принципы индикативного управления позволяют реализовать автоматизацию процессов медицинского менеджмента на основе перспективной технологии BPMS.

6) *Коммерциализация и пациентоориентированность.* Конституция Российской Федерации закрепляет в своих нормах право на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41). Правом на медицинскую помощь гарантируется право на охрану здоровья. В свою очередь, право на охрану здоровья гарантирует два конституционных права более высокого уровня – право на достойное существование и право на свободное развитие, закрепленные в норме пункта 1 статьи 7 Конституции, а эти два права гарантируют конституционное право на жизнь.



Достойная жизнь, в первую очередь, характеризуется наличием минимального набора бесплатных для человека благ, позволяющих ему как приобрести определенный уровень духовного и физического состояния, так и сохранить этот уровень перед лицом ряда бедствий и жизненных невзгод – так называемых социальных рисков. При этом данный уровень защищается, в том числе путем установления некоторых нормативов получения бесплатных благ.

Свободное развитие означает наличие свободного доступа к дополнительным благам, превосходящим минимальный уровень бесплатных для гражданина благ. Это свободный доступ к дополнительному образованию, дополнительным медицинским услугам, культуре, досугу для развития и самоусовершенствования и тому подобному. Для обеспечения свободного развития личности государством принимаются меры, основанные преимущественно на поощрении частной инициативы. При этом поощряется не только частная инициатива со стороны того, кто нуждается во благах, но и частная инициатива с противоположной стороны, то есть лиц, предоставляющих необходимые блага.

Как было изложено ранее, государственные гарантии медицинской помощи для достойной жизни имеют эфемерный характер. Неоднозначно воспримется и инициатива МУ реализовать права граждан на свободное развитие: оказание платных медицинских услуг (ПМУ) на базе государственных медицинских учреждений является объектом острой полемики среди теоретиков и практиков экономики здравоохранения и не может быть разрешено в рамках существующей концепции развития системы охраны здоровья. Однако, по нашему мнению, применение индикативной основы управления позволит внедрить в деятельность МУ взвешенный управленческий механизм по организации и оказанию ПМУ населению. Подобная практика позволит достичь: 1) удовлетворения скрытого спроса на медицинские услуги, не вошедшие в территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ТППГ); 2) разграничения между частными медицинскими организациями и государственными учреждениями здравоохранения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых населению соответственно на платной и бесплатной основе; 3) упреждения стихийного развития рынка платных медицинских услуг; 4) выведения «теневых трансфертов», возникающих между пациентом и медицинскими работниками, на уровень цивилизованных договорных отношений; 5) усиления контроля со стороны администрации МУ за процессом оказания ПМУ; 6) планирования, прогнозирования и выработки стратегических направлений развития внебюджетной деятельности; 7) усиления профессиональной конкуренции между медицинскими работниками; 8) создания дополнительного источника повышения дохода медицинских работников; 9) прекращения «утечки» высококвалифицированных специалистов в другие частные медицинские организации; 10) повышения ответственности медицинских работников за выполняемую работу, что связано с обратным контролем со стороны пациентов, выступающих в качестве полноправных потребителей медицинских услуг; 11) сохранения лучших медицинских традиций государственной медицины в предпринимательской деятельности; 12) создания преемственности между бесплатной и возмездной медицинской помощью в рамках одного медицинского учреждения.

*7) Генерирование экстернальной эффективности.* Эффективность работы учреждения здравоохранения может быть определена с позиции любого экономического контрагента МУ. По нашему мнению, только интегральная оценка, включающая представления о деятельности медицинского учреждения основных участников его контактного окружения, может претендовать на приближение к объективности. При этом необходимо учитывать, что оценка эффективности должна производиться по предварительно определенным параметрам и нести информацию для последующего управления социосистемой на всех уровнях, что требуется для комплексного социально-индикативного управления.

*8) Сложность определения качества (измерения результатов) работы.* В научной литературе приведены многочисленные определения качества медицинской помощи, рассматриваются основные методические подходы к его обеспечению, даются характеристики системы стандартов и предлагаются методы, организационные технологии оценки

качества медицинской помощи. Однако в практической работе большое научно-информационное поле, главным образом, вносит затруднение в выбор единого инструмента. При этом для целей социально-экономического управления результаты качества работы медицинского учреждения могут быть однозначно формализованы через соответствующие показатели, основанные на механистическом восприятии лечебного процесса. Например, в качестве оценочной базы могут использоваться медико-экономические стандарты, субъективная удовлетворенность пациентов, профессиональная работа персонала МУ и прочее.

Сформированный перечень особенностей учреждения здравоохранения для целей индикативного управления будет положен в основу системы индикаторов комплексной оценки деятельности МУ.

Система индикаторов – расчетный инструмент менеджмента, позволяющий получить информацию о некоторых качественных и количественных состояниях объекта управления, достаточную для принятия предсказуемых в рамках определенной социально-экономической системы управленческих решений.

На рисунке 3 в общем виде представлена система индикаторов, соответствующая задачам индикативного управления.

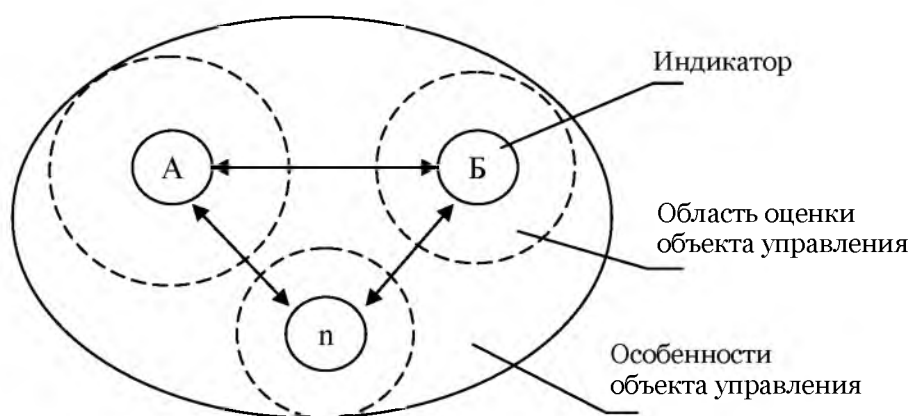


Рис. 3. Структура системы индикаторов оценки социально-экономической системы

Таким образом, система индикаторов представляет собой набор расчетных инструментов, позволяющих получить системную информацию о качественных и количественных состояниях объекта управления – различных подсистемах медицинского учреждения. Однако при их разработке необходимо учитывать специфику отрасли, связанную с действием перечисленных выше факторов, а также сложившуюся высокую инертность процессов организационных изменений в медицинских учреждениях и связанные с ними отсроченные во времени социальные риски.

### Литература

1. Баков, Н.Х. Нормативный метод индикативного планирования в сельскохозяйственном производстве (на материалах Кабардино-Балкарской Республики): автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Нальчик. – 2002. – 23 с.
2. Вялков, А. И. Государственная политика в области информатизации здравоохранения в РФ // Главврач. – 2008. – № 4. – С. 19–33.
3. Гасников, В.К. Многолетний опыт совершенствования методологического и информационно-аналитического обеспечения управления региональным здравоохранением / В.К. Гасников, В.Н. Савельев, Н.С. Стрелков // Организация здравоохранения и общественное здоровье. – 2008. – № 4. – С. 11-14.
4. Липчиу, А.И. Об индикативном планировании в управлении финансами организаций // Экономический анализ: теория и практика. – 2007. – № 17. – С. 26-30.



5. Махинова, Н.В. Совершенствование организационных технологий планирования в здравоохранении: автореф... дисс. кан. экон. наук. – Екатеринбург. – 2010. – 24с.
6. Петрова, Н.Г. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении // Менеджмент в России и за рубежом. – 2009. – № 4. – С. 57-60.
7. Шаккум, М. Механизм реализации индикативных планов // Экономист. – 2000. – № 7. – С. 19–27.
8. Шульман, Е.И. Настоящее и будущее клинических информационных систем: функции, свойства и распространение // Главный врач. – 2010. – №8. – С. 16-23.
9. Шульман, Е.И. ИТ-сообщество должно осознать, что работа врача – не «business process», а «brain process» // Врач и информационные технологии. – 2007. – № 6. – С. 4-11.
10. Яковлев, А.А. Формирование организационно-экономического механизма управления знаниями в организациях здравоохранения: автореф... дисс. кан. экон. наук. – Санкт-Петербург. – 2009. – 29 с.

## **MEDICAL FACILITY CHARACTERISTICS AS AN OBJECT OF SOCIALLY INDICATIVE MANAGEMENT**

**B.A. TKHORIKOV**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail: Tkhorikov@bsu.edu.ru*

This paper is the first in a series of articles about socially indicative management in health care. This paper considers the peculiarities of the medical facility as an object of socially indicative management. Description for the application areas of indicative methods that have the greatest impact to the effectiveness of the indicative management is given. Formulated specifications are decomposed for the comfortable future use in medical facility analysis. Existing problems in medical management are analyzed and advantages of the indicative approach are explained.

Key words: socially indicative management, medical facilities, public health services.