

Новые реалии внешней среды и изменения менеджмента в системе здравоохранения

Eglė Kazlauskienė

Annotation. This article provides introduction into efficiency and productivity of health care services and possibly ways of improvement. Questions related to the forces of health care environment and shift of management paradigms are presented in the article. Changing health care system based on knowledge-building/relationship-building and stakeholders concepts.

Key words: health care system, stakeholders, efficiency, productivity of services.

Под влиянием сетевых отношений и внешней среды меняется парадигма менеджмента в системе здравоохранения. Это тесно связано с новыми знаниями, инновациями, меняющееся позицией мышления интерес групп, пониманием эффективность управления. Определение эффективности здравоохранения неоднозначно. Учреждение здравоохранения никогда не будет иметь высокой внешней эффективности, если у него низка внутренняя. Проблематично не только увеличить производительность в сфере услуг здравоохранения, но и оценить ее, причем точно.

Без правильного организаторского подхода, управленческих решений и улучшения знаний роста производительности достичь трудно. Актуальные вопросы для обсуждения в этом контексте являются: 1. Новые реалии внешней среды: влияние сил внешнего окружения и заинтересованных сторон/ интерес-групп на здравоохранения и их значение для управления, изменения парадигмы менеджмента. 2. Повышение достижений в учреждениях системы здравоохранения: эффективность управления.

1. НОВЫЕ РЕАЛИИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ: ВЛИЯНИЕ ИНТЕРЕС-ГРУПП

Учреждение системы здравоохранения может успешно функционировать лишь во взаимодействии с многочисленным рядом других социально-экономических объектов, в процессе чего адаптируется и создаются новые знания. Часть из взаимодействующих объектов находится полностью за пределами организации, часть — пересекается с данной организацией, а часть может рассматриваться как находящаяся внутри организации. Разнообразные взаимодействия организации с другими объектами можно разделить на три группы: **средовые**— взаимодействия с социально-экономической средой, т.е. неопределенным и/или не постоянным множеством адресатов; **социальные**— взаимоотношения между организацией и отдельными гражданами или ограниченными социальными

группами; **сетевые** взаимодействия, реализуемые в виде относительно устойчивых потоков в услуги-финансовых сетях между конкретными субъектами или их группами.

Взаимодействия организации с окружающей социально-экономической средой. С одной стороны, на деятельность организаций влияет нормативно-правовая и, более широко, вся институциональная среда. Это влияние осуществляется как через людей, являющихся работниками учреждений здравоохранения, пациентами или инвесторами, так и через другие факторы. Существенны такие факторы макро среды, как: сложившиеся тенденции общеэкономического роста, размах безработицы, динамика покупательной способности, состояние природной среды, предпринимательский и инвестиционный климат, отношение общества к труду, степень конфликтности или доброжелательности в обществе, приверженность моральным ценностям, дисциплинированность, уровень и степень самостоятельности и зрелости мышления индивидуумов, их политическая вовлеченность и ангажированность, другие характеристики общественного сознания и т.п. С другой стороны, можно найти более специфические критерии влияние внешнего и внутреннего окружения (Таблица 1.) для менеджмента системы здравоохранения.

Социальные взаимодействия организации отчасти затрагивают средовое влияния. В условиях общественных изменений, социальной нестабильности организация как институт служит своеобразным «строком стабильности» в изменяющемся мире. Дело даже не столько в оплате труда, сколько в чувстве причастности.

Сетевые взаимодействия организации могут быть классифицированы в зависимости от: характера сетевого потока (материальный, финансовый, информационный), положения объекта в сети (смежный, связанный через посредство других объектов) и «направления тяги» (функции спроса и предложения). Среди сетевых адресатов учреждения системы здравоохранения пациенты, поставщики, медицинские работники, конкурирующие учреждения организации— технологические доноры, организации—технологические реципиенты, научно-исследовательские организации, авторы организационно-технологических инноваций, инвесторы и финансово-кредитные учреждения, налоговые органы и др. Все эти объекты можно объединить словосочетанием «лица, заинтересованные в деятельности учреждения системы здравоохранения». В западной литературе это соответствует расширенному пониманию термина «stakeholders».

Таблица 1. Влияние внешнего окружения и его значение для менеджмента системы здравоохранения

Внешнее воздействие/сила (External Force)	Следствия для менеджмента (Management Implication)
1. Оплата/финансирование по числу пациентов, целевые расходы, или общие средства для обеспечения предоставления населению медицинской помощи	Необходимость увеличения эффективности и повышения производительности Изменения структуры предоставления лечения Развитие стратегических объединений, создающих добавленную стоимость Повышение числа сетей, систем и групп врачей
2. Повышенная ответственность за выполнение работы	Информационные системы, которые связывают воедино финансовые и клинические сведения о болезни Эффективное выполнение нормативов клинической практики Способность к последовательному непрерывному совершенствованию всех функций и процессов
3. Технологический прогресс в биологических и клинических научных исследованиях	Расширение континуума медицинских услуг, необходимость в новых местах лечения, приспособленных к новым способам лечения Повышенная способность преодоления межведомственных границ в медицинском менеджменте
4. Старение население	Должны быть готовы столкнуться с новыми этическими проблемами. Повышенный спрос на первую помощь, услуги по поддержанию хорошего самочувствия и услуги по поддержанию здоровья в возрастной группе от 65 до 75 лет Повышенный спрос на управление хроническими заболеваниями в возрастной группе от 75 лет. Трудности управления этническими проблемами, связанными с поддержанием жизни
5. Повышение национальной и культурной дифференциации населения	Возрастающие сложности в понимании и удовлетворении ожиданий пациентов. Вызовы, связанные с управлением все более разнообразными кадровыми ресурсами
6. Изменения в структуре и образовании медицинского персонала	Потребность в творческих подходах к потребности населения в получении медицинских услуг по предупреждению заболеваний, улучшению здоровья и лечению хронических больных. Необходимость компенсации нехватки профессиональных кадров определенных категорий. Необходимость в создании эффективных команд по уходу за пациентами вне мест постоянного лечения.
7. Социальные проблемы (СПИД, наркотики, насилие)	Способность удовлетворить непредсказуемое увеличение спроса. Необходимость развития системы социальной поддержки и менеджмента лечения хронических больных. Должны активно сотрудничать с представителями общественности
8. Информационные технологии	Потребность обучение служащих здравоохранения новым информационным технологиям Увеличенные способности координировать Трудности в управлении из-за повышенных темпов изменений и передачи информации Трудности поддержания конфиденциальности
9. Глобализация и развитие мировой экономики	«Утечка» и увеличение конкурентоспособности медицинских работников Управление стратегическими альянсами/сетями, особенно в областях биотехнологии и развития новых технологии

Health care management: organization, design and behavior / [edited by] Shortell, S.M., Kaluzny, A.D. and associates; 4th.ed., Delmar Thompson Learning, 2000.- 493p.

В сетевом ракурсе учреждение системы здравоохранения можно представлять как один из узлов многомерной паутины, связывающей различных институциональных агентов. Существенно, что все отношения организация с заинтересованными лицами носят взаимный характер. Нитями, связующими этих агентов, служат разнообразные

ожидания, в том числе ожидания по отношению к данному учреждению. Например, внутренние интерес - группы в больнице, включая служащих, врачей, управляющих, директоров и т.п., хотят значимую работу, возможность для роста, современные, услуги поддерживающие, технологии. Инвесторы как внешние интерес - группы ожидают, что медицинские услуги будут оказаны наиболее

рентабельным способом. Пациенты имеют изменяющиеся ожидания в зависимости от серьезности их болезни, их образования и их финансовых ресурсов. Аудиторы будут заинтересованы способностью организации придерживаться стандартов, норм и т.д.

Следовательно,

(1) Концепция заинтересованных сторон особенно значительна в оценке объединенных систем снабжения учреждений здравоохранения. Существует недостаток четких границ среди интересов различных групп. Конечно, не все интересы одинаково мощны. В организаций, можно обнаружить присутствие

доминирующей коалиции, чей интересы более весомы чем другие.

(2) Чтобы согласовать несоизмеримые потребности многократных конкурирующих интересов организации здравоохранения должны развивать ориентацию отношений партнерства на основе доверия и увеличения знаний. В этом контексте, сетевые связи учреждения здравоохранения включают всех людей и организаций в пределах ограниченной географической области, в которой есть ощущение взаимозависимости и принадлежности, обмен знаниями и другими ресурсами.

Под влиянием сетевых отношений и внешней среды меняется парадигма менеджмента (Таблица 2.) в системе здравоохранения.

Таблица 2. Изменения менеджмента в системе здравоохранения - старая и новая парадигма

Старая парадигма	Новая парадигма
Акцент на неотложном стационарном лечении (<i>Emphasis on acute inpatient care</i>) Акцентируется лечение болезни (<i>Emphasis on treating illness</i>) Ответственность за здоровье отдельного пациента (<i>Responsible for individual patients</i>)	Акцент на всем комплексе лечения (<i>Emphasis on the continuum of care</i>) Акцентируется поддержание и стимулирование здорового образа жизни (<i>Emphasis on maintaining and promoting wellness</i>) Ответственность за здоровье всего населения (<i>Accountable for the health of populations</i>)
Акцентируется материальные физические средства (<i>Emphasis on tangible physical assets</i>) Все поставщики услуг воспринимаются одинаково (<i>All providers are essentially similar</i>)	Акцентируется нематериальные средства основанные на знаниях/отношениях (<i>Emphasis on intangible knowledge/relationship-based assets</i>) Дифференциация основана на способности создавать добавленную стоимость (<i>Differentiation based on ability to add value</i>)
Успех достигается за счет развития рыночной сферы стационарного лечения (<i>Success achieved by increasing market share of inpatient admissions</i>) Цель - заполнить места в палатах (<i>Goal is to fill beds</i>)	Успех достигается за счет увеличения числа поддерживаемых жизней и пациентов, которые чувствуют себя хорошо (<i>Success achieved by increasing the number of covered lives and keeping people well</i>) Цель - обеспечить максимально качественную медицинскую помощь (<i>Goal is to provide care at the most appropriate level</i>)
Разделение медицинских учреждений, медицинского персонала и проблем медицинского страхования (<i>Hospitals, physicians, and health plans are separate</i>) Менеджеры осуществляют управление учреждениями (<i>Managers run an organization</i>)	Виртуальная и/или вертикальная система (<i>Virtual and/or vertically system</i>) Менеджеры осуществляют мониторинг ситуации на рынке (<i>Managers oversee a market</i>)
Менеджеры осуществляют координацию всех служб (<i>Managers coordinate services</i>)	Менеджеры управляют услугами, пересекая межведомственные границы (<i>Managers operate services across organizational boundaries</i>) Менеджеры активно стремятся улучшению качества и постоянному совершенствованию услуг (<i>Managers actively pursue quality and continuous improvement</i>)

Health care management: organization, design and behavior / [edited by] Shortell, S.M., Kaluzny, A.D. and associates; 4th.ed., Delmar Thompson Learning, 2000.- 493p.

Принятие новой парадигмы менеджмента в системе здравоохранения тесно связано с новыми знаниями, инновациями, меняющееся позицией мышления интерес групп, пониманием эффективность управления.

2. ДОСТИЖЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ

Определение эффективности здравоохранения неоднозначно. Исходя из общего представления о производительности и

эффективности (M. Kennerley, A. Neely, 2003; R.S Kaplan, D. R. Norton, 2005; C. Parker, 2000; R. Simons, 2000; S. Malcolm, 1998; S.Shortell, A.Kaluzny, 2000) можно выделить разные дефиниции. *Эффективность* (англ. Efficacy) основывается способностью организации здравоохранения, при идеальных условиях к решению правильно поставленной проблемы, получить желательный эффект. *Соответствие* (англ. Appropriateness) основывается на том, применялось ли больному правильное лечение в правильное время. *Организационная эффективность* (англ. Organizational effectiveness) - в этом понятии

эффективность означает, насколько успешно/качественно и соответствующее были выполнены цели/задачи организации здравоохранения. *Эффективность* (англ. Efficiency) можно измерить как отношение между результатом, полученным при выполнении какого-либо процесса/услуги, и максимально возможным результатом при использовании того же количества ресурсов. *Производительность* (англ. Productivity)— это показатель того, насколько эффективно организация преобразует используемые ею ресурсы в продукт. Производительность определяется отношением результата к затратам, например, число зарегистрированных посещений медсестры в день.

Административная работа состоит в оптимизации отдачи от задействованных ресурсов. Именно это выражается термином «*внутренняя эффективность*» (Львов, Д. и др. 2001). Он означает необходимость делать лучше то, что уже делается, и нацелен на затраты. Однако оптимизационный подход должен также ориентироваться на создание новых возможностей. *Внешняя эффективность* означает, что следует знать, на какие цели нужно направлять ресурсы организация. В этом состоит требование внешней эффективности, но оно не обесценивает внутренней эффективности. Учреждение здравоохранения никогда не будет иметь высокой внешней эффективности, если у него низка внутренняя эффективность использования ресурсов. Внешняя эффективность — это основа успеха, а внутренняя эффективность — его минимальное условие. Внутренняя эффективность означает, что учреждение здравоохранения делает правильно то, что оно делает. Современное управление подразумевает установление правильного баланса между обоими видами эффективности.

Проблемы в оценке эффективной деятельности в сфере услуг здравоохранения. Определять и измерять эффективность в учреждениях здравоохранения более трудно. Действия сильно взаимозависимый, требуют высокую степень координации среди разнообразных профессиональных групп. Медработники - высоко специализированные профессионалы, и их первичная лояльность принадлежит скорее к профессии чем к организации. В многих организациях здравоохранения существуют двойные полномочия власти, что создает не только проблему координации но и ответственности ролей.

Сфера услуг здравоохранения имеет ряд особых сложных проблем. Проблематично не только увеличить производительность в сфере услуг здравоохранения, но и оценить ее, причем точно. Три типа проблем оценки деятельности в сфере услуг : 1.Определительная: что измерять 2.Техническая: как измерять 3.Оперативная: почему это должно измеряться

1. Определительные проблемы в оценке деятельности Основными проблемами являются: определение элементов сложного набора услуг; выбор

среди альтернативных представлений результата; учет роли потребителя в предоставлении услуги; различия в качестве.

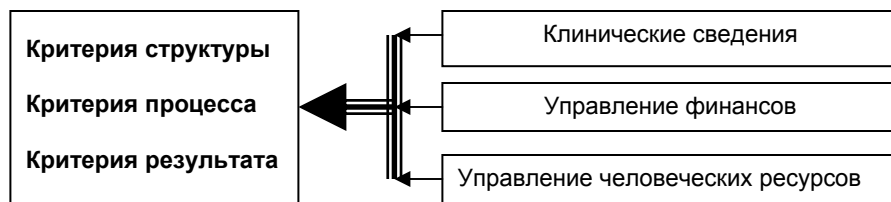
(1) *Определение элементов, из которых состоит услуга.* Многие услуги учреждения здравоохранения состоят из набора услуг, которые предоставляются совместно. Часто трудно или вообще невозможно разделить эту комбинацию на отдельные услуги.

(2) *Альтернативное представление результата деятельности.* Вторая проблема проистекает из самой природы услуг. Услуг представляют собой выполнение какого-либо процесса, и обычно после оказания услуги нет никаких материальных/физических подтверждений как таковых. Например, Для больниц было бы логично считать исходным результатом количество вылеченных пациентов, однако подобный результат определить непросто и обычно никаких данных для оценки просто не существует. Более того, в больнице занимаются не только лечением, некоторая деятельность больниц направлена на поддержание здоровья пациентов. В больницах также занимаются диагностикой, но когда диагноз поставлен, лечение может проводиться в другом медицинском учреждении. Существует и другая деятельность, которой занимаются больницы, например, подготовка медсестер и студентов-медиков. Из-за подобных трудностей для ряда услуг произведенный продукт определяют косвенно, для этого оценивают объем соответствующей деятельности. Например, результат работы больницы может быть представлен как число пациенто-дней.

(3) *Учет роли потребителя.* Потребители вовлечены в процесс создания и предоставления услуг. Участие потребителя создает, по крайней мере, три проблемы при оценке производительности в сфере услуг. Прежде всего, бывает трудно отделить вклад самих потребителей в результат от вклада учреждения. Усилия потребителей обычно не учитываются в трудовом вкладе, а это порождает недооценку трудового вклада и переоценку производительности. С другой стороны, неопытные потребители могут неблагоприятно повлиять на эффективность поставки услуги. Вторая проблема заключается в том, что результат предоставления услуги может зависеть от количества обслуживаемых клиентов. Третья проблема заключается в том, что спрос на ряд услуг непостоянен, его трудно прогнозировать, но учреждения услуг должны поддерживать средства обслуживания и постоянно иметь в распоряжении персонал. Если игнорировать неизбежность простоев и излишка мощностей, это может привести к неправильным заключениям или решениям.

(4)*Различия в качестве.* Неосвязаемость и необычная природа услуги вызывают трудности при оценке ее качества. Например, иногда услуги оцениваются как количество часов, которые потратил специалист на отдельный случай. Однако результат

этой услуги зависит скорее от знаний и мастерства специалиста, чем от количества потраченных часов. К тому же потребителям сложно судить о качестве некоторых услуг, так как они не обладают специальными знаниями, как это обычно бывает в областях здравоохранительных услуг.



1. рис. Компоненты измерения деятельности организации здравоохранения

3. Оперативные проблемы в оценке эффективности Отвечая на вопрос *почему это должно измеряться* как инструмент можно применять диаграмму причин - последствий, в которой причины группируются по степени их значимости.

Увеличение производительность и эффективность в сфере здравоохранительных услуг. Что же делать, чтобы повысить производительность и эффективность в сфере услуг здравоохранения? Друкер предлагает для этого следующие рекомендации: (1) определить задачу; (2) сконцентрировать внимание на этой задаче; (3) определить показатели; (4) создать партнерские отношения со служащими; (5) сделать непрерывное обучение частью организационной культуры (Хаксевер К. и др., 2002.).

1. Определить задачу. Первое, что мы должны сделать, — это задать вопрос: «Какова наша задача? Чего мы пытаемся достичь? Зачем нам это нужно?» Часто оказывается, что задачу можно упростить, объединить с другой или даже полностью устранить без какого-либо ущерба для пациентов. Используя данные вопросы, можно обнаружить, что когда-то в прошлом была поставлена задача и для этого была причина, актуальная для того момента времени, но причина давно исчезла или условия изменились, а руководители забыли отменить устаревшую задачу.

2. Сконцентрировать внимание на задаче. Служащие многих учреждения здравоохранения обычно вынуждены выполнять много различных задач, часть из которых не относится к их основным должностным обязанностям. Хорошим примером является стандартная жалоба медсестер. Во многих больницах требуют, чтобы медсестры выполняли дополнительно конторские обязанности, бумажную работу и т.п. Эти обязанности для медсестер являются непроизводительной работой, требуют много времени и не позволяют им заниматься своими прямыми обязанностями, т. е. уходом за пациентами.

Для выполнения бумажной работы можно нанять конторского служащего, это позволит медсестрам сконцентрироваться на своей работе.

2. Технические проблемы в оценке эффективности - как измерять – основуются (1. рис.) на клинических сведениях управление финансов, человеческих ресурсов и сводится к критериям структуры, процесса и результата.

Описанная проблема часто встречается. Чтобы ее избежать, необходимо задаваться вопросами: «За что мы платим? Какую ценность эта работа должна добавлять?»

3. Определить показатели. Диапазон услуг учреждений здравоохранения велик: от лечения, ухода за пациентами, реабилитации до научно-исследовательских работ. Очевидно, что эти услуги включают в себя самые разнообразные задачи, а требуемые знания, навыки. А подготовка сильно меняется от одной работы к другой. Критерии оценки выполнения также различны для каждой работы, поэтому нельзя ожидать что одни и те же усилия по повышению производительности дадут желательный результат для всех видов услуг. Иногда результат оценивается скорее по качественным, чем по количественным характеристикам.

4. Создать партнерские отношения со служащими. Многие организации и менеджеры обнаруживают, что их работники — это бесценный источник предложений по улучшению качества и производительности. Работа в команде, вовлечение работников в принятие решений и наделение их полномочиями, — все нацелено на эффективное использование этого ценного источника и на то, чтобы удовлетворить их потребности и ожидания. Задача в том, чтобы сделать удовлетворение пациентов, производительность и качество заботой как администрации, так и подчинённых. Партнерские отношения — лучший способ достичь этой цели.

5. Сделать непрерывное обучение частью организационной культуры. Быстрое развитие технологий и внедрение новых услуг, растущая их сложность делает непрерывное обучение работников необходимым условием для выживания организации. Обучение должно включать в себя образование и приобретение навыков, так как и то и другое необходимо для продвижения вперед и непрерывного повышения производительности. Ряд медицинских услуг по своей природе — это интеллектуальные услуги, а следовательно, культура непрерывного повышения квалификации для них естественна, однако необходимо создать стратегический план по ее развитию.

Можно выделить такие факторы, связанные с увеличением производительности и эффективности в учреждениях здравоохранения, как: высокие стандарты и цели; готовность вводить новшества и приспособляемость к изменениям; концентрация и компетенция штата медработников; вовлечение специалистов к принятию решений и предоставление полномочий; информация и обратная связь; улучшенная организация работы, эффективные методы работы, работа в команде; развитие культуры организации, улучшение взаимоотношений работников; непрерывное обучение и системы возмещения, ориентируемые к повышению производительности или эффективности.

ВЫВОДЫ

Можно найти немало критерии влияние внешнего и внутреннего окружения для менеджмента системы здравоохранения: от проявления социальных проблем современного общества, старения населения, технологического прогресса в биологических и клинических научных исследованиях, роста информационных технологий, глобализации услуг до изменений системы финансирования или образования медицинского персонала. В сетевом ракурсе учреждение системы здравоохранения можно представлять как один из узлов многомерной паутины, связывающей различных институциональных агентов. Все эти объекты можно объединить словосочетанием «лица, заинтересованные в деятельности учреждения системы здравоохранения», что соответствует расширенному пониманию термина «stakeholders». Чтобы согласовать несоизмеримые потребности многократных конкурирующих интересов организации здравоохранения должны развивать ориентацию отношений партнерства на основе доверия и увеличения знаний. Под влиянием сетевых отношений и внешней среды меняется парадигма менеджмента в системе здравоохранения. Новая парадигма, основанная на знаниях/отношениях акцентирует комплекс лечения, поддержание и стимулирование здорового образа жизни, здоровье всего населения, обеспечение максимально качественной медицинской помощи и т.д. Принятие новой парадигмы менеджмента в системе здравоохранения тесно связано не только с новыми знаниями, инновациями но и меняющееся позицией мышления интерес групп, пониманием эффективность управления.

Определение эффективности здравоохранения неоднозначно. Учреждение здравоохранения никогда не будет иметь высокой внешней эффективности, если у него низка

внутренняя эффективность использования ресурсов. Современное управление подразумевает установление правильного баланса между обоими видами эффективности. Сфера услуг здравоохранения имеет ряд особых сложных проблем. Проблематично не только увеличить производительность в сфере услуг здравоохранения, но и оценить ее, причем точно. Выделяется три типа проблем оценки деятельности в сфере услуг: определительная, техническая и оперативная. Выделяется целый ряд факторов, связанных с увеличением производительности и эффективности в учреждениях здравоохранения, главным образом зависящих от хорошего управления. Без правильного организаторского подхода, управленческих решений и улучшения знаний роста производительности достичь трудно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jones, Gareth R. Organizational theory. Addison-Wesley Publishing Company, 1995. 706 p.
2. Kannan, G., Aulbur, W. G. Intellectual capital: Measurement effectiveness, Journal of Intellectual Capital; Volume:5 Issue:3; 2004
3. Kaplan R.S. The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance./ R.S Kaplan, D. R.. Norton //Harvard Business Review, Jul/Aug2005, Vol. 83 Issue 7/8. Available from Business Source Premier.
4. Kennerley, M. Measuring performance in a changing business environment / M. Kennerley, A. Neely// International Journal of Operations & Production Management; Volume: 23 Issue: 2; 2003 Research paper. Available from Emerald Fulltext.
5. Malcolm M. Measuring organisational effectiveness.// Management Accounting: Magazine for Chartered Management Accountants, Oct98, Vol. 76 Issue 9. Available from Business Source Premier.
6. Parker C. Performance measurement // Work Study; Volume: 49 Issue: 2; 2000. Available from Emerald Fulltext.
7. Robbins S. P. Managing today. Prentice Hall, 2000. 651 p.
8. Health care management: organization, design and behavior / [edited by] Shortell, S.M., Kaluzny, A.D. and associates; 4th.ed., Delmar Thompson Learning, 2000.- 493p.
9. Simons, R. Performance measurement & control system for implementing strategy, Prentice Hall, 2000.- 780p.
10. Хаксевер К. Управление и организация в сфере услуг / К.Хаксевер, Б.Рендер, Р.С.Рассел, Р.Г.Мердик. Санкт-Петербург, 2002. 751 с.
11. Львов, Д. и др. Институциональная экономика, Москва: INFRA – М, 2001.- 318 с.