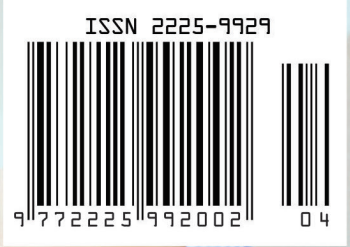


2017

МЕНЕДЖЕР



№1

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МЕНЕДЖЕР

АСТАНА



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан

Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Ж.Қ. Исмаилов

Редакциялық кеңес:

А.Қ. Байгенжин, Қ.Қ. Еремекбаев, А.А. Сыздыкова,
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,
В.З. Кучеренко, Мелита Вуйнович (ДДСҰ), Тата Чантуридзе
(Ұлыбритания), Антонио Дюран (Испания), Майкл Джоунс
(Ұлыбритания)

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Техникалық редакторлар:

А.Е. Тәпенова

Меншік иесі:

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы.
Журнал Қазақстан Республикасының байланыс және
ақпарат министрлігінде тіркелген. Есепке алу туралы
куәлігі №12044-Ж 12.10.2011 жылы берілді.

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жылда 4 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
және әлеуметтік даму министрлігі,
Денсаулық сақтауды дамыту
Республикалық орталығы.

Редакцияның мекен-жайы:

Астана қ., Орынбор к-сі, 4, 1004 кеңсе
e-mail: imzrk@bk.ru

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Исмаилов Ж.К.

Редакционный совет:

Байгенжин А.К., Еремекбаев К.К., Сыздыкова А.А.,
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,
Кучеренко В.З., Мелита Вуйнович (ВОЗ), Тата Чантуридзе
(Великобритания), Антонио Дуран (Испания),
Майкл Джоунс (Великобритания)

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Технические редакторы:

Тәпенова А.Е.

Собственник:

Республиканский центр развития здравоохранения.
Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и
информации Республики Казахстан. Свидетельство
о постановке на учет от 12.10.2011 года №12044-Ж.

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

4 раза в год

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан,
Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 4, офис 1004
e-mail: imzrk@bk.ru

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

Уважаемые коллеги!



Сегодня самый важный вопрос – это разъяснение населению целей происходящих в стране реформ, и в первую очередь, это внедрение медицинского страхования. Основная цель этой реформы – переход на новую модель финансирования, которая должна обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

В текущем году с целью совершенствования законодательства обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС) нами был разработан проект Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения». Законопроект предусматривает: пересмотр размеров взносов и отчислений в Фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС); уточнение перечня лиц, за которых взносы в ФСМС поступают от государства, а также плательщиков взносов ФСМС; предоставление иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Казахстана, права на получение медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и в системе ОСМС наравне с гражданами страны; определение ФСМС

единым стратегическим закупщиком медпомощи как в системе ОСМС, так и ГОБМП, упорядочение механизмов оказания медицинской помощи военнослужащим, сотрудникам правоохранительных и специальных государственных органов и членам их семей. Проект Закона поддержан в первом чтении Мажилисом Парламента РК.

Перед нами стоит еще одна задача – это обеспечение равных условий частным и государственным поставщикам медицинских услуг в рамках ОСМС для развития конкуренции с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи населению страны. На сегодняшний день созданы механизмы взаимодействия с участниками рынка в сфере здравоохранения, проведен анализ ситуации по структуре государственных и частных медицинских организаций, объему оказываемых ими услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, а также проводится ежеквартальный мониторинг.

Кроме того, в настоящее время Министерством совместно с представителями фармацевтической общественности проводится работа по обсуждению методики формирования и регулирования предельных цен на все лекарственные средства. Прорабатывается вопрос по внесению изменений в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Предпринимательский Кодекс РК, в части наделяния Министерства здравоохранения РК компетенцией по регулированию цен на все лекарства. Также прорабатывается вопрос внедрения системы отслеживания лекарственных средств посредством нанесения уникальных для каждой упаковки продукции штрих-кодов, с разработкой информационной системы и соответствующего приложения для смартфонов. Данное мероприятие предусмотрено Планом мероприятий по реализации Госпрограммы «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы.

Биртанов Е.А.
Министр здравоохранения Республики Казахстан

СОДЕРЖАНИЕ

Уразалина Д. А. О некоторых вопросах стратегии в бизнесе.....	6
Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С. Модель компетенций ппс медицинских вузов рк.....	10
Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С. Модель поддержки компетенций профессорско-Преподавательского состава медицинских вузов	14
Исаков З. Б. О некоторых вопросах технологии управления в медицине.....	18
Цепке А.Б. Изучение мотивационных типов сотрудников, как основы для профилактики эмоционального Выгорания в среде медицинских работников.....	22
Темекова З.М., Ищанова А.Б. Национальные счета здравоохранения – инструмент Анализа расходов на здравоохранение.....	30
Назарбекова Р.С., Медуханова С.Г. Внедрение бонусной системы оплаты труда руководителям медицинских организаций.....	37

СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ СТРАТЕГИИ В БИЗНЕСЕ

Уразалина Динара Аманболовна

Главный врач ТОО «Медицинский центр «Диасорб»

Түйіндемe: Мақалада стратегиялық жоспарлаудың кейбір мәселелері қаралады. Бизнес стратегиясын таңдау немесе әзірлеу кезінде әсер ететін негізгі факторлар белгіленген. Жеке бизнесті дамыту ҚР мемлекеттік саясатының басымдылығы және стратегиялық мәселесі болып табылады. Қазақстанда жеке бизнесті ашу немесе кеңейту кезінде мемлекеттік қолдауды алу мүмкіндігін беретін бірнеше институттар бар. Алайда барлық жағдайларда дамудың стратегиялық жоспарының болуы, мемлекеттен көмек алудың бір шарты болып табылады.

Резюме: В статье рассматриваются отдельные вопросы стратегического планирования. Обозначены основные факторы, влияющие на стратегию бизнеса при выборе или ее разработке. Развитие частного бизнеса является стратегическим вопросом и приоритетом государственной политики РК. В Казахстане существует ряд институтов, через которые возможно получить государственную поддержку при открытии или расширении частного бизнеса. Однако во всех случаях одним из условий получения государственной помощи является наличие стратегического плана развития.

Abstract: The article considers several strategic planning issues. It identifies the main factors that influence business strategy. The development of private enterprise is a strategic issue and a policy priority for the government of the Republic of Kazakhstan. Government assistance in the opening or expansion of private business can be received through several insitutions in Kazakhstan. At the same time, in all cases, one of the prerequisites for government assistance is a strategic development plan.

Развитие малого бизнеса является стратегическим вопросом и приоритетным направлением экономического развития Республики Казахстан. Любой бизнес является перспективным сектором экономики. Прежде чем построить бизнес надо продумать стратегию, что предполагает разработку плана перевода бизнеса из состояния в настоящий момент в состояние, которое оно видит в будущем.

Стратегия представляет собой интегрированную модель действий, направленных на достижения главной цели компании – обеспечить своему бизнесу преимущество перед другими бизнесами, работающими в том же сегменте рынка, шанс выстоять в конкурентной борьбе.

Стратегическое планирование чаще всего рассматривают, как конкретный долго-

срочный план достижения некоторой цели. При этом выработка стратегии подразумевает процесс нахождения некоторой цели и составление долгосрочного плана, который основывается на предсказуемости изменений, происходящих процессов. В то же время стратегическое планирование рассматривается как долгосрочное качественно определенное направление развития предприятия (сфера, средства и формы ее деятельности, система внутрипроизводственных отношений), а также позиция предприятия в бизнес среде. Фактически стратегию можно охарактеризовать, как выбор направления деятельности, функционирования для достижения стоящих перед ней целей.

В стратегическом планировании направление деятельности выбирается обычно по результатам стратегического анализа.

Стратегические программы закладывают основы будущей рентабельности. В условиях малых предприятий наиболее рациональным вариантом управления является технология управления по результатам деятельности.

Стратегический план выражается стратегией лечебно-профилактических учреждений, в которых содержатся решения относительно сфер деятельности и выбора новых направлений, задаются приоритеты. Стратегический план, как правило, не содержит количественных показателей.

Наиболее часто применяется принцип стратегического планирования на основе анализа стратегического окружения медицинских организаций, например, SWOT-анализ.

Стратегическое планирование позволяет обеспечить аналитическое предвидение при разработке стратегии деятельности медицинских организаций, а именно - прогнозирование потенциала медицинской организации на основе влияния сильных и слабых сторон в существующих возможностях и угрозах, а также для решения задач обеспечения экономической стабильности.

Стратегическое планирование чаще всего рассматривается как процесс определения, обоснования и разработки стратегии принятия решения по распределению ресурсов, включая финансовые и кадровые. Стратегическое планирование необходимо рассматривать как одну из функций управления при планировании и реализации долгосрочных целевых программ.

Под стратегией следует понимать общую концепцию достижения цели организации, через решение стоящих проблем и распределения для этого ограниченных ресурсов. Данная концепция включает в себя несколько элементов: система целей, включающая миссию, общеорганизационные и специфические цели. Другой элемент стратегии – совокупность конкретных правил организационных действий, направленных на достижение поставленных целей.

Основные отличительные особенности стратегии выделил И. Ансофф в своей книге "Стратегическое управление", 1989 г.[1]:

1) Процесс выработки стратегии не завершается каким-либо немедленным действием. Обычно он заканчивается установлением общих направлений, продвижение по которым обеспечит рост и укрепление позиций фирмы;

2) Сформулированная стратегия должна быть использована для разработки стратегических проектов методом поиска. Роль стратегии в поиске состоит в том, чтобы, во-первых, помочь сосредоточить внимание на определенных участках и возможностях; во-вторых, отбросить все остальные возможности как несовместимые со стратегией;

3) Необходимость в стратегии отпадает, как только реальный ход развития выведет организацию на желательные события;

4) В ходе формулирования стратегии нельзя предвидеть все возможности, которые откроются при составлении проекта конкретных мероприятий. Поэтому приходится пользоваться сильно обобщенной, неполной и неточной информацией о различных альтернативах;

5) Как только в процессе поиска открываются конкретные альтернативы, появляется и более точная информация. Однако она может поставить под сомнение обоснованность первоначального стратегического выбора. Поэтому успешное использование стратегии невозможно без обратной связи;

6) Поскольку для отбора проектов применяются как стратегии, так и ориентиры, может показаться, что это одно и то же. Но это разные вещи. Ориентир представляет собой цель, которую стремится достичь фирма, а стратегия – средство для достижения цели. Ориентиры – это более высокий уровень принятия решений. Стратегия, оправданная при одном наборе ориентиров, не будет таковой, если ориентиры организации изменятся;

7) Наконец, стратегия и ориентиры взаимозаменяемы как в отдельные моменты, так и на различных уровнях организации. Некоторые параметры эффективности (например, доля рынка) в один момент могут служить фирме ориентирами, а в другой – станут ее стратегией. Далее, поскольку ориентиры и стратегии вырабатываются внутри организации, возникает типичная иерархия: то, что

на верхних уровнях управления является элементами стратегии, на нижних уровнях превращается в ориентиры.

Реализация идеи в бизнесе предполагает продвижение малого бизнеса и вывод его на рынок, для чего требуется решения определенного ряда вопросов, при этом одним из главных из которых является, что и как делать для получения прибыли.

Стратегия разрабатывается на длительный период времени, конкретизируется и находит свое выражение в различных проектах, программах. Стратегия не может часто меняться или серьезно корректироваться из-за значительных финансовых и людских затрат. Вместе с тем, с появлением новых непредвиденных обстоятельств, которые не укладываются в первоначальную концепцию стратегии, возникают угрозы не реализуемости и перехода предприятия к формулированию неотложных стратегических задач. Основные факторы, влияющие на стратегию бизнеса.

На формирование стратегии развития бизнеса оказывают влияние многие факторы, которые не постоянны и имеют тенденцию изменяться во времени. При этом выделяют две основные группы факторов: внешние и внутренние факторы.

К внешним факторам относятся регулирующие нормы (социально-политические, гражданские и другие), уровень конкуренции и привлекательность отрасли, возможности рынка (размер рынка, степень риска, условия конкуренции), факторы моральных ценностей.

К внутренним факторам, влияющих на определение стратегии развития бизнеса относятся сильные и слабые стороны компании, конкурентные преимущества, личные устремления и правила бизнеса, корпоративная культура и общие ценности компании, а также ценности высших менеджеров организации, цели, которые ставит перед собой фирма. При этом обязательно учитывается уровень риска, на который может пойти руководство при реализации стратегии с учетом опыта реализации прошлых стратегий.

Исходя из проведенного анализа влия-

ния на компанию этих факторов, определяется степень их влияния на стратегию, необходимость выбора стратегических альтернатив или выработка новой стратегии в соответствии с положением компании.

Разнообразие стратегий, используемых в стратегическом управлении, затрудняет их классификацию. Среди классификационных признаков выделяют наиболее существенные, в тоже время стратегия не может быть однозначно определена по одному из признаков.

В стратегическом управлении различают следующие уровни принятия решений: корпоративная, деловая, функциональная, оперативная, а также выделяют базовую концепцию достижения конкурентных преимуществ, стадии жизненного цикла отрасли, относительную силу отраслевой позиции организации и степень «агрессивности» поведения организации в конкурентной борьбе.

В частности, как возможный вариант предлагается классификация стратегии по признакам:

- 1) принадлежности к пяти основополагающим стратегиям достижения конкурентных преимуществ;
- 2) принадлежности к стратегиям управления портфелем сфер бизнеса;
- 3) принадлежности к стратегиям, применяемым в зависимости от внешних и внутренних условий.

Выбор стратегии предполагает оценку и выбор лучшей стратегической альтернативы для развития предприятия и использованием методов прогнозирования, анализа и разработки сценария будущего развития.

Успешность реализации стратегии фирмы во многом зависит от эффективности стратегических изменений, и в частности изменений в организационной структуре и организационной культуре.

По сути, все воздействующие факторы на бизнес, оказывают как положительное, так и отрицательное влияние. Задача бизнеса состоит в том, чтобы увеличить долю этих положительных факторов и снизить влияние отрицательных.

При выборе или разработке стратегии малого бизнеса проявляются рядом особен-

ностей связанных с недостаточной обоснованностью стратегии развития, обусловленных отсутствием методик разработки стратегии конкретно для малого бизнеса и не учитываются специфики малого бизнеса. Одной из важных проблем остается недостаточная теоретическая подготовка владельцев малого бизнеса, а также при выборе стратегии малого бизнеса гораздо меньше вариантов выбора направления действий. Малый бизнес наиболее уязвим при финансовых проблемах и ему сложнее бороться с конкуренцией. В то же время малый бизнес ограничен ассортиментом выпускаемой и продаваемой продукции, небольшим количеством потребителей и т.п.

Однако малый бизнес имеет и определенные преимущества. Это определяется приближенностью к своим клиентам, частотой прямого контакта. Малым бизнесом легче отслеживаются изменения окружающей среды, и соответственно адаптация к этим изменениям происходит значительно быстрее.

В компании, как правило, или чаще всего разрабатываются и реализуются четыре основных типа стратегий:

1) стратегии концентрированного ро-

ста;

2) стратегии интегрированного роста;

3) стратегии диверсификационного роста;

4) стратегии сокращения.

На основе стратегии бизнеса менеджеры данной организации принимают взаимозависимые решения для обеспечения достижения целей в долгосрочном периоде.

Выделяют группы принципов (правил) на основе которых руководствуются при оценке результатов деятельности фирмы в настоящем и в перспективе. Принципы оценки складывающихся отношений организации с внешней средой. Данный принцип определяет какие виды продукции и технологии будут разрабатываться, как их сбывать и способы достижения преимущества над конкурентами.

Далее определяются принципы, устанавливающие отношения и процедуры внутри организации, так называемая организационная концепция, а также утверждаются правила, по которым фирма ведет свою повседневную деятельность [2].

Источники:

1. Ансофф И. "Стратегическое управление", 1989 г.
2. Кучин Б.Л., Якунова Е.В. Управление развитием экономических систем.– М.: Экономика, 1990. – 157 с.

МОДЕЛЬ КОМПЕТЕНЦИЙ ППС МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РК

Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.

Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

В показателях деятельности и критериях аккредитации высших учебных заведений (ВУЗ) важным показателем является стандарт «Профессорско-преподавательский состав и эффективность преподавания», который отражает квалификационные требования и показатели учебно-методической и научной деятельности, вопросы профессионального развития и повышение квалификации, систему мотивации, социальные факторы и др.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы ставит перед системой медицинского образования задачу подготовки высококлассных педагогов, способных обеспечить триединство медицинского образования, клинической практики и научной деятельности, что требует разработки эффективной модели компетенций профессорско-преподавательского состава (ППС).

С целью разработки модели компетенций ППС был проведен анализ деятельности центров медицинского образования (ЦМО) медицинских ВУЗов РК, которые призваны обеспечивать развитие компетенций ППС, и анкетирование с целью изучения мнения преподавателей о необходимости внедрения новой модели компетенций.

Анализ деятельности ЦМО позволил сделать следующие выводы:

- перечень компетенций ППС определен каждым ВУЗом самостоятельно, не во всех ВУЗах учтены компетенции, которыми должен обладать преподаватель медицинского ВУЗа;
- во всех медицинских ВУЗах организованы курсы обучения ППС на рабочем месте преимущественно силами самого ВУЗа;
- аттестация ППС проводится ВУЗами самостоятельно, без привлечения внешних экспертов;

- на низком уровне остается участие ППС в научных исследованиях и форумах, в том числе по медицинскому образованию;
- не в полном объеме используются инновационные методы в педагогическом процессе;
- не разработаны критерии, позволяющие адекватно оценить уровень педагогических компетенций ППС ВУЗа.

Таким образом, результаты анализа деятельности ЦМО показали, что мероприятия по повышению потенциала ППС не в полной мере соответствуют современным требованиям и недостаточно эффективны в формировании компетенций педагогов. Между тем, международная практика ориентации на компетентностный подход зарекомендовала себя как перспективный метод подготовки и формирования современного эффективного педагога. Такого же мнения придерживается большинство преподавателей ВУЗов, которые высказались за совершенствование действующей модели компетенций с учетом специфики педагогической деятельности на разных уровнях медицинского образования. Результаты опроса показали следующее:

1) более 50% респондентов считают, что компетенции ППС должны ранжироваться с учетом педагогической деятельности на разных уровнях медицинского образования (бакалавриат, резидентура, магистратура, докторантура, НПП - непрерывное профессиональное развитие);

2) 75% уверены в необходимости ограничения допуска молодых специалистов с педагогическим стажем до 5 лет к преподаванию программ послевузовского и дополнительного образования, а также к руководству программами магистратуры/докторантуры;

3) 49,6% респондентов высказались за введение квалификационных уровней преподавателей медицинского ВУЗа: из них 26,3%

- за введение стажеров преподавателей и стажеров ассистентов; 23,3% - за деление ППС на три категории с учетом педагогического стажа. При этом, категория должна учитывать не только педагогический стаж, но и другие критерии, характеризующие личную заинтересованность, стремление к самосовершенствованию, профессиональному росту.

Таким образом, цель разработки единой модели компетенций ППС медицинских ВУЗов РК:

- формирование образа «Эффективный преподаватель», способного обеспечивать качественную подготовку специалистов для системы здравоохранения РК,

- разработка индикаторов оценки деятельности и профессионального роста ППС, ранжирование ППС по уровням преподавания и квалификации,

- совершенствование методов мотивации ППС к профессиональному росту (с введением уровней квалификации (компетентности) появится возможность легитимно устанавливать надбавки к заработной плате, оказывать поддержку в выполнении мероприятий, направленных на дальнейшее прогрессивное развитие ППС и повышение имиджа ВУЗа),

- поднятие престижа медицинского образования и имиджа медицинских ВУЗов РК. Для создания образа «Эффективный преподаватель», в качестве ключевых компетенций большинством ППС выбраны следующие:

1) профессионализм или профессионально-педагогические навыки – подразумевает наличие глубоких знаний, объема практических навыков и умений по основной специальности, необходимых для достижения высоких результатов в преподавании; навыки педагогического мастерства и эффективного преподавания, разработку образовательных программ (учебные программы, пособия, ситуационные задания, игры и прочее);

2) коммуникативные навыки – это эффективное общение преподавателя с обучающимися, коллегами-преподавателями, коллегами-медиками и пациентами;

3) эффективный пользователь ИКТ (информационно-коммуникационные техно-

логии) – умение за минимальное количество учебных часов дать максимально большую информацию, заинтересовать, увлечь обучающихся, используя новые формы и методы обучения и не теряя при этом с ними связи;

4) лидер/организатор – преподаватель со своим стилем управления, эффективно осуществляющий руководство обучающимися, умеющий создать эффективную мотивацию к обучению;

5) эксперт по оценке знаний и навыков – преподаватель, владеющий методами систематического и объективного анализа и оценки усвоения учебного материала обучающимися, применения знаний на практике; объективная оценка знаний и навыков, дает возможность установить между преподавателем и обучающимся обратную связь, внести соответствующие коррективы в организацию учебного процесса;

б) исследователь-ученый - преподаватель, обладающий навыками научно-исследовательской деятельности, анализа, прогнозирования и моделирования, высоким уровнем развития интеллектуального мышления, эрудиции, внедрения инноваций и результатов научных исследований в педагогическую практику; готовый организовать научно-исследовательскую деятельность обучающихся, руководство в выполнении научных исследований.

На начальном этапе молодой преподаватель должен обладать в большей степени тремя базовыми компетенциями: знать предмет, который будет преподавать, уметь пользоваться ИКТ, быть эмоционально устойчивым, уметь слушать и говорить. С приобретением новых знаний и опыта, будут «нарастать» и оттачиваться базовые компетенции и появятся новые – организаторские качества, способность к анализу и систематизации, творческие и исследовательские навыки.

Каждая компетенция должна быть измерима и детализирована по образовательным уровням: бакалавриат (Б), интернатура (И), резидентура (Р), магистратура (М), докторантура (Д), НПП, а также с учетом уровня обучения, опыта и стажа педагогической работы: до 5 лет, 5-10 и свыше 10 лет педаго-

гического стажа не зависимо от занимаемой должности и ученого звания/степени. Такой подход объясняется тем, что в ВУЗы часто приходят люди, имеющие научную степень/звание, но не имеющие стажа педагогической работы.

Декомпозиция компетенций по трем квалификационным уровням на ключевые качества, знания, умения и поведенческие характеристики с критериями контроля деятельности ППС представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Декомпозиция компетенций ППС медицинских ВУЗов

Компетенции	Определение	Содержание компетенции для каждого квалификационного уровня преподавателя	Критерии контроля	Стаж пед. работы	Квалификационный уровень преподавателя	Уровни образования, на которых может преподавать ППС
Профессионально-педагогическая (Профессионализм)	<ul style="list-style-type: none"> Наличие знаний, умений и навыков по основной специальности, а также эффективное использование их в педагогической деятельности. Реализация новых видов образовательной деятельности: проблемный и проектный подходы в обучении. Разработка образовательных программ (учебные программы, рекомендации, пособия, учебники, монографии, ситуационные задания, деловые игры и прочее). Готовность к постоянному 	<p>Требования к образованию, квалификации:</p> <ul style="list-style-type: none"> Высшее образование (по специальности) Сертификат врача (для клинических кафедр) <p>Знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Знание ГОСО, типовых и рабочих учебных программ Знание основ доказательной медицины (научно-обоснованной практики) Знание клинических протоколов, руководств стандартов и практическое их применение в педагогическом процессе Умение передавать знания путем проведения практических и семинарских занятий, с использованием презентационного материала, ИКТ, организации самостоятельной работы обучающихся <p>Оценка деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Положительные отзывы обучающихся, коллег-врачей и коллег-преподавателей – не менее 50% 	<ul style="list-style-type: none"> Портфолио преподавателя Дипломы Сертификаты, удостоверения Оттиски статей, программ форумов Контент учебных материалов: <ul style="list-style-type: none"> образовательные программы, методические материалы Акт, протокол проведения занятия Журнал врачебных консультаций Рейтинги обучения 	до 5 лет	I уровень	Б
		<p>Требования к образованию, квалификации:</p> <ul style="list-style-type: none"> Магистр медицины II квалификационная категория (для клинических кафедр) <p>Знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Знание современных, интерактивных, образовательных технологий Навыки передачи знаний, стимулирования активности обучающихся, формирования навыков и умений путем проведения лекционных, практических и семинарских занятий, с использованием интерактивных методов обучения. Умение использование ИКТ для создания собственного образовательного контента 	<ul style="list-style-type: none"> Данные анкетирования 	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПР
	<p>повышению профессиональной квалификации, овладению новыми педагогическими технологиями, обобщению и трансляции собственного опыта</p>	<ul style="list-style-type: none"> Умение использовать научно-инновационные подходы в обучении, создании собственного образовательного контента Навыки участия в разработке образовательных программ, методических и обучающих материалов Умение совершенствовать собственную преподавательскую практику на основе внедрения новейших достижений науки и практики, современных клинических протоколов, руководств <p>Оценка деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Положительные отзывы обучающихся, коллег-врачей и коллег-преподавателей – не менее 75% 		более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПР

Кативные навыки	педагогическое качество, включающее способность управлять своим поведением, контролировать свои эмоции, способность к рефлексии, эмоциональную устойчивость.	<ul style="list-style-type: none"> Умение установить эмоциональный контакт с обучающимся Умение строить отношения с участниками образовательного процесса, основанные на взаимопонимании и сотрудничестве Умение излагать материал, направлять и строить занятие Навыки кураторской деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> Журнал курации Отчеты, фото и видеотчеты 	лет	уровень	
	Качественное состояние сотрудничества на высоком интеллектуальном уровне преподавателя с обучающимися,	<ul style="list-style-type: none"> Активное сотрудничество со смежными кафедрами, структурными подразделениями вуза для совместного проведения занятий, построения плана занятий, др. Навыки активного сотрудничества с персоналом подразделений клинической базы, пациентами Умение устанавливать и развивать коммуникации, взаимопонимания, взаимодействия с обучающимися Умение создавать ситуацию успеха для обучающихся, предвидеть возможные трудности, пути их преодоления Обладать навыками наставнической деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> Контент учебных материалов: <ul style="list-style-type: none"> образовательные программы, методические материалы Данные анкетирования 	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПП
	коллегами-преподавателями, пациентами, коллегами-медиками.	<ul style="list-style-type: none"> Оказание помощи молодым специалистам и преподавателям Навыки педагогического сотрудничества и сотворчества Навыки работы в команде в условиях межпрофессионального обучения Умение адаптироваться к меняющимся условиям социума Умение конструировать обратную связь Умение осуществлять грамотную педагогическую оценку, мобилизующую академическую активность Умение строить образовательный процесс с учетом возможностей каждого обучающегося, способствуя их развитию Разработка индивидуально-ориентированных образовательных проектов 		стаж выше 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПП
Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ)	Умение за минимальное количество учебных часов дать максимально большую	<ul style="list-style-type: none"> Знание и использование базовых информационных инструментов (ИК-грамотность) Понимание закономерностей и особенностей протекания информационных процессов в педагогической деятельности Умение применять ИКТ в решении образовательных задач. 	<ul style="list-style-type: none"> Портфолио преподавателя: <ul style="list-style-type: none"> сертификаты Контент учебных материалов: образовательные программы, презентации, электронные уч. пособия, дистанционные образовательные программы, электронные образовательные ресурсы Данные анкетирования 	до 5 лет	I уровень	Б
Лидерство	<ul style="list-style-type: none"> Преподаватель, эффективно осуществляющий руководство обучающимися Способность создать эффективную мотивацию к обучению, желание работать в новых социально-экономич. условиях. Способность индивидуализировать образовательный процесс. 	<ul style="list-style-type: none"> Эффективное использование ИКТ в решении образовательных задач. Умение оперировать информационными технологиями Умение презентировать результаты своей педагогической деятельности с использованием современных ИКТ 	<ul style="list-style-type: none"> Организация сетевых, очно-заочных и дистанционных форм образовательного процесса Применение современных ИКТ в мониторинге и оценке образовательного процесса. Умение конструировать способы освоения учебного материала с учетом его специфики и уровня компетенции каждого обучающегося. Разработка и реализация учебных курсов на основе использования электронных образовательных ресурсов 	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПП
		<ul style="list-style-type: none"> Организация сетевых, очно-заочных и дистанционных форм образовательного процесса Применение современных ИКТ в мониторинге и оценке образовательного процесса. Умение конструировать способы освоения учебного материала с учетом его специфики и уровня компетенции каждого обучающегося. Разработка и реализация учебных курсов на основе использования электронных образовательных ресурсов 	более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПП	
		<ul style="list-style-type: none"> Умение работы в команде Способность организовать взаимодействие с аудиторией Навыки управления временем (тайм-менеджмент) Навыки управления конфликтами Умение организовать процессы преподавания, воспитания и методической работы Умение формирования команд Умение контролировать процесс и меру продвижения к достижению цели. Навыки организации процессов преподавания, воспитания, методической и научно-исследовательской работы Умение принимать решения на основе анализа информации и результатов педагогического исследования. Умение построения индивидуальных образовательных программ Навыки стратегического планирования и принятия решений в образовательной практике на основе научных доказательств 	Данные анкетирования	до 5 лет	I уровень	Б
Оценка и экспертиза	Эффективное использование инструментов и	<ul style="list-style-type: none"> Умение анализировать и оценивать процесс и результаты деятельности обучающихся и своей собственной деятельности. Умение определять на основе анализа проблемы профессионально-личностного развития обучающихся. Разработка оценочных листов. Умение создать доверительные отношения с обучающимся Умение создать систему оценки деятельности обучающихся. Разработка и применение новых диагностических средств оценки качества образования (включая интегральный и попредметный мониторинг качества образования, рейтинговую систему оценки, динамическую систему оценки достижений, обучающихся и др.). Внедрение инновационных методов оценки знаний и практических навыков. 	Рейтинг обучения, сопоставимый с данными оценки знаний и навыков обучающихся преподавателям и контент образовательной программы Данные анкетирования	до 5 лет	I уровень	Б
	методов оценки знаний и навыков обучающихся; выбор метода и оценки экспертизы образовательных программ.			стаж	II уровень	Б, И, Р, НПП
				более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПП
Исследователь/Ученый	<ul style="list-style-type: none"> Умение организовать экспериментальную и исследовательскую работу, в том числе в 	<ul style="list-style-type: none"> Умение определять проблемы в сфере проф. деятельности, формулировать вопрос исследования, цель, задачи, научную гипотезу Владение базовыми методами научных исследований Осуществлять поиск научных доказательств (навыки работы с базами данных научной информации) по вопросам проф. деятельности 	Контент образовательных программ Портфолио исследователя/	до 5 лет	I уровень	Б

	образовательном процессе. • Умение ставить нужные вопросы, видеть цель и предвидеть результаты исследования	• Умения написания и оформления научной публикации • Применение научно-обоснованных доказательных подходов в профессиональной деятельности • Владение навыками педагогического анализа • Публикации, выступления – не менее 2х в год, в т.ч. по мед. образованию • Участие в качестве исполнителя в научных программах, исследовательских проектах • Руководство НИРС • Содействие центрам медицинского образования в выполнении исследовательских работ по медицинскому образованию • Обучение методам анализа и решения теоретических проблем с научной и доказательной позиций. • Обучение постановке исследовательской работы и анализу результатов исследования. Исследование проблем научно-методического характера, в т.ч. проблем высшей школы. • Участие/руководство НИР, НТП	ученого: отписки статей, научных форумов	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, ННР
		• Эффективное использование научных доказательств (результатов собственной научной деятельности и доказательных источников информации) в педагогической деятельности • Публикации, выступления – не менее 2-4х в год, в том числе по медицинскому образованию • Выполнение исследовательских работ по медицинскому образованию, в том числе совместно с ЦМО • Обучение элементам целенаправленной научно-исследовательской деятельности с творческим подходом • Обучение методам решения актуальных задач в практической и коммерческой деятельности в здравоохранении с точки зрения доказательности и научного подхода. • Организация НИР (научных школ) • Публикации, выступления – не менее 3-4-х в год, в том числе по медицинскому образованию • Научное руководство магистрантами и докторантами		более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, ННР

МОДЕЛЬ ПОДДЕРЖКИ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

Для обеспечения качества профессорско-преподавательского состава (ППС) медицинского ВУЗа требуется не только эффективная модель компетенций ППС, но и достаточно действенная модель формирования и поддержки данных компетенций.

Цель разработки модели поддержки компетенций ППС: создание условий для прогрессивного роста каждого преподавателя, рациональное использование ППС с учетом уровня подготовки, опыта и стажа.

Модель поддержки компетенций должна стать инструментом для подбора результативных траекторий и методов повышения уровня компетентности преподавателей медицинских ВУЗов.

Главные принципы модели поддержки компетенций ППС:

- ориентация на личностный подход;
- поддержка молодых преподавателей, адаптация их к социально-экономическим переменам;
- сохранение традиций высшей медицинской школы с обеспечением интеграции академических ценностей от старшего поколения ППС молодым специалистам;
- удовлетворение потребителей услуг – обучающихся и работодателей.

Модель поддержки компетенций ППС состоит из пяти этапов: дифференцированного отбора претендентов на должность преподавателя медицинского ВУЗа; планирования деятельности каждым ППС; непрерывного повышения потенциала преподавателей; контроля деятельности каждого преподавателя с выявлением слабых

сторон и поиском путей их преодоления; мотивации ППС.

1. Отбор и планирование деятельности ППС по профилю должности включает разработку каждым ВУЗом анкеты для оценки кандидата на должность ППС (при приеме на работу) с учетом ключевых индикаторов;

2. Планирование деятельности каждым ППС должно найти отражение в индивидуальной траектории профессионального

роста (ИТПР) (рис. 1) с определением цели и планированием задач по разным аспектам педагогической деятельности: учебно-воспитательной, учебно-методической, научно-исследовательской и др.

Индивидуальная траектория должна строиться с учетом профиля должности, стажа работы, желаемых результатов и профессионального роста, и становления ППС, а также с учетом миссии и плана стратегического развития ВУЗа.



3. Повышение потенциала ППС включает:

1) разработку плана и механизмов повышения потенциала ППС с учетом плана внутрикафедрального контроля, взаимопосещение занятий, мониторинг деятельности;

2) разработку стратегического плана поддержки компетенций и повышение педагогической квалификации ППС ВУЗа;

3) разработку программ повышения потенциала ППС в соответствии с уровнем квалификации. При этом целесообразно

каждому медицинскому ВУЗу разработать программу по повышению потенциала ППС по отдельно взятой компетенции и получить статус уполномоченного ВУЗа по данному направлению повышения педагогической квалификации ППС.

Программы обучения должны строиться с учетом образовательного уровня и модели компетенций и, как принято в большинстве медицинских ВУЗов республики, программы делятся на три уровня: Первый уровень – для преподавателей со

стажем педагогической работы не более 5 лет; основные требования: знание собственной дисциплины, умение планировать учебный процесс, умение пользоваться информационно-коммуникационными технологиями для эффективного представления учебного материала, навыки работы в команде, знание норм этики. Начинающие ППС со стажем 1-2 года должны быть охвачены мероприятиями по развитию педагогических компетенций в течение всего учебного года.

Второй уровень – ориентация на ППС со стажем 5-10 лет; основные требования: способность разработки учебно-методических материалов, программных модулей, формирование навыков организации и ориентации обучающихся, формирование исследовательских навыков, использование принципов научного и доказательного подхода в образовании.

Третий уровень ориентирован на преподавателей со стажем более 10 лет; основные требования: формирование навыков научного анализа, инновационной готовности, эксперта в области высшего медицинского образования, науки, оценке качества образования и др.

При составлении программ обучения ППС необходимо соблюдение следующих принципов:

- использование инновационных образовательных технологий;
- интеграция образовательных программ, научных исследований и практики;
- ориентация на личностный подход.

4. Контроль деятельности ППС осуществляется по следующим направлениям:

1) самоанализ и самооценка - систематическое проведение анализа собственной профессиональной деятельности, на основании которого преподаватель может вносить изменения и дополнения в индивидуальную траекторию своего развития;

2) систематическая оценка (анализ) должна регулярно проводиться кафедрой, деканатом, центром медицинского образования (например, по итогам семестра, учеб-

ного года); включает контроль выполнения плана индивидуальной траектории профессионального роста, выявление слабых позиций и путей их преодоления;

3) экспертная оценка - аттестация ППС раз в 5 лет с приглашением независимых экспертов/членов неправительственных организаций;

4) рейтинговая оценка – итоговая оценка по отдельным компетенциям и в целом общая.

Важным показателем в оценке деятельности ППС является оценка обучающимися и оценка, данная руководством и коллегами.

Оценка деятельности ППС должна включать учебную, методическую, научную и инновационную работу, показатели успеваемости обучающихся, оценку всех компетенций, анализ результатов анкетирования, отзывы. Важно, чтобы все формы оценки совпадали, тогда объективность рейтинговой оценки будет гарантирована. Высокие результаты самооценки по сравнению с результатами систематической, экспертной и рейтинговой оценки, свидетельствуют о завышенной самооценке. В случае если один вид оценки значительно ниже/выше других, то он нуждается в пересмотре, либо корректировке деятельности преподавателя.

Преподаватель, прошедший обучение по той или иной компетенции, но показывающий низкие результаты по итогам контроля деятельности, нуждается не только в повторном обучении, а также в проведении анализа и выявлении причин не усвоения результатов обучения.

5. Мотивация ППС и кафедр:

1) разработка механизмов стимулирования ППС к профессиональному росту и самосовершенствованию, в числе которых могут использоваться:

- поддержка руководством ВУЗа, деканатом, кафедрой индивидуальной траектории профессионального роста преподавателя, которая в процессе становления и анализа будет меняться в сторону совершенствования и

улучшения и обновления показателей деятельности;

- поддержка академической мобильности, поддержка проектов повышения квалификации (педагогической и профессиональной), поддержка научно-исследовательской деятельности;
- создание условий труда для эффективного выполнения профессиональных задач;
- поддержка и оказание помощи в адаптации молодых преподавателей, оказание наставнической помощи;
- правовая и социальная защита, соблюдение академических свобод преподавателей, обеспечения социальной и юридической справедливости в решении кадровых вопросов;
- совершенствование системы вознаграждения, возможность уменьшения субъективных факторов при установлении надбавок к заработной плате.

При этом кадровая политика ВУЗа

должна строиться с учетом принципов:

- преемственности в передаче научно-методического опыта и профессиональной компетентности от опытных преподавателей молодым ППС;
- формирования педагогической культуры;
- систематического комплексного анализа и прогнозирования потребности в педагогических кадрах;
- прозрачности и объективности методов контроля и оценки деятельности.

Разработка и внедрение эффективной модели поддержки компетенций ППС позволит (рисунок 2):

1. повысить качество педагогической деятельности;
2. снизить текучесть кадров ППС;
3. повысить адаптацию ППС к социально-экономическим переменам;
4. расширить карьерные перспективы

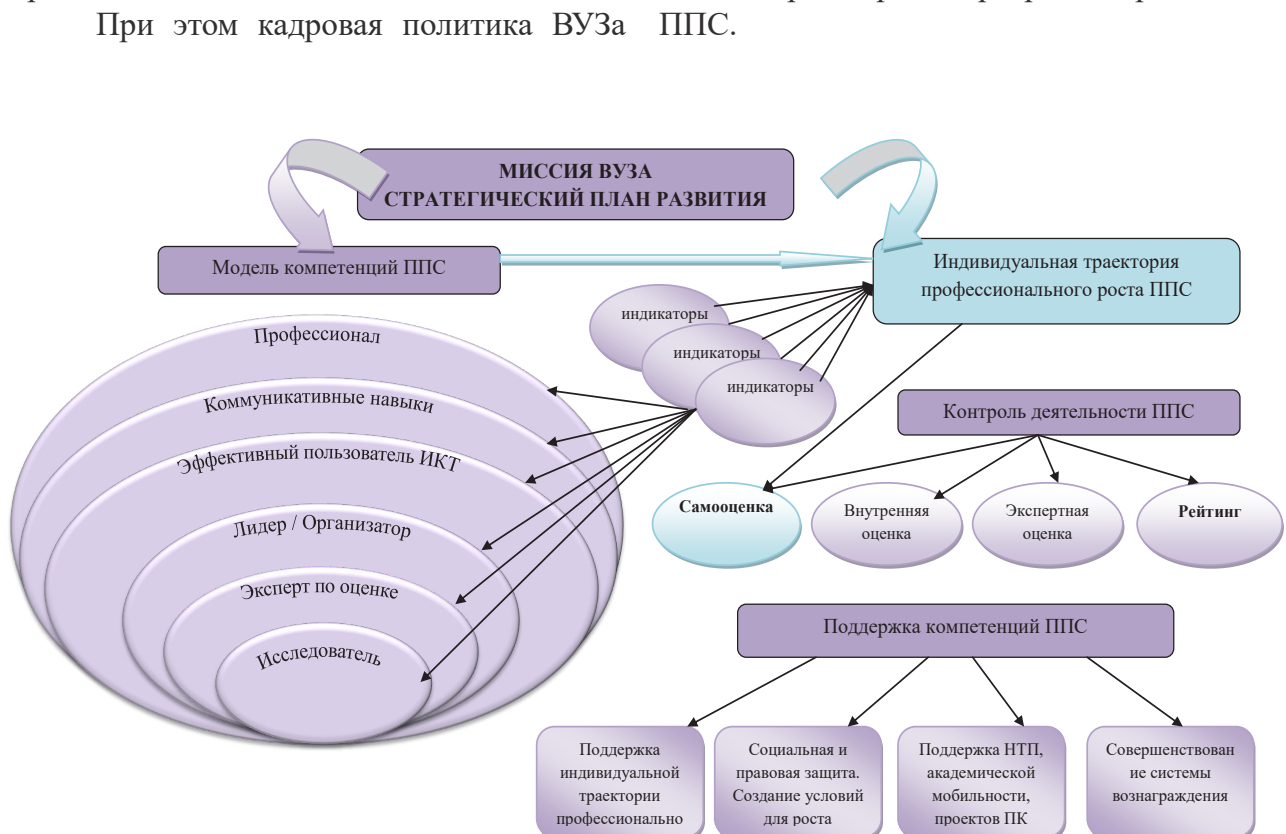


Рисунок 2. Модель формирования и поддержки компетенций «ЭФФЕКТИВНОГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ»

УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

(Клинический менеджмент. Процессное управление и управление экономическими процессами. Управленческий учёт)

Исаков Зекең Беркутович

Советник ТОО «Медицинский центр «Диасорб»

Түйіндеме: Мақалада медицинада технологияларды басқарудың бірқатар мәселелері ұсынылған. Ерікті кәсіпкерлік жағдайында және сапалы медициналық көмек көрсету жөніндегі талаптарды орындау қажеттігі аясында тиімді басқару мәселесінің өзектілігі артып келеді. Клиникалық менеджмент негіздеріне дәрігерлер мен медбике персоналдарын оқыту, сондай-ақ тиімді менеджмент, кәсіби менеджер жасау үшін мекемені жалпы басқаруға сатылап өту мәселесі маңызды болып тұр.

Резюме: В статье представлены некоторые вопросы технологии управления в медицине. В условиях свободного предпринимательства и в свете необходимости выполнения требований по оказанию качественной медицинской помощи, все большую актуальность приобретают вопросы эффективного управления. Важным представляется вопрос обучения врачебного и сестринского персонала основам клинического менеджмента, а также постепенный переход общего управления предприятия, для построения эффективного менеджмента, профессиональному менеджеру.

Abstract: The article covers several issues related to management in the sphere of medicine. Free enterprise and the necessity of providing quality healthcare lend growing importance to issues of effective management, such as management education for physicians and nursing staff, as well as the gradual transfer of the general management of an enterprise to a professional executive in the interests of ensuring effective management.

В Казахстане созданы законодательные основы для свободного предпринимательства при условии выполнения организационных процедур, предусматривающих ответственность изготовителя перед потребителем за качество услуг. В свете необходимости выполнения требований оказания качественной и безопасной медицинской помощи, все больше внимания уделяется вопросам эффективного управления, внедрения системы управления качеством и процессного подхода. При этом определяется прямая связь от наличия или отсутствия управленческих компетенций у руководителей медицинских центров.

Процесс оказания медицинской помощи – это процесс предоставления медицинских услуг, где на входе находится нуждающийся пациент, на выходе – удовлетворенный. Процесс оказания медицин-

ской помощи регулируется менеджментом организации и обеспечивается необходимыми ресурсами.

Составной частью общего (генерального) менеджмента как области научных знаний является клинический менеджмент. При этом для эффективного клинического менеджмента требуются знания научных подходов генерального менеджмента[2].

Технология клинического управления предполагает процесс выявления проблем и принятия решений по их устранению. Острота потребности в новых методах и способах клинического управления является основополагающим фактором принятия организационных решений на уровне лечебно-диагностического процесса.

В менеджменте существуют научные подходы, которые помогают руководителям повысить вероятность эффективного дости-

жения целей организации. В современных условиях основная суть изменений в деятельности менеджера должна сводиться к адекватной реакции на быстрые изменения в деловой среде и внутри организации.

Клиническая практика — это не только сложный технологический процесс, но и социальный. На систему клинического управления распространяются принципы и методы общего менеджмента. Согласно теории общего менеджмента в системе клинического управления главным элементом является управляющий субъект. В тоже время лечащий врач для достижения определённых целей на уровне лечебно-диагностического процесса выполняет функции менеджера, используя труд персонала медицинского учреждения.

Для достижения определённых позитивных результатов в системе клинического управления непременным условием успеха является обучение врачебного и сестринского персонала основам клинического менеджмента и правилам, по которым будет строиться система клинического управления [1,2].

Немаловажным условием эффективного клинического управления является управленческий учёт на уровне лечебно-диагностического процесса. Для выработки механизма экономического стимулирования за качественно выполненную работу необходим учёт трудозатрат медицинского работника, оценка и анализ его качественного и количественного вклада в конечный результат труда, определения издержек на уровне конкретного работника по профилям болезней и по каждому пациенту в зависимости от клинической ситуации [3].

Лечебно-диагностический процесс по видам деятельности структурно можно разделить на ряд функциональных подсистем: организация, производство, финансы, инновации, маркетинг, персонал и т.д. Одновременно с этим для каждой функциональной подсистемы характерны свои методы управления, отражающие их специфику в

постановке целей и определения задач, необходимых для достижения планируемых результатов.

Общая эффективность управления предприятием состоит из эффективности управления отдельными функциональными подсистемами – маркетингом, человеческими ресурсами, финансовыми ресурсами, производством, логистикой, в тоже время в значительной степени от сбалансированного управления всеми подсистемами на уровне общего управления генеральным менеджером. Наиважнейшим условием эффективности клинического управления является персонифицированная оплата труда медицинского персонала.

Проблемы управления медицинской организацией – это, прежде всего проблемы клинического управления. Требуется постоянный анализ взаимосвязи между элементами организации (внутренние переменные), организацией и внешними переменными, и принимать управленческие решения с максимально эффективными воздействиями на все переменные медицинского учреждения. Также эффективность управления предприятием имеет два важных измерения – экономическое (затратность на достижение поставленной цели) и результативное (успешность в достижении поставленной задачи). Эффективный менеджмент достигается гармоничным сочетанием объекто-социологического управления (административное) и социально-психологического управления.

Реализация эффективного управления и постановка эффективного менеджмента возможна путем передачи общего управления предприятия профессиональному менеджеру.

Эффективное стратегическое управление в купе с оперативным управлением – два компонента успеха в бизнесе. При этом основные решения в области оперативного управления основываются на стратегических ориентирах. При наличии стратегического видения с обозначенными

стратегическими ориентирами, ставится задача достижения желанной цели, как можно быстрее и с наименьшими затратами. Это уже задачи оперативно-тактического управления.

Об эффективности управления предприятием судят по тому, как работники воспринимают информацию о целях и задачах, умеют правильно принимать решения на своём уровне, действовать адекватно обстановке, нацелены на решение задач предприятия; какие возникают конфликтные ситуации, как они разрешаются; как скоординированы действия работников и подразделений, как подкреплены своевременным выделением ресурсов и т.д.

Чтобы оценить эффективность управления необходимо установить цель предприятия и провести диагностику существующей системы управления предприятием на соответствие поставленным задачам. Формы и методы управления необходимо постоянно совершенствовать, переходя от линейной системы к линейно-функциональной и далее к процессному управлению.

Руководитель должен чётко понимать идеологию управления, как форму самопознания, осмысления своих идей, целей, управленческого предвидения и пониманием своей роли. Любые инструменты управления должны совершенствоваться параллельно экономическому развитию, появлению новых технологий отрасли и других факторов.

Одним из важных моментов успешности медицинских организаций, в условиях рыночной экономики и жёсткой конкуренции, является применение экономических наук в системе здравоохранения. В настоящее время имеется потребность в экономистах-менеджерах, способных к выполнению управления экономическими процессами в здравоохранении (финансовый менеджмент, бизнес-планирование, принятие и реализация экономических и управленческих решений, рыночная конъюнктура медицинских услуг, спрос и предложение на рынке,

динамика потребительского спроса, экономическая оценка эффективности лечебно-диагностического процесса, кадровый менеджмент и др.), экономической организации работы медицинских центров (диагностика экономического потенциала, административно-управленческая деятельность, обеспечение рентабельности, калькуляция себестоимости медицинской услуги, оценка рыночных позиций предприятия и др.), внедрению инноваций в экономическом управлении (современные методы планирования, экономическая эффективность внедрения новых методов лечебно-диагностического процесса, повышение конкурентоспособности услуг и др.), стимулированию инвестиций (экономическая оценка инвестиций, осуществление финансового анализа, разработка бизнес-планов инвестиционных проектов, составление финансового плана и прогноза поступления денежных средств, создание социально-экономических мотивационных стимулирующих схем, позволяющих повысить эффективность работы персонала), профессиональной организационно-управленческой, планово-экономической, предпринимательской деятельности.

Существует диалектическое противоречие между экономической, социальной и медицинской (клинической) эффективностью деятельности медицинской организации. Основным условием достижения экономической эффективности является обеспечение финансовой устойчивости медицинской организации за счёт рационального расходования денежных средств. Социальная эффективность обеспечивается максимально возможным удовлетворением потребностей потребителей в качественном медицинском обслуживании, а клиническая эффективность требует, чтобы рациональное использование ресурсов не превращалось в их тотальную экономию и не оказывало негативного влияния на результативность лечения пациентов.

Устранить указанное противоречие

между видами эффективности деятельности клиники, возможно посредством создания стимулирующих условий, поощряющих рациональное использование ресурсов без ущерба для клинического процесса и его конечного результата, а также использование инструментов планирования и финансирования медицинской деятельности посредством внедрения управленческого учёта затрат по видам медицинских услуг и калькуляцию их себестоимости, учёт и контроль движения денежных средств, учёт медицинских услуг и результатов деятельности структурных подразделений по критерию рентабельности[3,4].

В конечном итоге, необходимо ис-

пользование управленческого учёта при принятии управленческих решений. Управленческий учёт позволяет объективно оценивать степень соблюдения медицинских технологий на всех этапах лечебно-диагностического процесса и корректировать выявленные отклонения, обеспечивать объективность оценки объёмов оказываемых медицинских услуг, доходов и расходов, формировать информацию о результатах деятельности и проводить анализ вклада каждого работника в конечные результаты лечения больного и в целом управлять лечебно-диагностическим процессом и деятельностью медицинской организации.

Источники:

1. Основы стандартизации в здравоохранении: учебное пособие / Под ред. А.И. Воробьёва, П.А. Воробьёва. – М.: Ньюдиамед, 2002. -216 с.
2. Клинический проектный менеджмент: Учебное пособие / Под ред. А.И. Вялкова, Ю.Б. Белоусова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 448 с.
3. Анализ влияния экономических стимулов на деятельность медицинских учреждений // Экономика здравоохранения. – 2001.- №7-8. – С. 25 – 29.
4. Воробьёв П.А. и др. Клинико - экономический анализ / Воробьёв П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. –М.: Ньюдиамед, 2004. – 404 с.

УПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЬМИ И СОБОЙ

ИЗУЧЕНИЕ МОТИВАЦИОННЫХ ТИПОВ СОТРУДНИКОВ, КАК ОСНОВЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В СРЕДЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.

Ценке А.Б.

Главный врач ГККП «Противотуберкулезный диспансер г. Астаны»

Түйіндеме: Мақалада медициналық ұйым қызметкерлерінің мотивациялық бағдарды игеруі және мотивациялық түрлерін анықтау бойынша зерделеудің деректері ұсынылған. Компанияның мотивациялық бейінін құру – ұйымда тұтастай және әрбір құрылымдық бөлімшелерде жекелей, сондай-ақ басым демотивациялау факторларын табудың өзіндік мақсаты, бұл медициналық қызметкерлердің эмоциялық өзгерісін төмендету бойынша шараларды әзірлеуге дифференцирленген тәсілдердің негізі болып қарастырады.

Резюме: В статье представлены данные исследования по определению преобладающих мотивационных ориентаций и мотивационных типов сотрудников медицинской организации. Создание мотивационного профиля компании имеет своей целью выявление как индивидуальных, так и приоритетных демотивирующих факторов в организации в целом и в каждом структурном подразделении, что рассматривается как основа для дифференцированного подхода к разработке мер по снижению эмоционального выгорания медицинских работников.

Abstract: The article presents the research data on the definition of the prevailing motivational orientations and motivational types of employees of the medical organization. Creation of the motivational profile of the company is aimed at revealing both individual and priority demotivating factors in the organization as a whole and in each structural subdivision, which is considered as the basis for a differentiated approach to the development of measures to reduce the emotional burnout of medical workers."

Введение:

В настоящее время исследование проблемы эмоционального выгорания в различной профессиональной среде получило широкое распространение. Особенно актуальной эта проблема стала в среде профессий, которые связаны с постоянным коммуникативным взаимодействием. Важное значение приобретают исследования данного синдрома в среде медицинского персонала, т.к. именно этот социальный сектор в настоящее время испытывает влияние усиливающихся стрессогенных факторов, связанных со следующими тенденциями в отношениях медицинский работник – пациент, медицинский работник – медицинская организация, медицинский работник – медицинское сообщество:

1. Увеличивающееся количество рутинной бумажной работы, не позволяющее эффективно использовать рабочее время;

2. Не развитая система электронного документооборота, не устраняющая дублирование бумажных носителей;

3. Прогрессивно увеличивающееся количество внешних проверок, нацеленных не на повышение качества и выявление проблем, а на наказание медицинских работников;

4. Развивающиеся возможности получения медицинской информации сомнительной достоверности с помощью информационных ресурсов и, как следствие, недоверие к профессиональной медицине;

5. Отсутствие эффективной системы материальной и нематериальной мотивации работников в медицинских коллективах.

При данных условиях происходит деформация профессиональных отношений и коммуникаций в медицинской среде. При этом, несмотря на большое внимание к этой проблеме со стороны исследователей, до на-

стоящего времени нет действенных универсальных профилактических мер синдрома эмоционального выгорания медицинских работников, а тем более в среде медицинских работников, имеющих дополнительные стрессогенные факторы, усиливающие данный синдром, такие как работа в условиях инфекционного риска.

Новизна проблемы:

В рамках проведенного исследования предпринята попытка определения демотивирующих факторов, как основы для разработки дифференцированных профилактических мер по снижению эмоционального выгорания для различных мотивационных типов персонала.

Материалы анализа:

Мотивационная ориентация определяет поведение человека, важную систему ценностей в процес производственной деятельности, его реакции на конкретные условия работы. При создании возможностей для профессионального развития сотрудника в соответствии с его ориентационными мотивами, учитывая факторы, значимые для него, заставляющие прилагать усилия для достижения результата, можно способствовать максимальной реализации его в профессии и предсказать демотивирующие факторы, которые, безусловно, являются стрессогенными и могут быть основой развития эмоционального выгорания [1].

Проведение оценки мотивационной ориентации каждого сотрудника и выявление доминирующих, позволит определить мотивационный профиль компании на основе мотивационных типов.

В рамках исследования была проведена оценка персонала ГККП «Противотуберкулезный диспансер г. Астаны» с целью определения групп сотрудников с различными мотивационными ориентациями. За основу были взяты следующие типы мотивационных ориентаций [2]:

1) Ориентация на процесс (ОП), когда сотрудников большей частью увлекает непосредственно сама деятельность, со-

вершенствование технологий, собственных навыков, а меньше интересует итоговый результат;

2) Ориентация на результат (ОР), когда основной целью сотрудника является достижение поставленной цели, получение конечного продукта;

3) Ориентация на труд (ОТ), когда сотрудником движет постоянное желание трудиться и это является одним из основных источников положительных эмоций;

4) Ориентация на альтруизм (ОА), когда сотрудник стремится решать наиболее сложные задачи, брать на себя работу коллег и при этом важным для него является признание его работы и его способностей коллективом;

5) Ориентация на деньги (ОД), когда наиболее важным для сотрудников является финансовая составляющая его производственной деятельности;

6) Ориентация на эгоизм (ОЭ), когда сотрудник склонен к гипертрофированию собственных достижений и ожидает постоянное признание его личных заслуг и результатов, не принимая во внимание заслуги и результаты всего коллектива;

7) Ориентация на свободу (ОС), когда для сотрудника главной ценностью является свобода принятия решений, независимость поведения в коллективе;

8) Ориентация на власть (ОВ), когда у сотрудников выражено стремление управлять людьми, навязывать свои «единственно правильные» решения.

Для сбора информации, с целью определения мотивационных ориентаций персонала, использовалась специальная анкета, состоящая из 2 блоков по 40 вопросов в каждом. На каждый из вопросов возможно дать либо утвердительный, либо отрицательный ответ. Ответы сформулированы таким образом, что положительные ответы на соответствующие вопросы определяют тип мотивационной ориентации. При этом следует принять во внимание, что у каждого сотрудника в той или иной степени могут

присутствовать все типы мотивационной ориентации. По сумме положительных ответов на соответствующие вопросы возможно выявить доминирующие мотивационные ориентации.

По первому блоку вопросов была определена ориентация на процесс, результат, альтруизм и эгоизм. По второму блоку вопросов – на труд, свободу, власть и деньги.

В опросе участвовали сотрудники 16 структурных подразделений, в том числе 13 подразделений непосредственно связанных с обслуживанием пациентов, а также сотрудники административно – хозяйственной части. Всего было опрошено 406 респондентов,

при этом у каждого сотрудника было определено 4 типа преобладающей мотивационной ориентации. Но вместе с тем важной является информация и о других латентных типах мотивационной ориентации, которые в той или степени присущи сотруднику и могут проявиться, если ситуация на предприятии изменится. Таким образом, определена не только преобладающая мотивационная ориентация, но и вся структура ориентационного профиля сотрудника.

В таблице 1 представлены преобладающие мотивационные ориентации в ГККП «Противотуберкулезный диспансер г. Астаны» по структурным подразделениям.

Таблица 1. Преобладающие мотивационные ориентации

Структурные подразделения	Преобладающие мотивационные ориентации (ПМО)								Всего респондентов
	ОП	ОР	ОТ	ОА	ОД	ОЭ	ОС	ОВ	
Легочно –терапевтическое отделение (ЛТО) №1	58,8	88,2	82,4	29,4	58,8	35,3	35,3	11,8	17
ЛТО №2	52,6	89,5	94,7	31,6	52,6	26,3	42,1	10,5	19
ЛТО №3	72,7	77,3	86,4	36,4	40,9	36,4	27,3	22,7	22
ЛТО №4	72,4	79,3	100	51,7	20,7	27,6	20,7	27,6	29
ЛТО №5	100	45	85	30	15	50	20	55	20
Легочно –хирургическое отделение (ЛХО)	65,2	73,9	86,9	26,1	34,8	13,0	60,9	39,1	23
Остео-хирургическое отделение (ОХО)	68,4	78,9	26,3	36,8	36,8	31,6	5,3	26,3	19
Детское	84	68	92	44	24	40	16	32	25
Диспансерное взрослое отделение	74,1	79,6	64,8	35,2	38,9	42,6	22,2	25,9	54
Диспансерное детское отделение	66,7	77,8	88,9	33,3	37,0	33,3	33,3	29,6	27
Отделение анестезиологии и реанимации (ОАиР)	50	87,5	83,3	20,8	58,3	29,2	50	20,8	24
Рентгенодиагностическое отделение (РДО)	73,1	76,9	92,3	34,6	34,6	42,3	26,9	34,6	26
Приемный покой	68,4	84,2	100	52,6	21,1	15,8	31,6	26,3	19
Клинико-бактериологическая лаборатория (ОКБЛ)	75	85	95	55	30	20	25	15	20
Организационно-методический отдел (ОМО)	75	100	75	50	50	25	25	0	8
Аптека	50	100	100	50	50	0	50	0	2
Административно- хозяйственная часть (АХЧ)	67,3	80,8	84,6	32,7	34,6	38,5	28,8	32,7	52
ВСЕГО	70,2	78,8	83,2	36,7	35,9	33,3	29,1	27,3	406

Из таблицы видно, что основными преобладающими мотивационными ориентациями среди всех сотрудников диспансера (70 и более % сотрудников) является ориентация на труд (83,2 %), результат (78,8 %) и процесс (70,2 %). Но при этом у 35,9 % сотрудников преобладающей мотивационной ориентацией является финансовая составляющая, у 33,3 % ориентация на себя как, центр внимания (ориентация на эгоизм). 29,1 % сотрудников важна возможность самостоятельного принятия решений и у 27,3 % - выражена ориентация стремления к власти.

Данный мотивационно – ориентационный профиль сотрудников противотуберкулезного диспансера, как медицинской

организации, оказывающей специализированную помощь в условиях повышенного инфекционного риска, характеризует в целом коллектив как стремящейся к достижению поставленных целей, увлеченных своей работой как основной трудовой деятельностью, сфокусированный на совершенствовании и развитии профессиональных навыков.

Но для целенаправленной работы по снижению демотивирующих факторов, с учетом преобладающих мотивационных ориентаций (ПМО), изучен мотивационно - ориентационный профиль каждого структурного подразделения.

На графике 1 представлены структурные подразделения с наибольшим % сотрудников с различными типами ПМО

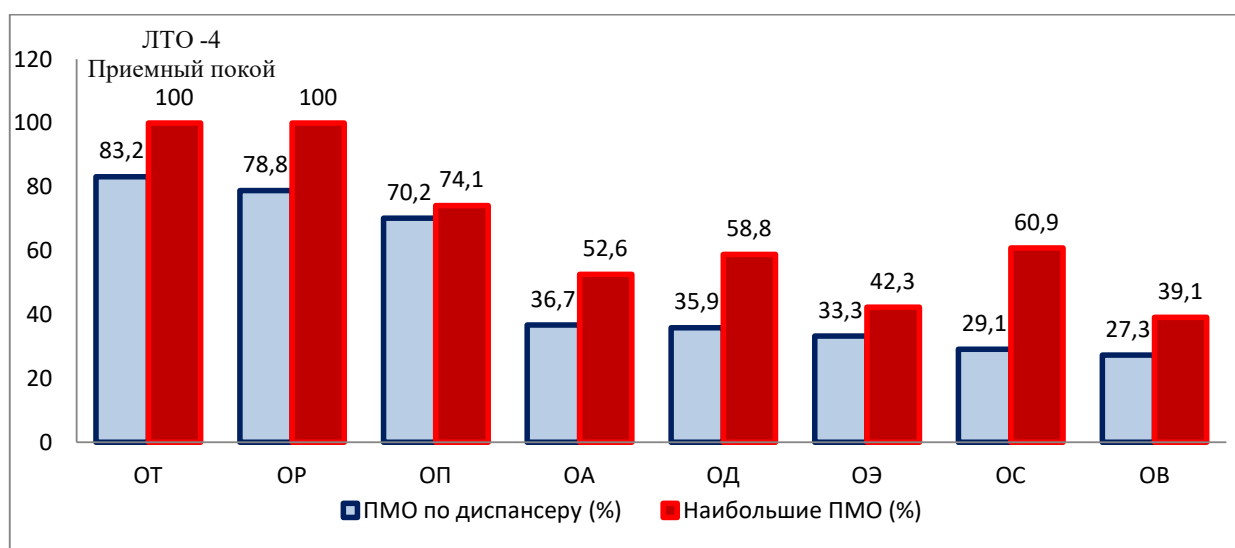


График 1. Преобладающий тип ПМО среди различных структурных подразделений

Следует обратить внимание, что наибольший процент сотрудников имеющих ориентацию на свободу принятия решений (ОС) – 60,9 % и на управление людьми (ОВ) – 39,1 % в сравнении со средним процентом всех сотрудников с данной ПМО отмечается в легочно – хирургическом отделении, что непосредственно связано с особенностями профессиональной деятельности хирургов (необходимость принятия самостоятельных решений и организации персонала в экстренных ситуациях).

Ориентация на необходимость при-

знания собственных заслуг, как самых важных и значимых (ОЭ), в наибольшем проценте в сравнении со средним процентом сотрудников с данной ПМО отмечается среди сотрудников рентгенодиагностического отделения – 42,3 %, что также может быть связано с тем, что значимость рентгенологических методов в диагностике туберкулеза всегда была высока и являлась базисной при установлении диагноза и клинической формы. В последние годы, в связи с развитием бактериологических лабораторных методов диагностики, значимость рентгенологиче-

ских методов диагностики в верификации диагноза стала снижаться. Но стремление сотрудников данного подразделения к оценке весомости их труда осталась.

Ориентация на финансовую составляющую (ОД) в наибольшем % в сравнении со средней ПМО по диспансеру отмечается среди сотрудников легочно – терапевтического отделения № 1 (отделение для лечения больных с бактериовыделением) – 58,8 %, а альтруистическая ориентация (ОА), связанная с готовностью сотрудников к решению наиболее сложных задач и желанием быть оцененным в коллективе в наибольшем % - среди персонала приемного покоя (52,6 %). При этом среди сотрудников этого подразделения также важна ориентация на труд (100 %) в сравнении со средним показателем

по диспансеру. Сотрудники организационно – методического отдела и аптек продемонстрировали 100 % ориентацию на результат.

Таким образом, выявление важных ориентационных точек является основой для разработки программы снижения демотивации персонала. И, напротив незнание их может способствовать усилению демотивирующих факторов и рисков эмоционального выгорания медицинского персонала [3].

На основе соответствия доминирующих ориентаций различным мотивационным типам, представленным в таблице 2, и, согласно этапов мотивационного развития «лестницы рабочей мотивации», призведена группировка сотрудников по 5 основным типам: хозяин, профессионал, новатор, патриот, стажер, люмпен [2].

Таблица 2. Соответствие мотивационных типов ПМО

Мотивационные типы	Преобладающие мотивационные ориентации (ПМО)							
	ОП	ОР	ОТ	ОА	ОД	ОЭ	ОС	ОВ
Хозяин		+	+				+	+
Профессионал		+	+		+		+	
Новатор		+	+		+	+		
Патриот	+	+	+	+				
Стажер	+	+			+	+		
Люмпен	+		+			+		+

Выделение преобладающих мотивационных типов как в организации в целом, так и для каждого структурного подразделения является попыткой системного подхода к работе с персоналом. Индивидуальный мотивационный профиль каждого сотрудника создает общий профиль подразделения, который в свою очередь формирует общий мотивационную картину всего персонала диспансера.

В таблице 3 представлен удельный вес каждого мотивационного типа сотрудников по структурным подразделениям.

Таблица 3. Мотивационные типы сотрудников

Структурные подразделения	Мотивационные типы сотрудников						
	Хозяин	Профессионал	Новатор	Патриот	Стажер	Люмпен	Всего
ЛТО №1	-	35,3	5,9	29,4	17,7	11,8	17
ЛТО №2		42,1	5,3	31,6	10,5	10,5	19
ЛТО №3		27,3		36,4	13,6	22,7	22
ЛТО №4	6,9	13,8	6,9	51,7		20,7	29

ЛТО №5		20,0		30,0	15,0	35,0	20
ЛХО	13,0	21,7		26,1	13,0	26,1	23
ОХО	5,3	26,3		36,8	10,5	21,1	19
Детское		16,0		44,0	8,0	32,0	25
Диспансерное взрослое	5,6	16,7	3,7	35,2	18,5	20,3	54
Диспансерное детское	7,4	25,9		33,3	11,1	22,2	27
ОАиР	8,3	41,7		20,8	16,7	12,5	24
РДО	7,7	19,2	3,8	34,6	11,5	26,9	26
Приемный покой	10,5	21,5		52,6		15,8	19
ОКБЛ		25,0		55,5	5,0	15,0	20
ОМО		25,0		50,0		25,0	8
Аптека		50,0		50,0			2
АХЧ	13,5	15,3	3,8	32,7	15,4	19,2	52
ВСЕГО	5,9	22,9	2,2	36,7	12,1	20,4	406

Из таблицы видно, что мотивационный профиль разных структурных подразделений различается, так же как и различается мотивационный профиль каждого работника внутри подразделения. Преобладающим мотивационным типом организации является тип «Патриот» - 36,7 %, который в наибольшем % случаев встречается среди специалистов клинико-бактериологической лаборатории (55,5%) и приемного покоя (52,6%) и в наименьшем % случаев (20,8 %) среди специалистов ОАиРё.

Вместе с тем, мотивационный тип «Профессионал», который в среднем в организации встречается в 22,9 % случаев, является преобладающим среди сотрудников ОАиР. Следует обратить внимание на то, что мотивационный тип «Люмпен» в среднем в организации представлен в 20,4 % случаев и является преобладающим в легочно-терапевтическом отделении № 5 (35,0 %).

Мотивационный тип «Хозяин» в организации представлен только в 5,9 % случаев, но среди сотрудников административно – хозяйственной части и легочно – хирургическом отделении он встречается у 13,5% и 13,0 % сотрудников соответственно. Наибольший % типа «Стажер» определен

во взрослом диспансерном отделении (18,5 %) при среднем значении по организации 12,1%. Тип «Новатор» встречается в наименьшем % случаев среди персонала больницы (2,2 %), при этом наибольший % сотрудников с данным мотивационным типом выявлен в легочно – терапевтическом отделении № 4 (6,9 %).

Создание мотивационного профиля сотрудников организации демонстрирует неоднородность профессиональной среды, характеризующейся различием в мотивационных ориентациях, целях, задачах, а следовательно, и в факторах снижающих мотивацию сотрудников.

Так, для мотивационного типа «Хозяин» важным является потребность в признании его опыта, знаний, навыков, что выражается в стремлении иметь учеников, получить заслуженную должность, выполнять работу, которую, кроме него, выполнить никто не сможет. Он ценит свободу, возможность выполнять именно ту работу, которую он выбрал, а не ту, которую ему поручают. Соответственно, демотивирующими факторами для сотрудников с типом «Хозяин» определены:

1) недооценка навыков сотрудника,

которые он ценит сам;

2) игнорирование идей и инициатив сотрудника;

3) отсутствие у сотрудника ощущения результата, личностного и профессионального роста;

4) отсутствие со стороны руководства признания достижений и результатов сотрудника;

5) длительное отсутствие изменений в статусе сотрудника

Для мотивационного типа «Профессионал» приоритетным является возможность совершенствования профессиональных навыков, увлекает процесс решения наиболее сложных производственных задач, оттачивания мастерства. Данным сотрудникам важна как материальная, так и нематериальная оценка результатов их труда, причем выделение их как самых лучших производственников.

У сотрудников с данным типом демотивирующими факторами являются факторы, аналогичные типу «Хозяин», за исключением отсутствия изменений в их статусе. При оценке мотивационного типа «Новатор», стремящегося к поиску и воплощению в жизнь новых идей, а также стремящегося к обязательной оценке в финансовом эквиваленте их инноваций, определены следующие демотивирующие факторы:

1) игнорирование идей и инициатив сотрудника;

2) отсутствие у сотрудника ощущения результата;

3) отсутствие со стороны руководства признания достижений и результатов сотрудника.

При этом, для данного типа совсем неважен факт возможной недооценки навыков сотрудника, т.к. совершенствование профессионализма не является основной целью деятельности, как и необходимость статусной динамики.

Для мотивационного типа «Патриот», характеризующегося высокой лояльностью к компании, крайне важным является осоз-

нание себя частью коллектива, цементом корпоративной культуры. Соответственно, ключевым демотивирующим фактором является отсутствие чувства причастности к компании, низкий корпоративный дух.

Мотивационный тип «Стажер» составляет 12,1 % в организации, что свидетельствует о значимости данного типа в общем мотивационном профиле компании. Недооценка демотивирующих факторов сотрудников, относящихся к данному типу может повлечь как увольнение нового сотрудника, так и переход их в категорию «Люмпен». Для сотрудника с данным типом важным является четкое соблюдение договоренностей при устройстве или переходе на новую работу, четкое описание поставленных задач, а также получение «заработанного» финансового вознаграждения. Соответственно, демотивирующими факторами являются:

1) дискомфортная среда в коллективе;

2) недооценка навыков сотрудника, ценных для него самого;

3) игнорирование идей и инициатив сотрудника;

4) отсутствие чувства причастности к компании, корпоративности

Особое значение для разработки программы профилактики эмоционального выгорания в компании, является выявление мотивационных типов «Люмпен», т.к. именно этот тип сотрудников будет оказывать отрицательное влияние на эффективность работы своего подразделения. Эти сотрудники обладают низкой квалификацией и не стремятся ее повысить, отличаются низкой активностью, нацелены на минимизацию усилий и выступают против активности других, у них низкий уровень ответственности, которую они стремятся переложить на других [4].

Среди данных типов много сотрудников – критиканов, которые боятся потерять свое место работы, но способствуют тому, чтобы это сделали другие. Особенно значимо его воздействие на сотрудников с

мотивационным типом «Стажер», которых они берут под свой контроль, способствуя развитию среди них неверия в успех компании. При отсутствии программы снижения демотивирующих факторов и развития со временем эмоционального выгорания у сотрудников, может сложиться ситуация, когда «Профессионал», «Хозяин» и «Новатор» трансформируются в «Люмпена».

Именно этот тип сотрудников, в отличие от других, нуждается не в разработке программы снижения демотивирующих факторов, а в разработке программы по возвращению их в другие мотивационные типы. Достичь этого возможно с помощью четкой формулировки поручений, жесткого контроля результатов и обязательного вознаграждения даже за небольшие прогрессивные достижения.

Значительная доля сотрудников с типом «Люмпен» оказывает влияние на формирование синдрома эмоционального выгорания в профессиональной среде, воздействуя на сотрудников, акцентируя и гипертрафируя их демотивирующие факторы.

Выводы:

Определение мотивационного про-

филя компании, выявление демотиваторов для каждого сотрудника на основе мотивационного типа, оценка степени их выраженности в настоящий момент позволяет разработать программу по их снижению [5].

Отсутствие дифференцированного подхода обуславливает неэффективность мер, направленных на снижение эмоционального выгорания в среде медицинских работников, т.к. общие профилактические мероприятия не могут оказать влияние на снижение стрессогенных факторов у всего персонала. Кроме того, меры, которые эффективны для части сотрудников с определенными приоритетными мотивационными ориентациями, могут усилить демотивирующие факторы другой категории сотрудников.

Таким образом, определение мотивационных типов сотрудников, как основы для профилактики эмоционального выгорания в среде медицинских работников могут найти практическое применение в медицинских организациях любого уровня как важные инструменты управления человеческими ресурсами.

Источники:

1. Никитина И.А. Мотивация персонала как основной фактор повышения эффективности деятельности предприятия//Научный вестник Южного института менеджмента,2016,№ 4
2. Кондратенко О.В. HR-practice: Мотивация персонала. Теории. Теория Герцберга. 7-ми факторная теория демотиваторов. Кайдзен. Маслоу-Кондо Соционика/социография. Лестница, 2016 г.
3. Мухаматьянова Р.Ф. Система мотивации персонала.//Экономические науки,2017, № 58-4
4. Катков В.М. Мотивационные типы работников в стимулировании труда//Современная экономика: проблемы, тенденции, перспективы,2009, №2.
5. Акишин А.Н. Влияние эмоционального выгорания на трудовую мотивацию медицинских работников// XVI Ломоносовские чтения. Материалы научно – практической конференции,21-24 апреля 2017.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ИНСТРУМЕНТ АНАЛИЗА РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Темекова З.М.

Руководитель Центра экономики здравоохранения

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Ищанова А.Б.

Главный менеджер отдела экономики системы здравоохранения

Центра экономики здравоохранения

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Түйіндеме: Осы мақалада еліміздің денсаулық сақтау жүйесінде қаржы ағындарының ұдайы жан-жақты және жүйелі мониторингін жүргізу тетігі – Ұлттық денсаулық сақтаудың шоттары ұсынылады. Ұлттық денсаулық сақтау шоттары денсаулық сақтау саласындағы саясатты жасауда және іске асыруда маңызды рөл атқарады, өйткені мемлекеттік саясаттың басымдықтарын анықтауға мүмкіндік береді. Халықаралық деңгейде ұлттық денсаулық сақтау шоттары әлеуметтік-экономикалық даму деңгейлері, демографиялық және эпидемиологиялық параметрлері ұқсас елдер арасында денсаулық сақтау шығыстарын өлшеудің және салыстырудың негізгі құралы болып табылады.

Резюме: Данная статья представляет Национальные счета здравоохранения – механизм проведения регулярного всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения страны. Национальные счета здравоохранения играют значительную роль в разработке и реализации политики в сфере здравоохранения, поскольку позволяют определить приоритеты государственной политики. На международном уровне национальные счета здравоохранения являются основным инструментом измерения и сопоставления расходов на здравоохранение среди стран со схожими уровнями социально-экономического развития, демографическими и эпидемиологическими параметрами.

Национальные счета здравоохранения

Денежные потоки являются одним из самых важных объектов менеджмента в системе финансирования здравоохранения.

В целях реализации поставленных целей государства, касающихся эффективности системы здравоохранения Республики Казахстан проводятся реформы по развитию здравоохранения в стране. Для реализации таких целей необходим инструмент, интерпретирующий достоверную информацию об источниках и использовании денежных средств системы здравоохранения в стране, по возможности сравнимую с другими странами.

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) являются широко признанным в мировой практике методом суммирования, описания и анализа финансирования систем здравоохранения,

что важно для более эффективного использования информации для улучшения деятельности системы здравоохранения.

Поскольку мировое сообщество ищет более эффективные способы достижения более высокого уровня здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов, НСЗ служат основой для отслеживания внешних источников ресурсов, направляемых на здравоохранение.

В настоящее время на международном уровне НСЗ становятся единственным инструментом оценки затрат на здравоохранение среди стран со схожими моделями экономического развития, эпидемиологическими и демографическими параметрами, позволяет с единых методологических позиций определить уровень развития системы здравоохранения.

НСЗ основаны на принципах Системы счетов здравоохранения, составленной совместными усилиями ОЭСР, ВОЗ и Евростат в 2011 году. Национальные счета здравоохранения включают в себя информацию о расходах по всей Республике по 4 главным показателям: услугам здравоохранения, поставщикам медицинских услуг, схемам финансирования здраво-

охранения и доходам схем финансирования. Иными словами, они отражают, сколько было израсходовано, где, на что и для кого, каким образом расходы меняются на протяжении времени, и позволяют сопоставить их с расходами в странах, находящихся в аналогичных условиях.



Рисунок 1. Основные показатели НСЗ

В основе НСЗ лежит трехмерная взаимосвязь анализа расходов на здравоохранение – то есть, все, что было потреблено, было предоставлено и профинансировано:



Рисунок 2. Структура учета ССЗ 2011

Базовая структура учета согласно ССЗ 2011 образована вокруг трехмерной системы для учета расходов на здравоохранение, а именно вокруг классификаций функций здравоохранения предоставления медицинских услуг и схем финансирования здравоохранения, как показано на рисунке 1. Эти три базовые классификации отвечают на три основных вопроса:

- Какие виды товаров и услуг здравоохранения потребляются?
- Какие поставщики медицинских услуг предоставляют эти товары и услуги?
- Какая схема финансирования оплачивает эти товары и услуги?

Конечная цель анализа НСЗ заключа-

ется в том, чтобы ответить на эти три вопроса относительно каждой операции, которая подразумевает расходы на здравоохранение – иными словами, использовать эти три измерения ССЗ, а именно, функция, поставщик и финансирование, для описания каждого финансового потока в секторе здравоохранения.

Движение финансовых средств в секторе здравоохранения Казахстана в 2011-2015 годы.

В 2016 году в Казахстане были сформированы счета здравоохранения за 2015 г., представляющие собой анализ всех денежных потоков в системе здравоохранения в указанный период и содержащий анализ динамики расходов в 2011-2015 гг.

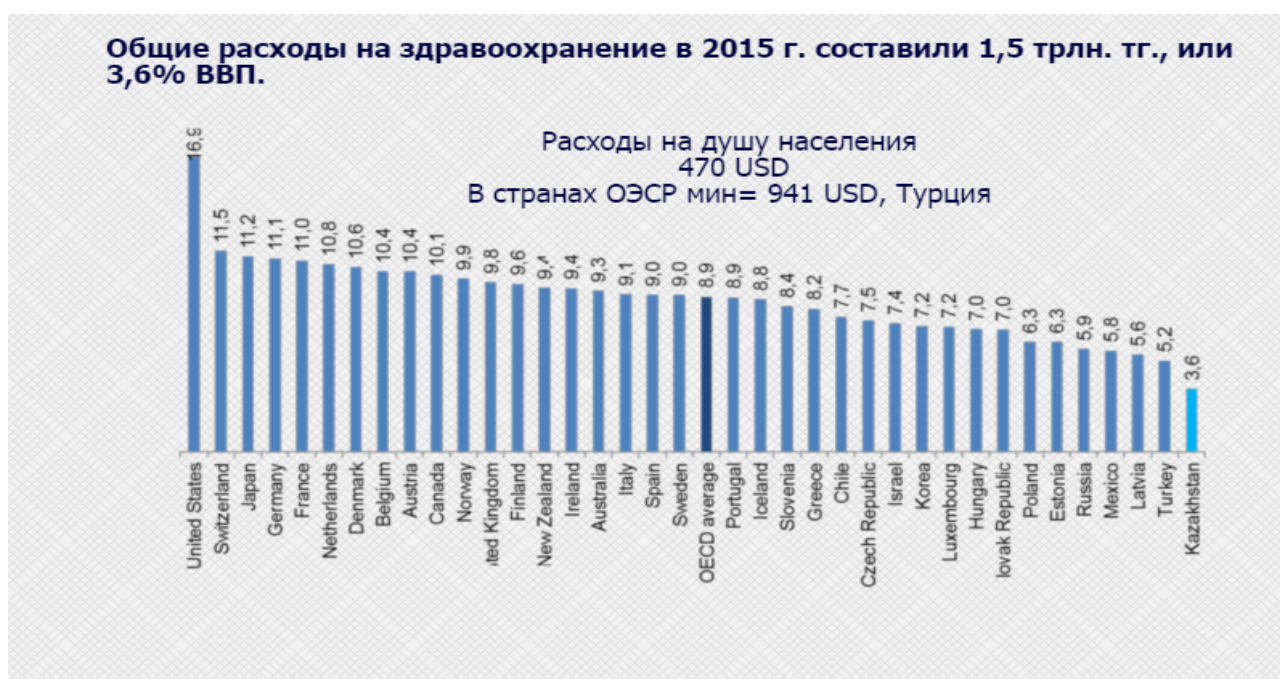


Рисунок 3. Расходы на здравоохранения в разрезе стран мира, 2015 г.

По итогам 2015 года общие расходы на здравоохранения со всех источников финансирования составили 1 трлн. 484,8 млрд. тенге. Казахстан направил 3,6% от ВВП на здравоохранение – это около одной трети от среднего показателя по ОЭСР (8,9%). Расходы на душу населения на здравоохранение в 2015 году в Казахстане составили 84 600 тенге или 381 долл. США. Значение этого показателя приближается к уровню подушевых расходов

в группе стран со средним уровнем дохода, однако ниже чем в странах-членах ОЭСР в 9 раз (там расходы на душу составляют три с половиной тысяч долл. США).

Несмотря на преобладание доли государственных расходов над частными, отмечается ежегодный рост частных расходов как в абсолютном выражении с 297 млрд. в 2011 году до 580 млрд. тенге в 2015, то есть почти в два раза, так и в относительном (с

31 до 39%). Соотношение частных расходов к государственным в динамике также растет. В странах ОЭСР удельный вес частных расходов на получение медицинских услуг составляет 19,6%; в ЕС – 16,3, в Казахстане этот показатель составил 39%. По оценкам ВОЗ, устойчивой считается такая система здравоохранения, в которой на долю частных расходов приходится не более 20%.

Стоит отметить, что высокие частные расходы создают угрозу доступности услуг

здравоохранения, усиливают неравенство и возлагают дополнительное бремя на беднейшие слои общества со всеми вытекающими последствиями для экономического роста.

Также высокие частные расходы именно в социальных отраслях создают неофициальную регрессивную систему налогообложения, и в долгосрочной перспективе отставание домохозяйств нижних квантилей доходов будет усиливаться и приведет их к попаданию в ловушку бедности.

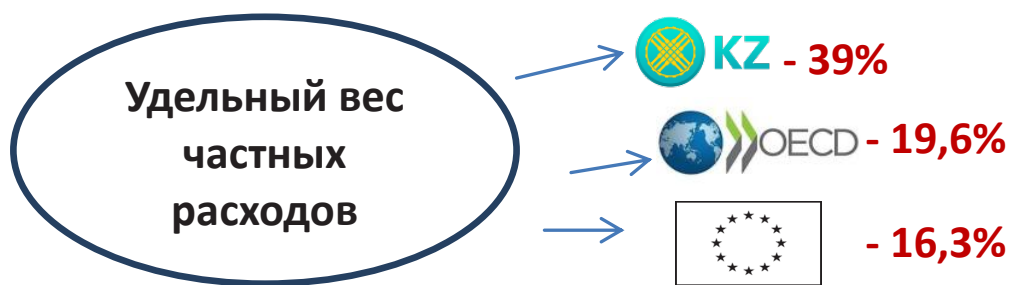


Рисунок 4. Удельный вес частных расходов в Казахстане, странах ОЭСР и странах ЕС, 2015г.



Рисунок 5. Динамика долей государственных и частных расходов от общих расходов на здравоохранение в 2011-2015гг.

Обзор структуры частных расходов населения показал, что в расходах на ГОБМП преобладают расходы на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Их доля в общих частных расходах равна в среднем 50%. Однако, наблюдается тенденция к снижению этих расходов. Также крупной статьёй являются расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь, где большая доля приходится на стоматологические услуги. Однако, несмотря на преобладание доли расходов на лекарственные средства и амбулаторную помощь, их темп роста меньше, чем темп роста расходов на стационарную медицинскую помощь. Так, частные расходы на стационарную помощь за рассматриваемый период возросли в 6 раз.

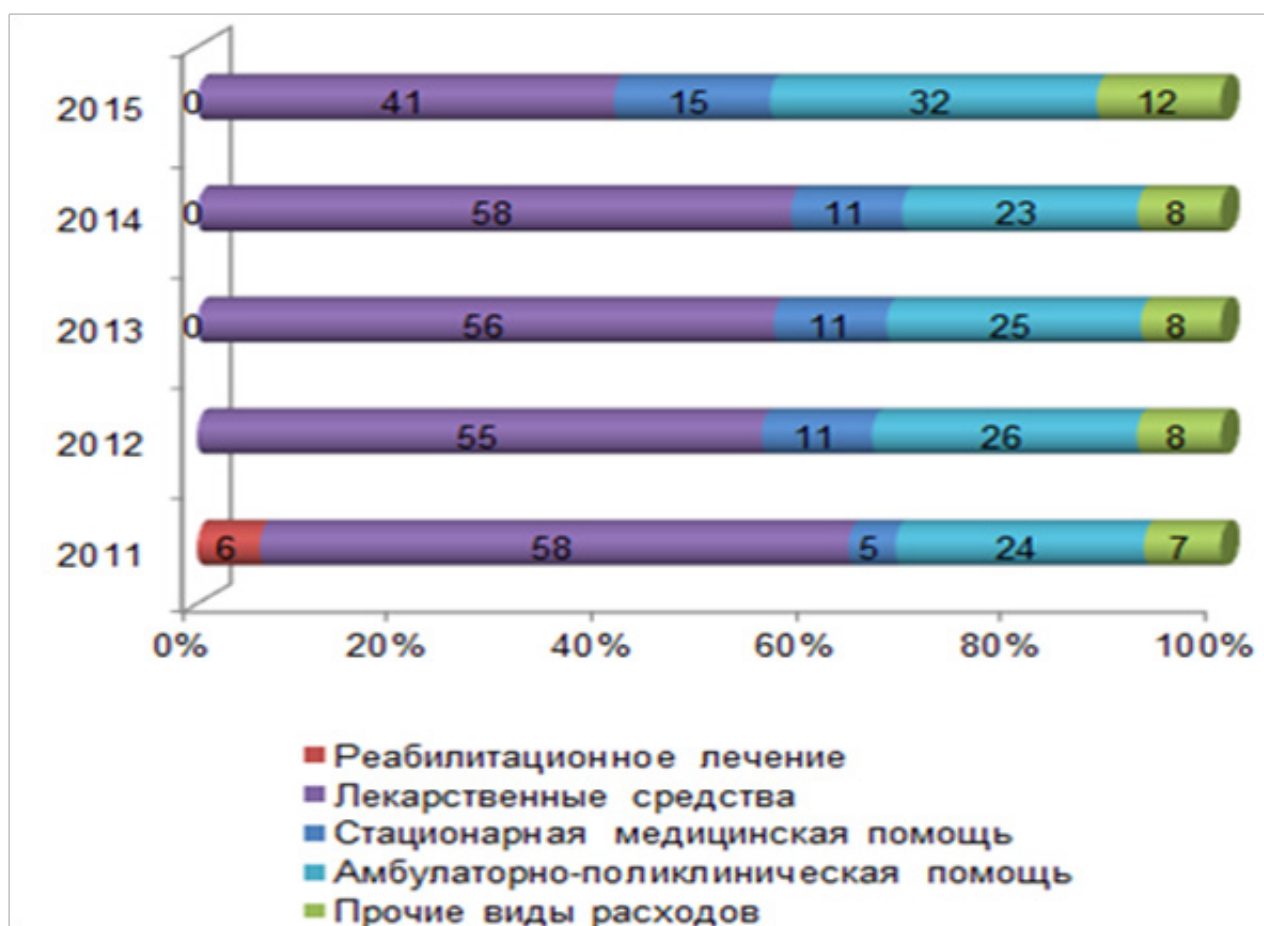
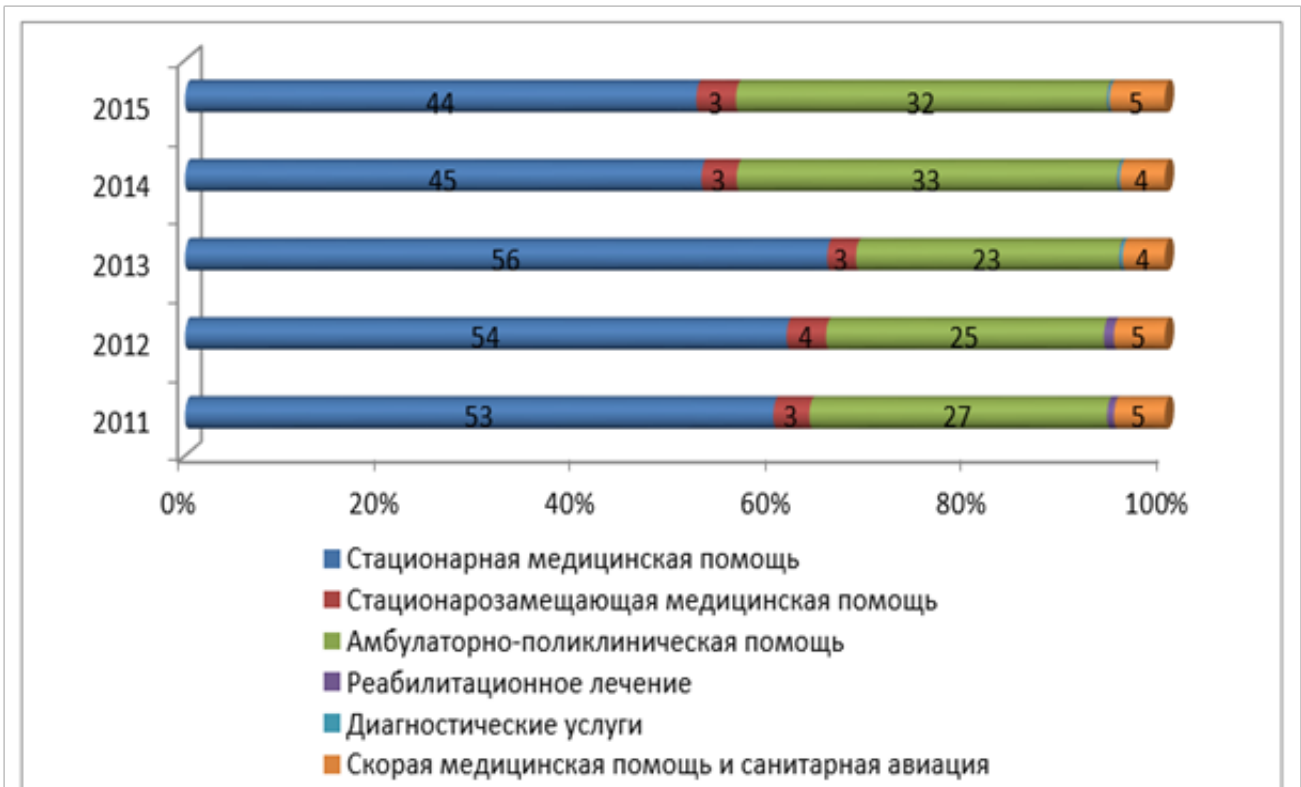


Рисунок 6. Структура частных расходов на здравоохранение в 2011-2015гг.

Касательно государственных расходов, по состоянию на сегодняшний день государственный бюджет продолжает составлять около 10% от общего объема государственных расходов (это порядка 899 млрд. тенге). Хотя данный показатель и ниже среднего по ОЭСР, который составляет около 15%, он коррелируется с показателями таких стран как Венгрия, Греция, Словения и Турция. Однако в отношении доли ВВП следует отметить, что государственные расходы на здравоохранение в Казахстане очень низкие – эти расходы составляют около 2,2% от ВВП.

В 2011-2015 годы прирост расходов

на стационарную помощь в денежном выражении составил 32%, тогда как на амбулаторно-поликлиническую помощь почти 90%. Несмотря на увеличение расходов на АПП почти в 2 раза и стремления государством повысить приоритет АПП, финансирование стационарной помощи продолжает оставаться на высоком уровне, и как видно на рисунке 7, максимальный объем расходов в абсолютном выражении приходится именно на стационарную медицинскую помощь (331 млрд. тенге или 44% от расходов на ГОБМП).



Источник: Отчет НСЗ, 2011-2015г.

Рисунок 7. Структура расходов на здравоохранение в 2011-2015гг. в разрезе услуг здравоохранения

В странах ОЭСР приблизительно две трети всех расходов направляются на стационарное и амбулаторное лечение, среди которых преобладает амбулаторное. Доля расходов на стационар в Казахстане является самой высокой среди стран, представленных на рисунке. Расходы на товары медицинского назначения идут на третьем месте. Если страны ОЭСР потратили одну пятую от всех

расходов на здравоохранение на ЛС и ИМН, то Казахстан потратил одну четвертую часть от текущих расходов на здравоохранение, что превышает аналогичные показатели в большинстве стран ОЭСР. Расходы на долгосрочную медицинскую помощь практически отсутствовали, в то время как в ОЭСР на эту категорию приходится 12% от всех расходов на здравоохранение.

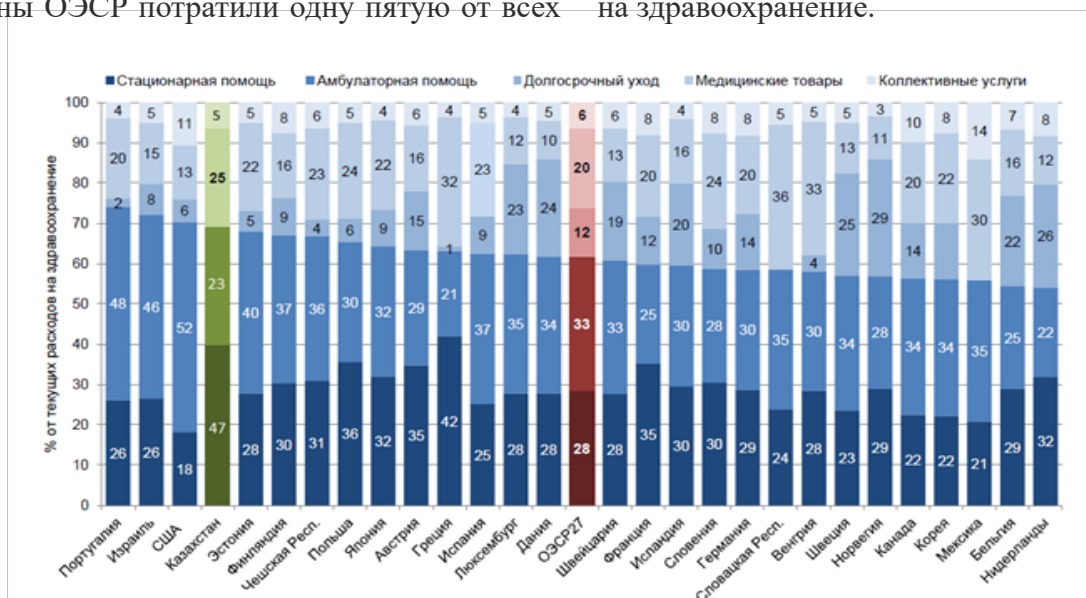


Рисунок 8. Структура расходов на здравоохранение в странах ОЭСР в разрезе услуг здравоохранения, 2015 г.

Лекарственные средства составляют в Казахстане и странах ОЭСР третью крупнейшую категорию расходов. Расходы на душу населения на продаваемые в розницу лекарственные средства в 2015 году составили 166 долларов США. Это всего лишь около одной трети от среднего показателя по ОЭСР (515 долларов США).

Расходы на лекарственные средства составили около 0,7% от ВВП, в то время как в странах ОЭСР в среднем государственные расходы на лекарственные средства составили 0,8% ВВП, это означает, что около 60% от всего объема расходов были профинансированы государством. В 2015 году в Казахстане лишь около 17% расходов на лекарственные средства были покрыты за счёт государственных средств, а оставшиеся 83% - это были личные расходы.

Счета здравоохранения могут быть представлены не только на республиканском, но и на региональном уровне.

На региональном уровне в 2015 году наибольший объем расходов на здравоохранение показал г. Алматы, где затраты на здравоохранение составили 262,4 млрд. тенге, наименьший показатель отмечается в Мангыстауской области, где затраты на здравоохранение составили 27,8 млрд. тенге. Самый высокий показатель расходов на здравоохранение на душу населения отмечен в г. Астана самый низкий в Южно-Казахстанской области, хотя общие расходы на здравоохранение там составили 140 млрд. тенге и были высокими относительно других регионов.

Заключение

Проведенный обзор расходов на здравоохранение за 2011-2015 годы позволили

сделать следующие выводы:

В течение последних 5 лет отмечается рост благосостояния государства, так, размер ВВП в номинальном выражении увеличился на 87%, общие затраты из государственного бюджета возросли на 85%. Рост номинальных расходов на здравоохранение в 2015 году по сравнению с 2010 годом составил 59%.

Инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Рост реальных расходов на здравоохранение в период с 2011 по 2015 годы составил всего 23 % или 1,2 раза, а размер накопленной инфляции составил 25,6%.

Вместе с тем, Казахстан расходует на здравоохранение значительно меньше средств (3,6% к ВВП), чем в группе стран с аналогичным уровнем социально-экономического развития (6,3% к ВВП) и в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (9,3% к ВВП).

Государственный сектор является доминирующим источником финансирования отрасли. По итогам 2015 года на долю средств государственного бюджета приходится 61% от общего финансирования здравоохранения или 2,2% к ВВП.

Расходы частного сектора в 2015 году составили 39% от общих расходов на здравоохранение или 1,4% к ВВП.

Большую часть частных расходов на здравоохранение в 2015 году составили расходы на лекарственные средства и амбулаторно-поликлиническую помощь. В 2015 году в Казахстане лишь около 17% расходов на лекарственные средства были покрыты за счёт государственных средств, а оставшиеся 83% - за счет частных расходов населения.

Источники:

1. Система счетов здравоохранения. ОЭСР, Евростат, ВОЗ, 2011 г.;
2. Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения, Кристофер Дж. Л. Муррей, Роберт Холцман, Анн Питерсен. <http://www.who.int/health-accounts/documentation/RussianGuide.pdf>;
3. Аналитический отчет по Национальным счетам здравоохранения Республики Казахстан за 2015 год. Министерство здравоохранения РК, Республиканский центр развития здравоохранения. Астана, Казахстан, 2016 г.;
4. Guide to producing regional health accounts within the national health accounts framework, World Health Organization, 2008.
5. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы;
6. Повышение потенциала по разработке Национальных Счетов Здравоохранения и проведению анализа в Казахстане: Рекомендации по совершенствованию аналитических аспектов и дезагрегированию данных по областям. Георгий Г. Астана, 1 июня 2014.

ВНЕДРЕНИЕ БОНУСНОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА РУКОВОДИТЕЛЯМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Назарбекова Р.С.

руководитель центра менеджмента

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

Министерства здравоохранения РК, к.м.н

Медуханова С.Г.

главный специалист центра менеджмента

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

Министерства здравоохранения РК, Магистр общественного здравоохранения двойной степени

Түйіндеме: Бұл мақалада Қазақстандағы медициналық ұйымдардың бірінші басшыларының ынталандыру жүйесін талқылайды. Қазіргі уақытта бірінші басшыларының ақы төлеу жүйесін қарастыру маңыздылығы мен өзектілігі, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының шаруашылық жүргізу құқығындағы ұйымға өтуі, өз кезегінде, оларды коммерциялық ұйымға айналдырады. Коммерциялық ұйым ретінде, шаруашылық жүргізу құқығындағы көптеген денсаулық сақтау мемлекеттік ұйымдар, олардың айналымын арттыру, қызметтерін кеңейтуге және бонус түрінде ынталандыру жүйесін бақылауға дербес жасауға болады. Медициналық ұйымының бірінші басшының, тиісінше бүтін ұйымның, негізгі көрсеткіштерін жетуі негізінде бонусының көлемі мен еселігі ұйымның ішкі ережелеріне байланысты жазылады.

Бірінші басшылардың Қысқа мерзімді ынталандыру жүйесі (бонус жүйесі) жалпы стратегиясы аясында ұйымның дамуы мен тұрақтылығын қамтамасыз ету үшін ұлттық деңгейде, ұйымның ішкі саясат деңгейінде стратегияны іске асыру ықпал етеді. Бұл мақалада денсаулық сақтау секторына жатпайтын бонус жүйесін қолдану әдебиеті және халықаралық тәжірибесіне шолу жасайды.

Резюме: В данной статье рассматривается система стимулирования первых руководителей медицинских организаций в Казахстане. Важность и актуальность пересмотра системы вознаграждения первых руководителей на данный момент диктует переход государственных медицинских организаций, на право хозяйственного ведения, что в свою очередь делает их коммерческой организацией. Будучи коммерческой организацией, многие государственные медицинские организации на праве хозяйственного ведения могут увеличить свои обороты, расширить спектр услуг и самостоятельно регулировать систему поощрения в виде бонуса. На основе достижения ключевых показателей результативности первого руководителя, а это значит в целом медицинской организации, распределяется объем бонуса и кратность выплаты в зависимости от внутренних правил организации.

Краткосрочны системы стимулирования (бонусная система) первых руководителей должна способствовать реализации стратегии, как Национального уровня, так и внутренней политики организации, гарантирующих развитие и устойчивость организации в рамках общей стратегии. В данной статье предоставлен обзор литературы и международный опыт применения бонусной системы вне сектора здравоохранения.

Abstract: This article examines bonus system for the executives of medical organizations in Kazakhstan. The importance and urgency of reviewing the system of remuneration of the first leaders at the moment dictates the transition of state medical organizations to the right of economic management, which in turn makes them a commercial organization. Being a commercial organization, obliges state medical organizations on the right of economic management to increase their turnover, expand the range of services and independently regulate the incentive system in the form of a bonuses. Based on the achievement of the key performance indicators of the first manager, which means in general of the medical organization, the bonus volume and the frequency of payment are distributed depending on the internal rules of the organization.

Short-term incentive systems (bonus system) of the first leaders should promote the implementation of a strategy, both at the national level and the internal policy of the organization, guaranteeing the development and sustainability of the organization within the overall strategy. This article provides a literature review and international experience of using the bonus system outside the health sector.

С каждым годом роль руководителя медицинской организации повышается, это связано в первую очередь с тенденциями развития системы здравоохранения. Например,

созданы рыночные условия внутри системы государственного здравоохранения и вне ее для развития конкуренции между поставщиками медицинских услуг, что вынуждает руководителей концентрировать деятельность медицинской организации на повышение привлекательности (улучшение сервиса медицинским персоналом, оказание платных услуг, предварительной записи пациентов т.д.).

Несмотря на то, что эффективность оплаты за результат требует дополнительных доказательств, популярность оплаты за результат, то есть краткосрочных систем стимулирования (бонусной системы) в последние годы возрастает.

Европейские страны с начала 1990-х годов пытаются применить опыт частного бизнеса в секторе государственного управления. И одним из опытов которое необходимо освоить это система оплаты и стимулирования. Поскольку оплата труда в государственном секторе четко регламентирована существующими нормативными актами, организациям на праве хозяйственного ведения предоставляется возможность зарабатывать и утвердить систему стимулирования. В таких случаях представляется логичным, что отдельно связанные с результатом краткосрочная система стимулирования должна зависеть от общих правил оплаты в организациях в соответствии с согласованным процессом контрактирования между работодателем и работником и должны являться важным инструментом для реализации политики сектора и достижения деловых задач.

В Европе и мире существуют вопросы развития системы здравоохранения, которые оказывают влияние на должностные инструкции руководителей, оценку результатов их деятельности и систему оплаты труда за результат, к ним относятся:

1. Переход к экономически эффективным методам медицинского ухода посредством продвижения здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики и систематического и эффективного ведения хронических заболеваний на уровне ПМСП;

2. Необходимость оказания медицинских услуг высокого уровня эффективности

для того, чтобы справляться с растущим спросом на услуги и с экономическими трудностями;

3. Потребность в повышенной производительности, лучших результатах – более высокой эффективности и результативности – для обеспечения растущего объема деятельности при неизменном или даже более низком уровне затрачиваемых ресурсов;

4. Сокращение числа уровней среднего руководства в крупных государственных организациях;

5. Перепрофилирование рабочей силы системы здравоохранения для создания более экономичного и более эффективного подхода к оказанию услуг;

6. Концентрация на постоянном повышении качества и безопасности клинических услуг;

7. Фокус на постоянном улучшении опыта пациентов.

Учитывая вышеизложенное, система стимулирования руководителей должна способствовать реализации стратегии, как Национального уровня, так и внутренней политики организации, гарантирующих развитие и устойчивость организации в рамках общей стратегии.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» - третьим приоритетом является макроэкономическая стабильность, где отмечена необходимость в повышении эффективности бюджетных расходов, в частности, системы социальной защиты и здравоохранения [1].

Рейтинговая оценка деятельности медицинских организаций, регионов и научно-исследовательских институтов/научных центров РК проводится на основании достижения ключевых показателей деятельности, что свою очередь представляется целесообразным связать некоторые из агрегированных показателей с эффективностью работы высших руководителей. В частности, где индикаторы зависят от построения основных внутренних систем медицинских организаций и их работ (сокращение ошибок при на-

значениях, сокращение несчастных случаев и профессиональных ошибок, увеличение охвата профилактическим скринингом, сокращение времени ожидания диагностических и терапевтических процедур, соответствие протоколам оказания помощи при хронических условиях и т.д.).

Однако существуют серьезные сложности в применении агрегированных показателей клинических результатов к задачам руководства, связанных с управленческими результатами. Организационные задачи должны спускаться сверху вниз через всю организацию до клинических сотрудников и отделений посредством мероприятий управления системной эффективностью и в некоторых случаях через программы финансового/нефинансового и бюджетного стимулирования.

Таким образом, вопрос заработной платы и бонусов руководителей очень спорный, но необходимо признать, что руководящие посты на государственной службе просто не соизмеримы с руководящими должностями в частном секторе.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БОНУСНОЙ СИСТЕМЫ

Все больше доказательств того, что существование внутренних стимулирующих надбавок доминируют в решении сотрудников, остаться в организации (или уйти), а финансовые являются самым мощным стимулом. Впоследствии мотивированные руководители медицинских организаций дольше работают в одной организации и используют свой опыт и навыки для развития и улучшения медицинского обслуживания данной организации.

Исследование краткосрочных систем стимулирования, могут вдохновить менеджеров медицинских организации без ущерба качеству предоставления медицинских услуг, и повысить ценность мотивации сотрудников здравоохранения. Уроки, извлеченные из исследовании, могут также использоваться, для предотвращения оттока опытных менеджеров с государственных организации в частный сектор. Соответственно, предоставить научные данные о применении и использовании

краткосрочных стимулов для менеджеров здравоохранения. Удержание знаний и навыков опытных руководителей в организации критически важно для реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы и достижения стратегической цели.

Так, Grigoriadis и Bussin (2007) определяют краткосрочные стимулы как плату за производительность, «где период предоставления составляет около одного года», а оплата производится «наличными» в виде бонуса [2]. Бонус – согласно определению ОЭСР это разовый платеж, который не консолидируется в основную заработную плату (или БДО) и заново зарабатывается в течение каждого оценочного периода [3].

В исследовании L. Malambe и M. Bussin, респонденты указали, что краткосрочные системы стимулирования для мотивации менеджеров больниц используются в основном в частном секторе. Более того, все респонденты отметили, что бонус - это самая распространенная краткосрочная система стимулирования, и что бонус является одним из распространенных инструментов, используемых работодателями в сфере здравоохранения [4].

Инструменты, связанные с повышением производительности, позволяют напрямую и быстро реагировать на производительность работы и повышать мотивацию особо высококвалифицированного и высокопроизводительного руководителя. Для того чтобы выплата бонусов за выполнение заданий не стала установленным элементом вознаграждения и не допустить их превращения в рутину, например в Германии в Законе о государственном служащем (Bundesbesoldungsgesetz) действуют ограничения в отношении бенефициаров, размера и способов оплаты. Бонус за работу в качестве одноразового платежа является самым прозрачным способом подчеркнуть его особый характер вознаграждения, поскольку он предоставляется за выдающуюся работу, которая уже была сделана, и, следовательно, не становится обычной дополнительной выплатой. Бонус может быть предоставлен в размере одного базового начального месячно-

го оклада государственного служащего [5].

Исследуя опыт самых успешных и крупных компании в мире в списке индекса Британской фондовой биржи - FTSE являющимся одним из наиболее влиятельных биржевых индикаторов в Европе, наличие бонусной системы является одним из критериев, по которому проводится аудит в этих компании.

По данным отчета компании KPMG «Руководство по вознаграждению директоров 2015», практически все компании входящие в FTSE 100 и FTSE 250 используют годовую бонусную систему (план) для руководящего состава, что делает бонусную систему одним из чаще используемых видов стимулов. Более того, по данным отчета более 70% компаний FTSE 350 используют три или более ключевых показателей деятельности (производительности). Компании сектора финансовых услуг среди FTSE 305 лидируют в структурировании своих годовых бонусных планов, используя три или более ключевых показателей деятельности; Только четыре компании сектора финансовых услуг в FTSE 250 и ни одна из FTSE 100 не используют один ключевой показатель деятельности.

Наиболее часто применяемой комбинацией ключевых показателей деятельности является некая форма оценки прибыли в совокупности с нефинансовыми метриками и личными целями сотрудника. Распространённые нефинансовые метрики разнятся в зависимости от сектора индустрии и обычно привязаны к клиентам \ потребителям или же на охрану окружающей среды, здоровья и безопасности жизнедеятельности. С точки зрения акционеров, применение многосоставных финансовых и не финансовых показателей эффективности соответствует лучшим практикам и помогает гарантировать сбалансированный подход. Акцент, конечно же, остается на взаимодействии этих показателей и размера бонуса прилагаемого к индикатору. Например, перед тем как выплатить бонус нужно учесть минимальный уровень финансового показателя [6].

ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ЭФФЕК-

ТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОНУСОВ

Принципами создание системы являются следующие шесть шагов:

- I. Формирование бюджета
- II. Использование бюджета для создания системы ценообразования
- III. Установите цену услуги, следуя системе ценообразования
- IV. Оплата за результат
- V. Быстрое начало работы для быстрого достижения целей
- VI. Когда организация / сотрудники достигают целей, то накладные расходы превращаются в бонус

Когда сотрудники работают во благо достижения цели по объемам, сохраняя при этом высокий уровень качества и безопасности, это сотрудники, которые думают, как предприниматели, а не почасовые сотрудники. Сотрудники, которые думают, как предприниматели инвестируют свой интерес в организацию - они заботятся об успехе организации, и хотят, чтобы команда выиграла. Это те люди, которые удвоят прибыль организации в два раза. Важно помнить, нужно поощрять больше сотрудников, которые думают как владельцы организации, инвестировавшие в нее свой интерес и с бонусной системой, привязанной к их производительности.

Необходимо помнить, что объем бонусного вознаграждения высчитывается на основе формулы. Приложение 1

Исторически результаты качества - безопасность пациентов, клинические результаты и удовлетворенность пациентов - были связаны с миссией организации здравоохранения; теперь они также привязаны к преискуранту (марже) организации. Причины этого двойки: во-первых, с внедрением ОСМС возмещение за оказанную услугу будет связано с качественными результатами предоставляемых услуг. И, во-вторых, с развитием медицинской помощи, ориентированной на потребителя, потребители сейчас имеют больше доступа к общедоступным данным о качестве и возможность сделать осознанный выбор в отношении поставщиков медицинских услуг. Поэтому качество также влияет на объемы услуг.

Уделяя больше внимания метрикам качества, автоматически другие показатели, включая показатели финансовой эффективности тоже скрупулезно отслеживаются. Успешное достижение показателей по качеству в свою очередь приводит к достижению финансового успеха - за счет более высоких возмещений от плательщика и повышения спроса среди потребителей.

ВЫВОДЫ:

1. Бонус является самым удобным и распространенным инструментом стимулирования лучшей работы в коммерческих организациях.

2. Бонус выплачивается за выдающую работу, исключительно при необходимости сохранения сотрудника в организации, но НЕ за отсутствие прогулов, за звания и другие виды регалии сотрудника, за выслугу лет, Целевой услуга

3. Бонус выплачивается единовременно, в соответствии с установленными правилами в организации.

4. Для распределения бонуса необходимо разработать ключевые показатели деятельности, на достижении которых и основывается сумма бонуса.

Литература:

1. Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
2. Grigoriadis, C., & Bussin, M. (2007). Current practice with regard to short-term incentive schemes for middle managers. *SA Journal of Human Resource Management*, 5(1), 45–53.
3. Organization for economic co-operation and development; Public governance and territorial development directorate public governance committee; “Performance-related pay policies for government employees: main trends in OECD member countries”; GOV/PGC/HRM(2004)1
4. Malambe, L., & Bussin, M. (2013). Short-term incentive schemes for hospital managers. *SA Journal of Human Resource Management/SA Tydskrif vir Menslikehulpbronbestuur*, 11(1), Art. #487, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/sajhrm.v11i1.487>
5. OECD; Civil Service Salary System in Germany and Recent Reform Trends By Kai-Andreas Otto Ministry of the Interior, Berlin, Germany; Sigma Programme; 2007
6. KPMG Guide to Director’s Remuneration 2015; KPMG LLP, 2015

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

1. Определить категорию должности согласно Постановлению Правительства «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» №1193 Приложение 1, и присваиваем категориям Значение см. таблицу №1.

Таблица №1

Категория должности	Значение
A1 (высшая)	3
A2 (средняя)	2
A3 (низкая)	1

2. Определение соответствия и оценка баллов Показателя

Для того чтобы иметь право на бонус, работник должен набрать средний балл Показателя, например, установим 3,5 и больше. Средний балл Показателя рассчитывается путем суммирования баллов каждого Показателя и деления результата на количество Показателей. Предположим, организация использует 6 видов Показателей производительности для руководителей МО.

Каждый Показатель оценивается по 5 бальной шкале от 1 до 5

Показатель №1 – оценка... 5

Показатель №2 – оценка... 4

Показатель №3 – оценка... 3

Показатель №4 – оценка... 5

Показатель №5 – оценка... 4

Показатель №6 – оценка... 3

Вычисление Среднего балла Показателя:

= (Сумма баллов показателя) / количество показателей

= (5 + 4 + 3 + 5 + 4 + 3) / 6 = (24) / 6 = 4

Заведомо выделенный бонусный фонд. Определяемся с фондом на бонусы, это может быть процент от заработного фонда или процент от прибыли в частных организациях и средства экономии в государственных орга-

низациях.

Расчет индивидуального бонуса: Для каждого руководителя бонус рассчитывается по следующей формуле:

Индивидуальный бонус =
((Значение Категории должности + Средний балл показателя) * общее количество бонусного фонда) / (Сумма всех средних баллов показателя + Сумма всех значений Категории должности)

Например:

Руководитель №1: Значение его категории должности согласно таблице №1 – 3; по 6 Показателям он набрал пороговое значение больше 3,5 – 4;

Руководитель №2: Значение его категории должности согласно таблице №1 – 3; по 6 Показателям он набрал пороговое значение больше 3,5 – 3,5;

Руководитель №3: Значение его категории должности согласно таблице №1 – 3; по 6 Показателям он набрал пороговое значение больше 3,5 – 3,7;

Руководитель №4: Значение его категории должности согласно таблице №1 – 3; по 6 Показателям он набрал пороговое значение больше 3,5 – 3,8;

Утверждение бонусного фонда
Определяем, утвержденный организацией фонд на бонусы, например 500 000 тенге.

Высчитываем размер бонуса для Руководителя №1:
 $((3+4) * 500\ 000)/(15+12)=129630$

Таблица №2: Пример расчета и распределения индивидуального бонуса

Работник	Значение категории должности	Средний балл показателя	Размер бонуса
Руководитель №1	3	4	129 630
Руководитель №2	3	3,5	120 370
Руководитель №3	3	3.7	124 074
Руководитель №4	3	3.8	125 926
Всего	12	15	500 000

Данная формула может использоваться не только для руководителей медицинской организации, но и для всех категории сотрудников организации, в этом случаи из таблицы №1 выбирается соответствующая категория и ее значение, при необходимости ее можно расширить и добавить дополнительные категории из постановления №1193. Значение для категории присваивается самостоятельно.

Дополнительно, оценка Показателей тоже может производиться по другой шкале, но в обязательном порядке нужно определить порог, который должен быть не слишком низким, чтобы исключительно высокие достиже-

ния подпадали к назначению бонуса.

Самым важным моментом, является оценка Показателей, по какой бы шкале ее не оценивали, нужно соблюдать объективность и само собой справедливость. Это самая ответственная часть расчета бонусов, которая и возлагается на Совет директоров или Наблюдательный совет и любой другой комиссии по распределению бонусного вознаграждения.

Внедрение бонусной системы оплаты труда руководителям медицинских организаций