

УДК 658:614.2

**Каминская Т. М.
Громов А. А.**

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ МЕНЕДЖМЕНТА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

The article is devoted to particularities of health organization management. The health care is a part of social sphere so the main specific point is connected with this. There is a big part of noncommercial and public organizations. They help to produce positive externality. Public health is built on hierarchy and tends to increase. Management should conduce to the wakening of negative points of hierarchy and constraining of opportunities behavior of professionals.

Переход к рыночной экономике в Украине выявил высокую востребованность в подготовке менеджеров и развитии теории управления. За последние 15 лет в области медицины разработок вопросов менеджмента явно недостаточно. Появилось много переводных изданий, посвященных менеджменту, написанных известными зарубежными авторами – П. Друкером, М. Месконом, М. Альбертом, Ф. Хедоури, Л. Расселом, Р. Беннетом, Д. Френсисом, Р. Дафтом и др. Стали известны монографии и учебники украинских и российских авторов, например, В. Румянцевой, Н. Саломатина, И. Герчиковой, В. Пилы, В. Бовыкина, В. Василенко, З. Виноградовой, А. Войчак, И. Завадского. Все эти авторы, как правило, рассматривают традиционные вопросы, а именно сущность и основные черты менеджмента, его цели, методы и виды, развитие теории и практики управления. Но мало кто из экономистов рассматривает особенности менеджмента в здравоохранении. С. Д. Ильенкова, анализируя социальный менеджмент, касается специфики социальных процессов и особенностей управления ими [1, с. 11 – 12]. Л. Гордиенко анализирует особенности управленческого процесса в бюджетной организации, рассматривая специфику такого особого объекта управления, как люди, разнообразие целей, сложности в оценке труда, своеобразие взаимосвязей между затратами и результатом [2, с. 31]. Однако рассмотренные автором бюджетные организации не относятся к здравоохранению. В. М. Марущак показывает организацию коммерческой деятельности в процессе предоставления медицинских услуг [3]. Однако, во-первых, коммерческая деятельность и менеджмент – это разнорядковые понятия. Во-вторых, менеджмент собственно в медицине рассматривается мало, а его специфика почти не выделяется. Чаще всего общие принципы менеджмента лишь экстраполируются на сферу здравоохранения.

Между тем менеджмент в медицинских организациях имеет свои особенности. Поэтому задачей нашей статьи является их обоснование.

Первой особенностью является то, что здравоохранение относится к социальной сфере, которая имеет свою специфику развития. Отечественная и зарубежная практика показывает, что предоставление общественных медицинских услуг предполагает высокую долю государственного и негосударственного некоммерческого сектора, ибо частный коммерческий сектор воспроизводит негативные экстерналии – недопроизводство услуг с позитивным побочным эффектом для общества, монополизм и неравенство доступа к медицинским услугам. Они по-разному финансируются. Главным источником государственных лечебных учреждений является госбюджет, частных коммерческих – индивидуальные платежи граждан,

негосударственных некоммерческих организаций – собственная прибыль, спонсорская помощь, благотворительные платежи. Разная форма собственности и разные источники поступлений порождают разновидности методов менеджмента в каждом из секторов.

При этом надо учесть, что государственный сектор здравоохранения в большинстве стран имеет тенденцию к росту. Даже в США, в стране с доминирующей ролью частной медицины, этот рост проявляется очень ярко. С 1973 по 2003 гг. доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП выросла в 3,7 раза. К 2009 г. прогнозируется сумма в 814,8 млрд. долл., которая более чем в 40 раз превышает уровень 1973 г. Рост расходов на программу "Medicare" и "Medicaid" еще выше – соответственно более чем в 52 и 53 раза [4; 5].

Традиционно высокий уровень государственных расходов на здравоохранение сохраняется в европейских системах, особенно системе Бевериджа (название дано в честь английского экономиста-реформатора системы социального обеспечения), существующей в Англии, Дании, скандинавских странах, частично в Италии, Португалии и Греции. В бывших социалистических странах уровень финансирования государственного здравоохранения значительно ниже, чем в Европе. Он составляет примерно 3,3% от уровня ВВП против средневропейского уровня в 8%. Но при этом размеры государственного сектора выше, чем частного, а государственные расходы на здравоохранение с 2000 года (первого года после периода резкого падения ВВП) по 2006 год увеличились более чем в 5 раз.

Увеличение общественного сектора здравоохранения в современном мире – это не только реакция на растущие потери от негативных экстерналий частного рынка, но и результат демократизации общества, расширения прав граждан на равный доступ к здравоохранению, закрепленного в Конституциях разных стран. Это также закономерное следствие возрастающей роли медицины в инновационном развитии общества и формировании его постиндустриальных тенденций.

Расширение государственной медицины приводит к воспроизводству иерархических начал в организационных формах медицинских учреждений и вертикальной субординации. Известно, что государственная иерархия разъединяет субъектов собственности на ресурсы и производителей медицинских услуг: они не совпадают в одном лице и их интересы по поводу величины используемых ресурсов здравоохранения и степени рациональности этого процесса расходятся. Правительством как главный субъект государственной собственности стремится к экономии средств по причине их ограниченности, а медики, наоборот, заинтересованы в увеличении их притока. Дж. Бьюкенен по этому поводу восклицает: "Как могут ученые-медики в Национальном институте здравоохранения США поддерживать сокращение федеральных правительственных затрат на медицинские исследования?" [6, с. 412]. В условиях иерархии это приводит к неэффективному расходованию бюджетных средств. Кроме того, не совпадают цели менеджеров больниц и непосредственных исполнителей – врачей. Происходит отчуждение врачей от собственности и от управления, в результате чего они выступают всего лишь посредниками в обмене, стремятся к получению дополнительных выгод и принятию решений, неоптимальных для менеджера. В этих условиях он вынужден выделять излишние средства на осуществление контроля над нижестоящими структурами и медицинским персоналом. Однако эти средства имеют бюджетное ограничение.

Поэтому менеджмент, имеющий своей целью повышение экономической эффективности деятельности организации, в государственных медицинских учреждениях должен способствовать ослаблению негативных сторон иерархии. Он должен учитывать также институциональную специфику медицины, ибо она сама по себе работает в направлении сдерживания оппортунистического поведения нижестоящих звеньев. В чем проявляется эта специфика?

Отличительной нормой экономического поведения большинства медицинских профессионалов является корпора-

тивность. Она означает формирование элементов командного духа, согласование индивидуальных экономических интересов с интересами отраслевой "семьи" медиков, доверие к ее членам, кооперацию и сотрудничество, коллегиальность и взаимную выручку. Истоки корпоративности уходят в далекую историю Древнего Рима и связаны с необходимостью защиты медиков от преследований общества. Сама специфика медицинской деятельности связана с постоянным риском, возможными ошибками, реакция на которые со стороны пациентов и их родственников гораздо более чувствительная, чем реакция на некачественный готовый продукт со стороны его потребителей на товарном рынке. Опасность общественного или гражданского суда повисает над любым врачом как "дамоклов меч", что побуждает их к объединению и взаимной поддержке, опоре на "чувство локтя". Корпоративности медиков способствует преобладание неформальных горизонтальных отношений между коллегами над формализованными. Отчасти это является следствием строгой субординации по вертикали, но вероятнее – как результат меньшей формализации самой медицины как сферы деятельности, ибо она имеет дело с людьми, заболевания которых индивидуализированы.

Поэтому взаимодействие медицинских работников в организациях госсектора напоминает поведение членов единой компании и отличается позитивным восприятием субординации, дисциплины, понимания общей цели. Здесь, ниже, и приведены издержки преобладания командно-административных методов управления над экономическими методами на уровне вертикального среза, что обуславливает существенные отличия медицинского менеджмента. Экономическая конкуренция между звеньями организации как способ снижения производственных и транзакционных издержек формируется и развивается значительно сложнее, чем на предприятиях сферы материального производства. И ее не следует форсировать. Зато развивается социальная конкуренция за место в системе иерархии; за условия труда, квалификационного роста и самореализации; за статус в коллективе и в обществе; за позитивную репутацию. Репутация и другие атрибуты социальной конкуренции помогают врачу двигаться вверх по иерархической лестнице и получать дополнительные блага, не связанные только с зарплатой, и выступают специфической формой капитала. Кроме того, наработанная репутация является стартовым условием для продажи профессиональных услуг врачей в частном сегменте рынка труда.

Вот почему мотивация как одна из функций менеджмента должна учитывать важность не только экономического, но и социального стимулирования медиков. Институциональная специфика медицины смягчает несовершенство иерархии в централизованном государственном здравоохранении. Социальный капитал в виде традиций взаимного доверия и общих интересов ограничивает стремление работников, стоящих на более низком уровне иерархии, максимизировать свои интересы за счет снижения качества работы и неисполнения подписанных контрактов в полном объеме. Это равносильно дополнительному финансированию здравоохранения. Фактором, сдерживающим искажение циркулирующей информации между субъектами нижнего и верхнего уровней иерархии, является и такая норма, как верность клятве Гипократа.

Еще одна специфика менеджмента в здравоохранении связана с закономерностью опережающего роста средних издержек медицинского обслуживания по сравнению с их ростом в других сферах рыночной экономики. Она формируется под влиянием ситуации "морального риска", когда за больно-го платит третья сторона (государство, страховая компания), и он не утруждает себя мыслями об экономии средств, используя все доступные методы диагностики и лечения. Влияет на удорожание медицины асимметрия информации о качестве медицинских услуг, благодаря которой спрос на них стимулируется самим предложением, а также такой фактор, как приоритетная роль хорошего здоровья в иерархии ценностей индивидов, их особая отзывчивость на инновации, появление

новых и очень дорогих медицинских технологий, которые быстро совершенствуются. Например, в частном секторе Великобритании аортокоронарное шунтирование стоит от 10,5 тыс. до 14,25 тыс. ф. ст., а имплантация искусственного тазобедренного сустава – от 6,75 тыс. до 11,75 тыс. ф. ст. [7, с. 3]. На неуклонный рост издержек медицины воздействует также рост личных доходов потребителей и переход от удовлетворения низкоэластичного по доходам их спроса к высокоэластичному спросу; увеличение продолжительности жизни; появление новых заболеваний – например СПИДа. За период с 1960 по 2003 гг. доля затрат на здравоохранение в ВВП выросла в Канаде, Швейцарии, Франции, США соответственно в 1,8, 2,3, 2,7 и 3 раза. В Португалии только с 1970 по 2003 гг. рост составил 370% (увеличение в 3,7 раза) [4].

Поскольку развитие науки и техники остановить невозможно, и дорогие медицинские технологии будут воспроизводиться и далее, поскольку также этот процесс отвечает цели улучшения качества и продолжительности жизни людей (одна лишь трансплантология способна радикально решить эту задачу), то фактором значительной компенсации непомерных затрат на медицину остается эффективный менеджмент. Собственно говоря, за рубежом это уже осознали. Так, план реформирования здравоохранения "Больница – 2007" ("Hôpital 2007"), принятый во Франции в 2003 г. на период до 2007 г., наряду с удвоением инвестиций за 4 года предполагает модернизацию организационной структуры как частных, так и государственных больниц и усиление автономии вторых [8, с. 21]. Совершенствование менеджмента становится одним из условий не просто выживания, но и эффективного воспроизводства медицинской сферы, смягчения различий между частными и государственными учреждениями. Расширение самостоятельности, в том числе финансовой, характерно и для больниц многих других европейских стран и новых членов ЕС.

Европейский опыт имеет свою безусловную ценность и для Украины. Тем более, что наше государство продолжает соединять в одном лице и собственника, и производителя, и финансирующую сторону. Непосредственным производителям медицинских услуг делегированы права в рамках запрограммированного регламента. В этих условиях эффективный менеджмент просто невозможен. Управление лечебными учреждениями сводится лишь к выполнению команд вышестоящих чиновников и ориентации на количественный и затратный показатель – койко-день, который выполняется с трудом и под административным нажимом. Не работают показатели результативности лечения как такового – численность вылеченных больных и состояние здоровья населения. Лечебные учреждения выступают пассивными получателями средств, лишенными возможности маневрировать ресурсами и быстро направлять их в "узкие места". При этом огромные средства идут на дорогостоящие коммунальные услуги, то есть преимущественно на поддержание сети государственных учреждений, на оплату энергоносителей, а не на медицинские услуги как таковые в соответствии со стандартами качества. В связи с подорожанием цен на газ в 2006 г. и далее доля затрат на коммунальные услуги имеет тенденцию к повышению. Для обеспечения медикаментами и оборудованием лечебных учреждений остается самый минимум. Поэтому, например, по данным облздора на 1.01.2006 г., в роддомах 16 районов Харьковской области отсутствовала современная дыхательная аппаратура.

В то же время необходимость выживания в условиях хронического дефицита ресурсов, вопреки монопольному характеру государственной собственности и централизованному управлению, создает условия для самостоятельности производителей медицинских услуг. Этому способствует также теневая экономика. Главврачи пытаются принимать управленческие решения, проявляя чудеса маркетингового творчества на теневом рынке и за счет теневой конкуренции за бюджетные средства. Они компенсируют также недостаток средств на медикаменты и обследование больных за счет внебюджетных источников. В результате усиливаются горизонтальные

связи и размываются вертикальные, что стихийно создает условия децентрализации медицинского обслуживания. Этому способствует также относительно автономная региональная политика в отношении развития семейной медицины.

Таким образом, преобладание в общественном секторе здравоохранения государственных и негосударственных некоммерческих организаций обуславливает особенности менеджмента в медицине, который направлен на оптимальное использование бюджетных или других общественных ресурсов не с целью получения прибыли, а с целью улучшения здоровья пациентов или облегчения их страданий. Современное управление государственными учреждениями означает сдвиг от администрирования в сторону активного менеджмента и государственного предпринимательства. Иерархия ослабляется, но полностью не исчезает благодаря институциональным характеристикам медицины. С целью повышения эффективности управления необходимо усилить финансовую автономию производителей медицинских услуг, наделить их рядом правомочий собственности. Определенная законодательная база для этого, в принципе, обеспечивается Хозяйственным кодексом Украины (ст. 53, п. 1; ст. 55, п. 2) и Законом Украины от 22.05.97 №283/97-ВР "О внесении изменений к Закону "О налогообложении прибыли предприятий" (ст.2, п.2.1.1). Однако в реальности лечебные учреждения не являются самостоятельными, ибо подзаконные акты противоречат законам. Так, согласно пунктам 6.2 и 7.2 Приказа №33 Минздрава Украины, самостоятельность лечебных учреждений явно ограничивается, так как их руководители подают штатное расписание на утверждение вышестоящей организации. Не способствуют самостоятельности и принципы распределения выпускников медицинских вузов, по которым руководители лечебных учреждений выступают лишь пассивными просителями медицинских кадров. Причины законодательных противоречий заключаются в инерционности мышления управленческих кадров, а также в защите собственных экономических интересов, которые носят и легальный характер (нежелание терять контроль над деятельностью производителей медицинских услуг), и нелегальный (нежелание терять теневые доходы, связанные с этим контролем и распределением дефицитных должностных ставок). Поэтому главной задачей является реальное сокращение теневой экономики, формирование системы стимулов для менеджеров разного уровня, расширение контрактной системы отношений больницы с местными органами управления, политическая воля субъектов всех ветвей власти для проведения реформ в здравоохранении.

Литература: 1. Социальный менеджмент: Учебник для вузов / С. Д. Ильенкова, В. Н. Журавлева, Л. Л. Козлова. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 276 с. 2. Гордієнко Л. Ю. Менеджмент державної установи: Навч. посібник. – Харків: Вид. ХДЕУ, 2001. – 152 с. 3. Марущак В. М. Особенности ведения коммерческой деятельности и налогообложение // Вестн. бухг. и аудитора Украины. – 2006. – №5 – 6. – С. 10 – 15. 4. Historical Tables. Budget of the United States government. GPO Access: [Электрон. ресурс] // Режим доступа www.gpoaccess.gov/usbudget/fy05/hist.html. – 09.12.2005. 5. Organization for Economic Cooperation and Development [Электрон. ресурс] // Режим доступа: http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,2647,en_2825_495642_1_1_1_1,00.html. – 09.12.2005. 6. Бьюкенен Дж. Сочинения: Пер. с англ. Т. 1. Серия "Нобелевские лауреаты по экономике". – М.: Таупус Альфа, 1997. – 560 с. 7. Hutton J. Making publicly funded health services more responsive / J. Hutton, L. Engqvist // Eurohealth. – 2003. Autumn. – Vol. 9. – № 3. – P. 1 – 6. 8. Zeynep Or and Gerard de Pouvourville. French hospital reforms: a new era of public-private competition // Eurohealth. – 2003. Autumn. – Vol. 12. – №3. – P. 21 – 24.

УДК 330.43

**Пономаренко В. С.
Малярець Л. М.**

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ МЕТОДОЛОГІЇ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ СИСТЕМ

The worked-out main provisions of the methodology of mathematic modeling of the identification of socioeconomic systems, that is based on the conception of value measurement of object feature in economy are stated in the article.

Розвиток економіки України пов'язаний з теоретичними та практичними досягненнями її як науки в державі. Інтенсивність глобальних змін в економіках країн, сучасні соціально-економічні процеси, що відбуваються в Україні, передбачають існування дієвих індикаторів – ідентифікаторів, які б фіксували та вимірювали наявні зрушення та перетворення.

Ефективність управління суб'єктами бізнесу в економіці, на разі, обумовлює їх розгляд та дослідження як складних соціально-економічних систем, що мають свої теоретико-емпіричні методи пізнання. Моделювання, залишаючись загальнонауковим методом пізнання об'єктів в економіці, набуває нового значення та змісту в умовах, коли формуються нові парадигми в економіці та з'являються нові методи вивчення закономірностей.

В економічній науці більше приділялось та приділяється уваги вирішенню проблем упорядкування відносин між людьми в процесі створення ними благ за допомогою методів управління, організації, але можна упорядковувати відносини і за допомогою системи вимірників, що описують поведінку суб'єктів в економіці. Відповідне оформлення системи основних величин в економіці, прийняття єдиної технології їх вимірювання створює умови для формування нової методології математичного моделювання, що ідентифікаційно відтворює реальні об'єкти в економіці як соціально-економічні системи. Математичне моделювання соціально-економічних систем, що ґрунтується на концепціях вимірювання величин в економіці, спроможне на вищому науковому рівні відображати реальні об'єкти в економіці з його складними ознаками в процесах функціонування та розвитку.

Сформована концепція вимірювання в економіці має методологічне значення для математичного моделювання, оскільки пропонується нова система розгляду отримання величин в економіці [1; 2]. Звідси слідують поява нових методів моделювання, що мають підґрунтям вимірювання величин ознак об'єктів в економіці.

Математична модель соціально-економічної системи – це формалізоване відображення реального об'єкта в економіці. Побудова кожної моделі має підґрунтям існуючу теорію об'єкта, що відображається; ця теорія вміщується спочатку в методологічні межі дескриптивного представлення соціально-економічної системи, на основі якого далі розбудовуються різні прескриптивні моделі. Необхідною умовою в переході від об'єкта, що досліджується, до дослідження його моделі та подальшого перенесення результатів на об'єкт дослідження є вимога адекватності моделі та об'єкта [3, с. 56]. Адекватність передбачає відтворення в моделі з необхідною повнотою всіх властивостей об'єкта, що є його характеристиками, для цілей даного дослідження. Оцінка ступеня схожості є оцінкою відмін-