

УДК 614.21+616-082

https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/17

**ПРОЦЕССНЫЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ТРИАДЫ
ПОДСИСТЕМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ:
УПРАВЛЕНИЕ, РЕСУРСЫ, ПОТЕНЦИАЛ. УПРАВЛЕНИЕ**

©*Ниязов Б. С., д-р мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,
г. Бишкек, Кыргызстан, niyazov1949@mail.ru*

©*Ниязова С. Б., канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан*

**PROCESS MODELS OF DEVELOPMENT OF A TRIAD OF SUBSYSTEMS
OF MEDICAL AND PREVENTIVE INSTITUTIONS:
MANAGEMENT, RESOURCES, POTENTIAL. CONTROL**

©*Niyazov B., Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training,
Bishkek, Kyrgyzstan, niyazov1949@mail.ru*

©*Niyazova S., M.D., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. Фронтальный анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе процессной модели предполагает объективную оценку деятельности всех разделов профилактической и лечебно-диагностической работы, выявление недостатков и резервов, предвидение на этой основе результатов работы лечебно-профилактических учреждений.

Abstract. Frontal analysis of the activities of medical and preventive institutions on the basis of the process model involves an objective assessment of the activities of all sections of preventive and therapeutic and diagnostic work, identification of shortcomings and reserves, foresight on this basis of the results of the work of medical and preventive institutions.

Ключевые слова: управление лечебно-профилактических учреждений, ресурсы лечебно-профилактических учреждений, потенциал лечебно-профилактических учреждений, процессные модели.

Keywords: management of medical and prophylactic institutions, resources of medical institutions, potential of medical and prophylactic institutions, process models.

Введение

Учитывая состояние лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в системе здравоохранения КР и проводимые структурно-функциональные перестройки в ходе реформы, нами выделены следующие аспекты, обеспечивающие непрерывное повышение качество медицинской помощи (КМП):

«Управленческий» — четкое разграничение уровней ответственности и определение конкретных полномочий между исполнителями за качество медицинских услуг в уровень обслуживания всех пациентов и соблюдения высокоэффективной медицинской технологии в оказании им медицинских услуг (Усл. — «Управление»);

«Ресурсный» — наличие требуемого количества функциональных помещений и необходимых диагностических, лечебных, вспомогательных аппаратов и оборудования; наличие оптимального коечного фонда и оптимальное количество, достаточная профессиональная подготовленность врачей и система их управления; наличие необходимых условий для работы врачей, реализация ими обоснованной инициативы, а также расширение границ самостоятельности руководителей подразделений (Усл — «Ресурсы»);

«Потенциальный» - реализация многоуровневой системы повышения квалификации и подготовки врачей с использованием современных форм и методов ДО; организация эффективной системы информации и повышение информированности врачей путем обеспечения достоверности, оперативности и доступности (Усл. — «Потенциал»).

Процессную модель вышеуказанных подсистем здравоохранения КР, направленного на повышение КМП можно представить в виде рисунка (Рисунок 1).

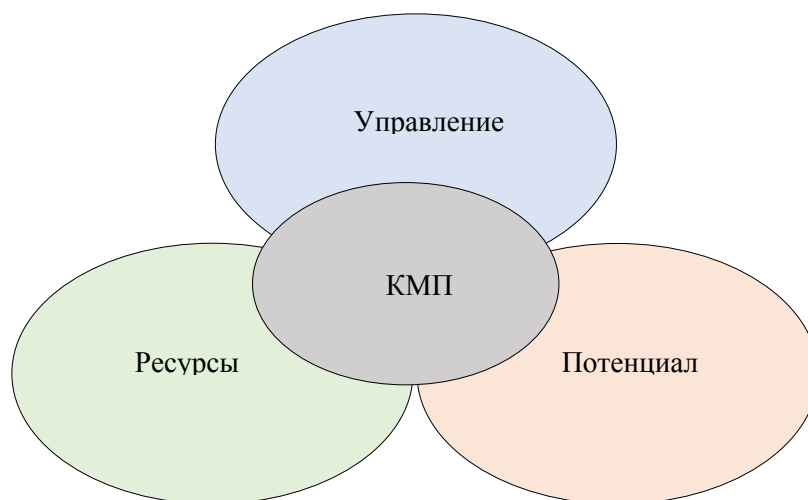


Рисунок 1. Процессная модель триады подсистем ЛПУ

Общая цель этапных сообщений (№№1–3) является оценка процессной модели развития триады подсистем ЛПУ: «Управление» (Сообщение №1), «Ресурсы» (сообщение №2), «Потенциал» (Сообщение №3). Сочли необходимым проследить параллелизм между этими компонентами системы ЛПУ.

Оценка модели развития компонента «управление». Происходящая трансформация системы здравоохранения требуют от руководителей отрасли современных знаний менеджмента и маркетинга [1, 3, 6]. ЛПУ представляет собой сложную систему с многоуровневой структурой управления, когда каждый объект управления является комплексом, состоящим из множества взаимосвязанных элементов [2, 4, 5].

Касательно организационно-структурного аспекта был изучен процесс полноты организации и осуществления преемственности между структурными звеньями ТБ и ЦСМ/ГСВ. Установлено, что в 14 (63,1%) ТБ и в 17 (55,4%) ЦСМ не функционировала лечебно-контрольная комиссия и не были введены новые организации, осуществляющие внутренний мониторинг КМП. В частности, только в 14,7% ТБ и 23,7% ЦСМ, контролировался лечебно-диагностический процесс, причем он осуществлялся только на уровне руководителей структурных подразделений.

Объективная оценка уровня и состояния управленческой деятельности в ЛПУ (ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ) была получена с помощью комплексного анализа, в основу которого

легла аккредитационная экспертиза. Аккредитационное обследование уровня и организации управления в ТБ, ГСВ/ЦСМ, ЦОВП заключалось в оценке деятельности главных врачей (руководителей ГСВ) и заведующих подразделениями ТБ.

В результате аккредитационного экспертного анализа было установлено, что у руководителей ЛПУ в 36,6% случаев были выявлены дефекты и несоответствия стандартам аккредитации организационного и клинического характера. Среди них имело высокая градация текущее и стратегическое планирование работы, а также низкий уровень процесса мониторинга за КМП.

Таблица 1.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СООТВЕТСТВИЯ ЛПУ АККРЕДИТАЦИОННОМУ СТАНДАРТУ

| Показатели | % |
|---|------|
| Внедрение новых технологий и оценка их эффективности | 54,4 |
| Наличие внутриучрежденческих информационных систем | 32,3 |
| Работа по управлению кадровым потенциалом | 37,3 |
| Обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе | 37,0 |
| Эффективное использование материально-технических ресурсов | 31,6 |
| Проведение экспертизы полноты лечебно-диагностического процесса | 58,9 |

Как видно из Таблицы 1, по показателю использования материально-технических ресурсов, а также создания внутриучрежденческих информационных коммуникаций стандарту соответствуют, соответственно, 31,6% и 32,3% ЛПУ, а по таким показателям, как работа по управлению кадровым потенциалом, а также преемственности в лечебно-диагностическом процессе, соответственно, 37,3% и 37,0% ЛПУ. Лишь по показателям полноты оказания помощи, а также внедрения новых технологий отличаются, соответственно, 58,9% и 54,3% ЛПУ.

Коэффициент соответствия по данному стандарту в ТБ, ГСВ/ЦСМ и ЦОВП был равен в среднем всего $0,79 \pm 0,08$, $0,70 \pm 0,04$ и $0,52 \pm 0,01$, соответственно, что указывает на достоверно более низкий уровень качества и эффективности работы руководителей ЦОВП по сравнению с другими ТБ ЛПУ ($P < 0,05$).

Проведен анализ средней степени соответствия аккредитационным стандартам управления и характеристика выявленных дефектов в работе руководителей медицинской службы в обследованных ЛПУ. Как видно из таблицы 2, выявлены достаточно низкий уровень соответствия был по следующим стандартам управления, которые представлены ниже (показатели в ЦОВП достоверно ниже по сравнению с таковыми в ГСВ/ЦСМ и ТБ, соответственно). Установлено достоверно более низкое соответствие стандартам уровня данной деятельности в ЦОВП ($0,52 \pm 0,01$) по сравнению с ЦСМ ($0,70 \pm 0,04$) ($P < 0,001$) и ТБ ($0,79 \pm 0,08$) ($P < 0,001$), что свидетельствует о низком, неэффективном уровне организации управленческого процесса в данных ЛПУ.

Среди выявленных дефектов и недостатков управления 57,7% обнаружены в ЛПУ. Они заключали в том, что руководители активно начали овладевать методами анализа и учета медико-экономической эффективности работы структурных подразделений и отдельных врачей, увязывая КМП с финансовыми затратами. Заметно улучшился процесс планирования работы ЛПУ, контроль и оценка эффективности использования материальных средств и лекарственных препаратов.

Таблица 2

КОЭФФИЦИЕНТ СООТВЕТСТВИЯ СТАНДАРТУ В ТБ,
 ЦСМ/ГСВ, ЦОВП ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

| Показатели | ТБ | ЦСМ/ГСВ | ЦОВП |
|--|------------|-----------|-----------|
| Внедрение новых технологий и оценка их эффективности | 0,76±0,02 | 0,62±0,02 | 0,35±0,01 |
| Наличие внутриучрежденческих информационных систем | 0,67±0,02, | 0,68±0,02 | 0,52±0,01 |
| Работа по управлению кадровым потенциалом | 0,56±0,01, | 0,63±0,04 | 0,37±0,02 |
| Обеспечение преемственности в лечебно-диагностическом процессе | 0,64±0,02 | 0,60±0,01 | 0,36±0,01 |
| Эффективное использование материально-технических ресурсов | 0,63±0,02, | 0,67±0,02 | 0,42±0,01 |
| Проведение экспертизы качества лечебно-диагностического процесса | 0,78±0,05, | 0,68±0,02 | 0,46±0,01 |

Нужно отметить, что в определенной степени достигнута преемственность в лечебно-диагностическом процессе с другими отделениями и учреждениями, проводилось внедрение новых медицинских технологий. Данная корреляционная связь подтверждает то, что улучшение процесса управления деятельностью ЛПУ влечет за собой повышение КМП.

На основе результатов экспертного анализа деятельности руководителей ЛПУ и с учетом развития реформирования управленческого процесса системы здравоохранения КР была разработана целостная модель, включающая механизмы оптимизации управленческой деятельности руководителей службы и ЛПУ на основе системного подход.

В целом, получает все большее распространение маркетинговый метод работы в деятельности ЛПУ, который в структуре деятельности руководителей службы в ТБ и ЦСМ составил 8,3% и 13,6%, соответственно. Таким образом, выявленные особенности отражают новый объем и содержание труда заведующих отделениями ТБ и руководителей ЦСМ.

В условиях трансформации системы здравоохранения в КР создана оптимальная структурная модель управления медицинской службой в ЛПУ. Во-первых, четко скоординирована деятельность различных подразделений для рационального использования ресурсов и определения оптимального количества уровней принятия решений. Во-вторых, разработаны конкретные и четкие представления о желаемых результатах деятельности структурных подразделений. В-третьих, конкретный орган управления должен строить свою работу, исходя из основной цели деятельности всего ЛПУ и системы здравоохранения КР.

Касательно функционально-технологического аспекта, установлено, что вся сущность управленческой деятельности в ЛПУ заключалась в проведении только учета и контроля за результатами проводимых организационных и медицинских технологий. Изучено 150 управленческих решений, принятых на уровне ТБ, ЦОВП и ЦСМ/ГСВ (приказы, распоряжения, решения).

Установлено, что большинство решений по содержанию касается организации медицинской помощи (10,8%); планирования, финансирования и статистики (41,9%); кадровых вопросов (9,6%); материально-технической базы и ремонтных работ (16,8%); санитарно-эпидемиологических вопросов (9,7%). Вопросы КМП, к сожалению, в структуре принятых управленческих решений занимали незначительную долю (5,4%).

Как видно из таблицы 3. наибольший удельный вес имеет такая форма просчета ЛПУ, как плохая организация процесса оформления документов по управлению и, как следствие, необоснованное обилие документального информационного потока. В частности, в ТБ – в 13,6% случаях, ГСВ — в 25,4%, ЦОВП — в 58,4%. Наименьший удельный вес имеет

отсутствие управленческих направлений, имеющих практическое значение для ЛПУ, а также несвоевременное доведение решений до исполнителей. Такой просчет выявлен в ТБ — в 5,4% случаях, ГСВ — в 3,7%, ЦОВП — в 5,5%.

Таблица 3

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА
 ПРИНИМАЕМЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ (В %)

| <i>Показатели</i> | <i>ТБ</i> | <i>ГСВ</i> | <i>ЦОВП</i> |
|---|-----------|------------|-------------|
| Отсутствие четкой схемы информационного обеспечения, четкой плановости в принятии решений | 12,4 | 17,8 | 48,9 |
| Дублирование принятых решений по маршрутам движения управленческих информации | 9,6 | 4,7 | 16,5 |
| Обилие документального информационного потока | 13,6 | 25,4 | 58,4 |
| Несвоевременное доведение решений до исполнителей | 5,4 | 3,7 | 5,5 |

Таким образом, анализ вышеуказанных фактов показал, что руководители и члены администрации остро нуждаются в руководстве по новым методам и методологиям управленческого процесса для улучшения его качества и эффективности.

Необходимость выделения следующих функций управленческой деятельности продиктована результатами анализа деятельности руководителей ТБ. Во-первых, планирование обеспечивает дисциплину, гарантирующую, что все относящиеся к делу факторы подробно и систематично учтены, что все ценные альтернативные методы приняты во внимание и решение основано на анализе ожидаемого результата и риска. Во-вторых, организация и регулирование предусматривают создание необходимых условий для достижения целей (рациональная организация труда в подразделениях и обеспечение их деятельности материально-техническими, кадровыми и финансовыми ресурсами, а также быстрая реакция на изменение внешних и внутренних условий). В-третьих, мотивация и стимулирование труда — главные условия, обуславливающие высокое качество и продуктивность труда медицинского персонала ЛПУ.

Касательно социально-психологических аспектов, изучение и моделирование совершенствования данного аспекта управленческой деятельности также вытекает из установленных недостатков, которые одинаково характерны для ТБ, ЦСМ/ГСВ, ЦОВП.

Таблица 4

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС НЕДОСТАТКОВ В УПРАВЛЕНИИ ЛПУ (В %)

| <i>Показатели</i> | <i>%</i> |
|--|----------|
| Функциональные обязанности сотрудников аппарата управления не отражают истинной ответственности и прав по контролю | 34,5 |
| Нет четкого определения конкретных должностных обязанностей каждого сотрудника аппарата управления | 24,5 |
| Сохраняется непропорционально распределение обязанностей между руководителем ЛПУ и его заместителями | 19,6 |
| Недостаточно упорядочена технология материальной и моральной мотивации управленческих процедур | 67,9 |
| Некомпетентность и пассивность руководителя из-за его несоответствия занимаемой должности | 18,9 |
| Отсутствие желания сотрудников считаться с руководителями и главными задачами ЛПУ | 3,5 |

Как видно из Таблицы 4, в среднем в 34,5% функциональные обязанности сотрудников аппарата управления не отражают истинной ответственности и прав по контролю за деятельностью своих служб, в 24,5% — нет четкого определения конкретных должностных

обязанностей каждого сотрудника аппарата управления. Более того, в 19,6% случаях сохраняется непропорционально распределение обязанностей между руководителем ЛПУ и его заместителями.

Как правило, на руководителях замыкаются почти все линии подчинения, что означает отсутствие необходимого уровня коллегиальности и наличие авторитаризма в управлении. В 67,9% случаях недостаточно упорядочена и не эффективно реализуется технология материальной и моральной мотивации управленческих процедур.

В 18,9% случаев имеет место некомпетентность и пассивность руководителя из-за его несоответствия занимаемой должности и отсутствия инициативы, направленной на дальнейшее совершенствование форм и методов работы, повышение эффективности и качества труда сотрудников, а в 3,5% — групповой эгоизм, то есть нежелание сотрудников считаться с руководителями и главными задачами подразделения.

В современных условиях развития системы здравоохранения, когда активно происходит расширение границ автономности и самостоятельности ПСМП и ТБ, в процессе управления все большее практическое значение приобретают доказанные многолетиями на практике триада взаимосвязанных методов: 1) Административно-распорядительный; 2) Финансово-экономический; 3) Социально-психологический. В условиях радикальной реформы здравоохранения КР данные методы должны основываться на принципе стремления к непрерывному повышению КМП и достижению конечных результатов.

Основная функция руководителя — координация и ненавязчивый контроль; дисциплина базируется на высоких морально-нравственных чувствах, сознательности работников, а не на страхе перед администрацией. Для руководителя демократического типа обычно характерны заботливое отношение к подчиненным, оптимальное сочетание требовательности с готовностью оказать человеку помощь. Он проявляет высокий такт, выдержку и доброжелательность в обращении с подчиненными.

На наш взгляд, именно такой стиль имеет перспективу быть принятым в системе здравоохранения КР, тогда как либеральный стиль управления, как, впрочем, авторитарный имеют ряд недостатков, приводящих к вероятному ухудшению качества управления. В отличие от них, демократический стиль руководства опирается на высокую сознательность, преданность общему делу и творческую инициативу всех членов коллектива.

Управленческая деятельность (или цикл) в целом неразрывно связана с вопросами информационного обеспечения. Информационное обеспечение управления врачебной помощью ЛПУ формируется и зависит от имеющихся структурных подразделений, кадрового и материально-технического ресурса учреждения. Количественный анализ документационной базы в ТБ и ЦСМ свидетельствует о его росте за период 2010–2011 гг. на 12,9% к уровню за 2006–2008 гг.

Распределение по видам корреспонденции входящей документации показывает, что на первом месте находится доля документов из вышестоящих органов управления здравоохранения (58,6%); на втором — из медицинских учреждений района (18,9%); на третьем - из местных государственных органов управления (10,4%) и наименьшее их количество - из других организаций и жителей (12,1%). Выявленные данные свидетельствуют об увеличении потока документов в связи реформированием медицинской службы, с другой стороны, о слабом вовлечении населения в решение вопросов медицинского обслуживания. В то же время доля справочно-аналитического и научно-медицинского исходящего документационного потока указывает на низкую аналитико-прогностическую деятельность руководителей учреждений и структурных подразделений. В результате проведенного

анализа методом экспертной оценки удалось установить, что удельный вес всех документов, содержащих 100%-ную информативность, составил всего 49,6%, тогда документы, содержащие 50–75% и 25–50%, составили, соответственно, 21,3% и 13,4%.

В качестве иллюстрации эффекта управленческой деятельности можно провести следующие сравнительные данные по республике. В частности, дефекты в обследовании снизились в Чуйской области с 4,9% в 2011 г. до 4,4% в 2012 г., в Жалал-Абадской области в 2011–2012 гг. – с 5,1% до 2,3%, соответственно. Минимальное количество медицинских карт с дефектами оформления выявлено в Чуйской области в 2012 г. – 9,7%, в 2011 г. – 12,2%, в Жалал-Абадской области в 2012 г. – 15,3%, в 2011 г. – 14,4%. Дефектов лечения в Жалал-Абадской области в 2010 г. выявлено – в 8,2% случаев, в 2011 г. – в 5,6%, в 2012 г. – 5,2% случаев. В Чуйской области в 2012 г. – в 6,3%, а в 2011 г. – в 5,8% случаях.

Заключение

Руководители и члены администрации остро нуждаются в руководстве по новым методам и методологиям управленческого процесса для улучшения его качества и эффективности. Позитивным явлением служит все большее распространение маркетингового метода работы в деятельности ЛПУ.

Фронтальный анализ деятельности ЛПУ играет весьма активную роль в управлении. Он предполагает постоянную критическую оценку всех разделов профилактической и лечебно-диагностической работы ЛПУ в целом и каждого структурного подразделения, выявление недостатков и резервов, предвидение на этой основе результатов работы ЛПУ.

Список литературы:

1. Абдиев А. Ш., Абилов Б. А., Белеков Ж. О. Оценка качества медицинской помощи организатором практического здравоохранения // Хирургия Кыргызстана. 2005. №2. С. 3-10.
2. Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке: стратегия достижения здоровья для населения Киргизской Республики (забота о каждом, здоровье для всех) // Сборник Министерства здравоохранения Киргизской Республики. Бишкек, 2001. С. 128-130
3. Касиев Н. К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Киргизской Республике: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 45 с.
4. Мейманалиев Т. С., Каратаев М. М., Ибраимов А. С. Финансирование здравоохранения Кыргызстана в условиях перехода к рыночной экономике. Бишкек, 2001. 201 с.
5. Саваш С. Реформы здравоохранения в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. 58 с.
6. Султанмуратов М. Т. Социально-экономическое обоснование проведения реструктуризации системы предоставления медицинских услуг в Киргизской Республике: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 2002. 44 с.

References:

1. Abdiev, A. Sh., Abilov, B. A., & Belevkov, Zh. O. (2005). Otsenka kachestva meditsinskoi pomoshchi organizatorom prakticheskogo zdavookhraneniya. *Khirurgiya Kyrgyzstana*, (2), 3-10.
2. Zdravookhranenie Kyrgyzstana v 21 veke: strategiya dostizheniya zdorov'ya dlya naseleniya Kirgizskoi Respubliki zabota o kazhdom, zdorov'e dlya vsekh (2001). In *Sbornik Ministerstva zdavookhraneniya Kirgizskoi Respubliki*, Bishkek, 128-130.

3. Kasiev, N. K. (1999). Nauchnoe obosnovanie osnovnykh napravlenii reformy zdavookhraneniya i ee realizatsiya v Kirgizskoi Respublike: avtoref. diss. ...d-ra med. nauk. Moscow. (in Russian).

4. Meimanaliev, T. S., Karataev, M. M., & Ibraimov, A. S. (2001). Finansirovanie zdavookhraneniya Kyrgyzstana v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike. Bishkek.

5. Savash, S. (2000). Reformy zdavookhraneniya v Kyrgyzstane. Kopenhagen: Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ.

6. Sultanmuratov, M. T. (2002). Sotsial'no-ekonomicheskoe obosnovanie provedeniya restrukturalizatsii sistemy predostavleniya meditsinskikh uslug v Kirgizskoi Respublike: avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. Bishkek.

*Работа поступила
в редакцию 12.11.2021 г.*

*Принята к публикации
18.11.2021 г.*

Ссылка для цитирования:

Ниязов Б. С., Ниязова С. Б. Процессные модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений: управление, ресурсы, потенциал. управление // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №1. С. 122-129. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/17>

Cite as (APA):

Niyazov, B., & Niyazova, S. (2022). Process Models of Development of a Triad of Subsystems of Medical and Preventive Institutions: Management, Resources, Potential. Control. *Bulletin of Science and Practice*, 8(1), 122-129. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/17>