

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИМИ УСЛУГАМИ

Нигяр Алекперова

Университет Азербайджан, Баку, Азербайджан

e-mail: nigarmahmudzade19@gmail.com

Резюме. Исследуются основные методы и проблемы стратегического управления медицинскими учреждениями. Выявлены специфические особенности управления организациями здравоохранения. Особое внимание уделено стратегическим инвестициям в медицинских клиниках и их управлению.

Ключевые слова: здравоохранение, качества ухода, ограничения к успеху, вред пациенту.

KLİNİK XİDMƏTLƏRİN STRATEJİ İDARƏ OLUNMASININ İQTİSADİ ASPEKTLƏRİ

Nigar Ələkbərova

Azərbaycan Universiteti, Bakı, Azərbaycan

Xülasə. Tibbi müəssisələrin strateji idarə olunmasının əsas problemləri və üsulları tədqiq olunur. Səhiyyə təşkilatlarının idarə olunmasının spesifik xüsusiyyətləri aşkarlanmışdır. Tibbi klinikalarda strateji investisiyalara və onların idarə olunmasına xüsusi fikir verilir.

Açar sözlər: səhiyyə, müalicənin keyfiyyəti, uğur məhdudluğu, xəstəyə dəyən zərər.

ECONOMIC ASPECTS OF STRATEGIC MANAGEMENT OF CLINICAL SERVICES

Nigar Alakbarova

Azerbaijan University, Baku, Azerbaijan

Abstract. The main methods and problems of the strategic management of the medical institutions are investigated. Specific features of management of the organizations of health care are revealed. Special attention is paid to the strategic investments in medical clinics and their management.

Keywords: health care, qualities of care, restrictions to success, patient harm.

1. Введение

Современное здравоохранение основано на росте знания, и столь же важно управлять интеллектуальными ресурсами, включая людей и оборудование. Это означает, что нужно вкладывать капитал в стратегию исследования в области здравоохранения, которая включает создание, синтез и получение знания.

Наконец, необходимо оптимально объединить эти ресурсы, что поднимает вопросы отношений между разными уровнями системы, между государственными и частными секторами, между вертикальными и горизонтальными программами.

2. Проблемы управления медицинскими учреждениями

Даже в тех случаях, когда существуют и финансовые ресурсы, и политическая воля, чтобы предложить эффективное здравоохранение, большинство систем здравоохранения содержит многочисленные ограничения к успеху [1]. В этом отношении выделяются следующие проблемы [2]:

- На первом уровне формирования спроса и предложения на медицинские услуги сложность заключается в том, что спрос на медицинские услуги со стороны сообщества или домашнего хозяйства может быть неадекватным или могут быть физические, финансовые, или социальные препятствия их использованию. Подобная ситуация делает необходимым увеличить доступ и финансовую доступность, включая реформы по финансированию здравоохранения. Это также требует проведение политики, которая гарантирует, что оказываемые пациентам услуги:

- в культурном отношении адекватны;
- обращены к конкретным потребностям недообслуженного населения;
- обеспечивают достоинство и приватность.

Кроме того, услуги должны быть физически доступными, и с точки зрения расстояния от места поселения населения, и с точки зрения их конструирования - то есть, здания и оборудования должны быть отвечать потребностям людей с ограниченными возможностями.

- На втором уровне предоставления медицинских услуг может возникнуть проблема нехватки ресурсов, таких как сотрудники, лекарства и оборудование. Однако объединение этих ресурсов является заботой третьего уровня, в котором предполагается деятельность по обеспечению будущих потребностей, а также действия, которые гарантируют, что куплены необходимые лекарства и оборудование по самой возможной выгодной цене, прошли соответствующий контроль качества и распределены подобающим образом.

- Третий уровень включает политику и стратегическое управление сектора здравоохранения. Эффективные действия могут быть ограничены слабостью в системах управления, которые неспособны принять во внимание изменяющиеся медицинские потребности населения и изменяющиеся требования к медицинским работникам и оборудованию. Слабые места управления включают неадекватное фармацевтическое регулирование и поставку, неэффективное обучение медицинских работников, неспособность сотрудничать с гражданским обществом и безуспешность регулированием системами, стимулирующими эффективное здравоохранение. В слаборазвитых странах ограничения на этом уровне могут возникать за пределами страны, поскольку правительства могут сталкиваться с требованиями стран-доноров, которые, в конечном счете, могут или подорвать их стратегические цели или удаляют гибкость, или ослабить гибкость, которая необходима для достижения этих целей. Ограничения, действующие на этом уровне могут так же возникать в случаях, когда политика в других отраслях влияет на сектор здравоохранения, например,

- когда слабая, чрезмерно бюрократическая и нереформированная система государственной службы управляет устаревшими инструкциями;
- когда инфраструктура не соответствует требованиям, такие как плохие связи коммуникации и транспортировки;

– когда есть слабые места в банковской системе.

• Четвертый уровень относится к экологическим и специфическим ограничениям на эффективную политику. На обеспечение пациентов эффективным уходом может влиять физическая среда, включая климат и рассредоточенность населения. Однако столь же важным ограничением является слабое управление при неблагоприятных политических рамках, которые вдобавок могут быть скомпрометированы коррупцией, слабостью приоритетов закона, политической нестабильностью, слабой общественной ответственностью и отсутствием свободной прессы. Например, в [3] отмечается, что во многих странах со средним доходом почти невозможно даже создать простой бизнес пошива и ремонта одежды из-за неудачи законодательной реформы, в особенности отсутствия ясно определенных прав собственности. В результате большая часть экономической деятельности в таких странах неофициальная или даже косвенно незаконная, что вызывает особое беспокойство в здравоохранении, так как при таких условиях в огромных объемах появляются нелегальные и некомпетентные поставщики услуг здравоохранения, что подвергает общественность большой опасности.

3. Специфика управления организациями здравоохранения

Медицинское обслуживание отличается от большинства других коммерческих организаций во многих отношениях [4]:

- Сложность в определении и измерении продукции.
- Выполняемая в этом секторе работа является более разнообразной и более сложной, чем во многих других организациях.
- Большая часть работы имеет экстренную природу и не может легко быть отсрочена.
- Последствия ошибки могут быть серьезными.
- Действия различных групп сотрудников слишком взаимозависимы, поэтому требуют высокого уровня координации.
- Работа включает высокую степень специализации.
- Работники высокопрофессиональны, преданы, прежде всего, своей профессии, а не организации.
- Масштаб для эффективного организационного или управленческого контроля по клиническим врачам ограничен, к тому же врачи являются самыми ответственными за генерацию работы и расходов.
- Двойственный характер ответственности (личная ответственность врача, обслуживающего персонала и руководства) часто создают проблемы в координации, ответственности и путаницы в разграничении ролей.

4. Управление медицинским обслуживанием

В течение 1970-х годов здравоохранение во многих странах столкнулось с растущей критикой за его неспособность ясно сформулировать явные цели или разработать средства для их достижения [5]. В свою очередь, неудача государственного сектора компенсировалась успехом частного сектора, который в глазах общественности представлялся как более способный к инновациям и более отзывчивый к спросу пациентов [6].

Эти разработки дали начало тому, что было названо новым общественным управлением, который характеризуется следующими особенностями [7]:

- ведущая роль для профессионального управления в государственном секторе;
- более детальное исследование деятельности профессионалов, включая измерение объема и качества их работы и целевое урегулирование;
- связь между распределением ресурсов и измеримой продукцией;
- “разделение цен” ранее интегрированных единиц, с заключением контракта на ранее интегрированные услуги;
- переход на конкуренцию как ключ к сокращению затрат, что заставить управлять учреждением в стиле частного сектора;
- заботливое использование ресурсов с целью снижения стоимости рабочей силы и других ресурсов, насколько это возможно.

Идентифицируя множество причин неудачи рынка в здравоохранении, появившаяся в 1960-х годах новая институциональная экономика предложила новый тип государственного управления, который основывается на нескольких концепциях. Одним из важных среди них является состязательность, которая приносит большие выгоды пациентам, причем утверждается, что состязательность может возникнуть, даже когда конкуренция отсутствует, гарантируя таким образом, что барьеры для выхода на рынок достаточно низкие, чтобы позволить другим поставщикам медицинских услуг появиться в нем [8].

Среди большинства других целей первостепенное значение уделяется пользовательскому выбору, включая справедливость, беспристрастность, объективность. Энтузиазм по поводу нового государственного управления был в основном идеологическим, отражая современное отклонение расширенной роли для государства. Степень, до которой эта модель на самом деле смогла достигнуть того, что требовалось от него, остается дискуссионной [9]. В частности, критики привлекли внимание к высоким включенным операционным издержкам и отсутствие доказательств, что соревнование может на самом деле вызвать намеченные улучшения качества ухода [10].

Одна особенность нового государственного управления - акцент на общий менеджмент с менеджерами, обладающими навыками и экспертными знаниями, которые могут быть применены к любому сектору. Эти организаторские способности

считаются более важными, чем технические или профессиональные знания. Как следствие, в некоторых странах, равновесие сил начало перемещаться от медицинских работников и к топ-менеджерам.

В некоторых странах это развитие будет означать, что менеджеры должны принять на себя большую роль относительно предоставления клинических услуг. Такая расширенная роль будет простираться от их традиционных обязанностей, таких как финансовый контроль, гостиничное обслуживание и управление платежными ведомостями, к активному участию в урегулировании и контроле стандартов для предоставления услуг, связанной с ответственностью за обеспечение, и что ресурсы, необходимые для предоставления услуг, доступны.

В других странах эта роль может включить небольшой шаг назад. В анализе британской Национальной службы здравоохранения, в которой степень управленческого контроля по обеспечению здравоохранения продолжилась дольше, чем во многих других индустриальных странах, в [11] отмечается, как при принятии клинического решения все больше и больше руководствуются протоколами диагностики и лечения. Рабочий план часто разрабатывается для локальных условий, рабочие инструкции все больше и больше включают график работ для медицинских специалистов и в большинстве случаев измерения результатов. В [11] утверждается, что рост управленческого контроля над профессиональной деятельности, вероятно, будет ограничен увеличивающимся участием профессионалов в управлении. Дальнейшее ограничение – это настойчивая способность профессионалов (из-за их специализированных знаний) сопротивляться управленческому контролю и соответственное нежелание непрофессиональных менеджеров, расширить свой контроль в определенные области, в которых они не чувствуют себя компетентными.

5. Управление улучшением качества медицинских услуг

Увеличивающийся объем исследований в индустриальных странах сосредоточивается на организаторских и организационных вопросах, чтобы удостовериться, что системы здравоохранения они часто обеспечивают неоптимальный уход [12].

Одним из выводов подобных исследований является то, что изменения должны произойти на всех уровнях системы здравоохранения. В этом контексте определяются четыре таких уровня: (i) человек, (ii) группа или команда, (iii) организация, и (iv) большая система или окружающая среда [13].

В другом исследовании отмечается растущее доказательство того, что стратегии, которые сосредотачиваются только на людях, вряд ли будут успешны, тогда как те, которые включают более широкие организационные изменения, более вероятно, будут эффективными [14].

Второй ключевой вывод - важность работы в команде с доказательствами того, что хорошо функционирующие, многопрофессиональные команды оказывают лучшую качественную помощь [15].

Однако подобные изменения могут быть запрещены барьерами на уровне организации, включая отсутствие последовательного внимания на качество, несоответствующую информацию, отсутствие участия врача и несоответствующую организаторскую поддержку [16].

Клинические услуги могут предоставляться при множестве различных обстановок - от дома пациента до средств амбулаторной помощи и больниц, оказывающих стационарную помощь. Они включают услуги, которые включают прямой контакт между пациентом и специалистом здравоохранения, а также косвенный контакт при котором врач предоставляет диагноз на биопсию или образец крови.

6. Стратегические инвестиции в медицинских клиниках

Поиски эффективное здравоохранение являются динамическим процессом, приспособливаясь все время к изменяющимся медицинским потребностям и возможностям, которые возникают и которые позволяют предлагать новые и лучшие способы лечения. Однако системы здравоохранения, которые потерпели неудачу в прошлом чтобы ответить на эти изменяющиеся обстоятельства стоят перед еще большими проблемами. Темпы изменения постоянно увеличивается с меняющимися факторами, такими как большая мобильность населения, способствующая распространению инфекционных заболеваний и с демографическими изменениями и изменениями образа жизни, дающими начало новому бремени хронических болезней.

Медицинские работники столкнулись с трудностями при ответе на эти вызовы самостоятельно. Хотя они могут обладать большой информацией о пациенте и большим опытом в лечении болезни, вместе с тем, медицинские работники сталкиваются некоторыми пустотами важной информации:

- Во-первых, они могут знать мало о тех, кто, несмотря на нуждается в здравоохранении, но по каким-то причинам не обращается за медицинской помощью. Обычно это - люди часто оказываются в самом невыгодном положении в обществе.
- Во-вторых, у них может не быть соответствующих знаний о недавно появившихся способах лечения, особенно если лечение требует согласованных профессиональных действий мультидисциплинарной команды с новыми наборами навыков.
- В-третьих, даже если поставщики медицинских услуг и вносят какие-то новизны в свою деятельность, у них может не быть соответствующего знания того, являются ли такие изменения эффективными.

Эти пробелы в знанияхпринуждают к деятельности, направленной на улучшение системы здравоохранения на всех вышеописанных уровнях. Таким образом, стратегическая инвестиция объединяет ряд связанных действий:

- оценка медицинских потребностей;
- сбор необходимого фактологического материала о пациенте, с одной стороны, и о способах лечения, с другой стороны.
- использование собранной информации для разработки модели ухода, которая наилучшим образом встречают первоочередные нужды, создавая соответствующую комбинацию инструкции стимулов;
- осуществление выбранной модели, и в процессе этого оценка отклика и переоценивание того, остается ли потребность в дальнейшем лечении (рис. 2.1).



Рисунок 1. Схема стратегического инвестирования лечения [17]

Все эти действия должны произойти в рамках полной медицинской стратегии, которая принимает во внимание цели системы здравоохранения, определенные Всемирной Организацией Здравоохранения [18], растущие достижения медицины, предоставляя услуги, отвечающие потребностям и ожиданиям населения, и справедливо финансируя эти услуги.

Таким образом, разработка стратегической инвестиционной политики сложный процесс, требующий информационные ресурсы высокого уровня, как о медицинских потребностях пациента, так и об эффективности лечения. Стратегическая инвестиция предполагает использование технических и политических навыков, определяя потребности населения, идентифицируя факты эффективности различных моделей ухода, и устанавливая приоритеты при ограниченных ресурсах. Последний из

этих компонентов является возможно самым трудным, учитывая высокий уровень потребности и дефицит ресурсов во многих направлениях. Этот список компонентов подчеркивает, почему, в дополнение к наличию навыков в финансовом менеджменте и управлении персоналом, эффективному менеджеру медицинского обслуживания нужно, по крайней мере, практическое знание клинической эпидемиологии и экономической оценки.

Даже в индустриально развитых странах, стратегическая инвестиционная функция часто плохо развивается. Учитывая его многие связанные компоненты и проблему изоляции любых преимуществ от более широких изменений в системе здравоохранения, эту функцию очень трудно оценить.

Заключение. Системы здравоохранения во всем мире сталкиваются с беспрецедентными трудностями перед лицом увеличивающейся сложностью здравоохранения. Если довольно успешная система, способная оказывать основную помощь населению, является самоограниченной, то ей предстоит непростая борьба, чтобы не отставать от растущих возможностей медицины, которая пользуется современными достижениями науки. Особенно остро стоит проблема для систем здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, в которых миллионы людей умирают от излечимых болезней, таких как малярия и туберкулез и т.д. В борьбе с недугами некоторые основные ресурсы, прежде всего фармацевтические препараты, делаются доступными для тех, кому они нужны. Однако проблема, с которой сталкивается систем здравоохранения, заключается не столько в отсутствии денег для покупки фармацевтических препаратов, сколько в отсутствии эффективных систем управления, а также, в создании инфраструктуры для определения нуждающихся, установления соответствующего лечения и гарантирования предоставления этого лечения настолько долго, насколько это необходимо. Появляющиеся проблемы должны быть распознаны, и необходимые ресурсы для их решения должны быть объединены и эффективно применены.

У многих стран есть очевидная потребность вложить капитал в развитие человеческих ресурсов. Хотя во многих случаях эти инвестиции потребуют новых и всесторонних стратегий человеческих ресурсов, включающих обучение и продвижение по службе. Хотя доказательства эффективности текущих моделей укрепления управления несколько смешаны, прибыль может быть реализована посредством распознавания и заполнения основных пробелов, например, таких как финансовое знание. Изменение профессионального уровня может сделать много, чтобы соответствовать доступным и необходимым навыкам.

Опыт показывает, что медицинские учреждения могут формировать важную прибыль посредством лучшего управления фармацевтическими препаратами.

Литература

1. Hanson K., Ranson M.K., Oliveira-Cruz V., Mills A. (2003), Expanding Access to Priority Health Interventions: A Framework for Understanding the Constraints to Scaling Up. *Journal of International Development*, 15, pp.1–14.
2. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. Editors: Jamison D.T., Breman J.G., Measham A.R., Alleyne G., Claeson M., Evans D.B., Jha P., Mills A., Musgrove P. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition. - Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; New York: Oxford University Press, 2006.
3. De Soto H. (2000), *The Mystery of Capital: Why capitalism succeeds in the west and fails everywhere else*, Boulder CO.
4. Shortell S.M., Kaluzny A.D. (1983). *Health Care Management: A Text in Organisation Theory and Behaviour*, New York: Wiley.
5. Enthoven A.C. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
6. Griffiths R. (1984), *National Health Service Management Inquiry Report*. London: Department of Health and Social Security.
7. Hood C. (1991), *A Public Management for All Seasons*, *Public Administration*, 69, pp. 3–19.
8. Baumol W., Panzar J., Willig R. (1982), *Contestable Markets and the Theory of Industrial Structure*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
9. Stewart J. (1998), *Advance or Retreat: From the Traditions of Public Administration to the New Public Management and Beyond*. - *Public Policy and Administration*, 13, p. 27.
10. Maynard A. (1998), *Competition and Quality: Rhetoric and Reality*. *International Journal for Quality in Health Care*, 10, pp.379–84.
11. Harrison S., Pollitt. (1994), *Controlling Health Professionals*. Buckingham, U.K.: Open University Press.
12. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2001.
13. Ferlie E., Shortell S. (2001), *Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change*. *Milbank Quarterly*, 79, pp. 281–315.
14. Davis D., Thomson M., Oxman A., Haynes R. (1995), *Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies*. *Journal of the American Medical Association*, 274, pp.700–05.
15. Aiken L., Sochalski J., Lake E. (1997), *Studying Outcomes of Organizational Change in Health Services*, *Medical Care*, 35 (11 Suppl.), pp. NS6–18.

16. Shortell S., Bennett C., Byck G. (1998), Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *Milbank Quarterly*, 76, pp.593–624.
17. McKee M., Brand H. Purchasing to Promote Population Health. In *Effective Purchasing for Health Gain*. - Buckingham, U.K.: Open University Press, 2005.
18. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO, 2000.