

*Д. В. Филатов*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ КОНЦЕПЦИИ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Статья посвящена анализу деятельности государственных медицинских учреждений с позиции различных заинтересованных сторон, которые могут оказывать на нее воздействие. В работе подробно анализируются интересы таких групп влияния, методы их выражения, а также степень учета их интересов в деятельности типичного медицинского учреждения. Изучению последнего вопроса посвящена практическая часть исследования: проведен опрос экспертов — представителей системы здравоохранения России. Анализ продемонстрировал, что учитываются интересы только тех групп, которые осуществляют контроль за деятельностью медицинских учреждений и могут использовать административные и экономические санкции в случае своей неудовлетворенности.

В последнее время в связи с усилением влияния государства на экономику все более актуальной становится проблема стратегического менеджмента и эффективного управления в государственных некоммерческих учреждениях. Вместе с тем эффективное управление любым предприятием невозможно без учета особенностей внешней среды, клиентов, контролирующих органов и других экономических субъектов, оказывающих воздействие на его деятельность. Таким образом, проведение анализа с целью выделения различных субъектов, заинтересованных в деятельности определенных государственных учреждений, представляется крайне важным, в особенности учитывая тот факт, что именно для государственных предприятий некоторые группы, влияющие на их деятельность, не столь заметны (но не менее значимы), как для частных компаний.

В данной работе предлагается подход, с помощью которого определяются заинтересованные стороны, прямо или косвенно воздействующие на деятельность государственных учреждений, на примере медицинских учреждений. Также описывается методика оценки управленческих решений

на основе анализа интересов выделенных заинтересованных сторон и приводятся результаты эмпирической оценки силы влияния различных групп интересов в деятельности учреждений здравоохранения.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Концепция заинтересованных сторон была разработана А. Бентли в начале XX в. применительно к деятельности политических групп и государственных деятелей. Позднее, в 1980-х гг., эта теория была доработана для использования ее в деятельности различных коммерческих и некоммерческих неполитических организаций. Впервые термин «заинтересованная сторона» (stakeholder) появляется в работе Э. Фримена «Стратегический менеджмент: концепция заинтересованных сторон» [Freeman, 1984]. В основе концепции лежит определение различных групп или индивидов, «которые могут повлиять или на которые влияет достижение целей организации» [Freeman, 1984, p. 46]. Далее в процессе анализа выделяются их реальные интересы и способы оценки собственной удовлетворенности деятельностью данной организации. Выводом же анализа является система управленческих решений, учитывающая интересы наиболее значимых влияющих на организацию групп, которая позволяет достигать целей самой организации [Благов, 2003; Катькало, 2002а; 2002б; Уильямсон, 1996; Mitchell, Agle, Wood, 1997]. Рассмотрим применение данной концепции в деятельности государственных медицинских учреждений.

Любой анализ, и в первую очередь исследование деятельности хозяйствующего субъекта, осуществляется с определенных позиций, ибо то, что воспринимается в качестве положительной характеристики в одном случае, может оказываться совершенно неприемлемым в другом. Например, сокращение затрат на питание больных может положительно оцениваться собственником медицинской организации, но не будет принято пациентами и обществом [Шипова, Левин, 2002].

Таким образом, при разработке стратегии развития государственных учреждений или принятии конкретных управленческих решений необходимо учитывать наиболее существенные социальные и экономические интересы различных групп, напрямую связанных с функционированием системы, в которую входит данное учреждение, и с потреблением ее услуг [Анализ и оценка деятельности..., 2002].

В частности, применительно к медицинским учреждениям<sup>1</sup> для этих целей необходимо, во-первых, выделить наиболее важные группы лиц, заинтересованных в деятельности этих учреждений и всей системы здраво-

---

<sup>1</sup> В рамках данного исследования рассматривается только деятельность государственных стационарных учреждений.

охранения в целом; во-вторых, оценить основные группы интересов, которые имеются у каждой из них; а в-третьих, постараться спрогнозировать, каким образом может выражаться их влияние.

В целях анализа в рамках данного исследования можно выделить следующие основные заинтересованные стороны [Баранов, Складар, 2003; Вишняков, Малышев, 2000; Дмитриев и др., 1999; Шевченко, 2000; Feldman, Lobo, 1997; Phelan et al., 1998]:

- ◆ государство в лице чиновников системы здравоохранения;
- ◆ граждане — потребители медицинских услуг;
- ◆ страховые компании, работающие в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС);
- ◆ менеджмент медицинских учреждений;
- ◆ работники медицинских учреждений.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ ВЫДЕЛЕННЫХ СТОРОН

Рассмотрим характеристики каждой заинтересованной стороны.

*Государство* — это представитель общества в лице государственных органов и государственных служащих, ответственных за оказание медицинской помощи населению.

Государство в целом заинтересовано в оказании приемлемого для общества количества и качества медицинской помощи при определенном количестве затрат на нее.

Интересы же конкретных чиновников выражаются в выполнении целей, указанных выше, которые обеспечивают им сохранение или улучшение собственного положения в структуре государственного управления. В данной работе личные интересы чиновников не рассматриваются в дальнейшем анализе, так как предполагается, что управляющие медицинскими учреждениями и государственные чиновники действуют в рамках законодательства Российской Федерации [Шевченко, 2000].

*Граждане — потребители медицинских услуг* — это группы людей или индивидуумы, которые получают медицинскую помощь в медицинских учреждениях (вне зависимости от того, как производится оплата этих услуг — самими гражданами, их родственниками, организациями, в которых они работают, или страховой компанией в рамках добровольного медицинского страхования). Эта группа заинтересована в избавлении от болезней или предотвращении возникновения проблем со здоровьем в определенные сроки, в конкретном объеме и с определенным качеством сопутствующего сервиса. В части получения бесплатной медицинской помощи граждане могут влиять на деятельность медицинского учреждения посредством жалоб в вышестоящие инстанции системы здравоохранения и страховые компании, а также через иски к медицинским

учреждениям в случае оказания некачественной медицинской помощи. В части оказания платной медицинской помощи эта группа является основным потребителем услуг медицинского учреждения и оказывает на него влияние через систему рыночных отношений [Баранов, Скляр, 2003; Вишняков, Малышев, 2000].

*Страховые компании, работающие в рамках ОМС*, — это компании, в которых застрахованы в соответствии с Федеральным Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г. все граждане субъекта Федерации, если на его территории принята страховая модель оказания бесплатной медицинской помощи. Эти субъекты заинтересованы в том, чтобы медицинские учреждения оказывали застрахованным в страховых медицинских организациях (СМО) гражданам медицинскую помощь при определенном уровне затрат на нее, что обеспечит этим СМО нормальный уровень рентабельности операций, а также возможность продолжать свою деятельность в рамках ОМС. В силу того что объем выручки страховой компании фактически не зависит от взаимоотношений с медицинскими учреждениями, на практике их интересы проявляются в контроле за качеством и обоснованностью оказываемой помощи застрахованным по программе ОМС больным. Это связано с тем, что в случае несоблюдения требований по качеству и обоснованности помощи СМО может не оплачивать оказанную застрахованным медицинскую помощь [Дмитриев и др., 1999; Баранов, Скляр, 2003; Вишняков, Малышев, 2000].

*Менеджмент медицинских учреждений* — это прежде всего главные врачи медицинских учреждений и все, кто принимает управленческие решения, касающиеся учреждения в целом. Эта группа заинтересована в высокой оценке собственной деятельности управляющими и контролирующими органами (для сохранения собственной позиции), развитии управляемого медицинского учреждения (для увеличения его доходов и, соответственно, своих собственных), повышении собственного благосостояния. В связи с тем что эти люди принимают решения о стратегии предприятия и его поведении и построении взаимоотношений с остальными группами, их интересы являются преобладающими. При этом необходимо помнить то, что стационарные администраторы, таким образом, распределяют бюджет — выбирают количество и интенсивность использования ресурсов в целях максимизации собственной составляющей [Feldman, Lobo, 1997].

*Работники медицинских учреждений* — это врачи, средний и младший медицинский персонал, прочие сотрудники, работающие в государственных медицинских учреждениях. Они также заинтересованы в повышении собственного благосостояния, профессиональном развитии, росте доходов и развитии медицинского учреждения (если существует механизм, посред-

ством которого это улучшает их положение), в высокой оценке руководством их профессиональной деятельности. Иными словами, в случае своей неудовлетворенности они работать не будут, тем самым демонстрируя собственные интересы [Phelan et al., 1998].

Обобщая вышесказанное, можно классифицировать интересы групп следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

### Интересы основных заинтересованных сторон

Группа	Интересы
Государство	1. Получение обществом определенного объема медицинской помощи. 2. Оптимизация затрат на медицинскую помощь. 3. Максимизация социальной и экономической эффективности системы здравоохранения и отдельных медицинских учреждений
Граждане — потребители медицинских услуг	4. Улучшение своего здоровья (избавление от болезней) или предотвращение возникновения проблем с ним. 5. Получение помощи в определенные сроки, определенного объема и уровня. 6. Определенное качество сопутствующего сервиса («удобства»)
Страховые компании, работающие в рамках ОМС	7. Получение гражданами определенного объема и качества медицинской помощи. 8. Оптимизация затрат на нее
Менеджмент медицинских учреждений	9. Высокая оценка собственной деятельности управляющими и контролирующими органами. 10. Развитие управляемого медицинского учреждения. 11. Повышение собственного благосостояния
Работники медицинских учреждений	12. Повышение собственного благосостояния. 13. Профессиональное развитие. 14. Развитие медицинского учреждения. 15. Высокая оценка руководством медицинского учреждения их профессиональной деятельности

Итак, задача оценки эффективности тех или иных управленческих решений фактически может сводиться к оценке формализованных критериев достижения каждой из заинтересованных сторон в системе здравоохранения своих интересов.

Приведенные выше результаты анализа интересов, во-первых, свидетельствуют о многообразии последних, а во-вторых, позволяют прийти к

заклучению, что выражение интересов фактически выступает в качестве параметров, которые являются ценностными для каждой из заинтересованных сторон в формировании позиции при оценке эффективности деятельности медицинских учреждений. Следовательно, такая оценка будет заключаться для каждой из групп в определении состояния соответствующих параметров интересов.

В результате проведенного исследования выделено 20 параметров, которые являются важными для различных субъектов, оказывающих прямое или косвенное влияние на деятельность государственных медицинских учреждений. Вместе с тем учет каждого из них при принятии управленческих решений, и в частности при стратегическом планировании деятельности предприятия, крайне затруднителен. Значит, необходимо попытаться сократить их количество таким образом, чтобы это не сказалось отрицательно на качестве анализа, который будет впоследствии проводиться на их основе.

Анализ состава выделенных параметров позволяет объединить некоторые из них (в скобках указаны соответствующие пункты табл. 1):

- ◆ стремление к получению определенного количества медицинской помощи обществом выражается в объеме оказанной помощи — параметром, который является единым для групп «Государство», «Граждане» и «Страховые компании» (1, 5, 7);
- ◆ оптимизация затрат на медицинскую помощь, которая является частью параметра «экономическая эффективность», — также едина для групп «Государство» и «Страховые компании» (2 и 8);
- ◆ развитие медицинского учреждения выступает важным параметром для групп «Государство», «Менеджмент медицинских учреждений», «Работники медицинских учреждений» (3, 10, 14);
- ◆ интерес в повышении собственного благосостояния работниками и менеджментом медицинских учреждений выражается параметром «уровень зарплат работников», который является единым для групп «Менеджмент медицинских учреждений» и «Работники медицинских учреждений» (11 и 12) и входит в группу социальной эффективности деятельности медицинского учреждения, так как напрямую на нее влияет (3);
- ◆ улучшение здоровья пролеченных больных, качество сервиса и время лечения входят в группу параметров социальной эффективности медицинской помощи и являются общими для групп «Государство» и «Граждане — потребители медицинских услуг» (3, 4, 5, 6);
- ◆ развитие работников медицинского учреждения также выступает частью большой группы параметров развития медицинского учреждения в целом и поэтому не выделяется отдельно (10, 14);

- ♦ оценка деятельности руководства медицинского учреждения и его работников фактически аналогична оценке эффективности этого учреждения в целом и качества оказываемой им медицинской помощи (9 и 15), что само по себе является предметом данного исследования. В связи с этим данные параметры не могут выступать в качестве самостоятельных характеристик, поглощаясь общей целевой установкой анализа эффективности.

Итак, обобщенная совокупность исходных параметров деятельности медицинских учреждений, подлежащих оценке с позиций заинтересованных в их результативности субъектов системы здравоохранения, выглядит таким образом (в скобках указаны соответствующие пункты табл. 1):

- ♦ объем оказания медицинской помощи (1, 5, 7);
- ♦ качество оказываемой медицинской помощи (7, 5);
- ♦ экономическая эффективность деятельности медицинского учреждения (2, 3, 8, 9, 15);
- ♦ развитие медицинского учреждения (10, 13, 14);
- ♦ социальная эффективность деятельности медицинского учреждения (3, 4, 5, 6, 7, 11, 12).

Следующим этапом является определение того, чем в реальности выражается каждый из параметров применительно к деятельности конкретного учреждения и как можно его измерить. Для этого от выбранных выше показателей необходимо перейти к методике их оценки.

#### МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ВЫДЕЛЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ

**Объем оказания медицинской помощи.** Данный параметр характеризует количественное и стоимостное выражение той медицинской помощи, которая была оказана в течение определенного периода конкретным учреждением.

Для отдельно взятого учреждения этот показатель отражает количество пролеченных пациентов, койко-дней или посещений (соответственно для стационара и поликлиники), объем оказанных услуг в денежном выражении [Филимонов, Чернова, Васильцова, 2002].

**Качество оказываемой медицинской помощи.** Для деятельности конкретного медицинского учреждения данный параметр является одним из определяющих. Существует множество методик, целью которых выступает оценка качества медицинской помощи [Кадыров, 2000; Корчагин, 1997; Шейман, 1998; Воробьев и др., 2003; Воробьев и др., 2004; Вялков, 2002; Оценка качества и эффективности..., 1999; Bullinger et al., 1998]. Сущность понятия качества медицинской помощи, по мнению многих авторов [Куликова, 2000; Филимончикова, 2003], состоит из комплекса критериев: соответствия современному уровню развития науки (профессиональный ком-

понент); удовлетворения потребностей (и ожиданий) пациентов; соответствия установленным требованиям и стандартам; оптимального эффективного использования ресурсов, соответствия достигнутого результата желаемому (ожидаемому). Контроль качества должен осуществляться на всех уровнях системы здравоохранения — от деятельности конкретного врача до системы в целом, но абсолютно объективных показателей, отражающих качество медицинской помощи в данном медицинском учреждении, фактически не существует [Митрошин, 1997; Подобед, 2002; Субботина, 1996]. Тем не менее о качественном уровне оказания медицинской помощи можно судить по ряду косвенных признаков, часть которых также является субъективной (оценка пациентами улучшения собственного состояния, количество повторных обращений за помощью, количество рекомендаций от врачей других медицинских учреждений), а часть — сравнительно объективной (количество претензий и взысканий со стороны страховых компаний в абсолютном и денежном выражении в соотношении с числом пролеченных больных, претензии со стороны контролирурующих органов, количество полученных лицензий, аккредитаций).

Все показатели качества оказываемой медицинской помощи, таким образом, можно объединить в следующие группы:

- ◆ косвенные показатели;
- ◆ оценки пациентов;
- ◆ показатели взаимодействия с партнерами и контролирующими органами.

**Экономическая эффективность деятельности медицинского учреждения.** Данный параметр часто является главным при принятии многих решений в текущей деятельности учреждения. Вместе с тем он должен быть разумно уравновешен остальными (особенно имеющими социальную направленность) для более корректного видения ситуации [Астафьева, Китавина, 2002].

Эта характеристика представляет собой интегрированную категорию, включающую в себя множество аспектов деятельности учреждения, и не может быть выражена единственным показателем.

Классически экономическая эффективность определяется как выгода на единицу затрат. Теоретически для медицинского учреждения это выражается в отношении между экономическим результатом для общества, полученным в итоге улучшения здоровья пролеченных больных (и времени, через которое они снова стали трудоспособными), и стоимостью проведенного лечения. Расчет экономической эффективности в соответствии с данным определением крайне сложен, в связи с чем для целей практического анализа целесообразно применять показатели эффективности использования имеющихся ресурсов. При этом разница между чисто экономической



эффективностью деятельности учреждения и более широким понятием эффективности его деятельности в целом будет выражаться в том, что первая основывается только на производственных и финансовых показателях, а вторая — учитывает как уровни экономической эффективности, так и другие характеристики, выявленные и названные выше в качестве определяющих параметров деятельности учреждения (социальная эффективность, развитие и т. д.) [Жданов, 1998].

Таким образом, данный параметр будет характеризоваться следующими группами показателей, отражающими интенсивность использования ресурсов учреждения:

- ♦ показатели использования основных средств (помещений, оборудования и коечного фонда);
- ♦ показатели использования труда (врачей и прочего персонала);
- ♦ показатели использования финансовых ресурсов (структуры доходов и расходов).

**Развитие медицинского учреждения.** Данный параметр часто не является определяющим, тем не менее очень важен для долгосрочной жизне- и конкурентоспособности медицинского учреждения. Он выражается в улучшении основных параметров производства медицинского учреждения — основных фондов, финансового положения, персонала, технологиях (табл. 2).

Таблица 2

#### Основные направления улучшения факторов производства

Фактор производства	Направление улучшения
Основные фонды	Ремонт и обновление Покупка оборудования
Финансовое положение	Увеличение оборота и доходности Снижение удельных затрат Снижение задолженности
Персонал	Повышение квалификации Научное развитие
Технологии	Обновление оборудования Внедрение новых методик лечения

**Социальная эффективность деятельности медицинского учреждения.** Данный параметр является определяющим для деятельности всей системы здравоохранения в целом и должен учитываться при разработке управленческих решений каждым предприятием. На уровне общества он выражается в увеличении средней продолжительности жизни, снижении

показателей смертности и заболеваемости населения, общем улучшении здоровья населения и удовлетворенности медицинской помощью.

Для конкретного учреждения — это удовлетворенность как больных качеством и объемом оказанной помощи, так и работников предприятия, потому что большинство медицинских организаций, являясь работодателями для значительного числа людей, несут социальную ответственность за них. Естественно, и для отдельного учреждения можно оценить общественную результативность по показателям увеличения продолжительности жизни, трудоспособности или излеченности, но, во-первых, это крайне затратная технология, а, во-вторых, и это главное, уровень достоверности полученных результатов со статистических позиций крайне ничтожен. Следовательно, применительно к отдельному учреждению возможно использование лишь оценок удовлетворенности как единственно доступных для реальной практики анализа характеристик. Параметр удовлетворенности пациентов и работников нельзя оценить на уровне организации с помощью расчета каких-либо показателей по имеющимся данным учреждения. Поэтому для оценки удовлетворенности пациентов следует применять показатели, получаемые в результате статистически достоверных и обоснованных исследований мнений пациентов о полученной помощи, а также причин их удовлетворенности или неудовлетворенности медицинской помощью в данном учреждении (качество сопутствующего сервиса, сроки получения медицинской помощи) [Решетников, 2002; Annandale, 1998; Turner, 1987; Mohan, 1991].

Анализ уровня заработных плат работников можно проводить по показателям среднего уровня заработных плат врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также прочих работников (и, возможно, отдельно — главного врача и представителей управленческого персонала)<sup>2</sup>. Анализ их удовлетворенности заработками на данном предприятии также оценивается по результатам опросов и получения агрегированных показателей удовлетворенности заработной платой для различных групп работников.

Критерием эффективности при этом может служить сравнение данных показателей с показателями средних заработных плат по другим отраслям для различных групп работников (в зависимости от квалификации).

Таким образом, все доступные показатели, характеризующие социальную эффективность деятельности медицинского учреждения, могут быть объединены в следующие группы:

- ◆ показатели удовлетворенности пациентов полученной помощью;
- ◆ показатели удовлетворенности персонала;

---

<sup>2</sup> Очевидно, что проанализировать уровень теневой оплаты не представляется возможным.

- ♦ на основании приведенного исследования все перечисленные параметры можно представить в виде матрицы (рис. 1).

Приведенная матрица отображает все группы показателей, которые могут использоваться для оценки эффективности управленческих решений в медицинских учреждениях. Для оценки влияния каждой из них на деятельность реальных медицинских учреждений и учета полученных показателей при разработке и оценке управленческих решений главными врачами был проведен опрос представителей медицинских учреждений, результаты которого показаны ниже.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В рамках данного исследования было опрошено более 50 экспертов из системы здравоохранения со всей России (главных врачей государственных учреждений, представителей государственных органов и образовательных учреждений сферы здравоохранения). Опрос ставил своей задачей определение наиболее значимых для медицинских учреждений заинтересованных сторон, учета их интересов в деятельности этих учреждений, а также степени их влияния.

Опрос проводился в Санкт-Петербурге в 2003 г. анонимно, в ходе его респонденты письменно заполняли анкету, в которой их просили оценить важность каждого из 21 параметра, выделенных в первой части исследования, а также силу влияния на их решения всех заинтересованных сторон.

В результате опроса выяснилось, что из показателей *экономической эффективности* (рис. 2) наиболее важными являются показатели структуры доходов/расходов (для 95% — оценки 4 и 5 по 5-балльной шкале). На втором месте оказались показатели замещения бюджетных средств другими источниками (75%), так как именно они характеризуют хозяйственную деятельность медицинских учреждений. Чуть менее важны показатели использования коечного фонда (примерно 2/3 респондентов поставили оценки 4 и 5) — эти показатели используются вышестоящими органами для оценки деятельности и выделения финансирования, поэтому руководители медицинских учреждений уделяют им значительное внимание. Остальные показатели (использование труда, помещений и оборудования) играют существенно менее значимую роль.

В отношении *социальной эффективности* (рис. 3) опрос показал, что руководители государственных медицинских учреждений вообще не учитывают данный параметр в своей деятельности.

Из показателей *объема и качества* (рис. 4) оказываемой медицинской помощи на деятельность руководителей медицинских учреждений влияют только формальные показатели объема оказанной помощи (для 47%

	<p style="text-align: center;"><b>РАЗВИТИЕ</b></p> <p><b>Группы анализируемых показателей:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ремонт и обновление основных фондов</li> <li>• покупка оборудования</li> <li>• увеличение оборота и доходности</li> <li>• сокращение удельных затрат</li> <li>• снижение задолженности</li> <li>• повышение квалификации персонала</li> <li>• научное развитие</li> <li>• обновление оборудования</li> <li>• интенсивность внедрения новых методик лечения</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ</b></p>
<p><b>Группы анализируемых показателей:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• статистические — удовлетворенность пациентов полученной помощью;</li> <li>• статистические — удовлетворенность персонала</li> </ul>	<p><b>Группы анализируемых показателей:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• использование помещений и оборудования</li> <li>• использование коечного фонда</li> <li>• использование труда</li> <li>• структура доходов</li> <li>• структура расходов</li> </ul>	
	<p style="text-align: center;"><b>ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО ПОМОЩИ</b></p> <p><b>Группы анализируемых показателей:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формальные — объем оказанной помощи</li> <li>• косвенные — качество медицинской помощи</li> <li>• оценка пациентов</li> <li>• взаимодействие с партнерами и контролирующими органами</li> </ul>	

Рис. 1. Матрица показателей эффективности медицинского учреждения

респондентов). Остальные показатели никак не учитываются и не оцениваются.



Рис. 2. Показатели экономической эффективности

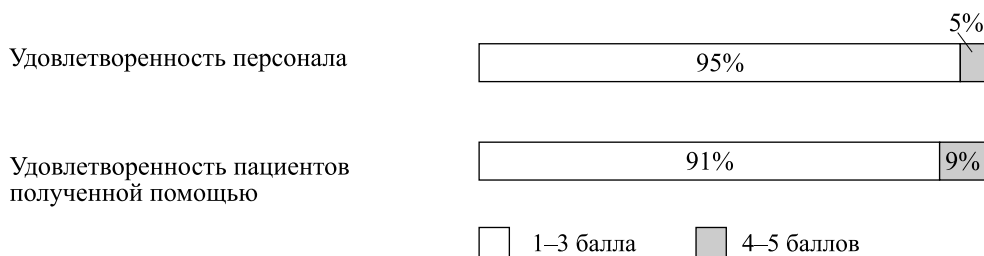


Рис. 3. Показатели социальной эффективности

В отношении показателей *развития* (рис. 5) можно заключить, что, как и в случае с показателями экономической эффективности, значительное внимание уделяется отслеживанию элементарных финансовых показателей (таких как изменение оборота или задолженности). Эти параметры важны почти для 100% респондентов, значительно меньшее количество руководителей (около 1/3 всех респондентов) использует более сложные экономические показатели — например, расчет удельных затрат и обновление основных фондов. Остальные же показатели почти совсем не применяются (менее 10% респондентов отметили их как значимые).



Рис. 4. Показатели объема и качества помощи

Сравнивая различные группы показателей, можно отметить, что на первом месте по значимости для руководителей медицинских учреждений стоят показатели экономической эффективности, далее — объема и качества помощи, развития и, наконец, социальной эффективности.

Что касается влияния отдельных заинтересованных сторон (рис. 6) на решения руководителей, по результатам опроса выяснилось, что на первом месте находится государство в лице вышестоящих органов и конкретных чиновников (по 5-балльной шкале оценки 4 и 5 поставили 85% респондентов), на втором — страховые компании (45%), каждая из остальных групп не набрала и 15%<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Вариант ответа «Собственные интересы» не был включен из этических соображений.

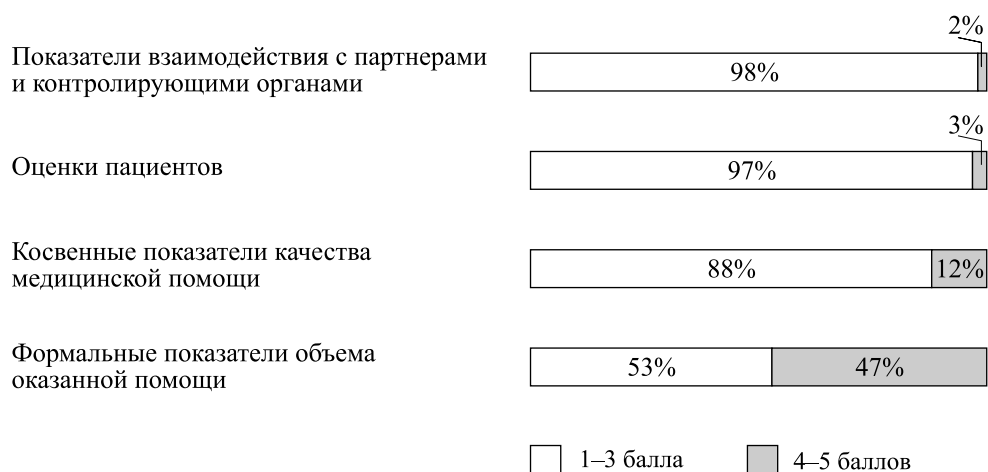


Рис. 5. Показатели развития

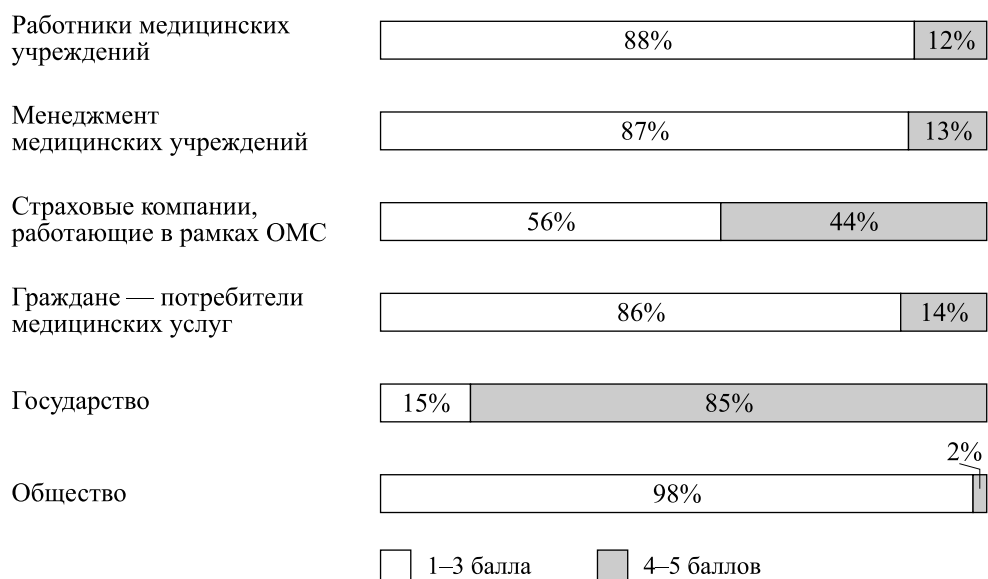


Рис. 6. Влияние заинтересованных сторон

Таким образом, можно заключить, что реальное влияние на деятельность руководителей медицинских учреждений могут оказывать только представители государственных органов и страховых компаний и во многом уже от них зависит то, насколько будут учтены интересы остальных заинтересованных сторон (в особенности граждан — потребителей медицинских услуг). В частности, данный принцип реализуется через контроль

качества оказываемой медицинской помощи экспертами страховых компаний.

#### **ВЫВОДЫ**

Проведенный анализ продемонстрировал целесообразность использования следующей классификации основных заинтересованных сторон в деятельности государственных медицинских учреждений:

- ◆ общество;
- ◆ государство;
- ◆ граждане — потребители медицинских услуг;
- ◆ страховые компании, работающие в рамках обязательного медицинского страхования;
- ◆ менеджмент медицинских учреждений;
- ◆ работники медицинских учреждений.

В результате обобщения интересов этих групп была сформирована система показателей, характеризующих удовлетворенность каждой из них. Они должны отражать такие аспекты деятельности медицинских учреждений, как:

- ◆ объем оказания и качество предоставляемой медицинской помощи;
- ◆ экономическая эффективность деятельности медицинского учреждения;
- ◆ развитие медицинского учреждения;
- ◆ социальная эффективность деятельности медицинского учреждения.

Практическая оценка влияния каждой из групп показателей, а также самих заинтересованных сторон на деятельность медицинских учреждений выявила, что наибольшей значимостью для руководителей медицинских учреждений обладают показатели экономической эффективности и объема оказываемой помощи, а реальное воздействие на руководство этих учреждений могут оказывать только представители государственной власти и страховые компании.

Таким образом, несмотря на наличие множества различных групп, заинтересованных в деятельности медицинских учреждений, а также имеющуюся возможность оценить степень их удовлетворенности деятельностью медицинского учреждения и влияния на них тех или иных решений руководства этих учреждений, степень реального влияния и учета интересов различных групп крайне мала.

В результате практической оценки было показано, что учитываются только интересы групп, которые осуществляют контроль за деятельностью медицинских учреждений и могут использовать административные и экономические санкции в случае своей неудовлетворенности.



## Литература

- Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб.* М.: ГРАНТЪ, 2002.
- Астафьева Н. Г., Китавина Н. В.* Пути повышения качества и экономической эффективности медицинской помощи пациентам стационара // *Главврач.* 2002. № 6. С. 11–17.
- Баранов И., Скляр Т.* Оценка деятельности страховых медицинских организаций: позиции населения // *Научные доклады Центра исследования проблем государственного и муниципального управления СПбГУ.* 2003. Вып. 24. С. 25–41.
- Благов Ю. Е.* Бизнес и общество: новая парадигма исследований // *Российский журнал менеджмента.* 2003. Т. 1. № 2. С. 151–159.
- Вишняков Н. И., Малышев М. Л.* Роль страховых медицинских организаций в повышении качества стационарной медицинской помощи. СПб.: НИИХ СПбГУ, 2000.
- Воробьев П. А., Авксентьева М. В., Юрьев А. С., Сура М. В.* Клинико-экономический анализ. М.: Ньюдиамед, 2004.
- Воробьев П. А., Сидорова Л. В., Кулигина Ю. А., Авксентьева М. В.* Методологические подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем // *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2003. № 8. С. 20–25.
- Вялков А. И.* Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2002. № 3. С. 3–11.
- Дмитриев М., Потапчук Е., Салатхутдинова С., Соловьева О., Шишкин С.* Становление системы ОМС в России // *Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России / Под ред. Н. Главатской, А. Молдавского, Л. Лопатникова.* Гл. 4. М.: Институт экономики переходного периода, 1999.
- Жданов А. М.* Анализ экономической эффективности «Автоматизированной системы учета оказанных медицинских услуг по программе ОМС в медицинских учреждениях г. Москвы» // *Экономика здравоохранения.* 1998. № 2. С. 18–21.
- Кадьров Ф. Н.* Экономическая служба лечебно-профилактических учреждений. М.: ГРАНТЪ, 2000.
- Катькало В. С.* Теория стратегического управления: этапы развития и основные парадигмы // *Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. Менеджмент.* 2002а. Вып. 2. С. 3–21.
- Катькало В. С.* Теория стратегического управления: этапы развития и основные парадигмы // *Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. Менеджмент.* 2002б. Вып. 3. С. 3–26.
- Корчагин В. П.* Финансовое обеспечение здравоохранения. М.: Эпидавр, 1997.
- Куликова Н. И.* Вопросы сохранения репродуктивного здоровья женщин // *Материалы 6-й Поволжской научно-практической конференции врачей акушеров-гинекологов.* Волгоград, 2000. С. 138–140.
- Митрошин В. К.* Научное обоснование оптимизации медицинских технологий в лечебно-профилактических учреждениях: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1997.
- Оценка качества и эффективности медицинской помощи: Методические материалы* // Под ред. А. Л. Линденбратен. М.; НИИ СГЭ и УЗ им. Н. А. Семашко, 1999.
- Подобед Н. Д.* Правовые аспекты деятельности врача акушера-гинеколога (часть 1) // *Журнал практического врача акушера-гинеколога.* 2002. № 4. С. 22–25.

- Решетников А. В. Социология медицины. М.: Медицина, 2002.
- Субботина Л. Н. Пути совершенствования контроля качества медицинской помощи // Медицинское страхование. 1996. № 1–2. С. 35–38.
- Уильямсон О. И. Экономические институты капитализма. Фирмы, рынки, «отношенческая» контракция. СПб.: Лениздат, 1996.
- Филимонов А. А., Чернова Т. В., Васильцова Л. И. Оценка эффективности медицинской и экономической деятельности крупной больницы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 3. С. 41–44.
- Филимончикова И. Д. Управление качеством медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам по профилактике материнской заболеваемости и смертности в Хабаровском крае: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Хабаровск, 2003.
- Шевченко Ю. Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000–2004 годы и на период до 2010 года. М.: МЗ РФ, 2000.
- Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Издатцентр, 1998.
- Шипова В. М., Левин А. М. Экономические механизмы оптимизации деятельности специализированной медицинской помощи / Под ред. академика РАМН О. П. Щепина. М: ГРАНТЪ, 2002.
- Annandale E. The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction. Cambridge: Polity Press, 1998.
- Bullinger M., Alonso Y., Apolone G. et al. // Journal of Clinical Epidemiology. 1998. Vol. 51. P. 913–923.
- Feldman R., Lobo F. Global Budgets and Excess Demand for Hospital Care // Health Economics. 1997. Vol. 6. N 2. P. 187–196.
- Freeman R. E. Strategic Management: A Stakeholder Approach. Boston: Pitman, 1984.
- Mitchell R. K., Agle B. R., Wood D. J. Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts // Academy of Management Review. 1997. Vol. 22. N 4. P. 887–910.
- Mohan J. Privatization in the British Health Sector // The Sociology of the Health Service / Eds. J. Gabe, M. Calnan, M. Bury. London: Routledge, 1991. P. 36–57.
- Phelan P. D., Tate R., Webster F., Marshall R. P. DRG Cost Weights-Getting It Right // Medical Journal of Australia. 1998. Vol. 169. August Supplement. P. S36–S38.
- Turner B. Medical Power and Social Knowledge. London.: Sage, 1987.

Статья поступила в редакцию 7 февраля 2005 г.