

**АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Национальная школа государственной политики
на правах рукописи**

Тосекбаев Канат Дуйсенбаевич

**РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ
КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛЬНОМ
МЕНЕДЖМЕНТЕ**

**Образовательная программа «7М04120 – Государственное управление»
по направлению подготовки «7М041 Бизнес и управление»**

**Магистерский проект на соискание степени
магистра бизнеса и управления**

**Научный руководитель _____ Абдыкалыкова М.Н.
директор НШГП АГУ
при Президенте Республики Казахстан,
кандидат психологических наук, доцент**

Проект допущен к защите: « _____ » _____ 2022 г.

Директор НШГП _____ Абдыкаликова М.Н.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	8
2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	18
2. АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ.....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	45
ПРИЛОЖЕНИЯ	48

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие нормативные документы:

- Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2014 года № 396 «Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года».
- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.05.2022 г.).
- Государственная программа «С дипломом в село» (запущена с 1 июля 2009 года).

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь.

ГКП на ПХВ – Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения.

ГМ – госпитальный менеджмент.

ИТ – информационные технологии.

ЛС – лекарственные средства;

МЗ – Министерство здравоохранения.

МЗРК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

МИС – медицинская информационная система.

МП – медицинская помощь.

РК – Республика Казахстан.

ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития.

ОСМС – обязательное социальное медицинское страхование.

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь.

СКПН – стимулирующий компонент подушевого норматива.

СППР – система поддержки принятия решений.

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания.

ЦО – центр ответственности.

CSAT (англ. Customer Satisfaction Score) – индекс удовлетворенности клиента») – это средний показатель удовлетворенности клиента опытом взаимодействия с компанией на определенном этапе.

GCP (англ. good clinical practice) – международный стандарт этических норм и качества научных исследований, обобщающий правила разработки, проведения, ведения документации и отчетности об исследованиях с человеком в качестве испытуемого (клинические исследования).

KPI (англ. Key Performance Indicators) – ключевые параметры эффективности.

MCDA (англ. Multiple Criteria Decision Analysis) – система Многокритериального анализа принятия решений.

SMART (англ. Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time-bound) – конкретность, измеримость, достижимость, актуальность и ограниченность во времени – мнемоническая аббревиатура, используемая в менеджменте для определения целей и постановки задач.

QALY (англ. Quality-adjusted life years) – добавленные годы жизни с поправкой на качество.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Любое социально ориентированное государство во главу угла ставит жизнь, здоровье и благополучие своих граждан. Для государства здоровье населения – ещё и важнейшее условие обеспечения национальной безопасности. Здоровье населения страны во многом зависит от функционирования системы здравоохранения, обеспечивающей реализацию качественной медицинской помощи. Проблемы повышения эффективности и качества оказываемых медицинских услуг для здравоохранения РК являются одними из самых актуальных. Согласно Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года «Высокий уровень развития человеческого капитала казахстанцев станет основой национальной идентичности и национальной идеи. Нация здоровых, образованных и благополучных людей будет определять понятие «казахстанцы».

По индексу продолжительности жизни РК отстает от стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) почти на 8 лет, что является очевидным подтверждением низкой эффективности организации системы здравоохранения.

Правительство и Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗРК) ставит перед национальной системой здравоохранения Республики ряд амбициозных задач развития: увеличение продолжительности жизни, сокращение младенческой смертности, смертности от ряда распространённых заболеваний и травм. На сегодняшний день статистические данные отмечают определенную тенденцию улучшения. Например, в 2020 г. по сравнению с 2016 г.: увеличилась ожидаемая продолжительность жизни на 1,04 года, снизилась общая смертность на 3,1 %, младенческая смертность – на 6,5%, смертность от болезней системы кровообращения – на 6,5%, смертность от злокачественных новообразований – на 8,2 %, смертность от травм – на 10,5 %.

Тема ВКР актуальна, поскольку, решаемые в ней задачи, позволят повысить эффективность медицинской помощи в медицинских организациях Казахстана.

Проблема исследования

Реформы здравоохранения в РК во многом ориентировались на успешный опыт таких стран как Германия, Австрия и Франция. Однако следует заметить, что успех системы здравоохранения упомянутых стран в комплексном подходе и прогрессивном менеджменте, использующим эффективные механизмы корпоративного управления. Поэтому Казахстану целесообразно перенимать успешный опыт развитых стран в организации госпитального менеджмента.

Однако, несмотря на достигнутые сегодня результаты, в области развития здравоохранения все еще остаются проблемы. В частности, необходимо проведение дальнейших исследований для совершенствования механизмов корпоративного управления в госпитальном менеджменте на уровне отдельно взятых медицинских организаций (МО), под которыми в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики

Казахстан понимают организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи.

Объект исследования: медицинская организация – Городская многопрофильная больница № 2 (ГМБ № 2) г. Нур-Султан.

Предмет исследования: механизм корпоративного управления в госпитальном менеджменте.

Рабочая гипотеза диссертации: используя принципы корпоративного управления, можно сократить расходы на некачественное оказание медицинской помощи.

Цель диссертационного исследования: обоснование программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента медицинской организации.

Для достижения указанной цели поставлены и решены следующие *задачи исследования:*

1) обобщить информацию об эффективном госпитальном менеджменте медицинской организации в экономико-социальном аспекте;

2) исходя из обзора казахстанского и мирового опыта обобщить современные методы и технологии госпитального менеджмента;

3) охарактеризовать специфику анализа эффективности госпитального менеджмента на уровне отдельной медицинской организации;

4) дать организационно-экономическую характеристику медицинской организации – объекта исследования с оценкой выполнения функций и процессов госпитального менеджмента;

5) провести стратегический анализ госпитального менеджмента в выбранной МО (PEST, анализ заинтересованных сторон, SNW, Исикава, SWOT);

6) разработать концепцию программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента медицинской организации;

7) провести прогноз развития госпитального менеджмента медицинской организации с учетом неопределённостей и рисков внешней среды.

Научно-теоретическую базу исследования составят работы отечественных и зарубежных ученых в области госпитального менеджмента и корпоративного управления: А.В. Авдеев, Е.Б. Аймагамбетов, А.М. Арингазина, З.А. Арынова, А.Т. Аубакирова, Н.И. Гражевская, Н.С. Григорьева, М. Жетписбаева, О.А. Латуха, Д.В. Лукьянцева, М.А. Мурашко, Е.И. Подгорбунских, А.Н. Попсуйко, Р.К. Саин, Н.М. Сергеева, Б.А. Тайторина, Д.Б. Утебалиева, С.С. Фролов, М.Т. Югай, D. Ang, I. Aslan, Y. Vaashar, E. Goldman, M. Wörz и др.

Информационной базой исследования послужит финансовая, производственная и кадровая отчетность Городской многопрофильной больницы № 2 (ГМБ № 2) г. Нур-Султан – базы исследования, а также данные об объекте исследования доступные из СМИ и результаты удаленного опроса экспертов.

Методологическая база

В работе будут использованы следующие методы исследования:

- контекстный компаративный анализ научных источников информации;
- экспертные опросы и оценки;
- интервью экспертов и менеджеров;
- метод радар-диаграмм;
- методы стратегического анализа (PEST, анализ заинтересованных сторон, SNW, диаграмма Исикавы, SWOT).

Ожидаемые результаты:

- 1) Содержание принципов корпоративного управления в разрезе функций госпитального менеджмента.
- 2) Содержание современных методов, и технологий ГМ.
- 3) Методологические аспекты изучения ГМ. Схема исследования.
- 4) Результаты анализа эффективности ГМ на ГМБ № 2.
- 5) Содержание управленческой проблемы в ГМБ № 2 г. Нур-Султана. Диаграммы Исикавы. Цели развития ГМ.
- 6) Концепция эффективного ГМ и план её реализации.
- 7) Содержание программы рекомендаций по совершенствованию ГМ.
- 8) Результаты расчета экономической эффективности и рисков разработанной программы.

Научная новизна характеризуется следующими результатами:

- обоснован подход к выбору инструментов и технологий корпоративного управления для включения в госпитальный менеджмент;
- обобщены принципы корпоративного управления в разрезе выполнения функций госпитального менеджмента;
- систематизированы внешние и внутренние факторы, определяющее выполнение процессов и функций госпитального менеджмента;
- разработана концепция эффективного ГМ, основанная на принципах корпоративного управления.

Практическая значимость полученных результатов и предложений диссертационной работы состоит в возможности их применения для совершенствования деятельности медицинских организаций в Республике Казахстан:

- сформулирована SCRUM-программа внедрения концепции эффективного ГМ для медицинской организации (МО);
- сформулирован ряд мер, повышающих эффективность ГМ современной медицинской организации.

1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Укрепление здоровья населения Казахстана – один из приоритетов социального развития государства. Однако внешние условия создают ряд серьезных вызовов для системы здравоохранения Казахстана:

- пандемия Covid-19 2020-2022 гг. заставила кардинально пересмотреть подходы к оказанию МП в Казахстане, как, впрочем, и в других странах. Согласно Посланию Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана, отмечено, что в условиях пандемии COVID-19 система здравоохранения нуждается в объемном финансировании. Речь идет об инфраструктуре, кадрах, лекарственном обеспечении [1];

- демографические тенденции, проявляющиеся в старении населения, оттоке из сельской местности людей трудоспособного возраста, возвращении в село людей предпенсионного и пенсионного возраста [2, 3];

- общественный запрос на высокое качество медицинских услуг. В текущей ситуации не учитывается выбор пациентом врача и медицинского учреждения, имеют место очереди в государственных медицинских учреждениях. Уязвимые слои населения и жители дальних регионов не имеют достаточный уровень доступности медицинских услуг. Имеют место и другие проблемы качества;

- увеличение хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) взрослого населения при одновременном сокращении актуальности таких причин как детская смертность, инфекционные заболевания, травмы. Согласно оценкам ВОЗ в последние годы на ХНИЗ приходится более 70% от всех смертей, регистрируемых в мире. И прогнозы в этом плане неутешительные. К 2030 г. ожидаемое увеличение расходов на здравоохранение, связанное с ХНИЗ – с 25% до 54% [4]. Такие факторы риска, как: неправильное питание, повышенное артериальное давление, употребление алкоголя, курение, избыток массы тела и недостаток физической активности, привели к росту ХНИЗ в Казахстане. Соответственно предупреждение факторов риска развития и прогрессирования ХНИЗ является важным современным направлением работы медицинских работников. Эта проблема требует обеспечения регулярного скрининга и наблюдения у специалистов [5, 6];

- нежелательность повышения налоговой нагрузки на работодателей ограничивает пополнение источников финансирования здравоохранения.

Данные вызовы имеют место на фоне ряда внутренних проблем системы здравоохранения РК [7, 8]:

- нехватка ресурсов у государства на поддержание здравоохранения;
- бессистемность в механизме управления повышением качества медицинской помощи;

- ограниченное финансирования здравоохранения;
- низкие заработные платы работников здравоохранения. Так по данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан средняя номинальная заработная плата одного работника в РК за 2021 г. составила 248791 тг. [9], за тот же период средняя

зарплата врача 319 903 тг, среднего медперсонала 173 461 тг. То есть зарплата врача превышает среднюю зарплату в экономике всего в 1,3 раза, в то время как в развитых странах такое превышение составляет [10, 11]: 4,1 раз – США, 4,3 раз – Канада, 2,8 раз – Япония, 2,8 раз – Южная Корея, 1,6 раз - Германия. В России такое превышение 1,8 раз. Заработная плата среднего медперсонала вообще оказывается ниже средней по экономике. Такая ситуация снижает престиж профессии в медицине. В планах МЗРК к 2023 г. увеличить заработные платы врачей не менее чем в 2,5 раз по сравнению со средней по экономике;

- присутствие коррупционной составляющей в работе системы здравоохранения способствует созданию негативной морально-этической и нравственной ситуации в обществе;

- недостаточная осведомленность граждан в вопросах собственного здоровья. Из-за этого – необоснованные обращения за МП, особенно экстренной, а также, запущенные случаи, которые требуют дорогостоящих вмешательств.

Понятие госпитального менеджмента не является новым. В США ГМ как академическая дисциплина существует ещё с 1948 г., в Европе – с 1962 г. [6]

В эпоху СССР и позже в независимой Республике Казахстан не было условий для развития ГМ – сметно-бюджетное финансирование и жесткие административные регламенты деятельности медицинских организаций делали такое развитие неактуальным. Поэтому эффективный ГМ в РК стал приобретать актуальность сравнительно недавно в связи появлением новых вызовов для системы здравоохранения.

Хотя здравоохранение позиционируется как пациентоориентированное, у госпитального менеджмента стейкхолдерами являются не только пациенты (см. рисунок 1).

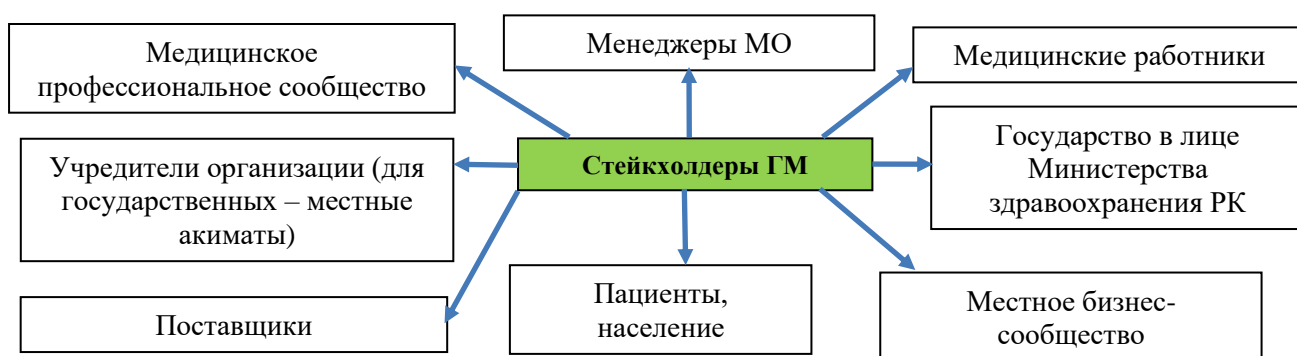


Рисунок 1 – Стейкхолдеры госпитального менеджмента

Примечание: составлено по материалам [5, 12]

У стейкхолдеров есть свои, порой противоречивые интересы (таблица 1).

Таблица 1 – Стейкхолдеры госпитального менеджера

Стейкхолдер	Содержание интереса стейкхолдера
Менеджеры конкретных учреждений здравоохранения	Соответствие уровня качества услуг требованиям законодательства. Выполнение поставленных задач и планов. Соблюдение бюджета.
Медицинские работники	Реализация потребностей в самореализации, карьере и др. Финансовый интерес.
Государство в лице МЗРК	Экономико-политические интересы: снижение смертности, рост продолжительности жизни, сокращение заболеваемости и др.
Местное бизнес-сообщество	Заинтересованность в здоровых работниках
Пациенты, население, получающее медицинские услуги	Соответствие уровня качества услуг стандартам и ожиданиям
Поставщики	Получение опыта и финансовая заинтересованность.
Учредители организации (для государственных – местные акиматы)	Экономия средств. Снижение заболеваемости в регионе.
Медицинское профессиональное сообщество	Получение опыта, база для научной деятельности

Примечание: составлено по материалам [5, 12]

Очевидно, что интересы стейкхолдеров не всегда совпадают. И одной из ключевых проблем ГМ является необходимость рационального, порой, компромиссного, учета интересов всех стейкхолдеров, а не только потребителей услуг здравоохранения – пациентов.

Однако простой перенос методов и технологий из механизмов корпоративного управления в сферу ГМ не даст результатов – необходимо учитывать следующие принципы:

- связь с целью использования того или иного механизма. Например, в бизнесе, как правило, ключевыми целями является рост выручки, прибыли, рентабельности, захват рынков, увеличение стоимости бизнеса. Брать данные цели непосредственно и переносить в сферу ГМ невозможно. Необходима процедура адаптации целей;

- общий характер некоторых проблем и для бизнеса, и для ГМ: конкуренция со стороны платных услуг, зависимость качества услуг от квалификации и вовлеченности персонала и др.;

- специфические черты ГМ: особый уровень ответственности за результат, осуществление деятельности в условиях постоянного контроля, приоритет социальной значимости деятельности.

Переносить те или иные методы и технологии из механизмов корпоративного управления в сферу госпитального менеджмента необходимо с опорой на эти принципы.

Перед современной системой здравоохранения Казахстана стоят сложные задачи развития, обозначенные в основополагающих государственных стратегических документах и инициативах РК:

- ряд проектов по цифровизации системы здравоохранения [13, 7];
- совершенствование процедуры аккредитации и института независимых экспертов в области здравоохранения;

- реализация Комплексного плана по развитию фармацевтической и медицинской промышленности на 2020-2025 годы;
- переход от национальной регистрации ЛС к регистрации ЛС по Правилам ЕАЭС;
- осуществление фармацевтических инспекций в рамках ЕАЭС;
- совершенствование тарифной политики (разработка новых тарифов на оплату пролеченного случая по при лечении и реабилитации больных COVID-19, разработка тарифа на дистанционные консультации, совершенствование тарифов на скорую медицинскую помощь и др.) [15];
- повышение заработной платы медицинских работников к 2023 году с доведением соотношения заработной платы врачей до 2,5 раз к средней заработной плате в экономике (рисунок 2).

□ С 1 января 2021 года увеличена зарплата 247 тыс. медицинским работникам, в т.ч.:

- врачам в среднем – на 30%
- среднему мед. персоналу – на 20%

Дополнительно выделено (млрд.тг.)

	2021 год	2022 год	2023 год
Всего	222,3	361,7	557,5
за счет РБ	156,8	255,1	393,1
за счет средств ОСМС	65,5	106,6	164,4

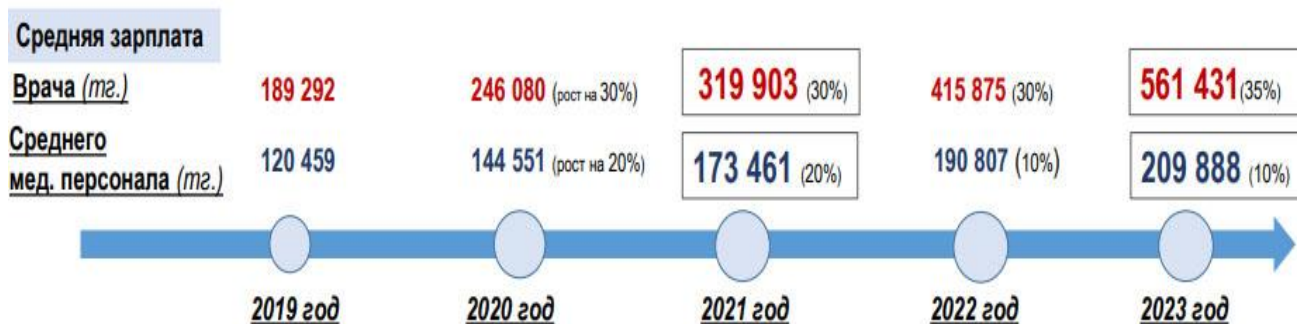


Рисунок 2 – Повышение заработной платы медицинских работников в Казахстане

Таким образом, планируется ежегодный рост заработной платы врачей на 30-35 %, что выше, чем прирост средней заработной платы в экономике [9].

Авторская интерпретация перечисленных задач позволили объединить их в более глобальные цели развития системы здравоохранения РК, которые выполняются на всех уровнях системы, включая отдельно взятые МО:

- оптимизация принятия решений;
- увеличение объемов финансирования;
- оптимизация финансовых потоков;
- повышение качества медицинской помощи;
- развитие проектных форм управления в госпитальном менеджменте.

Заметим, что данные цели являются типичными и для бизнеса. Поэтому механизмы, корпоративного управления, задающие выполнение этих целей можно перенести и в госпитальный менеджмент. Данные цели можно считать целями развития госпитального менеджмента в Казахстане.

Реализуемые реформы в системе здравоохранения РК приведут к усилению конкуренции и увеличению потока пациентов в эффективно работающие медицинские организации и их дальнейшему развитию, а также снижению потока в неэффективно работающие МО и риску финансовой несостоятельности последних [6].

Основой эффективного механизма корпоративного управления в ГМ являются методы и технологии. Рассмотрим их в разрезе глобальных целей развития госпитального менеджмента.

Оптимизация принятия решений

В госпитальном менеджменте РК принята система Многокритериального анализа принятия решений (англ. Multiple Criteria Decision Analysis, MCDA). Данная система зарекомендовала себя, например, в Больнице Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан (Больница МЦ УДП РК).

MCDA в практике медицинской организации:

- повышает объективность сравнительной оценки внедряемых медицинских технологий за счет стандартизации критериев;
- снижает риски субъективности в принятии управленческих решений;
- облегчает процесс выбора новых медицинских технологий за счет объективной сравнительной оценки;
- позволяет ранжировать и облегчает решение задачи выбора приоритетных медицинских технологий;
- обеспечивает стандартизированный воспроизводимый процесс принятия решений.

В результате применения MCDA улучшается и стабилизируется качество МП и обеспечивается экономический эффект, создающий основу для финансовой стабильности МО.

В больнице МЦ УДП РК внедрена система критериев принятия управленческих решений: новизна / инновационность, сравнительная клиническая эффективность и безопасность, востребованность, экономическая эффективность, срок окупаемости инвестиций. Каждый из этих критериев оценивается четырьмя измеримыми метриками. Измерение каждой метрики проводится в баллах от 0 до 100 баллов экспертным методом.

Увеличение объемов финансирования

Одна из серьезных проблем, препятствующих развитию системы здравоохранения Республики Казахстан, является низкий уровень финансирования. Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств (3,0% к ВВП), чем в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (8,8% к ВВП) и нормы ВОЗ – не менее 6 % [19, 20].

Государственные МО испытывают постоянный дефицит финансовых ресурсов, обусловленный нестабильным состоянием бюджетов в периоды экономического спада и неэффективным распределением материальных и специальных ресурсов.

В целях повышения финансирования в современной системе здравоохранения РК внедряются следующие инструменты:

- обязательное медицинское страхование;
- добровольное медицинское страхование;
- многообразие форм собственности медицинских организаций;
- регулируемое гибкое ценообразование;
- свободный выбор фондов медицинского страхования (страховых организаций) населением и работодателями и, соответственно, широта выбора медицинских организаций и врачей.

Предполагается, что предпринятые меры за счет дерегулирования и возрастания конкуренции позволят улучшить финансовое поступление в медицинские организации.

Оптимизация финансовых потоков

Это позволит повысить эффективность затрат на здравоохранение. Такая цель стоит и в коммерческих организациях, что упрощает задачу адаптации технологий и методов корпоративного управления для ГМ. Так, в бизнесе для этого применяют бюджетирование.

Повышение качества медицинской помощи

Качество МП зависит от многих факторов. Поэтому повышение качества МП – многофакторная задача. Одним из важнейших параметров качества является человеческий капитал – компетенции и вовлеченность медицинского персонала. Считается, что основа всей системы здравоохранения – это взаимодействие «врач-пациент», а все остальное представляет надстройку этой основы [28]. Поэтому персонал в МО необходимо мотивировать.

Для системы здравоохранения РК в целом характерен низкий уровень морального и материального стимулирования медицинских работников. Эта проблема понимается в МЗРК. В этом направлении предлагается ряд мер:

- поручение Президента РК с 1 января 2019 года поэтапно повысить заработную плату на 20% участковым медработникам, внедрившим новые подходы управления заболеваниями [22];

- гос. программа «С дипломом – в село» [17], действующая ещё с 2009 г. Программа предполагает оказание финансовой помощи молодым специалистам, приезжающим работать в сельскую местность (единовременные подъемные пособия, льготные кредиты на жильё, повышенные тарифные ставки);

- система стимулирования медработников.

Однако такой подход с точки зрения корпоративного управления не отвечает принципам справедливости и возможности влиять на результат, поскольку отдельно взятый врач не может повлиять на уровень заболеваемости в регионе. Он должен отвечать только за участок своей ответственности. Поэтому система стимулирования мед. работников нуждается в совершенствовании. К тому же развивать систему стимулирования медработников по типу стимулирования в коммерческих структурах вынуждают и объективные обстоятельства:

- развитие медицинской науки, внедрение новых методов диагностики и лечения вызывают необходимость профессионального и личностного развития медицинских работников;

- расширяются функции врача, в МО создаются принципиально новые цифровые рабочие места;
- возрастает экономическая ответственность МО перед страховыми компаниями и гражданами;
- растет конкуренция за пациента между МО;
- растет конкуренция за персонал между МО;
- развиваются внебюджетные источники финансирования;
- растет пациентоориентированность;
- растет акцент на качество МП, поскольку качественное лечение ведет к сокращению расходов на лечение и профилактику заболеваний, а следовательно, увеличению прибыли МО;
- рисковый характер труда медицинского работника вынуждает МО предусматривать мероприятия по снижению вероятности ошибок, что требует соответствующего уровня квалификации, постоянного ее совершенствования и соответствующего стимулирования;
- появление разных групп пациентов со своими специфическими запросами к видам, качеству и условиям оказания медицинских услуг.

Несомненно, качество МП зависит и от квалификации медицинского персонала. Проблема качественной подготовки медицинских кадров является на сегодняшний день одной из приоритетных в здравоохранении Республики. Во всех организациях медицинского образования страны внедрены новые программы, в основе которых – международные требования к подготовке кадров в здравоохранении [29].

Большие надежды вкладываются в цифровизацию здравоохранения. Предполагается, что цифровые технологии в здравоохранении могут помочь решить основные блоки проблем: доступность и качество медицинской помощи, а также вопросы профилактики заболеваний [13].

Развитие проектных форм управления в госпитальном менеджменте

В современном бизнесе проектное управление – давно уже повсеместная реальность. Данная форма управления назрела и в здравоохранении Казахстана, где активно внедряется и используется программно-целевой подход, суть которого заключается в разработке и внедрении программно-целевых программ. По сути – это и есть проекты. Поэтому проектное управление необходимо как на уровне министерства, так и на уровне самих медицинских организаций.

Среди крупных проектов МЗРК, можно отметить:

- Проект службы общественного здравоохранения;
- Проект национальной лекарственной политики;
- Проекты развития инфраструктуры здравоохранения;
- Проекты информатизации системы здравоохранения.

Применение методов и технологий, заимствованных из корпоративного управления, позволяет повысить эффективность, минимизировать затраты, время реализации и улучшить другие показатели проектов.

Корпоративное управление предлагает для этого два принципиальных подхода:

1) Классический (англ. Waterfall) – последовательный, поэтапный подход (рисунок 3).



Рисунок 3 – Схема классического подхода в управлении проектами

Достоинства, недостатки области применения классического подхода обобщены в таблице 2. Обозначенные недостатки ограничивают эффективность Waterfall в управлении рискованными и уникальными проектами.

Таблица 2 – Специфика классического подхода (Waterfall) в управлении проектами

Характеристика	Описание
Достоинства	<ul style="list-style-type: none"> - относительная простота содержания; - возможность глубокой детализации, что удобно для малоопытных проектных команд; - заранее определенные требования к проекту и продукту; - возможности для упрощения контроля.
Недостатки	<ul style="list-style-type: none"> - важно качественно планировать проект ещё до его начала, что не всегда возможно; - значительная продолжительность подготовительного периода; - большой объем проектной документации; - высокая чувствительность финансовой модели к изменениям; - ограниченные возможности изменений по ходу выполнения проекта.
Оправданные области применения	<ul style="list-style-type: none"> - условие детального определения требований ещё до начала проекта без возможности их изменения по ходу проекта; - заранее известны, какие будут использованы инструменты, методы, технологии

2) Гибкий итеративно-инкрементальный подход (англ. Agile) – подход, предполагающий динамическое формирование требований в ходе итераций.

Проект разбивается не на последовательные фазы, как в Waterfall, а на небольшие подпроекты (рисунок 4).

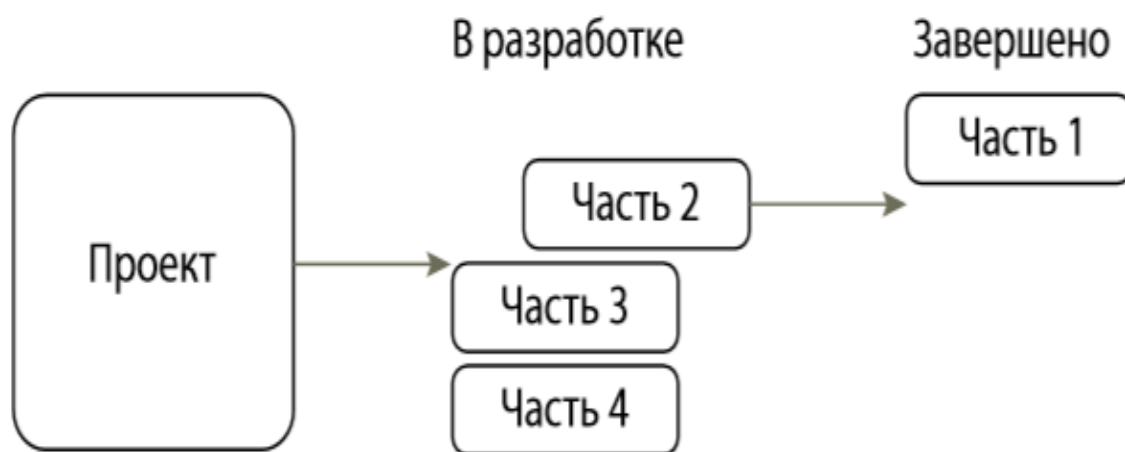


Рисунок 4 – Схема подхода Agile в управлении проектами

Достоинства, недостатки области применения Agile обобщены в таблице 3.

Таблица 3 – Специфика гибкого подхода (Agile) в управлении проектами

Характеристика	Описание
Недостатки	<ul style="list-style-type: none"> - риск низкого качества продукта проекта; - риск не завершения проекта.
Достоинства	<ul style="list-style-type: none"> - возможность вовлечения конечного пользователя в процесс управления проектом; - упрощение принятия корректировок и изменений по ходу выполнения проекта; - возможность получить промежуточный бизнес-результат ещё до полного завершения проекта; - возможности уменьшить продолжительность выполнения проекта.
Оправданные области применения	<ul style="list-style-type: none"> - проекты с высокой степенью неопределённости и изменчивости условий и внешней среды; - высокий уровень компетенций команды проекта: кроссфункциональные компетенции, ответственность.

В последнее время роль гибких форм управления в ГМ существенно возросла, поэтому актуальность Agile и основанных на этом подходе технологий в МО востребована. Наиболее известная технология – Scrum, в соответствии с которой предлагается проект разбивать на части (подпроекты), выполняя каждую часть заказчик сразу же получает определенную ценность (результат). Scrum позволяет при участии небольшого количества вовлеченных сотрудников (всего 6 человек) осуществить создание и сопровождение большого числа проектов (более 20). При этом среднее время реализации проектов сокращается в 2-2,5 раз. Таким образом, Scrum благоприятно складывается на общей скорости реализации проектов.

В России технология Scrum положительно зарекомендовала себя в национальных проектах здравоохранения по внедрению инноваций в МП, вовлечению пациентов, проведению клинических исследований, управлению медицинскими затратами, формированию ценообразования, ведению отчетности, реорганизации процессов внутри МО.

Выводы:

1) Здравоохранение РК столкнулось с рядом вызовов внешней среды, что потребовало реформирования. Реформирование здравоохранения без решения внутренних проблем не даст должного результата. Однако данный проблемный кейс может быть разрешен за счет использования аналогий управления в корпоративном менеджменте, для которого также возможны близкие по содержанию проблемные ситуации.

2) Госпитальный менеджмент постоянно развивается, адаптируясь под вызовы и изменения внешней среды. Большие возможности открываются при использовании в ГМ технологий корпоративного управления, заимствованных из зарубежного и отечественного опыта. Использование передовых технологий в ГМ позволит оптимизировать процесс принятия решений, увеличить объемы финансирования, оптимизировать финансовые потоки, повысить и стабилизировать качество МП, расширить применение проектных форм управления в ГМ. В совокупности решение этих задач способствует росту эффективности ГМ.

2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Госпитальный менеджмент должен быть эффективным. Так ли это – можно определить по совокупности показатели. Изучение эффективности входит в круг задач менеджмента качества. Согласно ISO 9000:2000 «Международный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» эффективность – это отношение результата к затратам (временным, финансовым, людским и др.) [30]. Следовательно, методы повышения эффективности предполагают либо повышение результативности, либо сокращение затрат. Следовательно, эффективный ГМ основан на двух концептуальных положениях [27, 28]:

- рациональное использование ресурсов;
- высокое качество медицинской помощи (не только соответствующее законодательным и специальными нормам, но и ожиданиям пациентов).

Для оценки рациональности использования ресурсов применяют количественные показатели (таблица 4).

Таблица 4 – Показатели рациональности использования ресурсов в МО

Группа показателей	Содержание
Показатели использования коечного фонда (для стационаров)	<ul style="list-style-type: none">- среднегодовая койкозанятость;- средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре;- оборот койки – среднее количество пациентов, которые находились на одной койке.
Показатели эффективности поликлинического обслуживания	<ul style="list-style-type: none">- удельный вес лиц, обратившихся за МП в течение года;- среднее число случаев поликлинического обслуживания на одного пациента (жителя), обратившегося за МП;- среднее число посещений на один случай поликлинического обслуживания.
Показатели приемного отделения	<ul style="list-style-type: none">- количество поступивших пациентов;- количество госпитализированных пациентов;- ритмичность (соответствие ожиданиям) поступления пациентов.
Показатели нагрузки медицинского работника	<ul style="list-style-type: none">- среднее количество операций на одного хирурга;- число оперативных вмешательств в целом и по отдельным видам.
Кадровые показатели	<ul style="list-style-type: none">- обеспеченность врачами различных профилей;- укомплектованность штатного расписания МО;- текучесть среди мед. работников в разрезах различных категорий (врачи, средний, младший медицинский персонал).
Финансовые показатели	<ul style="list-style-type: none">- объем гарантированного государством финансирования;- ФОТ и эффективность его использования;- затраты в разрезе различных направлений;- соотношение затраты / выгоды;- производительность труда;- коэф. использования основных средств;- доход от платных медицинских услуг;- среднемесячная зарплата мед. работников в сравнении со средней по региону и отрасли. Соответствие средней зарплаты плановой.

Примечание: составлено по материалам [31, 32, 33]

Содержание показателей зависит от вида медицинской помощи (скорая, стационарная, восстановительная и др.).

Для оценки качества МП используют количественные и качественные показатели (таблица 5).

Таблица 5 – Показатели качества медицинской помощи в МО

Группа показателей	Содержание
Широта профиля (для многопрофильных МО)	<ul style="list-style-type: none"> - структура оперативных вмешательств; - адекватность сортировки поступающих пациентов; - объем оказываемых медицинских услуг
Компетенции медицинских работников	<ul style="list-style-type: none"> - доля специалистов, прошедших повышение квалификации за год (другой период); - доля мед. работников высшей квалификации и с учеными степенями.
Техническая и технологическая оснащенность	<ul style="list-style-type: none"> - количество койкомест; - наличие оборудования для обеспечения выполнения требований стандартов и порядков оказания МП по основной нозологии/
Удовлетворенность пациентов	<ul style="list-style-type: none"> - количество и содержание жалоб от пациентов; - результаты опросов и анкет; - тесты удовлетворенности, например, научно обоснованная методика, заимствованная из менеджмента – Индекс удовлетворенности клиентов (CSAT Customer Satisfaction Score) [34]
Здоровье и безопасность пациентов	<ul style="list-style-type: none"> - летальность в МО; - летальность в течение 12 мес. после обращения в МО с серьезным заболеванием; - структура выписанных из стационара – доля для выписанных по выздоровлению: с улучшением, без изменений, умерших; - процент первично правильно диагностированных пациентов; - продолжительность периода от первичного обращения до постановки диагноза с документированием; - доли разных категорий пациентов по отношению к общему количеству пациентов (например, пациентов с благоприятным исходом, с неблагоприятным исходом, с ампутацией и др.).
Оформление медицинской и другой внутренней документации	<ul style="list-style-type: none"> - доля документов в электронном виде; - доля внутренних документов, прошедших экспертизу качества.
Общие показатели качества услуг	<ul style="list-style-type: none"> - открытость и доступность информации о МО; - комфортность условий и доступность получения МП для людей с ограниченными возможностями; - продолжительность ожидания в очереди; - доброжелательность работников МО и др..

Примечание: составлено по материалам [33, 34]

Конечно, перечисленные показатели – это далеко не исчерпывающий список. В зависимости от профиля МО могут быть использованы и специфические показатели. Показатели целесообразно рассматривать в комплексе. Отдельные отклонения не всегда свидетельствуют о низкой эффективности или плохом качестве. Также, чтобы делать объективные выводы, необходимо анализировать показатели в сравнении с лучшими практиками и в динамике.

Заметим также, что перечисленные показатели являются стандартизированными и составляют минимум лицензионных требований к

качеству и эффективности МП. Также данные показатели входят в оценку контроля качества МП при проведении аккредитации.

Однако данные показатели не являются системными и не отражают качество процессов внутри МО. Для восполнения этого недостатка предлагается взять за основу методологию анализа процессов в корпоративном управлении через принципы TQM, закрепленными в стандартах ИСО серии 9000.

Оценивать ГМ целесообразно в разрезе функций и процессов.

Традиционно функции управления, в том числе и ГМ, подразделяют на общие и специфические. Общие – присущие любому объекту управления. К ним относят: планирование, организация, мотивация, координация и контроль. Их взаимосвязь представлена на рисунке 5.

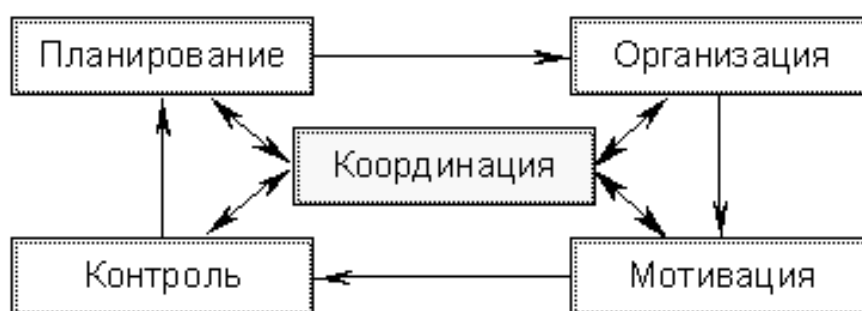


Рисунок 5 – Взаимосвязь общих функций ГМ

Примечание: источник

Специфические функции отражают особенности объекта управления. То есть функции, которые присущи тем или иным конкретным элементам системы, отражая их специфику. Конкретное содержание функций управления определяет объект управления, в данном случае, – МО.

Диссертант полагает, что в ГМ мотивация – несомненно важная функция, но по своему содержанию – это только часть функции управления персоналом. Поэтому вместо функции «мотивация» целесообразно рассматривать функцию «управление персоналом МО». Также диссертантом выделена в современном ГМ ещё одна функция – совершенствование. Эта функция фактически всегда осуществляется в передовых МО, но не всегда её выделяют как функцию ГМ.

В развитие этой идеи диссертантом предложена модель взаимосвязи функций ГМ (рисунок 6). Данную модель можно использовать как основу для анализа эффективности ГМ в конкретной организации. Для этого на основании анализа стандарта ISO 9000:2015 «Quality management systems – Fundamentals and vocabulary» и другой научной литературы обобщены принципы эффективного корпоративного управления в ГМ (Приложение А).

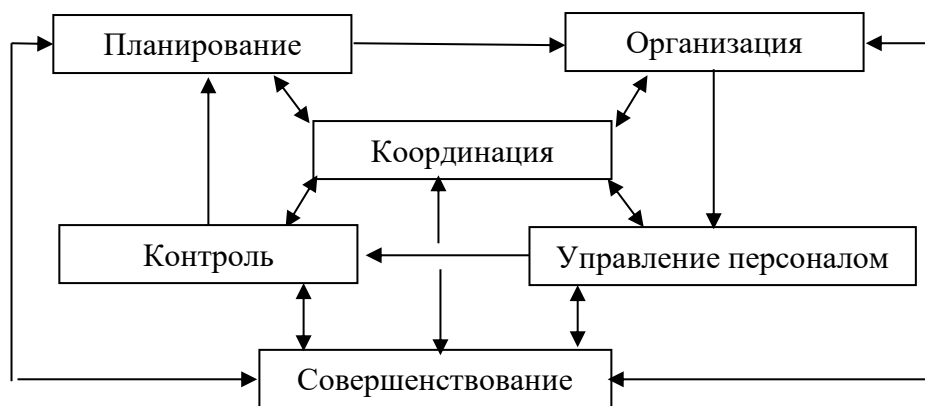


Рисунок 6 – Авторская модель взаимосвязи общих функций ГМ
Примечание: предложено диссертантом

Следуя этим принципам, можно:

- учесть в ГМ интересы разных стейкхолдеров;
- формализовать и оптимизировать процессы ГМ;
- упростить управление рисками и неопределенностями;
- организовать стимулирование сотрудников по целям организации.

Качество МП обычно оценивают тремя методами:

- оценка результата работы пациентом (отзывы, опросы, анкеты).
- профессиональная оценка;
- характеристики ресурсов.

В современных условиях многие страны, разрабатывая стратегию развития здравоохранения, акцентируют внимание на показателях качества МП, и ее результате – удовлетворенности пациентов и других стейкхолдеров здравоохранения. Западные медицинские организации для улучшения качества обслуживания пациентов интегрируют показатели качества МП, показатели удовлетворенности пациентов и показатели стимулирующей системы оплаты труда.

Для обоснования выбора базы исследования руководствовались следующими критериями:

- соответствие цели и задачам диссертации;
- доступность материалов для диссертанта;
- репрезентативность – близость по характеристикам средней по региону, чтобы результаты диссертационного исследования могли бы быть обобщены на большинство аналогичных медицинских организаций в регионе.

Таковым критериям удовлетворяет Городская многопрофильная больница № 2 (г. Нур-Султан).

К аналитической части работы привлечена группа экспертов (Приложение Б). За основу исследования принята традиционная схема стратегического анализа (рисунок 7).

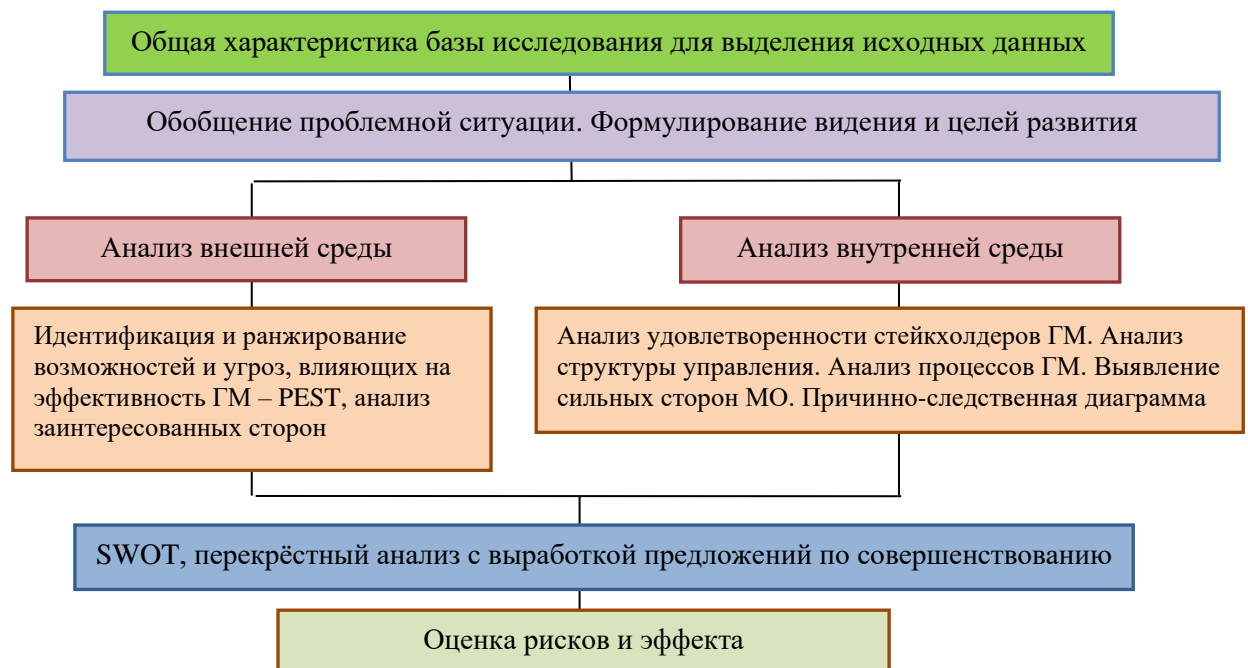


Рисунок 7 – Схема исследования госпитального менеджмента
Примечание: составлено автором с учетом мнения экспертов

Исследование ГМ должно быть комплексным с учетом факторов внутренней и внешней среды. В соответствии со схемой исследования конкретные рекомендации по разработке эффективных механизмов корпоративного управления в госпитальном менеджменте будут разработаны по результатам перекрестного SWOT-анализа внешних и внутренних факторов.

В Приложении Б представлена характеристика выбранного инструментария исследований.

В данном разделе в соответствии со схемой исследования:

- дана общая характеристика базы исследования с целью выделения исходных данных;
- проведено обобщение проблемной ситуации из интервью с ключевыми менеджерами МО;
- сформулированы видение и цели развития.

Вывод: эффективность ГМ целесообразно оценивать не только с позиций традиционных метрик системы здравоохранения, но и с позиций корпоративного менеджмента, через метрики удовлетворенности стейкхолдеров и выполнения функций ГМ. Для прикладного воплощения методологии оценки функций ГМ предложено оценивать их с позиций набора принципов корпоративного управления, что является научной новизной настоящей диссертации.

2. АНАЛИЗ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая характеристика базы исследования

Основные сведения о медицинской организации (базы исследования) приведены в Приложении Б (таблица Б.3).

Структура управления ГМБ № 2 представлена в Приложении В. высшее руководство осуществляет Наблюдательный совет, который занимается:

- утверждением отчётности перед собственником;
- разработкой стратегии развития МО;
- утверждением и мониторингом эффективности крупных проектов;
- утверждением ключевых документов, регламентирующих деятельность МО (устав, стратегия развития, политика качества и др.);
- утверждением директора и его заместителей.

Финансовая отчетность ГМБ № 2 представлена в Приложении Г. Основные финансовые показатели ГМБ № 2 представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Показатели финансовой эффективности ГМБ № 2, тыс. тг.

Показатели	Годы		Отклонение 2021 от 2020	Темп динамики 2021 к 2020, %
	2020	2021		
Основные средства	10627065	9548579	-1078486	89,9
Баланс	12094674	11669448	-425226	96,5
Краткосрочные обязательства	1045658	2388882	1343224	228,5
Долгосрочные обязательства	1675	820	-855	49,0
Капитал	11047341	9279746	-1767595	84,0
Доход от реализации продукции и оказания услуг	8099793	9974527	1874734	123,1
Себестоимость реализованной продукции и оказанных услуг	(8044621)	(10178961)	-2134340	126,5
Валовая прибыль от продаж	55172	-204434	-259606	-370,5
Рентабельность продаж, %	0,7	-2,0	-2,7	-300,9
Доходы и расходы от прочей деятельности, налоги	-54601	-1563161	-1508560	2862,9
Итоговая прибыль (итоговый убыток)	571	(1767595)	-1768166	-309561,3
Среднесписочная численность работников, чел.	2036	2052	16	100,8
Производительность труда, тыс. тг. / чел.	3978,3	4860,9	882,6	122,2
Прибыль на одного работника	27,1	-99,6	-126,7	-367,7
ФОТ	5375040	5417280	42240	100,8
Рентабельность ФОТ, %	0,0	-32,6	-32,6	-307147,6
Среднемесячная зарплата врачей	307	324	17	105,5
Среднемесячная зарплата среднего медицинского персонала	226	233	7	103,1
Среднемес. зарплата младшего медицинского персонала	106	116	10	109,4

Примечание: по данным финансовой отчетности (Приложение Г)

За отчетный период (2021 г.) валюта баланса уменьшилась на 425226 тыс. тг. Сокращение обусловлено уменьшением основных средств (-1078486 тыс. тг.).

Доходы ГМБ № 2 обусловлены тремя потоками:

- поступления из бюджета за выполнение плановых заданий (68%);
- поступления от страховых компаний (23%);
- поступления от платных услуг (9%).

Выручка в анализируемом периоде выросла на 23,1 %. Себестоимость – на 26,5 %. Валовая прибыль на конец 2020 г. составила -204434 тыс. тг., (имел место убыток). Превышение обусловлено сложным периодом пандемии, когда расходы оказались выше запланированных.

Среднесписочная численность персонала в течение рассматриваемого периода выросла на 0,8 %. Производительность труда выросла на 22,2 %.

Таким образом, финансовый анализ показал, что рассмотренный период был сложным для МО. Сложности были обусловлены непредвиденными расходами, обусловленными пандемией Covid-19. Несмотря на трудности, МО росла – увеличилось количество сотрудников, возросли доходы и производительность труда.

Данные по персоналу ГМБ №2 представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Укомплектованность медицинским персоналом ГМБ № 2, чел.

Позиция	Фактическое число работающего персонала					Коэффициент укомплектованности	Общее число позиций /штатная численность за 2021 г.
	2019	2020	2021	уд. вес,	Темп роста, %		
Менеджеры	138	148	150	7,3	108,7	100,0	150
Врачи	480	502	514	25,0	107,1	97,9	525
Медсестры	733	748	758	36,9	103,4	97,2	780
Санитарки	472	472	474	23,1	100,4	94,4	502
Др. работники	175	166	156	7,6	89,1	91,8	170
ВСЕГО	1998	2036	2052	100,0	102,7	96,5	2127

Примечание: составлено по материалам кадровой отчетности

Приведенные данные свидетельствуют о расширении штатного расписания, которое на конец 2020 г. заполнено на 96,5 %. Больше всего в МО медсестер – среднего медицинского персонала – 36,9 % на конец 2020 г.

Наиболее выражена нехватка персонала имеет место среди санитарок (младшего медицинского персонала) – заполнение вакансий на 94,4 % и др. работников (рабочие, водители и пр.) – заполнение вакансий 91,8 %. Неукомплектованность негативно отражается на нагрузке работников – некоторые работники вынуждены совмещать ставки.

В 2019-2021 гг. численность врачей и сотрудников среднего медицинского персонала, имеющих высокие квалификационные категории, регулярно увеличивалась. На конец 2021 г. доля медицинских работников с высшей и первой квалификационной категорией составляла 85,4%. В ГМБ № 2 работают 85 сотрудников с учеными степенями.

Текущее состояние персонала в среднем 8,6 %, что соответствует норме.

Средний возраст работников 36,5 лет.

Далее соответствии со схемой исследования проведена предварительная оценка проблемной ситуации в ходе неструктурированного интервью с руководителем МО – Директором ГМБ № 2. Интервью проведено автором настоящей диссертации в феврале 2022 г. Основные результаты из интервью:

1) Планы ГМБ № 2 на 2021-2022 гг.:

- внедрение;
- коммерциализация исследований;
- международная аттестация GCP и GLP;
- обеспечение доли внебюджетных поступлений до 15 %;
- рост производительности труда;
- рост выручки до 10 000 млн тг. в год;
- развитие цифровых и информационных технологий: организация работы Call-центра, системы электронного документооборота;

- повышение гибкости и адаптивности госпитального менеджмента к вызовам внешней среды. Предполагается все вызовы будут структурированы и по каждому разработан гибкий формализованный алгоритм реагирования с утвержденными критериями эффективности.

2) Формулирование видения и цели совершенствования ГМ.

3) Отмечается усиление внешних угроз:

- недостаточное финансирование из местного бюджета;
- экономический кризис, отрицательно сказывающийся на объемах финансирования здравоохранения;
- риски, связанные с пандемией Covid-19 остаются высокими;
- сокращение доходности из-за увеличения доли затрат на закуп медицинских препаратов и оборудования, инженерные услуги;

Анализ качества медицинской помощи

Анализ проведен по данным медицинской отчетности – Приложение Д (таблица Д.1). Динамика доли показателей, соответствующих норме, представлена в виде диаграммы (рисунок 8).

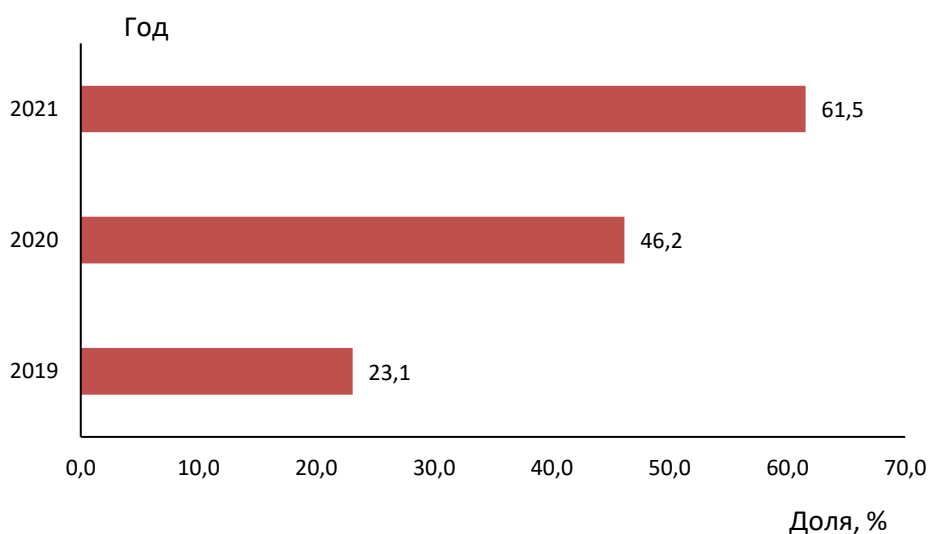


Рисунок 8 – Динамика доли показателей качества, соответствующих норме

Примечание: составлена по результатам анализа медицинской отчетности

Результаты анализа объективных метрик качества МП показывают, что:

- показатели качества за анализируемый период улучшаются, однако разрыв между идеальным значением остается значительным (на 2021 г. – 38,5 % или 8 показателей из 13 в норме);

- существенных отклонений от нормы не обнаружено. Отдельные отклонения (количество жалоб и административных взысканий), превышающие лучшие практики, не являются принципиальными.

Анализ эффективности медицинской помощи

Анализ проведен по данным медицинской отчетности – Приложение Д (таблица Д.2). Динамика доли показателей, соответствующих норме, представлена в виде диаграммы (рисунок 9).

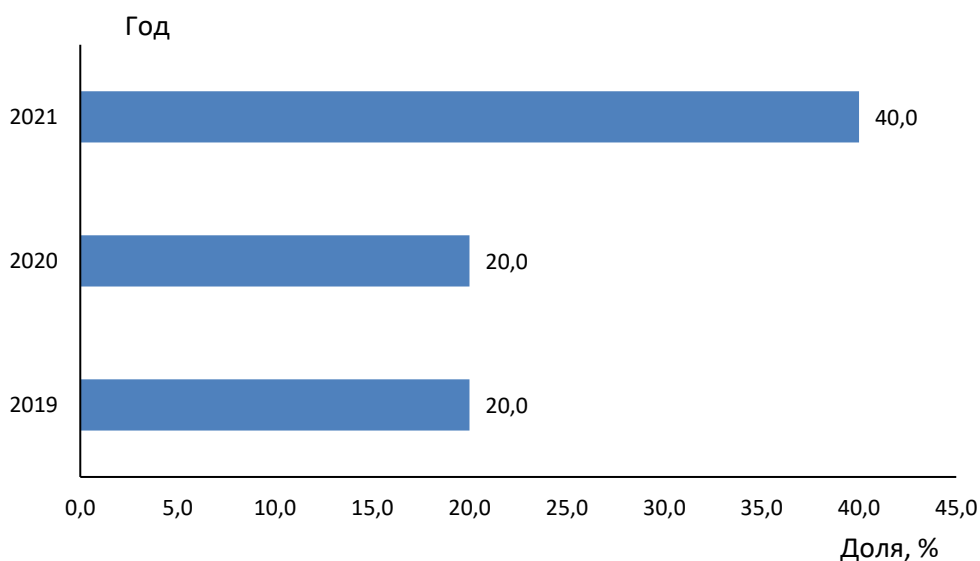


Рисунок 9 – Динамика доли показателей эффективности, соответствующих норме

Примечание: составлена по результатам анализа медицинской отчетности

Результаты анализа объективных метрик эффективности ГМ показывают, что:

- показатели эффективности за анализируемый период улучшаются, однако разрыв между идеальным значением остается значительным (на 2021 г. – 40,0 % или 2 показателя из 5 в норме);

- отмечается негативная тенденция роста расходов на устранение проблемных ситуаций;

- отмечается превышение этих расходов над лучшими практиками.

Анализ процессов госпитального менеджмента

В ГМ организации выполняются три группы процессов:

- процессы стратегического и финансового управления: стратегическое планирование, внедрение инноваций;

- операционные процессы: закупки, клиническая деятельность;

- поддерживающие процессы: управление персоналом, медицинским оборудованием, инфраструктурой, инфекционным контролем, информацион-

ными ресурсами, маркетингов, связями с общественностью, PR, фармакологическая и аптечная деятельность, санитарная обработка и дезинфекция, стерилизация изделий медицинского назначения, организация питания пациентов.

В организационной структуре (см. Приложение В) есть центры ответственности (ЦО) за процессы. Однако, по результатам обсуждения в группе экспертов есть организационные недостатки:

- процессы маркетинга, PR и связям с общественностью выполняются несистемно поскольку возложены на непрофильное подразделение – Отдел координации и развития платных услуг;

- управление рисками, составляющее стратегический блок, не имеет профессионального ЦО – реализуется Отделом контроля качества, Директором и его заместителями;

Анализ удовлетворенности стейкхолдеров ГМ

Помимо пациентов у ГМБ № 2 есть и другие стейкхолдеры – см. разд. 1.1.

Анализ проводился путём анкетирования случайно выбранных 10 респондентов из каждой группы стейкхолдеров. Респондентам предложено по пятибалльной шкале CSAT оценить степень удовлетворенности.

Стейкхолдеры и анализируемые интересы представлены в таблице 8. В таблице приведена усредненная оценка CSAT.

Таблица 8 – Стейкхолдеры ГМБ № 2 и удовлетворенность их интересов по шкале CSAT

Стейкхолдер	Анализируемый интерес	Оценка удовлетворенности CSAT	
		Баллы, усредненно по 10 респондентам	Отклонение от идеального, %
Минздрав РК	Выполнение гос. программ и заданий	4,1	18,0
Местное бизнес-сообщество	Состояние здоровья работников	3,4	32,0
Пациенты, население района	Соответствие уровня качества услуг ожиданиям	4,4	12,0
Поставщики	Получение опыта и финансовая заинтересованность	3,7	26,0
Учредители организации (местный акимат)	Заболеваемость в регионе	2,9	42,0
Медицинское проф. сообщество	Получение опыта, база для научной деятельности	4,4	12,0
Менеджеры МО	План / факт	3,2	36,0
Медицинские работники	Реализация потребностей	4,0	20,0

Примечание: по результатам опроса стейкхолдеров

По результатам построен профиль удовлетворенности (рисунок 10). По результатам обсуждения в группе экспертов за угрозы выбраны те, оценка которых отклоняется от идеальной более чем на 35 %, а за возможности – оценка которых отклоняется от идеальной менее чем на 20 %.

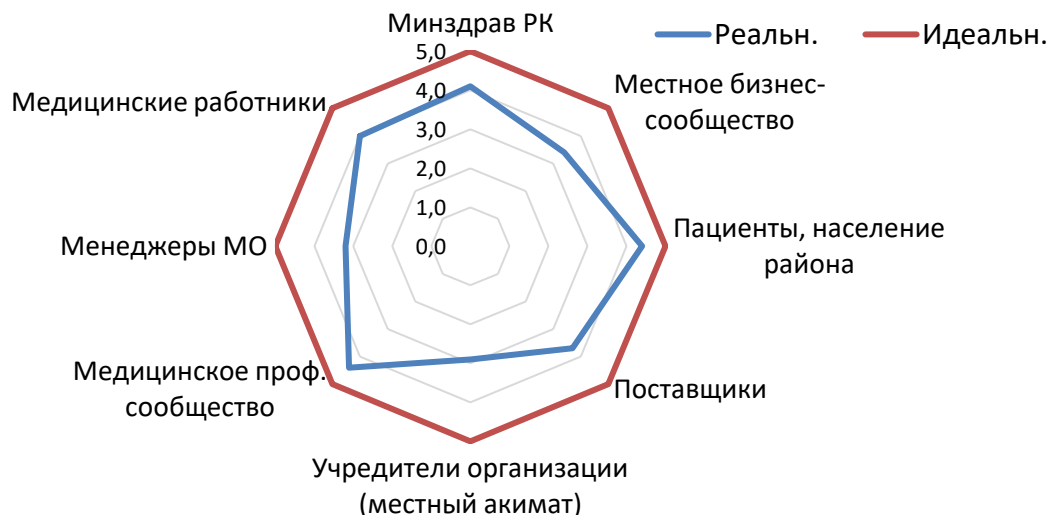


Рисунок 10 – CSAT-профиль удовлетворенности стейкхолдеров ГМД № 2
Примечание: построено по результатам опроса стейкхолдеров

Возможности:

- удовлетворенность Минздрава выполнением гос. программ и заданий;
- удовлетворенность пациентов качеством МП;
- удовлетворенность медицинским проф. сообществом возможностью получать опыт и проводить научные изыскания.

Угрозы:

- неудовлетворенность в местном акимате высокой заболеваемостью в регионе (однако данное обстоятельство зависит от многих факторов, а не только от качества МП ГМБ № 2);
- неудовлетворенность менеджеров МО соблюдением графиков и бюджетов проектов.

Анализ субъектов корпоративного управления в МО

Среди стейкхолдеров можно выделить субъектов корпоративного управления на уровне медицинской организации:

- менеджеры МО;
- медицинские работники;
- учредители МО.

Данные субъекты обладают возможностью управлять бизнес-процессами медицинской организации.

В таблице 9 представлено распределение стейкхолдеров-субъектов корпоративного управления по матрице Л. Менделоу (матрица «Влияние на организацию – Значимость»). Среди субъектов имеются только представители групп «А» и «Б». Субъекты Группы А имеют высокий уровень власти над МО, но не проявляют существенного интереса к её деятельности. У этой группы запросы требуют оперативного решения. Субъекты Группы Б во многом определяют судьбу МО. Большая часть деятельности МО должна быть направлена на взаимодействие и удовлетворение интересов этой группы субъектов. Это есть ключевые стейкхолдеры-субъекты корпоративного управления.

Таблица 9 – Матрица Л. Менделоу (матрица «Влияние – Значимость»)

		Значимость	
		Низкая	Высокая
Сила влияния	Высокая	Группа А Медицинские работники	Группа Б Менеджеры МО Учредители в лице акимата
	Низкая	Группа В –	Группа Г –

Примечание: составлено диссертантом

Других субъектов в МО нет. Субъекты корпоративного управления решают стратегические и оперативные проблемы МО.

На основании опросов выборки субъектов корпоративного управления сформулирована причинно-следственная диаграмма проблемной зоны ГМБ № 2 (рисунок 11). Сама проблема – это угрозы невыполнения планов развития МО, финансовых и репутационных потерь вследствие неготовности ГМ к вызовам внешней среды.

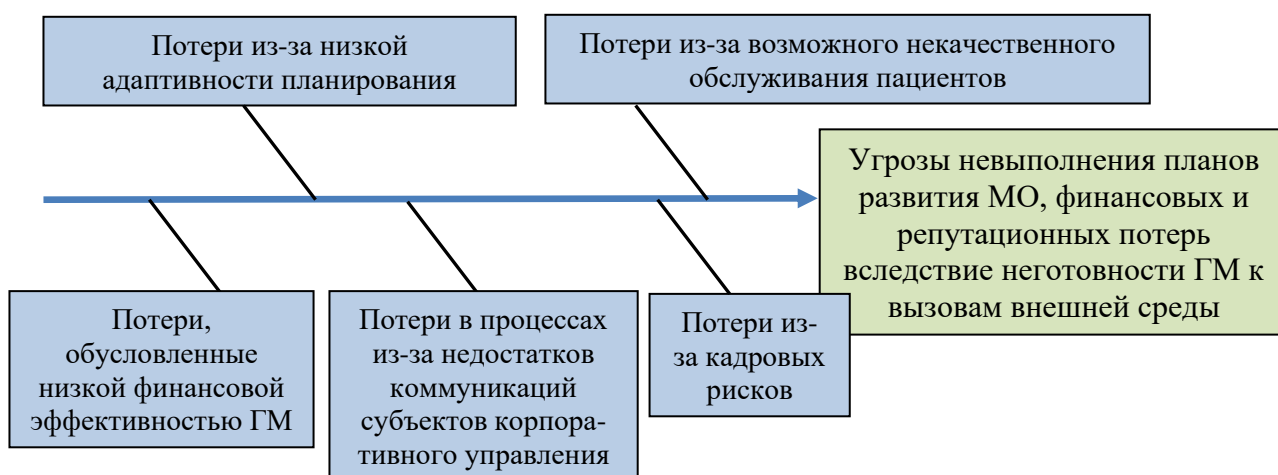


Рисунок 11 – Причинно-следственная диаграмма проблем ГМБ № 2

Примечание: составлено по результатам опроса субъектов корпоративного управления

Декомпозиция проблемы позволила выделить и её причины первого уровня:

- риски потерь из-за низкой адаптивности планирования, когда система ГМ не может адекватно и своевременно реагировать на вызовы внешней среды. В результате МО в сложных ситуациях испытывает недофинансирование;

- риски потерь из-за возможного некачественного обслуживания пациентов. Данный риск проявляется в потере пациентов, переходе многих пациентов в платные клиники, а также возможные судебные издержки;

- низкая финансовая эффективность, когда соотношение расходы / результат превышают желательный уровень;

- потери в процессах из-за недостатков коммуникаций субъектов корпоративного управления. В структуре управления МО (Приложение В) преобладают вертикальные иерархические коммуникации. Это удлиняет сроки принятия решений и затрудняет внедрение информационных технологий в госпитальном менеджменте. По оценке экспертов процессы замедляются в среднем в 2 раза;

- риски потерь из-за кадровых проблем – усиления текучести, переманивания специалистов.

Совершенствование ГМ предполагает решение обозначенной проблемной ситуации (рисунок 12).

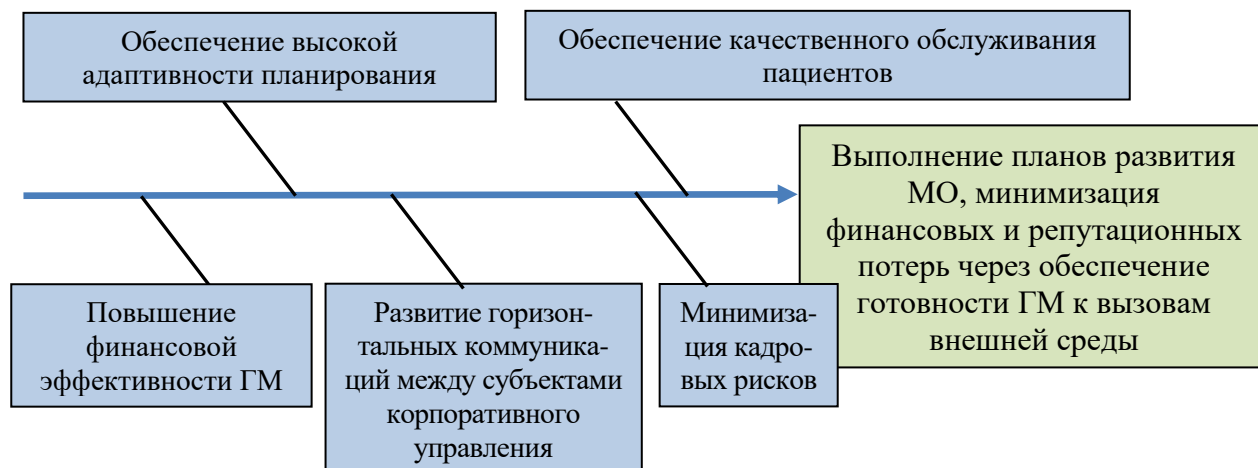


Рисунок 12 – Целевая диаграмма планируемого развития госпитального менеджмента ГМБ № 2

Примечание: составлено по результатам субъектов корпоративного управления

То есть для того, чтобы выполнить планы развития МО, минимизировать финансовые и репутационные потери, необходимо:

- обеспечение высокой адаптивности планирования;
- обеспечение качественного обслуживания пациентов;
- повышение финансовой эффективности ГМ;
- минимизация кадровых рисков.

Анализ выполнения функций ГМ

В соответствии с представленной выше методологией предлагается анализировать в разрезе выполнения принципов корпоративного управления. Сами функции и принципы рассмотрены в Приложении А. Оценка проведена экспертным методом. В итоге рассчитан индекс выполнения функций (IK_i):

$$IK_i = \left[\frac{1}{m} \sum_{i=1}^m X_i \right] \times 100\%, \quad (1)$$

где m – количество показателей;

X_i – булева переменная, принимающая значение 1, если i -тый признак присутствует и равна 0, если i -тый признак отсутствует.

В качестве признаков для расчета IK_i после обсуждения в группе экспертов выбраны принципы корпоративного управления (см. Приложение А). После обсуждения в группе экспертов проведена декомпозиция каждого принципа по пяти метрикам. Каждому эксперту предложено дать значения для булевой переменной для каждой метрики (Приложение Е).

Результаты наглядно обобщены в формате радар-диаграммы выполнения функций ГМ (рисунок 13).

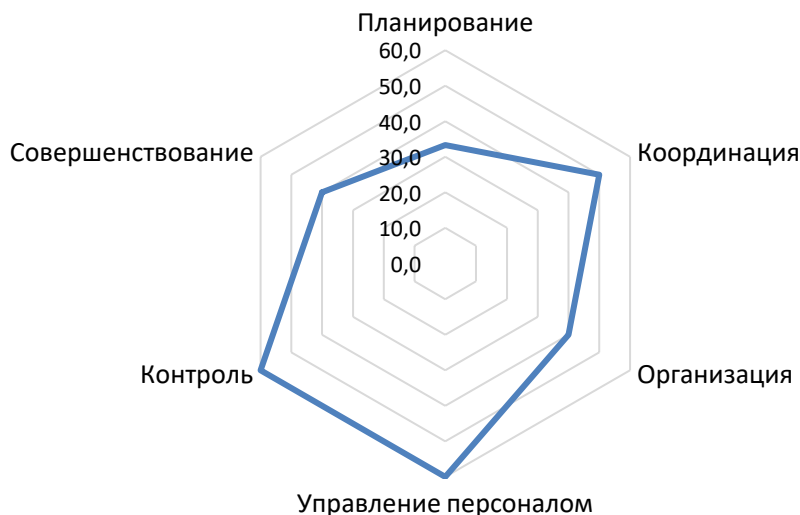


Рисунок 13 – Профиль выполнения функций ГМ в разрезе принципов корпоративного управления (как есть)

Примечание: построен по экспертным оценкам

Наибольшее отставание наблюдается у функций:

- планирование – выполнение 33,3 %;
- организация – выполнение 40,0 %;
- совершенствование – выполнение 40 %.

Наиболее полно соответствуют принципам корпоративного управления функции:

- контроль – выполнение 60,0 %;
- управление персоналом – выполнение 60,0 %.

В разрезе выполнения самих принципов корпоративного управления наибольшее отставание наблюдается у принципов: «Ответственности», «Согласованности», «Обоснованности», «Улучшения».

Общий индекс выполнения функций ГМ в соответствии с принципами корпоративного управления $IK_{14} = 32 / 14 = 2,29$. Идеальное значение индекса (при полном соблюдении принципов $70 / 14 = 5,0$). Итого принципы соблюдаются на 45,8 % (см. Приложение Е).

Анализ внешних факторов дальнего окружения

В соответствии с выбранной методологией исследования данный анализ проведен в формате PEST. Условия проведения:

- количественные данные. Оценочная шкала: сила влияния фактора (от -5 до 5) и «вес» (важность) фактора (от 0 до 1);

- источники информации – электронные и печатные публикации о политических, экономических, социальных и технологических факторах, мнения экспертов;

- метод экспертных оценок.

В ходе обсуждения в группе экспертов выделены конкретные факторы дальнего окружения, представленные в Приложении Ж (таблица Ж.1).

Далее необходимо выделить возможности и угрозы. Для этого проведена количественная оценка факторов с применением экспертного метода.

В Приложении Ж (таблица Ж.2) представлены усредненные значения взвешенных оценок ($\sum A_i \times P_i$) по всем экспертам (A_i – оценка экспертом «веса» (важности) фактора (0...1); P_i – оценка экспертом влияния факторов (0...5).

Полученные результаты будут использованы в SWOT-анализе. Для этого выделены наиболее значимые факторы (взвешенная оценка по модулю больше средней – 0,17 ед.) – см. далее SWOT-матрицу.

Анализ внешних факторов ближнего окружения

В соответствии с выбранной методологией исследования данный анализ проведен в формате анализа заинтересованных сторон. Условия проведения:

- количественные данные. Оценочная шкала: сила влияния фактора (от -5 до 5) и «вес» (важность) фактора (от 0 до 1);

- источники информации – результаты анкетирования стейкхолдеров и экспертов (представлены выше);

- метод экспертных оценок.

Аналогично PEST после обсуждения в группе экспертов обобщены факторы ближнего окружения (Приложение Ж, таблица Ж.3).

В Приложении Ж (таблица Ж.4) представлены усредненные значения взвешенных оценок ($\sum A_i \times P_i$) по всем экспертам (A_i – оценка экспертом «веса» (важности) фактора (0...1); P_i – оценка экспертом влияния факторов (0...5).

Полученные результаты будут использованы в SWOT-анализе. Для этого выделены наиболее значимые факторы (взвешенная оценка по модулю больше средней – 0,28 ед.) – см. далее SWOT-матрицу.

Анализ внутренних факторов

В соответствии с выбранной методологией исследования данный анализ проведен в формате SNW. Условия проведения:

- количественные данные. Оценочная шкала: сила влияния фактора (от -5 до 5) и «вес» (важность) фактора (от 0 до 1);

- источники информации – результаты предыдущих исследований, мнения экспертов;

- метод экспертных оценок.

Аналогично PEST в ходе обсуждения в группе экспертов выделены конкретные внутренние факторы, представленные в Приложении Ж (таблица Ж.5).

В Приложении Ж (таблица Ж.6) представлены усредненные значения взвешенных оценок ($\sum A_i \times P_i$) по всем экспертам (A_i – оценка экспертом «веса» (важности) фактора (0...1); P_i – оценка экспертом влияния факторов (0...5).

Полученные результаты будут использованы в SWOT-анализе. Для этого выделены наиболее значимые факторы (взвешенная оценка по модулю больше средней – 0,15 ед.) – см. далее SWOT-матрицу.

SWOT-анализ

Цель анализа: систематизация значимых внешних и внутренних факторов.

Условия проведения SWOT:

- качественные данные;
- источники информации – результаты предыдущих исследований, в которых систематизированы внутренние и внешние факторы.

По результатам представленного выше анализа внешней и внутренней среды построена традиционная четырехпольная таблица SWOT-матрица (таблица 10).

Таблица 10 – Матрица SWOT-анализа

Возможности	Угрозы
1) Увеличение покупательской способности населения в регионе. 2) Увеличение населения в Нур-Султане. 3) Высокий уровень заболеваемости ХНИЗ в регионе. 4) Высокий уровень удовлетворенности пациентов. 5) Удовлетворенность Минздрава РК выполнением гос. программ и заданий.	1) Экономический кризис, отрицательно сказывающийся на объемах финансирования здравоохранения. 2) Риски инфляции и роста цен на мед. препараты и оборудование, инженерные услуги. 3) Рост конкуренции в здравоохранении за счет развития частной медицины.
Сильные стороны	Слабые стороны
1) Наличие целей и планов. 2) Тенденции роста доходов. 3) Значительная доля мед. специалистов с высокой квалификацией. 4) Высокое качество услуг и тенденция его улучшения. 5) Текучесть персонала в норме.	1) Закрытость информации о социальной ответственности, качестве. 2) Низкие зарплаты 3) Неполная укомплектованность 4) Высокая доля расходов, определенных как расходы за некачественное оказание МП. 5) Отстающие от лучших практик показатели эффективности. 6) Процессы маркетинга, PR и связям с общественностью возложены на непрофильное подразделение – Отдел координации и развития платных услуг. 7) Управление рисками, составляющее стратегический блок, не имеет профессионального центра ответственности. 8) Отсутствует специальное подразделение по стратегическому развитию. 9) Отставание от идеального профиля выполнения функций ГМ: планирование, организация, совершенствование (несоблюдение ряда принципов).

Примечание: составлено по результатам экспертных оценок

Отмечается преобладание угроз и слабых сторон над возможностями и сильными сторонами.

Разработка концепции программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента медицинской организации

В соответствии со схемой исследования концепция программы эффективного ГМ разрабатывается на основе перекрестного сопоставления факторов, систематизированных в SWOT-матрице (см. выше). Поскольку перекрёстный анализ предполагает разработку рекомендаций, то он вынесен в проектную часть диссертации.

Итак, методом перекрестного анализа на основе SWOT получены возможные решения проблемных ситуаций (таблицы 11-12). Далее разработанные решения будут использованы в модели эффективных механизмов корпоративного управления в ГМ.

Таблица 11 – SWOT-матрица – перекрестный анализ (квадранты SO и WO)

SWOT	Возможности (Opportunities)						
	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
Сильные стороны (Strength)	Поле СИВ, SO						
S1						SO1	
S2			SO2				
S3						SO3	
S4						SO4	SO5
S5							
Слабые стороны (Weaknesses)	Поле СЛВ, WO						
W1				WO1			
W2							
W3		WO2					
W4				WO3	WO4		
W5							
W6			WO5				
W7			WO6				
W8							
W9							

Примечание: составлено автором

Таблица 12 – SWOT-матрица – перекрестный анализ (квадранты ST и WT)

SWOT	Угрозы (Threats)								
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Сильные стороны (Strength)	Поле СИУ, ST								
S1						ST1			
S2								ST2	
S3			ST3						
S4									ST4
S5							ST5		

Продолжение таблицы 12

SWOT	Угрозы (Threats)								
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Слабые стороны (Weaknesses)	Поле СЛУ, WT								
W1			WT1	WT2					
W2									
W3									
W4									
W5	WT3								
W6									
W7									
W8									
W9		WT4						WT5	WT6

Примечание: составлено автором

Расшифровка обозначений приведена в таблице 13.

Таблица 13 – Расшифровка обозначений в SWOT-матрице

Обозначение	Расшифровка	Обозначение	Расшифровка
SO1	Регулярные анализ профиля выполнения функций ГМ и соблюдения принципов корпоративного управления. Программу развития ГМ разрабатывать в разрезе каждого принципа корпоративного управления.	ST1	Особое отношение к высококлассным специалистам (участие в распределении прибыли, привлечение к участию важных проектов).
SO2	Необходимо поддерживать тенденцию роста доходов, чтобы реализовать цели развития МО. Требуется изыскание новых источников финансирования, чтобы увеличить ФОТ и обеспечить внедрение инноваций.	ST2	Развитие научно-исследовательского коммерческого направления (гранты, конкурсы) для увеличения финансирования.
SO3	Рекомендации, по возможности, выполнять все функции и процессы ГМ. При наличии специально выделенных ответственных это возможно.	ST3	Развитие системы KPI для стимулирования работников, чтобы каждый работник на своём рабочем месте мог влиять на свой KPI, чтобы соблюдались принципы справедливости, достижимости и значимости для работника.
SO4	Регулярный контакт с обратной связью со всеми стейкхолдерами. Анализ мнения и потребностей стейкхолдеров.	ST4	Участие МО в гос. программах по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.
SO5	Поощрение работников в повышении квалификации. Поощрение менеджеров в получении дипломов MBA, DBA, ученых степеней.	ST5	Стремление предоставлять условия труда не хуже, чем средние в отрасли здравоохранения.

Продолжение таблицы 13

Обозначение	Расшифровка	Обозначение	Расшифровка
WO1	Обеспечение удовлетворенности требует открытой информации. Рекомендуется использование коммуникационных информационных технологий для повышения степени открытости. Публикация на сайте отчетности, пресс-релизов, отзывов и др. Организация обратной связи на сайте.	WT1	Мониторинг отзывов о МО как работодателя. Анализ и принятие мер по поводу негативных отзывов.
WO2	Развитие активных форм подбора персонала через сотрудничество с учебными заведениями позволит повысить комплектацию штатного расписания.	WT2	Регулярный мониторинг рынка труда и потребностей работников.
WO3	Развитие СППР – экспертной и электронной.	WT3	Изыскание новых источников финансирования в виде научно-исследовательской коммерческой деятельности.
WO4	Развитие функционала сайта МО – внедрение функции обратной связи. Это позволит решить многие проблемы взаимодействия со стейкхолдерами, в том числе и пациентами, упрощая задачу повышения качества.	WT4	Для финансового обоснования рекомендаций следует учитывать прогнозные изменения стоимости денег.
WO5	Введение в орг. структуру подразделений ответственных за маркетинг, PR, связи с общественностью, бенчмаркинг	WT5	Внедрение в ГМ механизма оптимизации или непрерывного совершенствования.
WO6	Изменения в орг. структуре: введение должности зам. директора по стратегическому развитию с отведением в его подчинение подразделений, ответственных за качество, управление рисками, инновационное развитие.	WT6	Регулярный контакт с акиматам, предоставление ему достоверной объективной информации от первого лица.

Примечание: составлено автором

Таким образом, по результатам SWOT-анализа выделены основные направления, составляющие концепцию программы совершенствования механизмов корпоративного управления в ГМ:

- изменения структуре управления с выделением профессиональных центров ответственности за стратегическое развитие, маркетинг, PR, связи с общественностью, бенчмаркинг, инновации, управление рисками, управление качеством;

- развитие системы KPI для стимулирования работников, чтобы каждый работник на своём рабочем месте мог влиять на свой KPI, чтобы соблюдались принципы справедливости, достижимости и значимости для работника;

- активные формы подбора персонала через сотрудничество с учебными заведениями;

- повышение степени открытости и доступности информации об МО. Регулярная публикация отчетов на сайте МО. Развитие коммуникаций со стейкхолдерами и регулярный их мониторинг. Регулярный контакт с

акиматами, предоставление ему достоверной объективной информации от первого лица. Организация на сайте обратной связи с пациентами и другими стейкхолдерами с анализом их удовлетворенности. Мониторинг отзывов о МО;

- участие в гос. программах по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни;

- развитие СППР – экспертной и электронной;

- учет в механизме корпоративного управления в ГМ каждого принципа корпоративного управления;

- рекомендации по учету прогнозного изменения стоимости денег в прогнозах развития ГМ.

На основе представленных выше результатов стратегического анализа сформулирована концепция программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента медицинской организации ГМБ № 2. Описание концепции представлено в таблице 14.

Таблица 14 – Параметры концепции программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента

Параметр	Описание
Цели	Выполнение планов развития МО, минимизация финансовых и репутационных потерь через обеспечение готовности ГМ к вызовам внешней среды: <ul style="list-style-type: none"> - обеспечение высокой адаптивности планирования; - обеспечение качественного обслуживания пациентов; - повышение финансовой эффективности ГМ; - минимизация кадровых рисков.
Требования к содержанию	<ul style="list-style-type: none"> - соответствие стратегическим целям МО; - соответствие финансовым возможностям МО; - реализация в срок не более чем за 9 кварталов. Причем, первый эффект должен быть в 6-м квартале.
Задачи	<ol style="list-style-type: none"> 1) Достижение индекса соблюдения принципов корпоративного управления не менее 4 ед. (80 % от максимума). 2) Расходы на инновации – не менее 5 %. 3) Лояльный и вовлеченный персонал. 4) Удовлетворенные стейкхолдеры. 5) Система управления, обеспечивающая научно обоснованные управленческие решения.

Продолжение таблицы 14

Параметр	Описание
Сроки внедрения	9 кварталов
Целевая аудитория	Персонал МО, пациенты, акимат, другие стейкхолдеры.
Содержание	Программа включает в себя отдельные проекты: <ol style="list-style-type: none"> 1) Проект совершенствования структуры управления. 2) Проект вовлечения персонала. 3) Проект повышения открытости коммуникаций со стейкхолдерами и между субъектами корпоративного управления. 4) Проект соблюдения принципов корпоративного управления. 5) Проект развития инновационной деятельности.

Примечание составлено по результатам обсуждения в группе экспертов

Схематично концепция программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента МО представлена на рисунке 14.

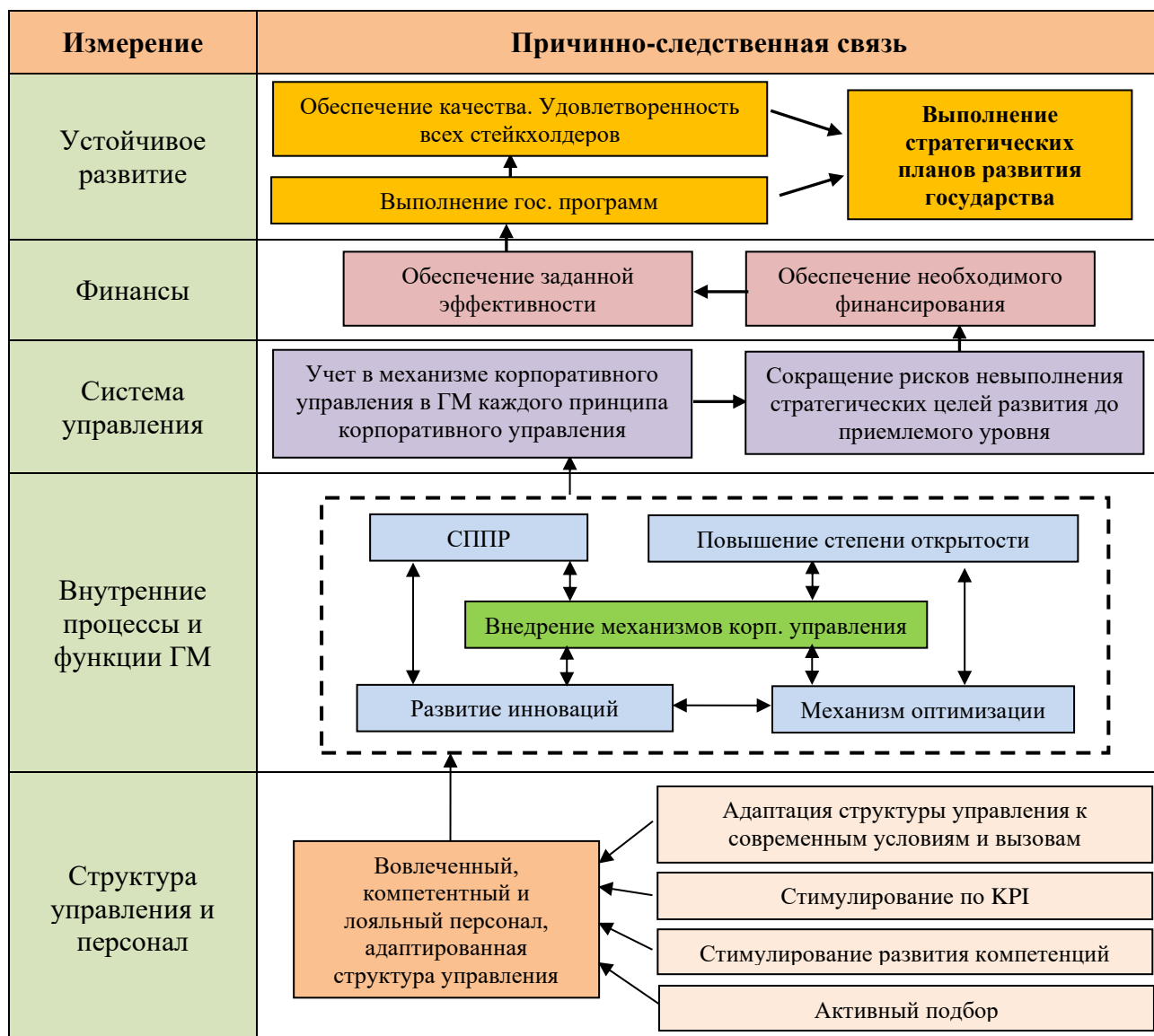


Рисунок 14 – Визуализированная концепция программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента МО

Примечание: составлено по результатам исследований

Данная концепция унифицирована и может быть использована в разных многопрофильных медицинских организациях. Поэтому представляет собой научную новизну.

Рекомендации касаются не только непосредственно ГМ, но решения комплекса вопросов в области управления человеческими ресурсами, риск-менеджмента, улучшения системы коммуникаций.

SCRUM-модель эффективных механизмов корпоративного управления в госпитальном менеджменте медицинской организации

Таким образом, предложено к внедрению пять проектов программы развития госпитального менеджмента:

- «Проект А» – Совершенствование структуры управления (1-2 кварталы);

- «Проект Б» – Вовлечения персонала (1-4 кварталы);
- «Проект В» – Повышение открытости коммуникаций со стейкхолдерами и между субъектами корпоративного управления (2-4 кварталы);
- «Проект Г» – Соблюдение принципов корпоративного управления (1-5 кварталы).
- «Проект Д» – Развитие инновационной деятельности (3-9 кварталы).

Реализовывать все пять проектов одновременно МО не в состоянии ввиду высокой затратности и зависимости проектов друг от друга. Реализовывать проекты последовательно мало эффективно, так как процесс затянется на $2 + 4 + 3 + 7 = 16$ кварталов. Поэтому предлагается использовать гибкую технологию проектного менеджмента – SCRUM (см. первую главу). То есть предполагается гибкое внедрение проектов с получением промежуточных финансовых результатов, которые можно использовать для дальнейшей реализации программы (рисунок 15).

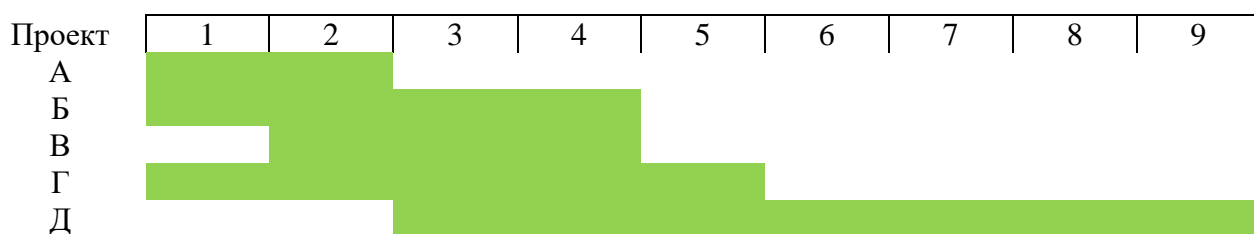


Рисунок 15 – Схема реализации SCRUM-программы внедрения эффективных механизмов корпоративного управления в госпитальном менеджменте медицинской организации

Примечание: составлено диссертантом

Полное внедрение сокращается до 9 кварталов. Первые финансовые результаты уже можно ожидать после 6-го квартала.

Прогноз развития госпитального менеджмента медицинской организации с учетом неопределённостей и рисков внешней среды

Внедрение разработанной программы должно быть экономически обосновано. Для этого необходимо провести прогноз эффективности развития госпитального менеджмента медицинской организации с учетом неопределённостей и рисков внешней среды

Мерой эффективности внедрения является соотношение затрат и выгод. В расчетах исходили из графиков реализации программы, представленных выше.

Оценка затрат

Затраты необходимо распределить по кварталам для каждого проекта. Такие данные представлены в Приложении И.

Затраты по отдельным проектам объединены в одну общую таблицу затрат по кварталам реализации программы в соответствии с представленным выше SCRUM-графиком программы – таблица 15.

Таблица 15 – Распределение затрат по программе внедрения программы совершенствования механизмов корпоративного управления ГМ в соответствии со SCRUM-графиком (тыс. тг.)

Проект	Период времени, квартал									
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й и послед.
«А»	910	5160	4740	4740	4740	4740	4740	4740	4740	4740
«Б»	620	620	620	27706,4	27086	37759	37759	37759	281171	37759
«В»	0	620	1820	1920	100	100	100	100	100	100
«Г»	620	720	1990	1040	200	200	200	200	200	200
«Д»	0	0	15500	15500	15500	15500	15500	15500	85500	15500
Итого	2150	7120	24670	50906	47626	58299	58299	58299	371711	58299

Примечание: составлено диссертантом

Далее этот график затрат будет использована в расчете эффективности.

Оценка ожидаемых выгод

Прогнозируемые выгоды от развития ГМ:

- сокращение неэффективных расходов (судебные издержки и компенсации, выплаты страховым, затраты на повторное лечение за счет клиники). Ранее такие расходы составляли 877758 тыс. тг. в год. (8,8 % от доходов). После реализации «Проекта Д», как показано выше, объем доходов увеличится на 7% – $(9974527 \times 1,07) = 10672744$ тыс. тг. в год. После реализации программы неэффективные расходы уменьшатся до нормы (3 %). То есть новые неэффективные расходы: $10672744 \times 3,0 / 100 = 320182$ тыс. тг. в год.

Годовая выгода: $877758 - 320182 = 557576$ тыс. тг.

Квартальная выгода: $557576 / 4 = 139394$ тыс. тг.

В расчетах исходили из того, что на 100 % эффект проявится только по завершению программы – на 9-м квартале; на 6-м квартале – на 50 %; на 7-м – на 70 %; на 8-м – на 80 % (таблица 16).

Таблица 16 – Прогнозируемые доходы от сокращения неэффективных расходов (тыс. тг.)

Период времени, квартал									
1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й и послед.
0	0	0	0	0	69697	97576	111515	139394	139394

Примечание: взято из бизнес-планов проектов

Сопоставление затрат и доходов с учетом изменения временной стоимости денег

Ставка дисконтирования принята $R=25,5$ % (определена кумулятивным методом: безрисковая ставка 11,0 % – средняя доходность гос. ценных бумаг РК на май 2022 г., плюс премия за риск). Премия на риск принята экспертами в размере 15,5 %. Тогда квартальная ставка дисконтирования составит:

$$r = \sqrt[4]{(1 + R)} - 1 = 5,84. \quad (2)$$

Коэффициент дисконтирования k_d рассчитан по формуле (3).

$$k_d = \frac{1}{(1 + R)^i}, \quad (3)$$

где R – ставка дисконтирования, %;

i – номер временного периода.

Расчет проведен поквартально (12 кварталов). Результаты представлены в таблице 17. Все показатели приведены в тыс. тг.

Таблица 17 – Расчет показателей эффективности внедрения программы

Наименование	Квартал						
	1	2	3	4	5	6	
Расходы	2150	7120	24670	50906	47626	58299	
Поток расходов	2150	9270	33940	84846	132473	190772	
Доходы	0	0	0	0	0	69697	
Поток доходов	0	0	0	0	0	69697	
Прирост прибыли	-2150	-7120	-24670	-50906	-47626	11398	
Кумулятивный поток прибыли	-2150	-9270	-33940	-84846	-132473	-121075	
Коеф дисконтирования	1,000	0,945	0,893	0,843	0,797	0,753	
Дисконт. прибыль	-2150	-6727	-22022	-42933	-37949	8581	
Кумулятивная дисконтир. прибыль	-2150	-8877	-30898	-73831	-111781	-103200	
Наименование	Квартал						Итого
	7	8	9	10	11	12	
Расходы	58299	58299	58299	58299	58299	58299	540567
Поток расходов	249071	307370	365669	423969	482268	540567	–
Доходы	97576	111515	139394	139394	139394	139394	836364
Поток доходов	167273	278788	418182	557576	696970	836364	–
Прирост прибыли	39277	53216	81095	81095	81095	81095	295797
Кумулятивный поток прибыли	-81798	-28582	52513	133608	214702	295797	–
Коеф дисконтирования	0,711	0,672	0,635	0,600	0,567	0,535	–
Дисконт. прибыль	27936	35762	51488	48646	45960	43423	150015
Кумулятивная дисконтир. прибыль	-75264	-39502	11986	60632	106592	150015	–

Примечание: расчеты диссертанта

Из данных таблицы можно рассчитать возврат инвестиций (ROI) внедрения рекомендаций:

$$ROI = \frac{\text{Доходы} - \text{Расходы}}{\text{Расходы}} \cdot 100 = \frac{836364 - 540567}{540567} \cdot 100 = 54,7 \%. \quad (4)$$

То есть на каждый вложенный тенге в реализацию программы МО получит «чистых» 0,547 тенге.

Чистая текущая стоимость (NPV) за 12 кварталов – 150 015 тыс. тг., т.е. является эффективным с точки зрения финансов.

Дисконтированный срок окупаемости 8,5 кварталов.

Выводы:

1) Городская многопрофильная больница № 2 г. Нур-Султана. В ГМБ № 2 выявлена управленческая проблема угрозы финансовых и репутационных потерь из-за рисков срыва планов развития, некачественного обслуживания пациентов, кадровых рисков и низкой финансовой эффективности.

2) В соответствии со схемой исследования проведен анализ функций и процессов ГМ, по результатам которого выявлены причины проблемной ситуации – фрагментарность использования принципов корпоративного управления на фоне угроз внешней среды. Все эти недостатки в совокупности порождают ситуацию низкой эффективности ГМ, когда отдача от неё остаётся мало заметной и не формирует конкурентоспособность МО на желаемом уровне, а также создает риски финансовых и репутационных потерь.

3) Проведен экспертный количественный стратегический анализ факторов дальнего и ближнего окружения, а также внутренних факторов. Из поля факторов выделены наиболее значимые: внешние угрозы и возможности, внутренние сильные и слабые факторы. Установлено, что наибольшую угрозу представляет поле факторов ближнего окружения. Поэтому в программе рекомендаций по совершенствованию госпитального менеджмента в МО должны быть включены мероприятия по минимизации этих угроз. Также значительно выражены слабые факторы, без устранения которых невозможно достижение поставленных целей развития.

4) На основании комплексного исследования внешней и внутренней среды МО разработана концепция программы совершенствования механизмов корпоративного управления госпитального менеджмента медицинской организации. Программа предполагает комплекс изменений в системе управления персоналом, структуре управления, внедрение ИТ управления, актуализацию коммуникаций со стейкхолдерами. Используя принципы корпоративного управления, можно сократить расходы на некачественное оказание медицинской помощи. То есть гипотеза диссертации доказана.

5) Проведена комплексная оценка эффективности внедрения программы, подтвердившая, что программа эффективна и целесообразна к внедрению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интеграция казахстанской экономики в мировую экономику, масштабы и характер деятельности системы социальных институтов, в том числе системы здравоохранения, требует нового подхода к госпитальному менеджменту. Опираясь на опыт развитых стран, сделан вывод о необходимости внедрения в клиниках РК эффективных механизмов корпоративного управления, позволяющих решить решать сложные задачи оптимизации бюджетирования, цифровизации и повышения качества медицинской помощи. Внедрение таких механизмов в ГМ требуют развития системы здравоохранения на основе разработки новых идей, правовых норм, нормативных процедур и реализующих их механизмов, а в целом – качественных системных преобразований системы здравоохранения РК.

Адаптация современной системы ГМ к новым вызовам предполагает, как ревизию уже накопленного опыта применяемых организационных решений, так и научное обоснование новых технологий, форм, методов и моделей управления.

Эффективность здравоохранения зависит от многих факторов. Поэтому исследование состояния ГМ должно быть комплексным и включать в себя оценку удовлетворенности стейкхолдеров, анализ процессов и функций ГМ, анализ внешней среды.

Городская многопрофильная больница № 2 г. Нур-Султана. В ГМБ № 2 выявлена управленческая проблема угрозы финансовых и репутационных потерь из-за рисков срыва планов развития, некачественного обслуживания пациентов, кадровых рисков и низкой финансовой эффективности.

Планы развития ГМБ № 2 направлены на улучшение качества МП, повышение доходности, обеспечение положительной рентабельности, укрепление деловой репутации, повышение гибкости ГМ. Управленческая проблема в ГМБ № 2 – угрозы невыполнения планов развития, финансовых и репутационных потерь вследствие неготовности ГМ к вызовам внешней среды. Госпитальный менеджмент нуждается в актуализации в части повышения адаптивности к внешним угрозам.

Проведен стратегический анализ факторов дальнего и ближнего окружения, а также внутренних факторов. Экспертным методом дана количественная оценка каждому фактору. Из поля факторов выделены наиболее значимые: угрозы, возможности, сильные и слабые факторы.

В соответствии со схемой исследования концепция программы эффективного ГМ разрабатывается на основе перекрестного сопоставления факторов, систематизированных в SWOT-матрице. В итоге разработаны конкретные направления для включения в механизмы корпоративного управления:

- изменения структуре управления с выделением профессиональных центров ответственности за функции корпоративного управления и развитием горизонтальных коммуникаций;
- внедрение в ГМ механизма оптимизации или непрерывного

совершенствования;

- участие в гос. программах по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни;
- развитие СППР – экспертной и электронной;
- учет в механизме корпоративного управления в ГМ каждого принципа корпоративного управления;
- рекомендации по учету прогнозного изменения стоимости денег в прогнозах развития ГМ.

Сформулирована концепция программы эффективного госпитального менеджмента, основана на внедрении в ГМ принципов корпоративного управления. Модель эффективных механизмов включает в себя пять проектов:

- 1) Проект совершенствования структуры управления.
- 2) Проект вовлечения персонала.
- 3) Проект повышения открытости коммуникаций со стейкхолдерами и между субъектами корпоративного управления.
- 4) Проект соблюдения принципов корпоративного управления.
- 5) Проект развития инновационной деятельности.

Экономический эффект обусловлен сокращением неэффективных расходов. Основные финансовые показатели программы:

- продолжительность внедрения 9 кварталов;
- возврат инвестиций за 12 кварталов (ROI) – 54,7 %;
- чистая текущая стоимость (NPV) за 12 кварталов – 150 015 тыс. тг.;
- дисконтированный срок окупаемости – 8,5 кварталов.

Риски программы учтены в ставке дисконтирования.

В работе выдвинута исследовательская гипотеза: используя принципы корпоративного управления, можно сократить расходы на некачественное оказание медицинской помощи. Данная гипотеза подтверждена финансовым расчетом прогноза развития ГМ в МО. После внедрения программы изменений неэффективные расходы сокращаются с 8,8 % до 3,0 %.

В целом цель работы выполнена, задачи решены в полном объеме. Работа имеет научную новизну и практическую значимость. Ряд рекомендаций носит универсальный характер, то есть не привязаны к конкретной МО. Что расширяет область применения результатов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана (1 сентября 2021 г.) // Официальный сайт Президента Республики Казахстан. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-183048> (дата обращения 21.06.2022).
2. Егоров, Е. В. Тенденции развития и направления совершенствования пенсионной системы в Республике Казахстан / Е. В. Егоров, А. М. Бакытжанова // Вестник Московского университета. Серия 21 «Управление «государство и общество». – 2020. – № 3. – С. 126-149.
3. Курманова, Г. К. Территориальный аспект миграции городского и сельского населения / Г. К. Курманова, Б. А. Уразова, А. А. Ким, Б. Б. Суханбердина // Вестник университета «Туран». – 2020. – № 4. – С. 107-113.
4. Методические рекомендации по пилотному внедрению Программы управления заболеваниями «Хроническая обструктивная болезнь легких» в Центре лучшей практики: Методические рекомендации / К. А. Гаркалов, Ж. А. Иманова // Нур-Султан., 2019 г. – 66 с.
5. Югай, М. Т. Внедрение принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей / М. Т. Югай, Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 9. – С. 6-8.
6. Югай, М. Т. Принципы корпоративного менеджмента как основа госпитального менеджмента / М. Т. Югай // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 8. – С. 15-18.
7. Гражевская, Н. И. Сравнительный анализ функционирования и развития систем здравоохранения Украины и Казахстана / Н. И. Гражевская, Е. Б. Аймагамбетов, А. М. Тынгишева // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Економіка. – 2019. – № 1. – С. 13-20.
8. Аубакирова, А. Т. Особенности развития и внедрения цифровых технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан / А. Т. Аубакирова // Финансовые технологии в цифровой экономике: проблемы и перспективы развития в мире и России: материалы Международного круглого стола. – М. : РУДН, 2019 – С. 25-36.
9. Основные социально-экономические показатели Республики Казахстан // Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://stat.gov.kz/for_users/dynamic (дата обращения 21.06.2022).
10. Зарплата врача в странах мира // UMedicine. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://umedicine.ru/doctors-income-world/> (дата обращения 21.06.2022).
11. Средняя зарплата по странам мира. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://terravisor.com/data/salary> (дата обращения 21.06.2022).
12. Биртанов, Е. Т. Внедрение современных принципов управления качеством медицинской помощи в Казахстане / Е. Т. Биртанов,

Ш. А. Балгимбеков, Л. С. Сыбанбаева. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://управление-здравоохранением.рф/publ/zarubezhnyj_opyt/vnedrenie_sovremennykh_principov_upravlenija_kachestvom_medicinskoj_pomoshhi_v_kazakhstan/25-1-0-182 (дата обращения 21.06.2022).

13. Арынова, З. А. Цифровизация сферы здравоохранения Казахстана: основные этапы, проблемы и перспективы / З. А. Арынова, С. Е. Базарбек // Вестник Инновационного Евразийского университета. – 2018. – № 2. – С. 9-14.

14. ВВП Казахстана: объем, темпы роста, на душу населения, структура // Биржевой портал Take-profit.org. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://take-profit.org/statistics/gdp/kazakhstan/> (дата обращения 21.06.2022).

15. Арингазина, А. М. Программа управления заболеваниями в Республике Казахстан / А. М. Арингазина, Н. Б. Есимов, Н. Т. Измаилова // Медицина (Алматы). – 2019. – №5 (191). – С. 43-46.

16. Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1200002050> (дата обращения 21.06.2022).

17. Государственная программа «С дипломом в село» (запущена с 1 июля 2009 года). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://auliekol.kostanay.gov.kz/gosuslugi/gosudarstvennye-uslugi/informatsiya/gosudarstvennaya-programma-s-diplomom-v-selo/> (дата обращения 20.06.2022).

18. Ягудина, Р. И. QALY: история, методология и будущее метода / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, М. М. Литвиненко // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 7-11.

19. Статистика базы данных ОЭСР – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://stats.oecd.org>. (дата обращения 21.06.2022).

20. Казахстанскому здравоохранению хронически не хватает денег. Исправят ли это ОСМС и реформы? – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://informburo.kz/stati/kazahstanskomu-zdravoohraneniyu-hronicheski-ne-hvataet-deneg-ispravlyat-li-eto-osms-i-reformy.html> (дата обращения 21.06.2022).

21. Государственная программа «Информационный Казахстан – 2020» // Портал Egov – Государственные услуги и информация онлайн. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://egov.kz/cms/ru/articles/gp_inf_kaz_2020 (дата обращения 21.06.2022).

22. Президент Казахстана поручил повысить на 20% зарплату участковым врачам // Интерне газета ZONA KZ. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://zonakz.net/2018/10/05/prezident-kazaxstana-poruchil-povyisit-na-20-zarplatu-uchastkovym-vracham/> (дата обращения 21.06.2022).

23. Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 гг. (утверждена Указом Президента РК) от 8 января 2013 г. № 464). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/100/p89.pdf> (дата обращения 21.06.2022).

24. Материалы пресс-службы МЗ РК, Материалы с сайта Мажилиса Парламента РК (доклад Министра здравоохранения РК Биртанова Е. А. на

Правительственном часе в Мажилисе на тему «Цифровизация здравоохранения», 29 января 2018 года). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.pharm.reviews/novosti/novosti-kazakhstan/item/2772-elzhan-birtanov-o-tsifrovizatsii-zdravookhraneniya> (дата обращения 21.06.2022).

25. SYMPTOMASTER (проект самодиагностики). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.symptomaster.com (дата обращения 21.06.2022).

26. ZDRAV (Азбука здоровья). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.zdrav.kz/> (дата обращения 21.06.2022).

27. Аймагамбетов, Е. Б. Современное состояние системы здравоохранения Карагандинской области / Е. Б. Аймагамбетов, А. М. Тынгишева // Вестник Карагандинского университета. Серия «Экономика». – 2019. – № 2(94). – С. 11-17.

28. Калходжаева, Ж. Медико-социальные вопросы детей проживающих в Сарыагашском районе (обзор литературы) / Ж. Калходжаева, Е. С. Утеулиев, Л. Асыкбаева, А. Е. Байменова // Вестник КазНМУ. – 2019. – № 1. – С. 666-668.

29. Саин, Р. К. Особенности обучения медицинского персонала в Республике Казахстан / Р. К. Саин, М. В. Новоточина // Экономика и управление в XXI веке: стратегии устойчивого развития: сборник статей VIII Международной научно-практической конференции. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2019. – С. 32-35.

30. ISO 9000:2000. Международный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ocnova.ru/biblioteka/gosty-standarty-zakonodatelstvo-2/sistema-menedzhmenta-kachestva/iso/iso-9000_2000-osnovnyye-polozheniya-i-slovar/ (дата обращения 20.06.2022).

31. Подгорбунских, Е. И. Подходы к оценке качества медицинской помощи в условиях приемного отделения многопрофильной больницы / Е.И. Подгорбунских // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. – 2012. – № 2. – С. 26-31.

32. Фролов, С. С. Факторы, влияющие на эффективность работы приемного отделения многопрофильной больницы / С. С. Фролов, Н. Е. Козгова, Т. М. Фролова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2019. – №3 (81). – С. 37-40.

33. Сергеева, Н. М. О подходах к оценке эффективности функционирования медицинских организаций / Н. М. Сергеева // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2017. – № 2. – С. 72-76.

34. What is the CSAT (Customer Satisfaction Score)? – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ionos.com/startupguide/productivity/customer-satisfaction-score/> (дата обращения 20.06.2022).

35. Латуха, О. А. Проблема эффективности управления качеством в медицинской организации: Международный аспект / О. А. Латуха // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 230-245.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Принципы корпоративного управления в разрезе функций госпитального менеджмента

Функция	Принцип	Описание
Планирование	Ответственности	В управлении МО должна быть структура (должности) ответственная за управление отдельными направлениями (качеством, персоналом, PR) и др.
	Системности	Управление не может быть каким-то одноразовым действием или отдельным процессом. ГМ – это система управления. В ГМ должны быть выделены процессы или функции управления (возможен процессный или функциональный подход в управлении).
	Целенаправленности	Всё содержание ГМ должно разрабатываться под определенную цель. В идеале цель должна соответствовать критериям SMART, т.е. иметь конкретные формулировки, быть измеримыми, достижимыми, актуальными и ограниченными во времени.
Координация	Согласованности	Все системы в управлении МО должны быть взаимосвязаны. Все стратегические решения должны соответствовать стратегии, миссии, целям и задачам развития организации.
	Учета интересов стейкхолдеров	У разных стейкхолдеров могут различны интересы к МО и всей системе здравоохранения. Это необходимо учитывать в ГМ. Особое значение имеют этические нормы ГМ.
Организации	Своевременности	Управленческие решения в ГМ должны приниматься своевременно на основе актуальной и достоверной информации.
	Обоснованности	Разработка и внедрение любых решений в ГМ должны быть обоснованы результатами соответствующих исследований. Также необходимо исходить из того, что затраты на ГМ должны быть экономически и социально оправданы и учитывать доступность необходимых ресурсов. Для здравоохранения важен не только экономический, но и социальный эффект. Целесообразно использовать информационные технологии и системы поддержки принятия решений для мониторинга, коммуникаций и принятия обоснованных решений.
Управление персоналом	Вовлечения персонала	Ключевую роль в ГМ играет персонал. Поэтому для эффективного ГМ целесообразно задействовать инструменты управления персоналом: стимулирование, развитие и др. Высшее руководство должно понимать важность эффективного ГМ и быть вовлечено в процессы ГМ.

Функция	Принцип	Описание
Контроля	Измеримости	<p>Должны быть утверждены и понятны всем в организации методы измерения эффективности и результативности ГМ для установления уровня достижения запланированных целей. В качестве рекомендаций можно отметить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - включение в список показателей финансовых метрик; - сравнение с наилучшими показателями других организаций (в том числе и за рубежом), оценка деятельности независимой стороной; - анализ показателей в динамике; - анализ восприятия качества медицинских услуг конечными потребителями (пациентами) и медицинским персоналом; - оценка и повышение уровня заинтересованности и удовлетворенности сотрудников организации, пациентов и прочих сторон; - сопоставление показателей качества услуг с показателями эффективности всей организации.
	Контроля	<p>Все процессы ГМ должны быть контролируемыми. Причем важен не только окончательный, но и промежуточный контроль. На промежуточных этапах возможны изменения и конкретизация планов.</p>
	Формализации и документирования	<p>Политика и стратегия ГМ и регламенты конкретных процессов и процедур должны быть документально утверждены.</p> <p>Организации необходимо разработать, документально оформить, внедрить и затем поддерживать в актуальном рабочем состоянии всю систему ГМ, постоянно повышать ее эффективность, руководствуясь требованиями актуальных стандартов.</p> <p>Формализация может быть на разном уровне зрелости. Поэтому целесообразно регулярно оценивать уровень зрелости процессов ГМ и стараться повышать его.</p>
Совершенствование	Улучшения	<p>Эффективный ГМ предполагает непрерывное совершенствование через цикл PDCA (Plan, Do, Check, Action) [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.].</p>
	Использование современных методов и технологий управления	<p>Использование в практике ГМ традиционных для бизнеса методов и технологий управления, например, маркетинговые исследования, менеджмент качества, бережливое производство, кайдзен, шесть сигм, KPI, BSC, управление рисками, бюджетирование, стоимостное управление, управление проектами, краудсорсинг, Agile, Kanban, Scrum, методы принятия управленческих решений и др.</p>
	Приоритета качества	<p>Качество услуг являются приоритетом менеджмента. Для этого в учреждениях здравоохранения принимается комплекс мер:</p> <ul style="list-style-type: none"> - утверждаются регламенты и стандарты к качеству; - обоснованные требования клиентов по качеству защищаются законодательством; - утверждаются требования к компетенциям персонала; - обеспечивается соблюдение других принципов ГМ.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методологические условия диссертационного исследования

Таблица Б.1 – Состав экспертной группы

Эксперт	Компетенции
Представитель Министерства здравоохранения РК	Высшее медицинское и экономического образование, стаж работы более 20 лет. Ученая степень в области экономики. Опыт работы экспертом в области ГМ, медицины, управления персоналом, управления финансами, управления рисками.
Преподаватель медицинского вуза	Высшее медицинское образование, диплом МВА, стаж работы более 10 лет. Опыт работы экспертом в области ГМ, медицины, управления персоналом.
Главный врач одной из МО г. Нур-Султан	Высшее медицинское образование, стаж работы более 10 лет. Опыт работы экспертом в области ГМ, медицины, управления качеством
Зам. главного врача по управлению качеством одной из МО г. Нур-Султан	Высшее медицинское и экономического образование, стаж работы более 10 лет. Опыт работы экспертом в области ГМ, медицины, управления рисками, управления персоналом, управления качеством
Зам. главного врача по управлению персоналом одной из МО г. Нур-Султан	Высшее медицинское и экономического образование, стаж работы более 10 лет. Опыт работы экспертом в области ГМ, управления рисками, управления персоналом

Примечание: составлено диссертантом

То есть у экспертной группы есть необходимые компетенции для анализа проблем госпитального менеджмента.

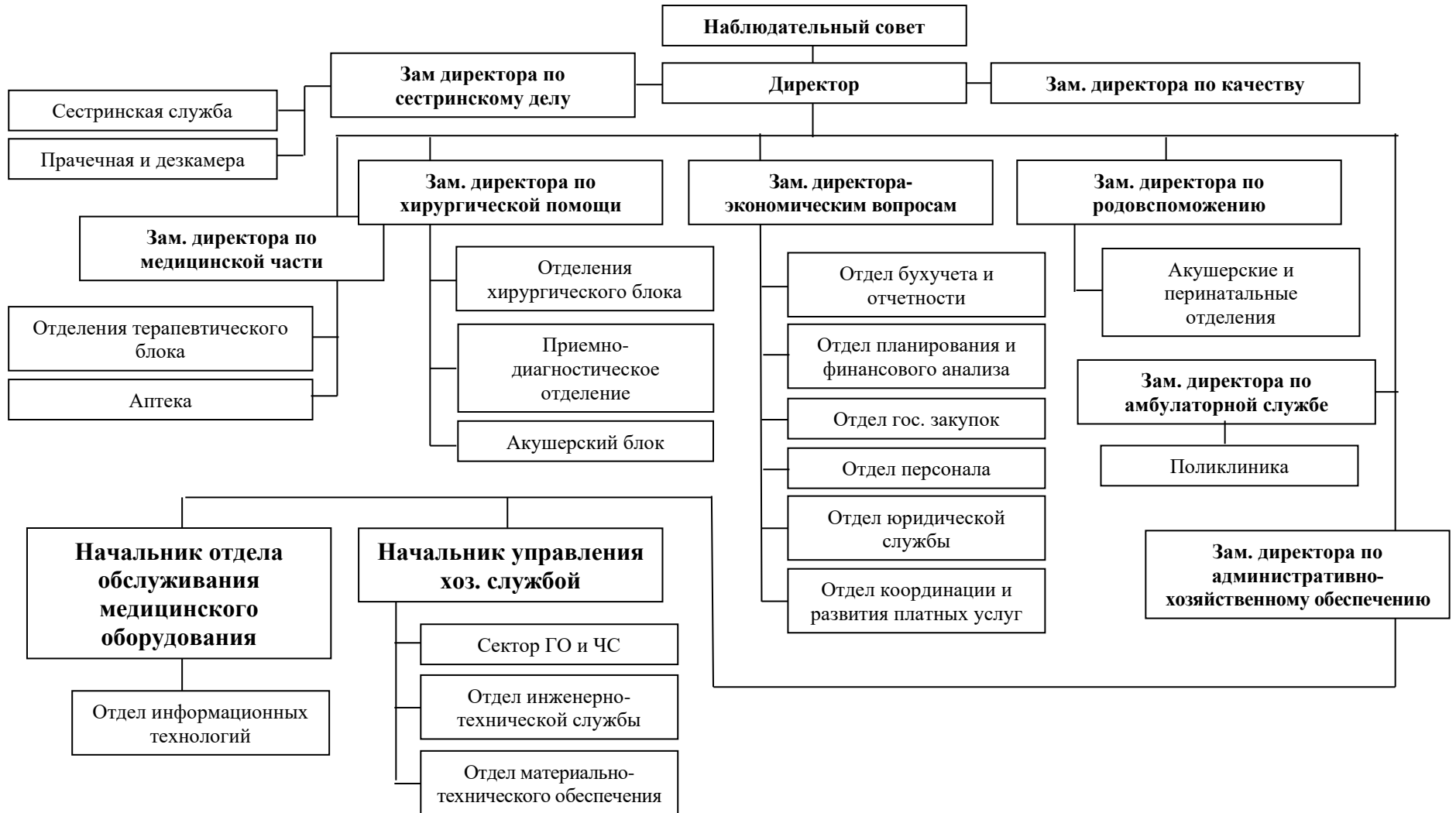
Таблица Б.2 – Выбранный инструментарий исследования

Компонент исследования	Метод	Предполагаемая цель использования
Оценка удовлетворенности пациентов и других стейкхолдеров	Анкетирование	Выявление сильных и слабых сторон ГМ
Внутренние факторы	Параметрический метод экспертных оценок	Составление профилей различных аспектов ГМ
Принципы корпоративного управления	Параметрический метод экспертных оценок с составлением профилей соблюдения принципов. Расчет индекса соблюдения принципов.	Составление профиля соблюдения принципов корпоративного управления – см. Приложение А. Модель взаимосвязи индекса соблюдения принципов корпоративного управления и неэффективных расходов.
Внешние факторы	PEST, Анализ заинтересованных сторон	Выявление возможностей и угроз для формулирования направления для совершенствования ГМ в ходе SWOT-анализа

Примечание: составлено диссертантом

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Организационная структура Городской многопрофильной больницы № 2



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Бухгалтерский баланс ГМБ № 2



Приложение 2
к приказу Министра финансов
Республики Казахстан
от 28 июня 2017 года №404

Форма 1

Бухгалтерский баланс

отчетный период 2020 г.

Индекс: № 1 - Б (баланс)

Периодичность: годовая

Представляют: организации публичного интереса по результатам финансового года

Куда представляется: в депозитарий финансовой отчетности в электронном формате посредством программного обеспечения

Срок представления: ежегодно не позднее 31 августа года, следующего за отчетным

Примечание: пояснение по заполнению отчета приведено в приложении к форме, предназначенной для сбора административных данных "Бухгалтерский баланс".

Наименование организации: Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения
«Городская многопрофильная больница №2» акимата г. Нур-Султан
по состоянию на 31.12.2020 года

тысячах тенге

Наименование статьи	Код строки	На конец отчетного периода	На начало отчетного периода
Активы			
I. Краткосрочные активы:			
Денежные средства и их эквиваленты	010	198181	62041
Краткосрочные финансовые активы, оцениваемые по амортизированной стоимости	011		
Краткосрочные финансовые активы, оцениваемые по справедливой стоимости через прочий совокупный доход	012		
Финансовые активы, учитываемые по справедливой стоимости через прибыли и убытки	013		
Краткосрочные производные финансовые инструменты	014		
Прочие краткосрочные финансовые активы	015		
Краткосрочная торговая и прочая дебиторская задолженность	016	39895	224025
Краткосрочная дебиторская задолженность по аренде	017		
Краткосрочные активы по договорам с покупателями	018		
Текущий подоходный налог	019		
Запасы	020	1848478	1170044
Биологические активы	021		
Прочие краткосрочные активы	022	26783	2956
Итого краткосрочных активов (сумма строк с 010 по 022)	100	2113337	1459066
Активы (или выбывающие группы), предназначенные для продажи	101		
II. Долгосрочные активы			
Долгосрочные финансовые активы, оцениваемые по амортизированной стоимости	110		
Долгосрочные финансовые активы, оцениваемые по справедливой стоимости через прочий совокупный доход	111		
Долгосрочные финансовые активы, учитываемые по справедливой стоимости через прибыли и убытки	112		
Долгосрочные производные финансовые инструменты	113		
Инвестиции, учитываемые по первоначальной стоимости	114		
Инвестиции, учитываемые методом долевого участия	115		
Прочие долгосрочные финансовые активы	116		
Долгосрочная торговая и прочая дебиторская задолженность	117		
Долгосрочная дебиторская задолженность по аренде	118		
Долгосрочные активы по договорам с покупателями	119		
Инвестиционное имущество	120		
Основные средства	121	9548579	10627065
Актив в форме права пользования	122		
Биологические активы	123		
Разведочные и оценочные активы	124		

Нематериальные активы	125	7532	8543
Отложенные налоговые активы	126		
Прочие долгосрочные активы	127		
Итого долгосрочных активов (сумма строк с 110 по 127)	200	9556111	10635608
Баланс (строка 100 + строка 101 + строка 200)		11669448	12094674
Обязательство и капитал			
III. Краткосрочные обязательства			
Краткосрочные финансовые обязательства, оцениваемые по амортизированной стоимости	210		
Краткосрочные финансовые обязательства, оцениваемые по справедливой стоимости через прибыль и убыток	211		
Краткосрочные производные финансовые инструменты	212		
Прочие краткосрочные финансовые обязательства	213		
Краткосрочная торговая и прочая кредиторская задолженность	214	2303827	836914
Краткосрочные оценочные обязательства	215	11650	51976
Текущие налоговые обязательства по подоходному налогу	216		
Вознаграждения работникам	217	606	336
Краткосрочная задолженность по аренде	218		
Краткосрочные обязательства по договорам с покупателями	219		
Государственные субсидии	220		
Дивиденды к оплате	221		
Прочие краткосрочные обязательства	222	72799	156432
Итого краткосрочных обязательств (сумма строк с 210 по 222)	300	2388882	1045658
Обязательства выбывающих групп, предназначенных для продажи	301		
IV. Долгосрочные обязательства			
Долгосрочные финансовые обязательства, оцениваемые по амортизированной стоимости	310		
Долгосрочные финансовые обязательства, оцениваемые по справедливой стоимости через прибыль и убыток	311		
Долгосрочные производные финансовые инструменты	312		
Прочие долгосрочные финансовые обязательства	313		
Долгосрочная торговая и прочая кредиторская задолженность	314		
Долгосрочные оценочные обязательства	315	820	1675
Отложенные налоговые обязательства	316		
Вознаграждения работникам	317		
Долгосрочная задолженность по аренде	318		
Долгосрочные обязательства по договорам с покупателями	319		
Государственные субсидии	320		
Прочие долгосрочные обязательства	321		
Итого долгосрочных обязательств (сумма строк с 310 по 321)	400	820	1675
V. Капитал			
Уставный (акционерный) капитал	410	9040579	9040579
Эмиссионный доход	411		
Выкупленные собственные долевые инструменты	412		
Компоненты прочего совокупного дохода	413		
Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)	414	239167	2006762
Прочий капитал	415		
Итого капитал, относимый на собственников материнской организации (сумма строк с 410 по 415)	420	9279746	11047341
Доля неконтролирующих собственников	421		
Всего капитал (строка 420 +/- строка 421)	500	9279746	11047341
Баланс (строка 300 + строка 301 + строка 400 + строка 500)		11669448	12094674



Отчет о прибылях и убытках

отчетный период 2020 г.

Индекс: № 2 – ОПУ

Периодичность: годовая

Представляют: организации публичного интереса по результатам финансового года

Куда представляется: в депозитарий финансовой отчетности в электронном формате посредством программного обеспечения

Срок представления: ежегодно не позднее 31 августа года, следующего за отчетным

Примечание: пояснение по заполнению отчета приведено в приложении к форме, предназначенной для сбора административных данных "Отчет о прибылях и убытках"

Наименование организации: **Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская многопрофильная больница №2» акимата г. Нур-Султан**

за год, заканчивающийся 31 декабря 2020 года

тысячах тенге

Наименование показателей	Код строки	За отчетный период	За предыдущий период
Выручка	010	9974527	8099793
Себестоимость реализованных товаров и услуг	011	10178961	8044621
Валовая прибыль (строка 010 – строка 011)	012	(204434)	55172
Расходы по реализации	013		
Административные расходы	014	537129	454637
Итого операционная прибыль (убыток) (+/- строки с 012 по 014)	020	(741563)	(399465)
Финансовые доходы	021		
Финансовые расходы	022		
Доля организации в прибыли (убытке) ассоциированных организаций и совместной деятельности, учитываемых по методу долевого участия\	023		
Прочие доходы	024	144819	401042
Прочие расходы	025	1170851	1006
Прибыль (убыток) до налогообложения (+/- строки с 020 по 025)	100	(1767595)	571
Расходы (-) доходы (+) по подоходному налогу	101		
Прибыль (убыток) после налогообложения от продолжающейся деятельности (строка 100 – строка 101)	200	(1767595)	571
Прибыль (убыток) после налогообложения от прекращенной деятельности	201		
Прибыль за год (строка 200 + строка 201) относимая на:	300		
собственников материнской организации			
долю неконтролирующих собственников			
Прочая совокупная прибыль, всего (сумма строк с 420 и 440):	400		
в том числе:			
Переоценка долговых финансовых инструментов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход	410		
Доля в прочей совокупной прибыли (убытке) ассоциированных организаций и совместной деятельности, учитываемых по методу долевого участия	411		
Эффект изменения в ставке подоходного налога на отсроченный налог	412		
Хеджирование денежных потоков	413		
Курсовая разница по инвестициям в зарубежные организации	414		
Хеджирование чистых инвестиций в зарубежные операции	415		
Прочие компоненты прочего совокупного дохода	416		
Корректировка при реклассификации в составе прибыли (убытка)	417		
Налоговый эффект компонентов прочего совокупной прибыли	418		
Итого прочий совокупный доход, подлежащий реклассификации в доходы или расходы в последующие периоды (за вычетом налога на	420	0,0	0,0



прибыль) (сумма строк с 410 по 418)			
Переоценка основных средств и нематериальных активов	431		
доля в прочем совокупном доходе(убытке) ассоциированных организаций и совместной деятельности, учитываемых по методу долевого участия	432		
актуарные прибыли(убытки) по пенсионным обязательствам	433		
налоговый эффект компонентов прочего совокупного дохода	434		
переоценка долевого финансовых инструментов, оцениваемых по справедливой стоимости через прочий совокупный доход	435		
Итого прочий совокупный доход, не подлежащий реклассификации в доходы или расходы в последующие периоды (за вычетом налога на прибыль) (сумма строк 431 по 435)	440	0,0	0,0
Общий совокупный доход (строка 300 + строка 400)	500	(1767595)	571
Общая совокупный доход относимый на:			
собственников материнской организации			
доля неконтролирующих собственников			
Прибыль на акцию:	600		
в том числе:			
Базовая прибыль на акцию:			
от продолжающейся деятельности			
от прекращенной деятельности			
Разводненная прибыль на акцию:			
от продолжающейся деятельности			
от прекращенной деятельности			

Handwritten signature or initials in blue ink.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Анализ качества и эффективности медицинской помощи ГМБ № 2

Таблица Д.1 – Показатели качества медицинской помощи

Показатель	2019 г.	2020 г.	2021 г.	Изменение за 2019-2017, %	Норма (или данные лучших клиник)
Наличие аккредитации МО	Национальная аккредитация. Ресертификационный аудит ISO 9001:2008				
Подготовка, получение и дальнейшее подтверждение аккредитации JCI	Обучение	Подготовка	Получение	–	–
Удельный вес предотвратимой больничной летальности, %	2,4	2,0	1,7	-29,2	2,0
Удельный вес внутрибольничных осложнений, инфекций, %	6,4	6,2	5,2	-18,8	5,5
Доля повторного незапланированного поступления пациента в течение месяца, %	0,1	0,05	0,05	-50,0	0,05
Обоснованные жалобы пациентов, шт. на 1000 пациентов	16	14	16	0,0	10
Административные взыскания по результатам внешних проверок, ед. на 1000 пациентов	6	4	4	-33,3	0
Доля принятых мер по результатам обращения, %	98,2	100,0	100,0	1,8	100
Показатель необоснованной госпитализации, %	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5
Показатель необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов	0,4	0,5	0,5	25,0	0,0
Случаи предотвратимой материнской смертности, ед.	0,0	0,0	0,0	–	0
Случаи предотвратимой детской смертности, ед.	0,0	0,0	0,0	–	0
Удельный вес расходов на инновации в структуре расходов, %	2,7	3,6	5,8	114,8	5
Удельный вес расходов на профилактику и пропаганду здорового образа жизни, %	0,5	0,8	1,4	180,0	2
Удовлетворенность пациентов (определялась по 5-балльной шкале по результатам выписки пациентов) – среднее значение	4,2	4,4	4,6	9,5	4,5

Примечание: составлено автором из материалов медицинской отчетности

Таблица Д.2 – Показатели эффективности медицинской помощи

Показатель	2019 г.	2020 г.	2021 г.	Изменение за 2021-2019	Норма
Количество пролеченных пациентов	36451	36505	36518	0,2	–
Объемы финансовых средств, определенных как расходы на устранение проблемных ситуаций (судебные издержки и компенсации, выплаты страховым, затраты на повторное лечение за счет клиники)	823795	761381	877758	6,6	–
Объемы финансовых средств, определенных как расходы на устранение проблемных ситуаций, % к доходам	10,5	9,4	8,8	-16,2	4,0
Средняя длительность пребывания пациента в стационаре, дни	14,2	14	13,9	-2,1	10
Удельный вес пациентов, получивших услугу «Хирургия одного дня»	2	5	10	400,0	20
Загрузка хирургов по операциям, % от нормы	112	107	105	-6,3	95-105
Доля коек в простое, %	4,5	4,2	4,2	-6,7	не более 5

Примечание: составлено автором из материалов медицинской отчетности

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Экспертный анализ выполнения в ГМБ № 2 функций ГМ в разрезе принципов корпоративного управления (как есть)

Функция	Принцип	Метрики	Булева переменная	Суммарная оценка	Максимально возможная оценка (идеальная)	Процент от идеального
Планирование	Ответственности	ЦО за стратегическое развитие	0	0	5	0,0
		ЦО за управление рисками	0			
		ЦО за управление маркетингом	0			
		ЦО за управление связями с общественностью	0			
		ЦО за управление инновациями	0			
	Системности	Утверждена система управления рисками (структура, задачи, документы, ответственные)	0	3	5	60,0
		Утверждена система управления качеством (структура, задачи, документы, ответственные)	1			
		Утверждена система управления инновациями (структура, задачи, документы, ответственные)	0			
		Утверждена система управления знаниями (структура, задачи, документы, ответственные)	1			
		Утверждены остальные базовые системы (управления персоналом, финансами и др.)	1			
	Целенаправленности	Наличие стратегических целей на 3 и более лет	1	1	5	20,0
		Наличие плана достижения целей	0			
		Экспертиза всех целей и задач по критериям SMART	0			
		Успешный опыт реализации долгосрочных планов	0			
		Обеспеченность целей финансами	0			
Итого планирование				5	15	33,3
Координации	Согласованности	Наличие миссии, стратегии развития	1	4	5	80,0
		Наличие механизма устранения конфликта интересов между подразделениями	1			
		Экспертиза всех принимаемых решений на предмет соответствия миссии, стратегии, целям развития	1			
		Утвержденный механизм согласования решений	0			

		между подразделениями				
		Участие экспертов в принятии ключевых решений	1			
Координации	Учета интересов стейкхолдеров	Определены все стейкхолдеры	1	4	5	80,0
		Налажены коммуникации хотя бы с 70 % стейкхолдеров	1			
		Налажена обратная связь хотя бы с 70% стейкхолдеров	1			
		Проводится регулярный анализ потребностей хотя бы 70 % стейкхолдеров	0			
		Регулярная отчетность социальной ответственности	1			
Итого координация				5	10	50,0
Организации	Своевременности	Утвержденные временные рамки для принятия решений по тактическим решениям ГМ	1	3	5	60,0
		Включение в КРІ менеджеров коэффициентов по своевременности	0			
		Соблюдение графиков проектов факт / план не менее 90 %	0			
		Алгоритм получения и учета первичной информации	1			
		Алгоритм реакции на жалобы	1			
	Обоснованности	Использование экспертной СППР	0	1	5	20,0
		Использование автоматизированной СППР	0			
		Учёт социальной обоснованности решений	0			
		Учёт экономической обоснованности решений	1			
		Модель обоснования решений	0			
Итого организация				4	10	40,0
Управление персоналом	Вовлечения персонала	Участие ключевых специалистов в распределении прибыли	0	3	5	60,0
		Практика КРІ	1			
		Особое отношение к высококлассным специалистам	1			
		На все коэффициенты КРІ работник имеет возможность влиять лично	0			
		Карьерные планы не менее чем для 80 % работников	1			

Итого управление персоналом			3	3	5	60,0	
Контроля	Измеримости	Наличие развернутого перечня утвержденных метрик эффективности	1	3	5	60,0	
		Практика регулярного анализа метрик эффективности, в том числе динамики	1				
		Практика сравнения метрик с лучшими в отрасли	0				
		Алгоритм измерения и анализа метрик, наличие ЦО	1				
		Отсутствие в перечне утвержденных метрик хотя бы одной, не измеряемой регулярно	0				
	Контроля	Контроля	Алгоритм внутреннего контроля	1	3	5	60,0
			Промежуточный контроль по проекту	1			
			Стратегический уровень контроля (иерархия подчинения главному врачу, стратегия)	0			
			Регулярный независимый, внешний контроль	1			
			Допуск всех стейкхолдеров к контролю	0			
	Формализации и документирования	Формализации и документирования	Второй уровень зрелости	1	3	5	60,0
			Третий уровень зрелости	1			
			Четвертый уровень зрелости	0			
			Пятый уровень зрелости	0			
			Наличие всех стратегических документов (стратегия развития, политика качества, кодекс этики)	1			
Итого контроль				9	15	60,01	
Совершенствование	Улучшения	Алгоритм улучшения	0	1	5	20,0	
		Затраты на инновации не менее 5 % доходов	1				
		Регулярный бенчмаркинг	0				
		Алгоритм управления изменениями	0				
		KPI менеджерам за улучшение	0				
	Использования современных методов и технологий	Использования современных методов и технологий	Использование в ГМ современных математических моделей и инструментов (например, Монте-Карло, нечеткая логика)	0	2	5	40,0
			Использование в процессном управлении хотя бы одной технологии из списка: кайдзен, BSC, бережливое производство, Kanban	1			
			Использование в проектном управлении хотя бы	0			

		одной технологии из списка: Agile, Scrum, матричный проектный офис.		3	5	60,0
		Ведение баз данных рисков	0			
		Внутренний электронный документооборот	1			
	Приоритета качества	Международные сертификаты качества	1			
		Открытость информации о показателях управленческой отчетности	0			
		Не менее 95 % всех жалоб и внешних замечаний не остаются без ответа	1			
		Учет затрат на качество в управленческой отчетности	1			
		Использование карт и профилей компетенций для не менее чем 80 % работников	0			
Итого совершенствование			6	15	40,0	
ИТОГО			32	70	45,7	

Примечание: экспертные оценки

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Факторы стратегического анализа

Таблица Ж.1 – Выбор экспертами внешних факторов дальнего окружения для PEST-анализа

Обозначение	Направление (+/-)	Факторы	Содержание фактора, реакция компании
Политико-правовые факторы (Political)			
P1	–	Экономический кризис, отрицательно сказывающийся на объемах финансирования здравоохранения.	Растут риски инвестиций в инновации и проекты. Необходимо искать и использовать конкурентные преимущества в организации бизнес-процессов, маркетинге, управлении персоналом, логистике и др.
P2	–	Внимание к МО со стороны контролирующих органов	Вести максимально прозрачную деятельность, развивать связи с общественностью.
Экономические факторы (Economic)			
E1	–	Риски инфляции и роста цен на мед. препараты и оборудование, инженерные услуги.	Курс тенге существенно упал по отношению к мировым валютам и по прогнозам падение должно продолжиться в 2022-2023 гг. [Ошибка! Источник ссылки не найден.] . В экономических расчетах следует учитывать прогнозное изменение стоимости денег. Использовать бережливые технологии.
E2	–	Высокий процент коммерческого кредита отражается на доходности компаний.	Увеличивается риск инвестиций. МО следует рассчитывать только на традиционные источники: государство, страховые компании и платные услуги.
E3	–	Рост конкуренции на рынке труда	Фактор заставляет относиться к персоналу как ключевому ресурсу для обеспечения конкурентоспособности
E4	–	Рост конкуренции в здравоохранении за счет развития частной медицины	Необходимо поддерживать конкурентоспособность за счет сохранения высокой мощности, новых технологий и инновационных проектов.
E5	+	Увеличение покупательской способности населения в регионе.	Средняя зарплата в РК по итогам 2021 г. составляет 198 тыс. тг. Уровень заработной платы наемных работников в тенге вырос в 10 раз за последние 17 лет. Наиболее высокие зарплаты в крупных городах – Алматы, Нур-Султан, Атырау [Ошибка! Источник ссылки не найден.] . Благоприятный фактор для развития коммерческого направления в регионе.
E6	+	Тенденция улучшения бизнес-климата в Казахстане	Казахстан по итогам 2019 г. занимает 28 позицию по Doing Business, рейтингу Всемирного банка стран мира по показателю создания ими благоприятных условий ведения бизнеса [Ошибка! Источник ссылки не найден.] . Благоприятный фактор для развития инноваций в медицине.

Продолжение таблицы Ж.1

Обозначение	Направление (+/-)	Факторы	Содержание фактора, реакция компании
Социальные факторы (Social)			
S1	-	Рост социальных запросов работников увеличивает риски персонала	Риск перехода работников к конкурентам, если там условия труда будут лучше. Увольнение ценных работников – это кадровый риск. Поэтому сохранение лояльного и компетентного персонала является ключевым фактором успеха ГМ
S2	+	Увеличение населения в Нур-Султане	Рост количества потенциальных пациентов. Целесообразно развивать объемы и качество услуг, искать конкурентные преимущества в новых технологиях.
S3	-	Проблема переманивания высококлассных медицинских кадров в частные и зарубежные клиники.	Целесообразно подключать высококлассных специалистов к инновационной деятельности с возможной оплатой части прибыли от коммерциализации.
S4	+	Высокий уровень заболеваемости ХНИЗ в регионе.	Возможности для развития МО. Актуальность для вовлечения в развитие МО со стороны топ-менеджмента и органов местной власти. Ожидание поддержки отрасли со стороны бизнеса и местных властей.
Технологические факторы (Technological)			
T1	+	НТП в сфере ИТ. Наличие на рынке предложений по автоматизации бизнес-процессов	Инструментальная база управления процессами в управлении существует. Менеджерам-практикам не нужно «изобретать велосипед». Необходимо ориентироваться на рекомендации ученых. Обосновать выбор подходящих инструментов.
T2	+	Наличие современных маркетинговых механизмов привлечения клиентов (ценовые стратегии и др.)	Необходимо отслеживание современных достижений в области маркетинга и оценивать возможности их внедрения
T3	+	Развитие Интернет. Популяризация ИТ	Значительное влияние интернета говорит о необходимости развития его как канала продвижения и способа взаимодействия со стейкхолдерами, в том числе и клиентами

Примечание: составлено по результатам обсуждения в группе экспертов

Таблица Ж.2 – Количественная оценка факторов PEST-анализа

Фактор среды	Направление (угрозы/возможность, -/+)	«Вес» (важность) фактора (Pi) (0...1)	Влияние фактора (Ai) (0...5)	Взвешенная оценка, $\Sigma Ai \times Pi$
Политико-правовые факторы (Political)				
P1	–	0,08	3,85	-0,31
P2	–	0,04	2,10	-0,08
Итого P	х	0,12	5,95	-0,39
Экономические факторы (Economic)				
E1	–	0,07	3,95	-0,28
E2	–	0,04	2,40	-0,10
E3	–	0,05	2,40	-0,12
E4	–	0,08	3,90	-0,31
E5	+	0,08	4,10	0,33
E6	+	0,04	2,40	0,10
Итого E	х	0,36	19,15	-0,38
Социальные факторы (Social)				
S1	–	0,08	3,80	-0,30
S2	+	0,08	4,00	0,32
S3	–	0,08	3,85	-0,31
S4	+	0,08	3,95	0,32
Итого S	х	0,32	15,60	0,02
Технологические факторы (Technological)				
T1	+	0,08	4,10	0,33
T2	+	0,05	2,45	0,12
T3	+	0,07	4,05	0,28
Итого T	х	0,20	10,60	0,73
ИТОГО	х	1,00	51,30	-0,01
Средн.	х	0,07	2,50	0,17

Примечание: источник – результаты экспертных оценок

Таблица Ж.3 – Выбор экспертами внешних факторов ближнего окружения для анализа заинтересованных сторон

Обозначение	Направление (+/-)	Факторы	Содержание фактора, реакция компании
П1	–	Нехватка финансирования из местного бюджета	МО вынуждена экономить, использовать бережливые технологии, точное бюджетирование, искать новые источники финансирования.
П2	+	Высокий уровень удовлетворенности пациентов	Определено методом анкетирования пациентов – см. Приложение Д. Фактор, способствующий укреплению репутации МО и привлечению клиентов для платных медицинских услуг.
П3	+	Удовлетворенность Минздрава РК выполнением гос. программ и заданий	Фактор, способствующий привлечению инвестиций для развития инновационного направления деятельности.
П4	–	Рост информированности работников и других стейкхолдеров ГМ	Все решения должны приниматься согласованно с потребностями стейкхолдеров.
П5	–	Риски неудовлетворенности стейкхолдеров ГМ	Риски проявления негативного влияния стейкхолдеров. Необходимо регулярно изучать мнения стейкхолдеров.
П6	–	Неудовлетворенность в акимате высоким уровнем заболеваемости в регионе	Необходимо участвовать не только в лечении, но и профилактике, пропаганде здорового образа жизни. Система управления качеством должна иметь стратегический уровень.
П7	–	Риск невыполнения планов по причинам, не зависящим от МО	Целесообразно вовлекать ТОП-менеджмент в совершенствование ГМ. Внедрять СППР. План внедрения рекомендаций должен быть гибкий с промежуточным контролем результатов.
П8	+	Потребности стейкхолдеров не могут быть решены без МО. То есть замены МО не существует	Необходимо привлекать стейкхолдеров в принятие решений в СППР.
П9	–	Влияние кадровых рисков на эффективность ГМ	Увольнения ключевых работников в условиях низкой формализации бизнес-процессов и недостатков стимулирования чревато снижением эффективности ГМ. В программу рекомендаций по совершенствованию ГМ необходимо включить рекомендации по уменьшению кадровых рисков

Примечание: по результатам обсуждения в группе экспертов

Таблица Ж.4 – Количественная оценка факторов ближнего окружения

Фактор среды	Направление (угрозы/возможность, -/+)	Вероятность фактора, P_i (0...1)	Влияние фактора, A_i (0...5)	Взвешенная оценка, $\Sigma P_i * A_i$
П1	–	0,11	3,90	-0,43
П2	+	0,15	4,00	0,60
П3	+	0,13	3,85	0,50
П4	–	0,13	3,80	-0,49
П5	–	0,12	3,70	-0,44
П6	–	0,13	3,70	-0,48
П7	–	0,08	2,50	-0,20
П8	+	0,07	2,60	0,18
П9	–	0,08	2,60	-0,21
ИТОГО	x	1,00	30,65	-0,97
Средн.	x	0,11	2,50	0,28

Примечание: источник – результаты экспертных оценок

Таблица Ж.5 – Выбор экспертами внутренних факторов для SNW-анализа

Обозначение	Направление (+/-)	Факторы	Содержание фактора, реакция компании
B1	+	Крупная, престижная, современная, многопрофильная клиника	Стратегии сокращения маловероятны. Необходимо использовать стратегии развития.
B2	+	Наличие утвержденных целей и планов развития МО	Необходимо обеспечить возможность выполнения этих планов через механизмы корпоративного управления. Включение в план рекомендаций предложений по привлечению высококлассных специалистов.
B3	+	Тенденции роста доходов	Стратегия развития должна быть направлена на поддержание положительных тенденций.
B4	+	Значительная доля мед. специалистов с высокой квалификацией	Опора на «костяк» при проведении изменений. Привлечение высококлассных специалистов к научно-исследовательской деятельности.
B5	+	Высокое качество услуг и тенденция его улучшения	Сохранение тенденции. Перевод управления качеством на стратегический уровень.
B6	+	Зрелые процессы ГМ (третий уровень зрелости)	Совершенствование ГМ, направленное на переход в четвертому уровню зрелости – моделирование и оптимизацию процессов.
B7	-	Закрытость информации о социальной ответственности, качестве	Фактор, препятствующий доверию. Необходимо повысить открытость.
B8	+	Текучесть персонала в норме	Необходимо не допускать роста текучести.
B9	-	Низкие зарплаты мед. работников младшего звена	Изыскание возможности для увеличения зарплат за счет развития дополнительных источников финансирования.
B10	-	Неполная укомплектованность штатов особенно среди мед. работников младшего звена	Включение в программу развития ГМ предложений по активному подбору сотрудников.
B11	-	Высокая доля расходов, определенных как расходы за некачественное оказание МП	Разработка проекта по управлению рисками качества.
B12	-	Отстающие от лучших практик показатели эффективности	Активное внедрение малозатратных эффективных технологий, в частности «Хирургия одного дня».

Продолжение таблицы Ж.5

Обозначение	Направление (+/-)	Факторы	Содержание фактора, реакция компании
B13	–	Процессы маркетинга, PR и связям с общественностью возложены на непрофильное подразделение – Отдел координации и развития платных услуг	Угроза проявляется в снижении эффективности процессов. Необходимо изменение орг. структуры.
B14	–	Управление рисками, составляющее стратегический блок, не имеет профессионального центра ответственности	Угроза проявляется в снижении эффективности процессов. Необходимо изменение орг. структуры.
B15	–	Отсутствует специальное подразделение по стратегическому развитию	Угроза проявляется в снижении эффективности процессов. Необходимо изменение орг. структуры.
B16	–	Управление качеством и инновационной деятельностью в структуре процессов отнесены к тактическому уровню управления, что ограничивает возможности внедрения принципов корпоративного управления	Угроза проявляется в снижении эффективности процессов. Необходимо изменение орг. структуры.
B17	–	Отставание от идеального профиля выполнения функций ГМ: планирование, организация, совершенствование (несоблюдение ряда принципов)	Повышаются неэффективные расходы. Необходимо предусмотреть мероприятия по повышению индекса соблюдения принципов корпоративного управления.

Примечание: экспертные оценки

Таблица Ж.6 – Количественная оценка внутренних факторов ГМ

Фактор среды	Направление (угрозы/возможность, -/+)	Вероятность фактора, P _i (0...1)	Влияние фактора, A _i (0...5)	Взвешенная оценка, $\Sigma P_i * A_i$
B1	+	0,04	2,50	0,10
B2	+	0,06	3,60	0,22
B3	+	0,06	4,05	0,24
B4	+	0,06	3,85	0,23
B5	+	0,07	3,90	0,27
B6	+	0,05	2,30	0,12
B7	-	0,07	3,90	-0,27
B8	+	0,07	3,90	0,27
B9	-	0,06	3,70	-0,22
B10	-	0,06	3,75	-0,23
B11	-	0,06	3,70	-0,22
B12	-	0,06	3,75	-0,23
B13	-	0,06	3,85	-0,23
B14	-	0,06	3,65	-0,22
B15	-	0,06	3,65	-0,22
B16	-	0,04	2,25	-0,09
B17	-	0,06	3,55	-0,21
ИТОГО	x	1,00	59,85	-0,69
Средн.	x	0,06	2,50	0,15

Примечание: экспертные оценки

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Затраты по SCRUM-проектам

Таблица И.1 – Распределение затрат по «Проекту А» (тыс. тг.)

Направления затрат	Период времени, квартал				
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й и последующ.
Оплата труда проектной группе	320	320	0	0	0
Затраты на наем новых сотрудников (7 ставок) из расчета 70 тыс. тг на 1 ставку	490	0	0	0	0
Оплата труда новым сотрудникам	0	4740	4740	4740	4740
Другие затраты	100	100	0	0	0
Итого затраты	910	5160	4740	4740	4740

Примечание: составлено по результатам предварительных переговоров

Таблица И.2 – Распределение затрат по «Проекту Б» (тыс. тг.)

Направления затрат	Период времени, квартал					
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й и последующ.
Оплата труда проектной группе	320	320	320	320	0	0
Процент от продаж высококлассным специалистам, занятым в инновационной деятельности (предварительно 0,01 %). Предполагается, что доходы увеличатся на 7 % ($9974527 \times 1,07$). Начиная с 6-го квартала	0	0	0	0	0	10673
Увеличение ФОТ на 5 %	0	0	0	27086	27086	27086
Другие затраты	300	300	300	300	0	0
Итого затраты	620	620	620	27706	27086	37759

Примечание: составлено по результатам предварительных переговоров

Таблица И.3 – Распределение затрат по «Проекту В» (тыс. тг.)

Направления затрат	Период времени, квартал				
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й и последующ.
Оплата труда проектной группе	0	320	320	320	0
Модернизация сайта МО	0	0	1200	1200	0
Обслуживание сайта	0	0	0	100	100
Другие затраты	0	300	300	300	0
Итого затраты	0	620	1820	1920	100

Примечание: составлено по результатам предварительных переговоров

Таблица И.4 – Распределение затрат по «Проекту Г» (тыс. тг.)

Направления затрат	Период времени, квартал					
	1-й	2-й	3-й	4-й	6-й	7-й и послед.
Оплата труда проектной группе	320	320	320	320	0	0
Оплата труда постоянно действующему экспертному совету	0	100	100	100	100	100
Выбор вендора, переговоры, обсуждение с экспертами, покупка	0	0	950	0	0	0
Обучение сотрудников работе с ПО	0	0	220	220	0	0
Обслуживание нового ПО	0	0	100	100	100	100
Другие затраты	300	300	300	300	0	0
Итого затраты	620	720	1990	1040	200	200

Примечание: составлено по результатам предварительных переговоров

Таблица И.5 – Распределение затрат по «Проекту Д» (тыс. тг.)

Период времени, квартал								
1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й
0	0	15500	15500	15500	15500	15500	15500	15500

Примечание: взято в готовом виде из бизнес-плана проекта