

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ

Медицина факультеті

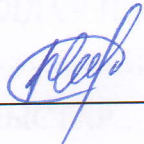
Қолжазба құқығында

Баязитов Еркебулан Сагитдинович

СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ҚАЛАЛЫҚ ЖӘНЕ
АУДАНДЫҚ ДЕНГЕЙІНДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕНЕДЖЕРІНІҢ РОЛІ

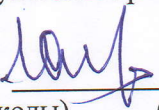
«6M050700 «Менеджмент (Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент)»

«Менеджмент (Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент)» ғылымдарының
магистрі дәрежесін алу үшін магистрлік жоба

Ғылыми жетекшісі:  PhD, доктор Н.С. Жанабаев

Магистрлік жоба қорғауға жіберілді: « 27 » 05 20 21 ж.

Факультет деканы:

 У. Молғашев
(қолы) (Т.А.Ә., ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы)

Түркістан, 2021 ж.

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	3
АНЫҚТАМАЛАР.....	5
ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ	6
КІРІСПЕ	7
1 ТАРАУ	10
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕНЕДЖМЕНТІ: ТАРИХЫ, ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ, МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН БОЛАШАҒЫ	
1.1 Ғылым ретінде менеджменттің тарихи дамуы	10
1.2 Денсаулық сақтау менеджментін жетілдіру: шетелдік және отандық тәжірибе.....	17
1.3 Медициналық ұйымдар қызметінің тиімділігін арттырудың негізгі басқару тетіктері	25
1.3.1 Медициналық ұйымдарға олардың қызметінің тиімділігін арттыру факторы ретінде дербестік пен дербестік беру.....	25
2 ТАРАУ	29
ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.....	
3 ТАРАУ	33
ХАЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫНА ҚАНАҒАТТАНУЫН ТАЛДАУ НӘТИЖЕЛЕРІ.....	
ҚОРЫТЫНДЫ.....	39
ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР.....	43
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	44

–Осы жобада келесі стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

–Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы.

–Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 13 қыркүйектегі №1438 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005 – 2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы.

–Қазақстан Республикасының Президенті – Елбасы Нұрсұлтан Назарбаевтың 2012 жылғы 14 желтоқсандағы "Қазақстан-2050 "Стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" атты Қазақстан халқына Жолдауы.

–Қазақстанның 2030 жылға дейінгі даму стратегиясын одан әрі іске асыру жөніндегі шаралар туралы Қазақстан Республикасы Президентінің 2007 жылғы 6 сәуірдегі N 310 Жарлығы.

–Қазақстан Республикасының 2011 жылғы 1 наурыздағы № 413-IV "Мемлекеттік мүлік туралы" Заңы.

–Қазақстан Республикасының 1999 жылғы 1 шілдедегі № 410-1 Азаматтық кодексі. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің № 287 бұйрығы

–2008 жылғы 20 мамырда "мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға қайта құру әдістемесін" бекіту туралы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 14 тамыздағы № 407 бұйрығы "Денсаулық сақтау ұйымдарын шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға қайта ұйымдастыру жөніндегі әдістемелік ұсынымдарды бекіту туралы".

–"Медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 4 сәуірдегі №179 бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің 2011 жылғы 20 мамырдағы № 310 бұйрығы "медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу қағидаларын бекіту туралы.

–"Тегін медициналық көмектің Мемлекеттік көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру және шығындарды жоспарлау әдістемесін бекіту туралы "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 20 мамырдағы №310 және" медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу қағидаларын бекіту туралы "2009 жылғы 26 қарашадағы №801 бұйрықтарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 16 қыркүйектегі №622 бұйрығы.

–"Көтермелеудің салалық жүйесінің кейбір мәселелері туралы "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 10 қарашадағы № 689 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы"Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2012 жылғы 13 сәуірдегі № 245 Бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің 2011 жылғы 22 сәуірдегі "Қазақстан Республикасының "Денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу" жобасы шеңберінде құрылған орталықтардың жұмыс істеуін қамтамасыз ету туралы " №212 бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 17.09.2010 ж. №727 "жұмыс топтарын құру туралы"бұйрығы.

–"Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарда байқау кеңесін құру қағидаларын, байқау кеңесінің құрамына сайланатын адамдарға қойылатын талаптарды, сондай-ақ Байқау кеңесінің мүшелерін конкурстық іріктеу және олардың өкілеттіктерін мерзімінен бұрын тоқтату қағидаларын бекіту туралы"Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 маусымдағы қаулысы.

–Дәрігерлік лауазымдар мен мамандықтардың номенклатурасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 19 маусымдағы N 458 бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 24 қарашадағы № 775 бұйрығы. "Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасын бекіту туралы".

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің 2011 жылғы 22 сәуірдегі "Қазақстан Республикасының "Денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу" жобасы шеңберінде құрылған орталықтардың жұмыс істеуін қамтамасыз ету туралы " №212 бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 17.09.2010 ж. №727 "жұмыс топтарын құру туралы"бұйрығы.

–"Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарда байқау кеңесін құру қағидаларын, байқау кеңесінің құрамына сайланатын адамдарға қойылатын талаптарды, сондай-ақ Байқау кеңесінің мүшелерін конкурстық іріктеу және олардың өкілеттіктерін мерзімінен бұрын тоқтату қағидаларын бекіту туралы"Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 маусымдағы қаулысы.

–Дәрігерлік лауазымдар мен мамандықтардың номенклатурасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 19 маусымдағы N 458 бұйрығы.

–Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 24 қарашадағы № 775 бұйрығы. "Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасын бекіту туралы".

АНЫҚТАМАЛАР

Осы жобада тиісті анықтамалары бар мынадай терминдер қолданылады:

Аутсорсинг-бұл мекеменің қызметіне қызмет көрсету жөніндегі функциялардың бір бөлігін басқа ұйымға беру.

Бенчмаркинг - бұл қызмет тиімділігін арттыру, бизнес-процестерді жетілдіру үшін бір компанияның жұмыс тиімділігін басқа, неғұрлым табысты компаниялардың көрсеткіштерімен салыстырмалы талдау әдісі. Бенчмаркингтің мәні-біреудің оң тәжірибесін табу және қабылдау.

Корпоративтік мәдениет-бұл ұйымның сыртқы ортаға және ішкі интеграцияға бейімделу процесінде алған, оның тиімділігін көрсеткен және ұйым мүшелерінің көпшілігімен бөлісетін мінез-құлық модельдерінің жиынтығы. Корпоративтік мәдениеттің құрамдас бөліктері: қабылданған көшбасшылық жүйесі; жанжалдарды шешудің стильдері; қолданыстағы байланыс жүйесі; ұйымдағы жеке тұлғаның жағдайы; гендерлік және ұлтаралық қатынастардың ерекшеліктері; қабылданған символизм: ұрандар, ұйымдастырушылық табулар, рәсімдер.

Жаттықтырушы-жаттықтырушы, нұсқаушы, тәлімгер.

Менеджмент-бұл нарықтық жағдайда жұмыс істейтін компанияның кез-келген экономикалық қызметі барысында басқарудың экономикалық механизмінің принциптерін, функциялары мен әдістерін қолдана отырып, материалдық және еңбек ресурстарын ұтымды пайдалану арқылы белгіленген мақсаттарға қол жеткізуге бағытталған кәсіби қызметтің тәуелсіз түрі.

Шаруашылық жүргізу құқығы-мүлікті меншік иесі ретінде мемлекеттен алған және заң актілерінде белгіленген шекте осы мүлікті иелену, пайдалану және оған билік ету құқығын жүзеге асыратын мемлекеттік кәсіпорынның заттық құқығы.

SWOT-талдау-ұйымның ішкі және сыртқы ортасының факторларын анықтаудан және оларды төрт санатқа бөлуден тұратын стратегиялық жоспарлау әдісі: Strengths (күшті жақтар), Weaknesses (әлсіз жақтар), Opportunities (мүмкіндіктер) және Threats (қауіптер).

Топ-менеджер-ұйымды тиімді басқаруға күн сайын жауап беретін иерархияның жоғарғы деңгейінің жетекшісі.

Транспарентті-ағылш. transparent, мөлдір, айқын, ашық.

Фокус-топ-мақсатты аудитория өкілдерімен терең сұхбаттасу арқылы сапалы зерттеу әдісі. Аудиториядан сұхбат алу кезінде зерттеушілер өнім, қызмет және басқа да зерттеу объектілері туралы субъективті пікірлер алады.

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

ЖІӨ-жалпы ішкі өнім

ДДСҰ-Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ЖММК-жоғары мамандандырылған медициналық көмек

ЖОО-жоғары оқу орындары

ҚДСЖМ-Қоғамдық денсаулық сақтау Жоғары мектебі

ШЖҚ МК-шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорын

ТМККК - тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

БҰДЖ-Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі

КШТ-клиникалық-шығынды топтар

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі

АЕК-айлық есептік көрсеткіш

БК-Бақылау кеңесі

МСАК-алғашқы медициналық – санитариялық көмек

ШЖҚ-шаруашылық жүргізу құқығы

ҚР-Қазақстан Республикасы

MBA (Master of Business Administration; іскерлік әкімшілендіру магистрі)

TQM (Total quality management)

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесін белсенді реформалау, медициналық қызметтер нарығын қалыптастыру, медициналық қызмет көрсетушілер арасында бәсекелестік орта құру және медициналық ұйымдарға барынша дербестік беру жағдайларында Бірінші басшылардың рөлі артуда. Сондықтан қазіргі уақытта медициналық ұйымдардың басшыларын денсаулық сақтаудағы менеджмент пен маркетинг саласында оқытуға көп көңіл бөлінуде.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасында атап өтілгендей: "негізгі проблемалар ресурстардың жетіспеушілігімен ғана емес, оларды пайдалану тиімділігінің төмендігімен де байланысты, яғни бүгінгі күні денсаулық сақтауды басқару және қаржыландыру оның тиімділігіне емес, желінің қуатын қолдауға бағытталған. Бұдан басқа, тариф белгілеудің объективті емес жүйесі, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары дербестігінің төмендігі және білікті менеджерлердің болмауы медициналық қызмет көрсетушілердің бәсекеге қабілеттілігінің дамуын айтарлықтай тежейді". Сондықтан Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде медициналық көмекті ұйымдастыруды, басқаруды және қаржыландыруды жетілдіру саласындағы міндеттердің бірі денсаулық сақтаудағы басқару және менеджмент жүйесін жетілдіру болып айқындалды.

Қазіргі уақытта медициналық ұйымдардың басшылары клиницист дәрігерлер ретінде қалыптасқан және басшылық лауазымға ұсынылған мамандар болып табылады. Клиниктердің медициналық ұйымдардың басшылары ретінде клиник емес менеджерлерден артықшылығы бар, мысалы, клиникалық басқару немесе медициналық көмек сапасын басқару мәселелерін шешуде, бірақ көп жағдайда жетекші дәрігерлердің кәсіби басқару үшін арнайы білімі жеткіліксіз. Осыған байланысты менеджмент бағдарламалары бойынша медициналық ұйымдардың басшыларын даярлау қажеттілігі туындайды. Тиімді менеджменттің негізгі қағидаттары мен практикалық дағдыларына оқыту Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесін реформалау үдерісіндегі маңызды кезеңдердің бірі ретінде қарастырылады.

"Қазақстан-2050" Стратегиясында Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаев: "Біз әкімшілік-командалық жүйенің басқару дәстүрлерінен түбегейлі арылуға және басқарушылардың заманауи әрі тиімді корпусын құруға тиіспіз", - деп атап көрсеткен.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі соңғы он жылда жүргізіліп жатқан реформалар ел басшылығының саланы басқару жүйесін жақсартуға ұмтылысын айқын көрсетеді. Қазіргі уақытта елімізде Дүниежүзілік Банктің қолдауымен Денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу жөніндегі жоба іске асырылуда, оның міндеттерінің бірі Қазақстанның халықаралық тәжірибесі мен ерекшеліктерін ескере отырып, денсаулық сақтау саласындағы менеджерлерді барлық

деңгейлерде оқытудың тұрақты, орнықты және тиімді жүйесін құру болып табылады [1].

Ауруханалар мен емханалардың бас дәрігерлерін, медициналық ұйымдардың бас бухгалтерлері мен экономистерін даярлау денсаулық сақтаудың қазыналық кәсіпорындары мен мемлекеттік денсаулық сақтау мекемелерін шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға (ШЖҚ МК) қайта ұйымдастыруға жәрдемдесуге бағытталған, бұл денсаулық сақтаудағы басқару, қаржыландыру, Инвестициялық саясат жүйесін жетілдіруге, медициналық ұйымдар қызметінің экономикалық тиімділігін арттыруға, сондай-ақ персоналды басқару тиімділігі мен медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

Бұл ғылыми негізді дамыту және жүргізіліп жатқан өзгерістердің тиімділігін бағалау бойынша зерттеулер жүргізу қажеттілігін туындатады. Сонымен қатар, денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау тәжірибесін және менеджерлер институтын енгізе отырып, медициналық ұйымдарды басқару процесін жетілдіруді бағалауды жинақтайтын зерттеулер бірлі-жарым және Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіне қазіргі заманғы менеджментті енгізу нәтижелілігін ғылыми негіздеуге мүмкіндік бермейді.

Зерттеу мақсаты

Солтүстік Қазақстан облысының қалалық және аудандық деңгейіндегі денсаулық сақтау жүйесіндегі денсаулық сақтау менеджерінің ролін анықтау және бағалау.

Зерттеу міндеттері

1. Денсаулық сақтауды басқару саясаты, медициналық ұйымның ресурстарын басқару, денсаулық сақтаудың қазыналық кәсіпорындары мен мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға қайта ұйымдастыру жөніндегі шығындар мен кәсіби іскерліктердің тиімділігін арттыру мәселелері бойынша білікті маман - менеджерлерді даярлау процесіне талдау жүргізу.

2. Медициналық ұйымдардың жаңа ұйымдық - құқықтық нысанға көшуін талдау және халықтың медициналық көмек көрсету сапасына қанағаттануы арқылы менеджментті жетілдіру процесінің нәтижелілігін бағалау.

Зерттеу объектісі

- Шаруашылық жүргізу құқығына ауысатын медициналық ұйымдардың басшылық құрамы.

Зерттеу пәні

- Денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау процесі.
- Медициналық ұйымдардың шаруашылық жүргізу құқығына көшу процесі.
- Халықтың медициналық көмек көрсету сапасына қанағаттануы.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы

Халықтың медициналық көмек сапасына қанағаттануымен өзара байланыста медициналық ұйымдардың менеджментін жетілдіру процесінің нәтижелілігіне ғылыми-негізделген баға берілді.

Медициналық ұйымдардың менеджментін жетілдіруге әсер ететін негізгі факторлар белгіленді және осы факторлардың медициналық ұйымдардың шаруашылық жүргізу құқығына көшу процесіне әсер ету дәрежелері айқындалды.

Практикалық маңыздылығы

Медициналық ұйымдарға заманауи менеджментті енгізу процесіне кешенді талдау және мониторинг жүргізілді, оның негізінде медициналық ұйымдарды басқарудың жаңа ұйымдық-құқықтық нысанына белсенді өту процесіне кедергі келтіретін факторлар анықталды, оларды шешу Денсаулық сақтау жүйесі мен медициналық ұйымдарға ұйымдарда заманауи менеджментті енгізуді іске асыруға мүмкіндік береді.

Қазақстанда денсаулық сақтау менеджерлерін даярлаудың зерделенген процесі және оның медициналық ұйымдарды басқаруды жетілдіру процесіне әсері негізінде денсаулық сақтаудың құзыретті мамандары-менеджерлерін даярлаудың тиімділігін арттыру бойынша ғылыми негізделген ұсынымдар ұсынылды.

Ізденушінің жеке үлесі зерттеудің мақсатын айқындауда, зерттеу бағдарламасы мен жоспарын әзірлеуде (жеке үлесі 85%); сотталғандарды, сезіктілер мен айыпталушыларды медициналық қамтамасыз ету мәселелерін реттейтін әдебиеттер мен нормативтік-құқықтық актілерге талдау шолуын жүргізуде (100%); аймақтық деңгейде күдіктілерді, айыпталушыларды және сотталғандарды медициналық қамтамасыз етудің қолданыстағы жүйесін зерделеуде (100%); деректердің көшірмесін жасағанда (95%); әлеуметтік сауалнамада (95%); сотталғандарды медициналық қамтамасыз ету мәселелерін реттейтін%); талдау және интерпретациялау (85%), сотталғандарға, сезіктілер мен айыпталушыларға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың тиімділігін арттыру жөніндегі іс-шараларды әзірлеу (жеке үлесі 90%); қорытындылар мен практикалық ұсынымдардың мазмұны (90%), сондай-ақ жарияланымдар дайындау және жобаны ресімдеу (90%).

Нәтижелердің нақтылық дәрежесі. Зерттеу нәтижелерінің анықтығы бастапқы деректердің жеткілікті санын пайдаланумен, оларды статистикалық өңдеу арқылы statistica 6.1 бағдарламаларын пайдалана отырып, параметрлік және параметрлік емес статистика әдістерімен анықталады. (StatSoft Inc.), Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp.).

1 ТАРАУ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕНЕДЖМЕНТІ: ТАРИХЫ, ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ, МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН БОЛАШАҒЫ

1.1 Ғылым ретінде менеджменттің тарихи дамуы

Басқару әдебиетінде баяндалған мектептердің, тәсілдердің, теориялар мен тұжырымдамалардың көптігі менеджменттің тарихи дамуының негізгі кезеңдерін нақты жіктеуді қиындатады. Сонымен бірге, көптеген авторлар басқарудың төрт негізгі мектебі қазіргі заманғы теория мен практиканың дамуына айтарлықтай үлес қосқанын атап өтті: ғылыми Басқару Мектебі, әкімшілік (классикалық) басқару мектебі, адами қатынастар және мінез-құлық ғылымдары тұрғысынан басқару мектебі, сандық көзқарас тұрғысынан басқару немесе Басқару ғылымы мектебі [2-5]. 1-кестеде менеджменттің ғылыми мектептерінің негізгі жетістіктері келтірілген.

Кесте 1-менеджменттің ғылыми мектептері

Мектеп атауы	Кезең	Негізін қалаушы және өкілдері	Теорияның дамуына қосқан үлесі және менеджмент практикасы
Ғылыми басқару мектебі	1885 - 1920 жж.	Тейлор Ф., Гилберт Ф., Гилберт Л., Гантт Г..	Тапсырманы орындаудың ең жақсы тәсілдерін анықтау үшін ғылыми талдауды қолдану. Тапсырмаларды орындауға жарамды қызметкерлерді іріктеу, оларды оқыту. Міндеттерді тиімді орындау үшін қызметкерлерді қажетті ресурстармен қамтамасыз ету. Еңбек өнімділігін арттыру үшін материалдық ынталандыруды пайдалану. Жоспарлы және ұйымдастыру жұмыстарын өндірістік.

Әкімшілік (классикалық) басқару мектебі	1920 - 1950 жж.	Файоль А., Урвик Л., Гьюлик Л., Вебер М., Муни Д., Слоун А., Черч Г..	Басқару принциптерін дамыту. Басқару функцияларының сипаттамасы. Бүкіл ұйымды басқарудың жүйелі тәсілі.
Адами қатынастар және мінез-құлық ғылымдары мектебі	1930 - 1950 жж.	Мэйо Д., Фоллет М.П., Мюнстерберг Г., Маслоу А., Мак Грегор Д..	Қызметкерлердің қанағаттану дәрежесін арттыру және олардың еңбек өнімділігін арттыру үшін тұлғааралық қатынастарға басқару әдістерін қолдану. Адам мінез-құлқы туралы ғылымдарды ұйымды басқаруға және қалыптастыруға қолдану, әр қызметкер оған сәйкес толық пайдаланылуы мүмкін әлеуеті бар.
Басқару Ғылым мектебі	с 1950 г. қазіргі уақыт а дейін	Форрестр С., Райф Э., Саймон С., Акофф Р., Фон Берталанфи Л., Бир С.,	Модельдерді (оның ішінде экономикалық және математикалық) әзірлеу және қолдану арқылы күрделі басқару мәселелерін терең түсіну. Менеджерлерге қиын жағдайларда шешім қабылдауға көмектесетін сандық әдістерді дамыту.

Ғылыми басқару мектебінің негізін қалаушы Фредерик Уинслоу Тейлор (1856 – 1915), оның "ғылыми басқару принциптері" кітабы менеджментті ғылым және дербес зерттеу саласы ретінде дамытудың бастауы деп танылды [6]. Ф. Тейлор еңбек өнімділігін арттыру, кірісті ұлғайту және қызметкерлердің әл-ауқатының жоғары деңгейіне жету үшін басқарудың ғылыми әдісін қолдану қажет, ал кәсіпорындарды қазіргі терминологияда менеджерлер деп аталатын арнайы дайындалған адамдар басқаруы керек деген маңызды тұжырым жасады. Ғылыми басқару мектебінің негізгі принциптері [7]:

- экономикалық мәселелерді шешудің ең жақсы әдісін анықтау үшін ғылыми талдауды қолдану;
- нақты міндеттерді орындау үшін қызметкерлерді мақсатты іріктеу, оларды оқыту;
- қызметкерлерді ресурстармен қамтамасыз ету;
- материалдық ынталандыруды қолдану;
- жоспарлауды жұмыстың өзінен бөлу.

Ғылыми басқару тұжырымдамасының дамуына Френк пен Лилия Гилберт, Генри Гант өз үлестерін қосты, олар бақылауларды, өлшеулерді, логиканы және талдауды қол еңбегін жақсарту үшін қолданды, оларды тиімді орындауға қол жеткізді [8].

Ірі өнеркәсіптік кәсіпорындардың дамуымен әкімшілік ғылыми басқару мектебі пайда болды, оның өкілі Анри Файол (1841 – 1925). Ол басқаруда әкімшілікке және жоғары басшылыққа баса назар аударды, басқарудың бүкіл әмбебап процесін ұйымды басқару теориясында әлі де қолданылатын бес негізгі өзара байланысты функцияларға бөлді: жоспарлау, ұйымдастыру, кадрларды іріктеу және орналастыру, мотивация, бақылау [9]. Ол сонымен қатар ұйымның жетістікке жетуіне бағытталған 14 негізгі басқару принциптерін жасады [10-11], осы принциптердің ішінде: еңбек бөлінісі принципі, өкілеттіктердің жауапкершілікпен үйлесуі, тәртіпті сақтау, дара басшылық, іс-әрекеттің бірлігі, жеке адамдарға ортақ мүдделердің Үстемдігі, жұмысшыларды ынталандырудың әділ әдістерінің болуы, орталықтандыру мен орталықсыздандырудың тепе-теңдігі, басқарудағы бағыныштылық, жұмыс орнындағы тәртіп, әкімшіліктің бағыныштыларға деген құрметі мен әділдігі, мейірімділік пен әділеттіліктің үйлесімі, қызметкерлердің айналымын азайту, қызметкерлердің бастамасына еркіндік беру, ұйымдағы бірлік пен үйлесімділік қағидаты.

Осылайша, егер ғылыми менеджмент жекелеген жұмысшылардың еңбек өнімділігін арттыру мәселелерімен айналысса, онда әкімшілік менеджмент бүкіл ұйымды біртұтас басқаруға назар аударды.

1930 жылдардың басында элеуметтану мен психологияның дамуымен басқару мектебінің пайда болуы адами қатынастар тұрғысынан басталды. Бұл мектептің дамуына Джордж Элтон Мэйо (1880 – 1949) үлкен үлес қосты, ол "Хоторн эффекті" ашты, бұл еңбек өнімділігі мен өнім сапасы еңбек жағдайларына емес, элеуметтік және психологиялық факторларға байланысты екенін көрсетеді [12-13].

Өнеркәсіптік психологтардың әлемдегі алғашқы мектебін неміс психологы Гуго Мюнстерберг (1863-1916) құрды, ол адамдарды көшбасшылық лауазымдарға іріктеудің негізгі принциптерін тұжырымдады, субъектілердің әртүрлі мамандықтарға қабілеттілігі мен бейімділігін, жұмысшылардың бір-бірімен үйлесімділігін, шаршау мәселелерін зерттеуге арналған тесттер жасады [14].

Осы бағыттың тағы бір ғалымы Мэри Паркер Фоллет (1868 – 1933) көшбасшылық теориясын жасады, менеджментке анықтама берді "басқа адамдарға әсер ету арқылы кәсіпорын мақсаттарын орындау" [15].

Адами қатынастар мектебінің дамуына үлкен үлес мотивациялық теорияларды жасаған мінез – құлық ғалымдары жасады. Олардың бірі-Абрахам Маслоудың қажеттіліктерінің иерархиялық теориясы

адамдардың іс-әрекетінің себептері негізінен экономикалық факторлар емес, әр түрлі қажеттіліктер, олар әрдайым ақша арқылы қанағаттандырыла бермейді; жұмысшылардың қажеттіліктері қанағаттанған сайын олардың Еңбек өнімділігі де артады. Маслоу тұжырымдамасы қазіргі заманғы басқару теориясы мен практикасының дамуына үлкен әсер етті.

Көшбасшылық саласындағы танымал ғалым Дуглас Мак Грегор адамдардың мінез-құлқына әсер етудің екі тәсілін сипаттады: X теориясы және Y теориясы. X теориясы-авторитарлық басқару түрі. Бұл теорияға сәйкес, адамдар бастапқыда жұмыс істегенді ұнатпайды, сондықтан оларды мәжбүрлеуге, басқаруға, бағыттауға, жұмыс істеуге мәжбүр ету керек. Y теориясы басқарудың демократиялық стиліне негізделген-өкілеттік беру, мәселелерді алқалы түрде шешу. Басқарудың бұл стилі жұмыс табиғи жағдай мен қажеттілік болып табылатын адамдар үшін қолданылады, адам өзін – өзі бақылауды, өзін-өзі басқаруды жүзеге асыра алады, жауапкершілікке ұмтылады, өзін-өзі тәрбиелеуге бейім.

Сандық көзқарас тұрғысынан басқару мектебі Ф. Тейлор бағытының жалғасы болды, бірақ бұл мектептің негізі математика, статистика, Компьютерлік инженерия және компьютерлік модельдеудегі жаңа жетістіктер болды. Бұл мектептің ең танымал өкілдері-С. Форрестр, Э.Райф, с. Саймон, Р. Акофф, Л. Фон Берталанфи, с. Бир, Л. Канторович және т. б. бұл бағыт тікелей себептік тәуелділікпен шектелмейтін ең қиын жағдайларда шешім қабылдау модельдерін жасады. Зерттелетін айнымалылардың сандық мәндері дайын модельге ауыстырылды және мәселені шешудің оңтайлы нұсқасы есептелді.

Басқару мектептерімен қатар 3 негізгі тұжырымдамалық тәсіл бар: процесс, жүйелік, жағдайлық.

Технологиялық тәсіл басқаруды дәйекті және параллель өзара байланысты басқарушылық функциялардың үздіксіз сериясы ретінде қарастырады: жоспарлау, ұйымдастыру, ынталандыру, бақылау және байланыстырушы процестер – байланыс және шешім қабылдау.

Жүйелік тәсіл ұйымды өзара тәуелді және өзара әрекеттесетін элементтердің күрделі жиынтығы, ал адамды элементтердің бірі ретінде қарастырады; ұйым сыртқы ортамен үнемі өзара әрекеттеседі, сыртқы ортадан ресурстар алады, оларды өзгертеді және дайын өнімді сыртқы әлемге қайтарады.

Менеджментке ситуациялық көзқарас әр түрлі басқару әдістерін қолдану белгілі бір жағдаймен анықталады, өйткені көптеген сыртқы және ішкі факторлар жағдайды анықтайды. Ұйымды басқарудың барлық "жақсы" әдісі жоқ, белгілі бір жағдай үшін тиімді әдісті табу және іске асыру қажет.

Бүкіл әлемде менеджмент әлеуметтік функцияға айналды, өйткені ол адамның кез-келген іс-әрекетіне тән, оның барысында әртүрлі білім мен дағдылардағы адамдар бір ұйымда біріктіріледі. Мамандардың пікірінше, менеджменттің тарихи дамуы сәтті басқарудың келесі маңызды принциптерін анықтады:

- менеджмент адамдармен байланысты және адамдарға бірге жұмыс істеуге бағытталған;

- менеджмент көбінесе мәдениетте көрінеді, сондықтан менеджердің міндеттерінің бірі-басқарудың құрамдас бөлігі ретінде қолдануға болатын мәдениеті мен дәстүрінің элементтерін анықтау;

- кез-келген кәсіпорынға ортақ мақсаттар мен құндылықтарға адалдық қажет: ұйымның миссиясы, мақсаттары мен міндеттері түсінікті, нақты және расталуы керек;

- менеджмент кәсіпорынның және оның әрбір мүшесінің қажеттіліктері мен мүмкіндіктеріндегі өзгерістерге қарай дамуына жәрдемдесуі тиіс: оқыту мен дамыту тұрақты және барлық деңгейлерде жүргізілуі тиіс;

- кәсіпорынның барлық қызметкерлері қандай мақсаттарға ұмтылатынын білуі керек;

- жұмыстың нәтижелілігі (нарықтағы жағдай, инновацияларды енгізу, өнімділік, қызметкерлердің дамуы, сапа, қаржылық нәтижелер) үнемі бағаланып, үздіксіз арттырылуы қажет;

- нәтижелер тек кәсіпорыннан тыс бағаланады, кәсіпорын ішінде тек шығындар бар: Бизнесінің нәтижесі – қанағаттанған клиент, аурухананың нәтижесі – емделуші.

Бір қызығы, ф.Тейлор 1912 жылы АҚШ Конгресіне жасаған баяндамасында ғылыми менеджментті практикада қолданудың алғашқы мысалы ретінде коммерциялық емес ұйымды - Майо клиникасын келтірді, яғни ғылыми басқаруды қолдану әлеуметтік салада көрініс тапты.

Ұлттық ерекшелігіне және корпоративтік мәдениеттің ерекшеліктеріне байланысты әлемде менеджменттің әртүрлі модельдері бар. Сонымен қатар, мамандар американдық және жапондық менеджменттің тарихи қалыптасқан классикалық модельдерін келтіреді, олар басқалардың негізінде жатыр.

Жапондық басқару моделі-американдық басқарудың ең ұтымды идеяларын сіңірген әлемдегі ең тиімділердің бірі, бірақ бұл модель жапондықтардың мәдениеті мен психологиясының дәстүрлі элементтеріне негізделген. Оның басты артықшылығы-адамдармен жұмыс істеу мүмкіндігі. Жапондық басқару жүйесі елдің экономикалық өрлеу факторларының біріне айналды, кейбір параметрлер бойынша бұл жүйе, мысалы, Еуропалық немесе американдық жүйеге қарағанда, ғылыми-техникалық революция

жағдайларына көбірек бейімделді: жапон бизнесінің негізгі ұраны техникалық және технологиялық инновацияларға бағдарлану болды.

Жапон менеджментінің ерекшелігі-ол еңбекті ұйымдастырудың топтық формасына назар аударады, ұжымдық жауапкершілік механизмі қолданылады, топ мүшелері басқарушылық шешімдер қабылдауға қатысады және оларды жүзеге асыру үшін бірдей жауап береді, олар туралы ақпарат компанияның істері және оның жоспарлары барлық қызметкерлерге жеткізіледі, жұмысшылар технологиялық және экономикалық мәселелерді шешуге белсенді қатысады, қызметкерлердің ұсыныстары мен шағымдары дереу қаралады. Өндірістің тиімділігі мен сапасын арттыру үшін цехтар мен жұмыс орындары деңгейінде сапа үйірмелері құрылады, оларға қатысу материалдық және моральдық ынталандырылады. Қызметкерлер арасында жақсы лауазымға жету құқығы үшін ашық, дауысты бәсекелестік бар. Орташа есеппен 5-7 жылдан кейін жыл сайынғы жоғары еңбек көрсеткіштерімен қызметкер төменгі деңгейдегі менеджер бола алады. Кадрларды жүйелі даярлау мен қайта даярлауға, фирмаға адал қызметкерлерді тәрбиелеуге, инновациялық технологияларды енгізуге ерекше көңіл бөлінеді.

Кейбір авторлар Хидеки Йосихараға сілтеме жасай отырып, жапон менеджментінің келесі белгілерін көрсетеді: сапаға бағытталған басқару; сапа фирманың саясаты мен стратегиясына енеді; басқарудың ұжымдық формалары және ұжымдық жауапкершілік; мақсаты-топтың жұмысын жақсарту және топтық ынтымақтастықты нығайту; корпорацияның жариялылығы мен құндылықтары; өндірісте басшылықтың үнемі болуы; ақпаратқа негізделген басқару. Соңғы өнімнің сапасы оны өндірудің барлық кезеңдерінде қалыптасады. Ақаулардың, ақаулардың, қайта бақылаудың азаюы, бөлшектердің қозғалыс бағыттарын рационализациялау материалдық ресурстар мен уақытты едәуір үнемдеуге әкеледі. Жапон кәсіпорындарында басшылық патернализм қағидаты бойынша жүзеге асырылады (лат. *paternus*-әкелік, әкелік), яғни қызметкерлерге олардың бір отбасының мүшелері екенін сезіну. Фирмаларда өмір бойы жалдау жүйесі жұмыс істейді, басшылықпен бейресми жағдайда қарым-қатынас жасау мүмкіндігі бар, мысалы, бірлескен демалыс, ойын-сауық және т. б. қолданылады.

Менеджменттің тағы бір мысалы-Америка Құрама Штаттарының қалыптасуы мен дамуы процесінде қалыптасқан және феодализмнің қалдықтарының болмауы, елдің аумағы мен байлығын жігерлі, өршіл және тапқыр иммигранттардың игеруі сияқты факторларға байланысты американдық басқару стилі. Қазіргі уақытта американдық модель Ұлыбританияда, Канадада, Австралияда, Жаңа Зеландияда және басқа да елдерде қолданылады.

Е. Комаров американдық басқару стилінің келесі сипаттамаларын атап өтті: тиімділік, ұйымдастырушылық қабілеттер, қызметкерлердің құзыреттілігін қамтамасыз ету және менеджментті "жетілдіру индустриясының" дамуы. Тиімділік-бұл табандылық пен табандылық, сөздің нақтылығы мен анықтығы, сөз бен істің бірлігі, бағалау қабілеті, пайда мен

табысқа ұмтылу сияқты қасиеттер. Американдық менеджерлер әрқашан жоғары іскерлік қасиеттерімен ерекшеленді. Егер біз американдық басқару моделінің мәнін қысқаша білдірсек, онда индивидуализм деп айтуға болады.

Тәжірибе көрсеткендей, белгілі бір басқару жүйесін таза механикалық қолдану жоғары тиімділікке кепілдік бермейді. Ұйым жұмыс істейтін өндірістік-нарықтық жағдайларды, ішкі және сыртқы экономикалық жағдайларды, психологиялық және әлеуметтік-мәдени факторларды ескеру қажет. Алайда, персоналды басқарудағы тиімді әдістерді, басқа елдердің тәжірибесін зерттеу, классикалық, соның ішінде жапондық және американдық басқару модельдерін талдау отандық басқару моделін қалыптастыруға кең мүмкіндік береді.

Осыған байланысты әлемдік экономиканың жаһандану факторларын және өндірістің интернационалдандырылуын ескере отырып, қазіргі менеджменттің негізгі бағыттарына қатысты ғалымдардың (П. Друкер, Д. Макгрегор, Ч. Барнард, Д. Хасси және т. б.) жұмыстары қызығушылық тудырады.:

- кәсіпорын-бұл ашық жүйе (ішкі және сыртқы орта факторларының бірлігі);
- жаңа технологиялар мен сапалы жаңа өнімдердің артықшылығы;
- ұйымның басты әлеуеті-қызметкерлер;
- ұйымдастырушылық мәдениеттің рөлін арттыру, қызметкерлерді жан-жақты ынталандыру және көшбасшылықтың жаңа стилі;
- басқарудағы демократияландыру, қарапайым қызметкерлердің басқаруға қатысуы, қызметкерлерге деген адалдық пен тілектестік, олардың шығармашылық әлеуетін қалыптастыруға және іске асыруға ықпал ететін атмосфера құру;
- заманауи ақпараттық технологияларды енгізу;
- ресурстардың барлық түрлерін тиімді пайдалану және қалдықтар мен ысыраптарды жою;
- мемлекеттік секторда, ғылымда, білім беруде, медицинада менеджмент қажеттілігін түпкілікті мойындау.

Осылайша, ғылым ретінде менеджменттің даму тарихы айтарлықтай практикалық тәжірибе жинақталғанын, басқару проблемалары бойынша әртүрлі көзқарастар мен көзқарастарды көрсететін көптеген теориялар жасалғанын көрсетеді. Менеджмент адам қызметінің барлық салаларында, соның ішінде денсаулық сақтау саласында бар, оны тиімді басқарусыз сәтті дамыту мүмкін емес. Денсаулық сақтауды жаңғырту мен нарықтық тетіктерді енгізудің қазіргі заманғы жағдайларында басқару теориясын, менеджмент пен маркетингтің ғылыми негіздерін терең зерделеу қажет.

1.2 Денсаулық сақтау менеджментін жетілдіру: шетелдік және отандық тәжірибе

Менеджменттің көптеген анықтамалары бар, бірақ Денсаулық сақтау саласына қатысты менеджмент адами, материалдық және медициналық – технологиялық ресурстарды тиімді пайдалану арқылы денсаулық сақтау процестерін басқарудағы мақсаттарға жету ретінде анықталған.

Әлемде денсаулық сақтауды ұйымдастырудың қандай да бір әмбебап тиімді моделі жоқ. Денсаулық сақтауды басқару модельдерінің үш негізгі түрі бар: бюджеттік қаржыландыру жүйесі бар мемлекеттік, әлеуметтік сақтандыру және нарықты реттеу қағидаттарына негізделген сақтандыру және жеке медициналық сақтандыруды қолдана отырып, нарық қағидаттарына негізделген жеке меншік.

Денсаулық сақтаудың мемлекеттік моделі мемлекеттің маңызды рөлімен сипатталады: денсаулық сақтауды қаржыландыру негізінен мемлекеттік бюджеттен кәсіпорындар мен халыққа салынатын салықтар есебінен жүзеге асырылады. Халық медициналық көмекті тегін алады (медициналық қызметтердің шағын жиынтығынан басқа). Осылайша, мемлекет медициналық көмектің негізгі сатып алушысы және жеткізушісі болып табылады, нарыққа, әдетте, мемлекеттің бақылауында екінші роль беріледі. Бұл модель Ұлыбританияда, Ирландияда, Данияда, Норвегияда, Португалияда, Италияда, Грецияда, Испанияда, Австралияда, Швецияда, Кубада бар.

Денсаулық сақтаудың сақтандыру моделі бүкіл халықты міндетті медициналық сақтандырудың болуымен сипатталады. Мемлекет медициналық қызметтерге ақы төлеудің нарықтық қағидаттарын бұзбай, табыс деңгейіне қарамастан барлық немесе көптеген азаматтардың медициналық көмекке қажеттіліктерін қанағаттандыруда кепілгер рөлін атқарады. Медициналық қызметтер нарығының рөлі тұтынушылардың таңдау еркіндігі мен егемендігін қамтамасыз ете отырып, халықтың қажеттіліктерін кепілдендірілген деңгейден тыс қанағаттандыруға дейін азаяды. Қаржыландырудың көп арналы жүйесі (жалақыдан, мемлекеттік бюджеттен, сақтандыру ұйымдарының пайдасынан аударымдардан) әлеуметтік-сақтандыру медицинасының қаржылық базасының қажетті икемділігі мен орнықтылығын жасайды. Бұл модель Германия, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Швейцария, Канада, Жапония, Израильге тән.

Жеке модельге медициналық қызметті тұтынушының өзі есебінен ақылы негізде медициналық көмек көрсету, мемлекеттік медициналық сақтандырудың бірыңғай жүйесінің болмауы тән. Медициналық қызметтерге қажеттілікті қанағаттандырудың басты құралы медициналық қызметтер нарығы болып табылады. Халықтың аз қамтылған топтары (зейнеткерлер,

жұмыссыздар) Мемлекеттік бағдарламалар есебінен медициналық көмек алады. Бұл модель АҚШ – қа тән, мұнда денсаулық сақтау ұйымының негізі "Medicaid" кедейлер мен зейнеткерлерге арналған "Medicare" мемлекеттік медициналық бағдарламаларымен толықтырылған медициналық қызметтердің жеке нарығы болып табылады.

Сонымен бірге, сарапшылар қазіргі уақытта әртүрлі елдерде белгілі бір модельдің элементтері әртүрлі пропорцияда бар екенін мойындайды, сондықтан біз әр елдің денсаулық сақтауды басқару модельдерінің бірегейлігі туралы айтуға болады. Осылайша, Ресейдің Денсаулық сақтау жүйесі аралас қаржыландыру көздеріне негізделген: мемлекеттік бюджет және жұмыс берушілерден сақтандыру жарналары. Латвияда, Эстонияда - мемлекеттік бюджет, жұмыс берушілерден сақтандыру жарналары және бірлесіп төлеу.

Денсаулық сақтау жүйесін талдау қазіргі уақытта орталықтандырылған мемлекеттік бақылаудан ауытқудың және денсаулық сақтауды нарықтық тетіктерге – бәсекелестік, шығындарды бөлу, нарықтық бағалар және тұтынушы үшін таңдау еркіндігіне ауыстырудың жалпы әлемдік тенденциясы басым екенін көрсетті.

Америка Құрама Штаттары әлемдегі ең қымбат Денсаулық сақтау жүйесімен ерекшеленеді: тек 2007 жылы АҚШ денсаулық сақтауға 2,26 триллион доллар жұмсады, бұл бір адамға 7439 долларды құрайды. Денсаулық сақтау жүйесін талдау нәтижелері бойынша әлемнің 191 елі АҚШ денсаулық сақтаудың ең қымбат жүйелерінің арасында 1-ші орынды, сонымен бірге медициналық көмек көрсету деңгейі бойынша 37-ші орынды және денсаулықтың жалпы деңгейі бойынша 72-ші орынды иеленді. Осылайша, АҚШ басқа дамыған елдермен салыстырғанда денсаулық сақтау саласына көп қаражат жұмсаса да, мұндағы денсаулық көрсеткіштері нашар, ал денсаулық сақтау менеджментіндегі пайда жоғары ұйымдастырушылық негізге қойылған.

Медицинаның техникалық және фармацевтикалық даму дәуіріне енуі қаржыландырудың күрт өсуін ынталандырды, жағдайды зерттеу әлемнің барлық дерлік елдеріндегі Денсаулық сақтау жүйелері шығындардың өсуі және халықтың бір бөлігі үшін медициналық көмекке қол жетімсіздігі проблемаларына тап болатындығын көрсетеді. Осылайша, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша 1997 жылы денсаулық сақтаудың жаһандық шығындары 2 триллион 985 миллиард АҚШ долларын немесе әлемдік ЖІӨ-нің 8% - ын құрады. 2005 жылға қарай Денсаулық сақтау шығындары 5,1 триллион халықаралық долларға жетті. Денсаулық сақтау жүйесіне жұмсалатын шығындардың өсуі бюджет тапшылығына, салықтардың өсуіне және әлеуметтік жеңілдіктердің қысқаруына әсер етеді. Нәтижесінде бірінші кезектегі міндеттердің бірі медицинаға арналған шығыстарды шектеу болды. Денсаулық сақтау ресурстарын ұтымды пайдалану мәселелері оны одан әрі дамытудың оңтайлы жолдарын таңдауда шешуші болып табылады. ДДҰ бағалауы бойынша денсаулық сақтауға бөлінетін ресурстардың 20-40% - ы босқа пайдаланылады. Бұл шығындарды азайту денсаулық сақтау жүйелеріне сапалы қызмет көрсетуге және халықтың

денсаулығын жақсартуға көмектеседі. Осылайша, PricewaterhouseCoopers компаниясының Денсаулық сақтау ғылыми-зерттеу институтының баяндамасында АҚШ-тың денсаулық сақтауды қаржыландырудың жыл сайынғы жалпы көлемінің жартысынан көбі 2 триллионнан астам АҚШ долларын құрайтыны туралы деректер келтірілген.

ДДҰ-ның бағалауы бойынша, көптеген елдер сатып алу жүйесінің нашар ұйымдастырылуына, дәрі-дәрмектерді тиімсіз пайдалануға, Адам және техникалық ресурстарды дұрыс пайдаланбауға байланысты қолда бар ресурстарды толық пайдаланбайды. Сол ресурстармен елдер әртүрлі нәтижелерге қол жеткізеді. Мамандардың пікірінше, тиімді басқару тиімділік пен әлеуметтік әділеттілікті арттырудың кілті болады.

Әлемдегі денсаулық сақтау жүйесінің реформаларын талдау олардың барлығы медициналық қажеттіліктерге шығындарды қысқартуға және денсаулық сақтау сапасын жақсартуға бағытталғанын көрсетеді. Осылайша, Ұлыбританияда 1997 жылы енгізілген ең маңызды реформалар: нәтижелері бойынша стационарларға ақы төлеу жүйесін енгізу, жеке өндірушілер көрсететін қызметтерді пайдалануды кеңейту, ұлттық денсаулық сақтау қызметі ауруханаларына сенім мәртебесін беру арқылы басқарудың көбірек дербестігін беру, пациенттерге көмектің жекелеген түрлерін алу үшін стационарды таңдауды ұсыну, Ұлттық Медициналық және клиникалық шеберлік институтын (NICE) құру болды), медициналық қызмет өндірушілердің қызметін реттеу және медициналық көмектің сапасын бақылау үшін медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету жөніндегі комиссия құру.

Ауруханалардың дербестігі 80-90-шы жылдары Австралия, Испания және Сингапур сияқты өнеркәсібі дамыған елдерде кеңінен таралды және жекешелендірудің кеңеюіне жол бермеу және мемлекеттің бақылауында медициналық ұйымдардың қаржылық мүмкіндіктерін олардың әлеуметтік функцияларына, оның ішінде халыққа медициналық қызметтердің қол жетімділігіне нұқсан келтірместен кеңейту үшін пайдаланылды.

Брауншвейг К.Е. мәліметтері бойынша Германиядағы ауруханаларды басқарудың тиімді нысандарын енгізу жыл сайын 3,7 миллиард еуро үнемдеуге мүмкіндік береді. Басқару тұрғысынан ең үнемді емес мемлекеттік клиникалар. 1999 жылдан бастап 2004 жылға дейінгі кезеңде ауруханалар саны төмендегеніне қарамастан, пациенттердің стационарларда болу мерзімі мен емдеу курсынан өткен пациенттер саны, емдеуге арналған шығыстар 50,1-ден 56,3 млрд.еуроға дейін өсті. Қазіргі уақытта Германияда пациенттің ауруханада болуының бір күні үшін төлемді қаржыландырудан аурудың бір жағдайын емдеуге арналған жалпы шығыстарды қаржыландыруға көшу жүзеге асырылуда. Науқастарды емдеу ұзақтығының төмендеуі ауруханалар үшін күшті ынталандыру болды. 1999 жылдан бастап стационарда емдеудің орташа ұзақтығы 9,9 күннен 8,7 күнге дейін төмендеді.

Еуропа елдеріндегі стационарлық көмек динамикасын талдау макро - және микроэкономикалық өзгерістерге байланысты келесі тенденцияларды анықтады:

- медициналық қызметтерді қайта құрылымдау;
- ауруханалар санының азаюы (Болгария мен Румынияны қоспағанда, аурухана қызметтерінің кейбір түрлеріне сұраныстың өсу тенденциясына сәйкес);
- ауруханаларды қаржыландыруға арналған бюджет шығыстарын қысқарту;
- ауруханалық медициналық көмекті ұйымдастырудың тиімділігі мен ұтымдылығын арттыру;
- ауруханаларды басқаруды жақсарту, негізінен жауапкершілік пен құзыреттілікті арттыру арқылы.

Англия, Израиль, Испания, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Чех Республикасы және Эстония сияқты елдердің тәжірибесі бойынша жартылай автономияның сегіз түрлі елдік модельдерін тереңдете бағалау нәтижелеріне сәйкес Еуропадағы мемлекеттік емдеу мекемелерінің қызметіне басшылық ету өзгереді: ауруханалар мемлекеттік сектор шегінде қандай да бір тәуелсіздік дәрежесіне ие болады және негізгі стратегиялық, қаржылық және клиникалық шешімдерді өз бетінше қабылдау құқықтары мен мүмкіндіктеріне ие болады.

Әлемде медициналық клиникалар инвестициялық талдау, медициналық бизнес пен кәсіби басқаруды зерттеу объектісіне айналды. Кейбір сарапшылар басқару заңдары кез-келген саланың кәсіпорындары үшін бірдей деп санайды және медициналық ұйымды басқаруда түбегейлі ерекшеліктер жоқ. Бірқатар авторлар Денсаулық сақтау – бұл қызметтің ерекше саласы, оның нәтижесі қызмет болып табылатындығына байланысты медициналық ұйымдарды басқаруда өзіндік ерекшелік бар деп санайды. Медициналық қызметтерді жеткізушілердің өз қызметтерін тұтынушылармен өзара іс-қимылына қоғамда қалыптасқан этикалық құндылықтар, медициналық көмектің қол жетімділігінің әлеуметтік маңыздылығы үлкен әсер етеді. Азаматтардың денсаулығын сақтау құқығы барлық дамыған елдердің Конституцияларында танылады. Сонымен қатар, мамандардың пікірінше, медициналық ұйымдарды басқару процесіне сапаны анықтау және жұмыс нәтижелерін өлшеу қиындықтары әсер етеді.

Денсаулық сақтаудың ерекшелігі-бұл саладағы нәтижелер үш тұрғыдан бағаланады – медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділік. Медициналық және әлеуметтік тиімділікке басымдық беріледі.

Ауруханаларды басқару әдістері мен клиникалық емдеу нәтижелері арасындағы өзара байланыстың болуы жеті елдегі (Ұлыбритания, Германия, Италия, Канада, АҚШ, Франция және Швеция) 1200 ауруханада жүргізілген зерттеуді растайды. Алынған нәтижелерге сәйкес ауруханаларда қолданылатын басқару әдістері клиникалық емдеу нәтижелеріне, оның ішінде өлім-жітім деңгейіне және пациенттердің көрсетілген қызметтерге қанағаттану деңгейіне әсер етеді. Сонымен қатар, зерттеу көрсеткендей, ауруханалардың

қаржылық көрсеткіштері басқаруға да байланысты. Тиімді басқарудың арқасында ауруханалар шектеулі қаржыландыру жағдайында да медициналық қызметтердің сапасын қолдауға және жақсартуға қабілетті.

Кейбір зерттеушілер басқару әдістерінің тиімділігін анықтайтын келесі факторларды анықтады: медициналық мекеменің мөлшері; жақын ауруханалармен бәсекелестік деңгейі; медициналық білімі бар басшылардың саны; менеджерлердің Тәуелсіздік дәрежесі; аурухананың меншік құрылымы. Автор Денсаулық сақтау жүйесін реформалаудың кез келген бағдарламасын іске асыру кезінде осы факторларды ескеруді ұсынады. Жалпы алғанда, олардың нәтижелерін келесідей қысқартуға болады: қызметкерлер саны көп медициналық мекемелерде басқару тиімділігінің көрсеткіштері жоғары; басқару әдістері мен денсаулық сақтау шығындарының арасындағы байланыс шамалы; бәсекелестері жоқ ауруханалардың көрсеткіштері бәсекелестері бар мекемелердің нәтижелерінен төмен; жеке клиникалар мемлекеттік ауруханаларға қарағанда басқарудың жоғары тиімділігіне ие; медициналық білімі бар ауруханалардың басшылары тиімдірек басқарады, медициналық қызмет көрсету процестерін жақсы түсінеді, қызметкерлердің сеніміне ие болады; менеджерлердің Тәуелсіздік деңгейі тиімді басқарудың күшті қозғаушы факторы болып табылады.

Медициналық ұйымның басшысы үшін медициналық білімнің болуы қаншалықты маңызды: әртүрлі елдерде олар бұған басқаша қарайды, мысалы, Швед медициналық мекемелерінде менеджерлердің 93%-ы медициналық білімге ие, Ұлыбританияда – 58%, Францияда – 64%.

Медициналық ұйымның ұйымдастырушылық мәдениетіндегі өзгерістердің медицина қызметкерлерінің еңбек өнімділігін арттыруға әсерін зерттеу бойынша зерттеулерге жүйелі шолу қызығушылық тудырады. Осы Кокран шолуына сәйкес тақырып бойынша 4239 зерттеу табылды, бірақ бұл зерттеулердің барлығы сапа өлшемдеріне сәйкес келмеді және авторлар статистикалық маңызды нәтижелерді ұсына алмады.

Көптеген деректер көптеген елдерде стационарлық емдеу сапасы қанағаттанарлықсыз екенін көрсетеді. Оны тиісті деңгейге көтеру үшін бірқатар тәсілдер ұсынылды: клиникалық аудит, сапаны бақылау, аурухананың жұмысын бірнеше көрсеткіштер бойынша бағалау, сондай – ақ ауруханаларды басқарудың жаңа тұжырымдамасы - "клиникалық басқару". Осы тұжырымдамаға сәйкес стационарлық емдеу сапасы медицина қызметкерлері мен әкімшіліктің бірлескен күшімен қамтамасыз етілуі керек. Медициналық қызмет көрсету сапасын бақылау және медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру емдеу нәтижелерін жақсартуға мүмкіндік береді деп болжануда. "Клиникалық басқару" әдісі - бұл Ұлыбританияда алғаш рет сыналған маңызды жаңалық. Әдіс қаржылық бақылауды, медициналық қызмет көрсетуді және емдеу жұмысының сапасын бақылауды біріктіруді көздейді және ақпараттық жүйелерді дамытуды, медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыруды және әріптестерінің қызметін бағалауды қамтиды. Клиникалық басқару (Менеджмент) деп

шығындарды барынша азайта отырып, медициналық қызметтер сапасының жоғары деңгейіне қол жеткізу мақсатында емдеу-диагностикалық процесін (медициналық көмектің сапасы, құрылымы және көлемі) тиімді басқаруға бағытталған бағдарламалар кешені түсініледі.

Қазақстанда Денсаулық сақтау жүйесі басқа мемлекеттік секторларға карағанда жаңа басқару әдістерін кешірек меңгере бастады, бұл денсаулық сақтаудың күрделі табиғаты мен дәрігерлер өкілеттігінің үлкен көлеміне байланысты.

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау менеджментін дамытуда мынадай кезеңдер бөлінеді: бастапқы фаза – 1800 - 1917 жж.; даму және көтерілу фазасы – 1917 - 1990 жж.; бұрынғы КСРО – да денсаулық сақтауды басқарудың орталықтандырылған ұйымдық құрылымдарының ыдырау кезеңі, посткеңестік дамуда дербес медициналық мекемелер мен ұйымдар құру-1991 жыл және қазіргі уақытқа дейін.

А.А. Ақанов бірлесіп авторлармен Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің жаңа тарихының мынадай кезеңдерін келтіреді: 1992-1995 жылдар – денсаулық сақтаудың посткеңестік жүйесі; 1996-1998 жылдар – денсаулық сақтаудың бюджеттік-сақтандыру моделі; 1999-2003 жылдар – бағдарламалық қаржыландыру негізіндегі бюджеттік модель.

КСРО ыдырағаннан кейін және 1991 жылы тәуелсіздік алғаннан кейін Қазақстан стационарлық көмек көрсетуге бағытталған ауқымды және рентабельді емес денсаулық сақтау жүйесін қолдау проблемасына тап болды. М.Құлжанов пен А. Қацага атап өткендей, денсаулық сақтаудың алғашқы реформалары жүйесіз және жеткілікті ойластырылмаған сипатта болды, ал даярланған әкімшілік-басқарушы кадрлардың жетіспеушілігі, Денсаулық сақтау жүйесінің ұйымдық құрылымындағы жиі өзгерістер реформалардың барысына кедергі келтірді. Соңғы онжылдықта Қазақстан денсаулық сақтау жүйесін реформалауда айтарлықтай күш-жігер жұмсады. Денсаулық сақтау саласындағы кешенді реформалардың екі бағдарламасы әзірленді: денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы және Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы. Осы бағдарламалар шеңберінде Қазақстанда денсаулық сақтауды қаржыландыру, медициналық көмекпен қамтамасыз ету және басқаруда негізгі реформалар жүргізілді. Реформалау жағдайында медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қойылатын талаптар арттырылады, басқарудың тиімді әдістері, халықаралық талаптарға сәйкес процесстер мен рәсімдерді стандарттау енгізіледі.

2010 жылдан бастап Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі енгізілуде, БҰДЖ – ның негізгі қағидаттары іске асырылуда-дәрігерді және медициналық ұйымды еркін таңдау, медициналық қызмет көрсетудің бәсекелес ортасын қалыптастыру, медициналық көмек көрсетудің және оның құнын қалыптастырудың ашықтығы, көрсетілген медициналық қызметтердің

көлеміне, сапасына және нәтижесіне қарай түпкілікті нәтиже бойынша Медициналық ұйымдарды қаржыландыру.

Қазақстан Республикасы азаматтарының медициналық ұйымды еркін таңдау құқығы "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 88 және 91-баптарында бекітілген.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі аурухана ұйымдарының желісін қайта құрылымдау бойынша жұмыс жүргізуде. Негізсіз емдеуге жатқызуды азайту және науқастың стационарда болуының орташа ұзақтығын қысқарту, халыққа стационарды алмастыратын көмекті дамыту, бір бейінді ауруханалардан көп бейінді ауруханаларға көшу, медициналық ұйымдардың дербестігін қамтамасыз ету және ресурстарды басқару үшін жауапкершілікті арттыру қайта құрылымдаудың негізгі міндеттері болып табылады. Аталған іс-шаралар жоғарыда көрсетілген мемлекеттік бағдарламалардың міндеттеріне, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Стратегиялық жоспарына, сондай-ақ "Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 15 желтоқсандағы №2131 қаулысына сәйкес жүргізіледі. Сондай-ақ медициналық қызметтер үшін ақы төлеу жүйесін жетілдіру, медициналық көмектің мамандандырылған түрлерін оңтайлы дамыту және денсаулық сақтауда қаржыландырудың жаңа модельдерін енгізу бойынша үлкен жұмыс жүргізілуде. Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жаңа тәсілдері өнім берушілердің экономикалық дербестігін арттыруды ынталандыруға; медициналық ұйымның қаражатты ұтымды пайдалануына; медицина қызметкерлерінің еңбегін ынталандыруға, медициналық қызметтердің сапасын арттыруға бағытталған.

БҰДСЖ іске асыру қорытындылары туралы 2013 жылдың бірінші жартыжылдығында Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі Салидат Қайырбекова 2010 жылдан бастап 10 мыңнан астам қысқартылғанын және 12 мыңнан астам төсек-орын қайта бейінделгенін, стационарды алмастыратын технологиялар 2,5 есе өскенін, науқастың стационарда болуының орташа ұзақтығы 12 күннен 9 күнге дейін төмендегенін, төсек айналымы 27-ден 33-ке дейін ұлғайғанын, өңірлерде жоғары мамандандырылған медициналық көмек 4 есе өскенін, 800 мыңнан астам азамат өз қалауы бойынша жоспарлы емдеуге Төсек қорын оңтайландыру және стационарды алмастыратын технологиялардың өсуі есебінен жоғары Инновациялық технологияларды дамытуға бағытталған стационардан ресурстар босатылды. Нәтижесінде шетелге емделуге жолдамалар саны азайды.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасында медициналық көмекті ұйымдастыруды, басқаруды және қаржыландыруды жетілдіру негізгі бағыттардың бірі ретінде айқындалған.

5.4.2-тармақта. "Денсаулық сақтау саласындағы басқару және менеджмент жүйесін жетілдіру": стратегиялық жоспарлаудың, басқару мен бюджеттеудің халықаралық стандарттары мен қағидаттарын енгізу; Денсаулық сақтау менеджерлері институтын енгізу; басқарудың ресурс үнемдейтін технологияларын әзірлеу және енгізу көзделген; Денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің тиімділігін арттыру; медициналық ұйымдарды шаруашылық жүргізу құқығындағы кәсіпорындарға кезең-кезеңімен көшіруді, оның ішінде денсаулық сақтау ұйымдарында қаржылық есептіліктің халықаралық стандарттарын кезең-кезеңімен енгізуді жалғастыру.

Сараланған төлемді енгізу арқылы медицина қызметкерлерінің еңбегін ынталандыруға көп көңіл бөлінеді. Медицина қызметкерлеріне сараланған еңбекақы төлеу ҚР ДСМ 2011 жылғы 20 мамырдағы № 310 "медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу қағидаларын бекіту туралы" бұйрығының негізінде жүргізілді. Бұйрықпен медициналық қызметкерлердің қызметін бағалау өлшемшарттары негізінде денсаулық сақтау ұйымдарының құрылымдық бөлімшелері, медицина қызметкерлері және медициналық білімі бар басшылары (басшылардың орынбасарлары) арасында бөлу арқылы қалыптасқан үнемдеу (қосымша төлемдер) есебінен еңбекке ақы төлеу тәртібі айқындалды. Бұйрықтың күші жойылды-ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 10 қарашадағы № 689 "салалық көтермелеу жүйесінің кейбір мәселелері туралы" бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" ҚР ДСМ 2012 жылғы 13 сәуірдегі № 245 бұйрығымен.

Медицина қызметкерлерінің сараланған еңбекақысы көрсетілетін медициналық көмектің сапасын және пациенттердің қанағаттану дәрежесін арттыруға, сондай-ақ өз еңбегінің түпкілікті нәтижесінде медицина қызметкерлерінің мүдделілігін арттыруға бағытталған.

Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарда басқару органы ретінде байқау кеңестерін құру арқылы корпоративтік басқару элементтері енгізіледі. Байқау кеңесі "Мемлекеттік мүлік туралы" 2011 жылғы 1 наурыздағы Қазақстан Республикасының Заңы негізінде құрылады. Байқау кеңесін құру тәртібі, Байқау кеңесінің құрамына сайланатын адамдарға қойылатын талаптар, сондай-ақ Байқау кеңесінің мүшелерін конкурстық іріктеу және олардың өкілеттіктерін мерзімінен бұрын тоқтату тәртібі "шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарда байқау кеңесін құру қағидаларын, байқау кеңесінің құрамына сайланатын адамдарға қойылатын талаптарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 маусымдағы қаулысымен бекітілген, сондай-ақ Байқау кеңесінің мүшелерін конкурстық іріктеу және олардың өкілеттіктерін мерзімінен бұрын тоқтату қағидаларын бекіту туралы".

Осылайша, денсаулық сақтаудағы тиімді менеджменттің негізгі міндеттері: халыққа қолжетімді және сапалы медициналық көмек көрсету және ресурстарды ұтымды пайдалану болып табылады. Әлемде денсаулық сақтау жүйелерінің жүргізіліп жатқан реформаларын талдау олардың барлығы медициналық мұқтаждықтарға жұмсалатын шығындарды қысқартуға және

денсаулық сақтау сапасын жақсартуға бағытталғанын көрсетеді. Соңғы онжылдықта Қазақстан денсаулық сақтау жүйесін реформалауда айтарлықтай күш-жігер жұмсады, бұл бас дәрігердің функцияларын басқарушылық функцияларға айналдыруға алып келеді және менеджмент саласында біліктілікті арттыру жолдарын іздеуге мәжбүр етеді. Медициналық ұйымдардың басшыларынан ұйымды басқаруды ұтымды ету және бюджеттен тыс қаржыландыруды арттыру талап етіледі, бірақ медициналық ұйымдардың көпшілігі бюджеттік қаржыландыруда және тікелей командалық - әкімшілік басқаруда болған жағдайда бұл міндеттерді шешу қиынға соғады.

1.3 Медициналық ұйымдар қызметінің тиімділігін арттырудың негізгі басқару тетіктері

1.3.1 Медициналық ұйымдарға олардың қызметінің тиімділігін арттыру факторы ретінде дербестік пен дербестік беру

Шетелдік тәжірибе көрсетіп отырғандай, медициналық ұйым қызметінің нәтижелілігі және ресурстарды пайдаланудың тиімділігі Денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыруға және қаржыландыруға ғана емес, медициналық ұйымдардың экономикалық дербестігі дәрежесіне де байланысты.

"Бюджеттік ұйымның "негізгі кемшілігі кірістер мен шығыстар сметасы негізінде қаржыландыру болып табылады, бұл ұйымдардың шаруашылық дербестігін едәуір шектейді, басқарудың жаңа экономикалық тетіктерін енгізуге және ресурстарды ұтымды пайдалануға кедергі жасайды.

Ресурстарды тиімсіз пайдаланудың жарқын мысалдары бос жылдар, шығын материалдарын тиімсіз пайдалану, қымбат жабдықтардың тоқтап қалуы, төсек-орындардың жұмыс істемеуі, бюджет қаражатының тұрақты емес түсуі болып табылады.

Сонымен қатар, нарықтық жағдайда өмір сүруге толық бейімделген ұйымдарды ұстауға бюджет қаражатын бөлу қажеттілігі мемлекетті тек бюджет қаражаты есебінен өмір сүруге мәжбүр болған ұйымдар үшін қаржыландыру көлемін арттыру мүмкіндігінен айырады.

Жалпы, мамандар атап өткендей, бюджеттік ұйымдар үшін бірқатар саяси, экономикалық және құқықтық факторларға байланысты қаражат тапшылығының болуы тән; денсаулық сақтаудың бюджеттік сметалық қаржыландыруда болуы жоғары шығынды болып табылады және мұндай денсаулық сақтауға қанша қаражат бағытталса да, олардың барлығы игерілетін болады.

Материалдық, қаржылық және еңбек ресурстарын ұтымды пайдалану үшін медициналық ұйым жедел экономикалық шешімдер қабылдауға, өз ресурстарын тиімді пайдалануға қызығушылық танытуға және өз қызметінен кіріс алуға қабілетті болуы керек. Бұдан басқа, дербестіктің кеңеюімен медициналық ұйымдар бюджеттік қаржыландырудан, ақылы қызметтерді дамытудан, көрсетілетін медициналық қызметтер спектрін кеңейтуден,

олардың сапасын жақсартудан, стационарды алмастыратын медициналық көмекті дамытудан басқа қосымша қаражат тарту мүмкіндігіне ие болады, бұл нәтижесінде медициналық ұйымдар арасындағы бәсекелестікті дамытуға ықпал етеді.

Бірқатар авторлар қаржылық жетіспеушілік жағдайында ақылы медициналық қызмет көрсету және Жарғымен рұқсат етілген коммерциялық қызметтің әртүрлі түрлерін пайдалану Мемлекеттік кәсіпорындардың өмір сүруіне мүмкіндік береді деп санайды.

Әдебиеттерге жүргізілген талдау мемлекеттік медициналық ұйымдардың қаржылық және материалдық ресурстарға билік етудегі дербестігін кеңейту және медициналық ұйымдардың жаңа ұйымдық-құқықтық нысандарға көшуі жөніндегі саясат әлемдік практикада кеңінен пайдаланылатынын көрсетті.

1990 жылдары көптеген еуропа елдерінің саясаты ауруханалардың дербестігін және олардың кәсіпкерлік белсенділігін арттыруға бағытталды. Мемлекеттік сектордың автономды ауруханалары кеңінен қолданылады, бұл кезде Үкімет аурухана активтеріне меншік құқығын сақтайды, бірақ ауруханаға белгілі бір басқарушылық тәуелсіздік береді. Мұндай реформаның мысалы-Ұлыбританиядағы өзін-өзі басқаратын аурухана сенімдері. Олар мемлекет меншігінде қалады, бірақ сонымен бірге айтарлықтай экономикалық дербестікке ие: олар мемлекеттік нормалармен белгіленген рәсімдерді сақтай отырып, өз мүлкіне билік ете алады, сақтандыру компанияларымен келісімшарттар жасай алады, жалақы мөлшерін белгілеу және қызметкерлерді таңдау туралы тәуелсіз шешімдер қабылдай алады. Ағылшын тіліндегі ресми Working for Patients ("ақ кітап") басылымына сәйкес, ауруханаларға үлкен дербестік пен науқастарды тарту үшін бәсекелесуге мүмкіндік беру медициналық қызметтердің сапасын арттыруға ықпал етеді және науқастардың қажеттіліктеріне тез жауап беруге ықпал етеді. Осындай реформалар Швеция, Эстония, Норвегия, Португалия, Испания, Италияда қабылданды. Мемлекеттік ауруханаларды жартылай автономды басқару құрылымы бар жартылай тәуелсіз қоғамдық фирмаларға қайта құрылымдау сатып алушылар (сақтандыру компаниялары, Денсаулық сақтау басқармасы) мен медициналық қызмет көрсетушілер арасындағы функциялардың бөлінуіне, медициналық қызмет көрсетушілер арасындағы бәсекелестіктің дамуына және медициналық қызметтердің сапасын жақсартуға ықпал етті.

Жаңа Зеландия, Израиль, Сингапур сияқты елдерде мемлекеттік медициналық ұйымдарды корпоративтік ету әдісі қолданылды (медициналық ұйымды тәуелсіз заңды тұлға – корпорацияға айналдыру), бұл қазіргі экономикалық шешімдерді қабылдауға еркіндік берді және бәсекеге қабілеттілікті арттырды.

Ресейде 2006 жылдан бастап мемлекеттік (муниципалды) медициналық мекемелердің автономды коммерциялық емес ұйымдарға көшу процесі жүріп жатыр. Кейбір авторлардың деректері бойынша жаңа ұйымдық-құқықтық нысандарға өткен медициналық ұйымдардың қызметінде оң үрдістер байқалады, бірақ бұл процесс әлі кең таралмаған. Сонымен, С. А. Замахаевтың

зерттеуі бойынша. Медициналық мекеме жаңа ұйымдық-құқықтық нысанға көшкеннен кейін үш жылдан кейін мынадай нәтижелерге қол жеткізілді: бюджет есебінен емделіп шығу жағдайларының саны бюджеттен тыс көздер есебінен 33,7% - ға артты – 55,4%-ға қысқарып, "тақырыптық" деп аталатын науқастар саны 30,8% - дан 7,4% - ға дейін қысқарды, стационарлық емдеу ұзақтығы төмендеді, емделіп шыққан науқастар саны ұлғайды, бюджеттен тыс қаржыландыру (ақылы қызметтер) есебінен емдеу-диагностикалық жабдықтарды Елеулі жаңарту жүргізілді, ұйымның негізгі құралдарының теңгерімдік құны 2,4 есе ұлғайды, кірістер үш еседен астам өсті, пациенттердің 75,9% - ы ұйымның жұмыс сапасын оң бағалады. Сонымен қатар, қаржылық-шаруашылық қызметтегі дербестікті арттыру арқылы медициналық ұйым медициналық персоналдың қызметін материалдық ынталандыруға мүмкіндік алады.

Сонымен бірге, Ресейде Денсаулық сақтауды ұйымдастырушыларға жүргізілген сауалнама олардың ұйымдық-құқықтық форманың "автономды мекемеге" өзгеруіне қатысты біржақты баға беруге дайын емес екенін көрсетті, медициналық ұйымдар басшыларының көпшілігінде автономды мәртебенің артықшылықтары мен кемшіліктері туралы нақты түсінік жоқ. Респонденттер экономикалық мәселелерді шешудегі еркіндік пен тәуелсіздік, қаражатты өз бетінше басқару, инвестициялар тарту, штат кестесін құру, мемлекеттік медициналық мекемелер негізінде коммерциялық мамандандырылған орталықтар құру мүмкіндігін атап өтті. Денсаулық сақтауды ұйымдастырушылардың 50,6% - ы мекеме нысанын сақтауды жақтады, 64,4% - ы өздері жұмыс істейтін денсаулық сақтау мекемесі автономияға көшуге дайын емес деп санайды.

Бірқатар авторлар медициналық ұйымдарға Тәуелсіздік пен автономия беру күшті басқару мен дайындалған басшыларда тиімді болады деп санайды.

Мұндай реформаларды табысты іске асыру үшін белгілі бір жағдайлар қажет, әсіресе дамушы елдерде – медициналық ұйымдарды жеткілікті қаржыландыру және жарақтандыру, қажетті кадрлармен қамтамасыз ету, медициналық қызметтер нарығында қажеттілік, медициналық ұйымдардың дайындалған басшылары мен экономистері.

Табысты реформалаудың маңызды элементі нормативтік-құқықтық базаны жетілдіру болып табылады. Кейбір авторлар мемлекеттік медициналық ұйымдарды жасырын жекешелендіруден қорқу салдарынан қоғамдағы әлеуметтік шиеленістің өсуін болжайды және денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеу және медициналық ұйымдардың бірінші басшыларының әдептілігі үлкен рөл атқарады.

Дамушы елдер үшін елеулі проблемалар нарықтық реформаларды іске асыру жөніндегі тәжірибенің жеткіліксіздігі және осы реформаларды табысты іске асыру үшін жағдайлардың болмауы болып табылады, сондықтан дамыған елдердің тәжірибесін мұқият зерделеу және реформаның әрбір элементін өз елдерінде енгізуге бағалау жүргізу керек.

Медициналық ұйымдарға үлкен дербестік беру және денсаулық сақтау жүйесінде бәсекелестікті дамыту отандық денсаулық сақтау жүйесін реформалауда маңызды қадам болды, бұл бірқатар бағдарламалық құжаттарда көрсетілген. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасында атап өтілгендей, медициналық ұйымдарды шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындар мәртебесіне кезең-кезеңмен ауыстыру денсаулық сақтауды басқару, қаржыландыру, Инвестициялық саясат жүйесін жетілдіруге, медициналық ұйымдар қызметінің экономикалық тиімділігін арттыруға және кадрлық қамтамасыз ету мәселелерін шешуге бағытталған.

Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындардың қызметін құқықтық реттеудің негіздері Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексінде және 2011 жылғы 1 наурыздағы № 413-IV "Мемлекеттік мүлік туралы" Қазақстан Республикасының Заңында қамтылуға тиіс. Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 13 қыркүйектегі №1438 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005 – 2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында 5.3.3-тармақта. (Денсаулық сақтау жүйесінде бәсекелестікті дамыту) бәсекелестік жағдайларын іске асыру үшін мемлекеттік ұйымдардың мәртебесін өзгерту және оларды шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға, жауапкершілігі шектеулі серіктестіктерге, акционерлік қоғамдарға қайта ұйымдастыру мүмкіндігін беру жолымен басқарушылық шешімдер қабылдауда дербестікті күшейту қажеттігі атап өтілді.

Қазақстан Республикасы Президентінің "Қазақстанның 2030 жылға дейінгі даму стратегиясын одан әрі іске асыру жөніндегі шаралар туралы" 2007 жылғы 6 сәуірдегі N 310 Жарлығымен Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007-2009 жылдарға арналған бағдарламасы бекітілді, онда 133-тармақ көзделген. -Денсаулық сақтау ұйымдарына шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындар және өзге де ұйымдық-құқықтық нысандар мәртебесін кезең-кезеңімен беру арқылы олардың дербестігін арттыру; 136-тармақ. - Еңбектің соңғы нәтижелері бойынша медицина қызметкерлеріне сараланған еңбекақы төлеу тетіктерін әзірлеу.

ҚР ДСМ 2008 жылғы 20 мамырдағы №287 бұйрығымен "Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға айналдыру әдістемесі" бекітілді.

Қазіргі уақытта елде дербестік дәрежесі бойынша ерекшеленетін медициналық ұйымдардың мынадай түрлері бар: мемлекеттік мекемелер, мемлекеттік қазыналық кәсіпорындар, шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындар, акционерлік қоғамдар, жауапкершілігі шектеулі серіктестіктер. Ақанов А. тең авторлармен 2008 жылдың басында Қазақстан Республикасының әртүрлі ұйымдық-құқықтық нысандағы медициналық ұйымдарының саны бойынша деректер келтіріледі: мемлекеттік кәсіпорындар

(1207) 48,3% – ды, мемлекеттік мекемелер (1273) – 50,9% - ды, шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындар (19) - барлық медициналық ұйымдар құрылымында тек 0,7% - ды құрады (2501). 2013 жылғы 1 сәуірдегі жағдай бойынша республикада 432 медициналық ұйым шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорын мәртебесіне көшті. Авторлар 2-кестеде келтірілген медициналық ұйымдарды басқарудың үш формасына салыстырмалы талдау жасайды.

2 ТАРАУ

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Мақсатқа қол жеткізу және қойылған міндеттерді шешу үшін зерттеу бағдарламасы әзірленді (2-кесте).

2-кесте-зерттеу бағдарламасы

Зерттеу міндеттері	Зерттеу объектілері мен көлемі	Әдістері	Зерттеу нәтижелері
Денсаулық сақтау менеджерлері институтын енгізудің халықаралық тәжірибесін, Денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау жөніндегі нормативтік - заңнамалық базаны және Қазақстанда денсаулық сақтау менеджерлері институтын енгізу жөніндегі жағдайды зерделеу	Әдеби көздер	Библиографиялық	Денсаулық сақтаудағы менеджментті дамытудың шетелдік және отандық тәжірибесі; менеджерлерді даярлау тәсілдері және Қазақстанда денсаулық сақтау менеджерлері институтын енгізу жөніндегі ахуал зерделенді

Халықтың медициналық көмек сапасына қанағаттануын талдау	Петропавл қаласының тұрғыны халқы	Әлеуметтік, статистикалық	Халықтың медициналық қызмет сапасына қанағаттанушылығына баға берілді көмек
--	-----------------------------------	---------------------------	---

Әдеби шолуды дайындауда Кокран кітапханасының, MEDLINE, PubMed, EMBASE, Russia Longitudinal Monitoring Survey (RLMS) деректер базасының жүйелі шолулары пайдаланылды, сондай-ақ денсаулық сақтау менеджментін жетілдіру мәселелері бойынша Қазақстан Республикасының нормативтік-заңнамалық базасы зерделенді.

Екінші кезеңде Петропавл қаласы таңдалды, себебі ол ірі облыс орталығы болып табылады және жасы мен гендерлік құрылымы бойынша өкілетті болып табылады. 45 жастан асқан адамдарда әртүрлі нозологиялар бойынша ауру көп, сондықтан медициналық көмекке жүгіну жоғары, сондықтан зерттеуге 45 жастан асқан адамдар кірді. Респонденттерді жынысы мен жасы бойынша бөлу 3-кестеде келтірілген.

3-кесте-респонденттерді жынысы мен жасы бойынша бөлу

Жасы	Саны (адам)		Жиыны
	ерлер	әйелдер	
	Абс.	Абс.	Абс.
45 – 54 жас	18	11	29
55 – 64 жас	16	11	27
65 – 74 жас	10	10	20
75 – 84 жас	4	9	13
85 жастан жоғары	7	9	16
Барлығы	55	50	105

Зерттеуге Солтүстік Қазақстан облысының қалалық және аудандық деңгейінде жұмыс жасайтын 112 маман-менеджер қатысты.

4-кесте – зерттеуге қатысқан маман-менеджерлерін медициналық ұйымдардың лауазымдары мен деңгейлері бойынша бөлу

Маман-менеджерлерінің лауазымдық бөлінуі	Ауруханалар			
	аудандық деңгейдегі	Қалалық деңгейдегі	облыстық деңгейдегі	Жиыны
	Абс.	Абс.	Абс.	Абс.
Бас дәрігерлер	6	2	2	10
Бас дәрігерлердің орынбасарлары	2	1	1	4
Экономистер	7	1	2	10
Бас бухгалтерлер	6	3	3	12
Жиыны	21	7	8	36

5-кесте – зерттеуге қатысқан АМСҚ ұйымдарының менеджерлерін медициналық ұйымдардың лауазымдары мен деңгейлері бойынша бөлу

Маман-менеджерлерінің лауазымдық бөлінуі	АМСҚ ұйымдары		
	аудандық деңгейдегі	Қалалық деңгейдегі	итого
	Абс.	Абс.	Абс.
Бас дәрігерлер	3	5	8
Бас дәрігерлердің орынбасарлары	4	10	14
Экономистер	5	7	12
Бас бухгалтерлер	10	20	30
Жиыны	22	42	64

Зерттеудің барлық кезеңдерінде деректерге статистикалық өңдеу жүргізілді. Қалыпты үлестірімі бар сандық деректерді сипаттау үшін арифметикалық орта (M) және стандартты ауытқу (SD) қолданылды. Орташа аралық бағалау сенімді аралықтардың көмегімен ұсынылған (95% ДИ).

Асимметриялық үлестірімдерді сипаттау үшін медиан (Me) және процентильдер (Q1 және Q3) қолданылды. Сандық деректердің қалыпты

жағдайға таралуын тексеру сипаттамалық Статистика, Shapiro-Wilk статистикалық критерийлері (кішігірім үлгілер үшін) және графикалық (гистограмма, сандық диаграмма) арқылы жүргізілді. Оқуға дейінгі және кейінгі білім деңгейінің орташа мәндерін салыстыру үшін жұптасқан үлгілер үшін студенттің t - критерийі қолданылды. Тәуелсіз мамандар топтары арасындағы білімнің орташа деңгейін салыстыру үшін тәуелсіз үлгілер үшін студенттің t -критерийі қолданылды. Тексеру үшін

дисперсия теңдігінің шарттары Levene критерийі қолданылды.

Төрт тәуелсіз топта (бас дәрігерлер, бас дәрігерлердің орынбасарлары, экономистер және бас бухгалтерлер) орта білім деңгейінің теңдігін тексеру үшін бір өлшемді дисперсиялық талдау (One-Way ANOVA) қолданылды. Стационарлық менеджерлер топтары арасында білім деңгейінің орташа мәндерін кейінгі салыстыру үшін Games-Howell критерийі қолданылды, өйткені топтарда зерттелетін сипаттаманың дисперсиялық айырмашылықтары табылды (осы топтар үшін дисперсиялық талдау нәтижелерін түсіндіру үшін Brown-Forsythe және Welch критерийлері қолданылды). БМСК ұйымдары менеджерлерінің топтары арасында білім деңгейлерінің орташа мәндерін постериорлық салыстыру Бонферрони түзетуін және Хохбергтің $gt-2$ критерийін пайдалана отырып жүргізілді.

Медициналық ұйымның басшысы ретіндегі жұмыс тәжірибесі мен білім деңгейі арасындағы байланысты анықтау үшін спирменнің параметрлік емес корреляция коэффициентін (ρ) қолдана отырып, корреляциялық талдау қолданылды.

Акциялар үшін сенімділік аралығы (95% ДИ) онлайн-калькулятор арқылы Уилсон әдісімен есептелді.

Жиіліктер арасындағы айырмашылықтардың маңыздылығы туралы гипотезаны, сондай-ақ номиналды және реттік шкалаларда өлшенетін сапалы айнымалылар арасындағы байланыстың болуын тексеру үшін χ^2 Пирсон қолданылды. Номиналды айнымалылар арасындағы қатынастардың беріктігін бағалау үшін V Крамер критерийі қолданылды (көп кестелік кестелер үшін).

Осы зерттеуде статистикалық гипотезаларды тексеру кезінде p маңыздылығының критикалық деңгейі 0,05-ке тең немесе одан аз деп қабылданды.

Деректерді статистикалық өңдеу SPSS қолданбалы статистикалық бағдарламалар пакетін қолдану арқылы жүргізілді.

3 ТАРАУ

ХАЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫНА ҚАНАҒАТТАНУЫН ТАЛДАУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Медициналық қызметтерді тұтынушы халық болып табылады, сондықтан халықтың медициналық көмек сапасына қанағаттану көрсеткіші медициналық ұйымдардың қызметін және көрсетілетін қызметтердің сапасын көрсететін неғұрлым қолжетімді және ақпараттық көрсеткіштердің бірі болып табылады. Алынған ақпарат медициналық көмек көрсетуді нақты бағалау үшін ғана емес, медициналық ұйымның менеджментін жетілдіру мақсатында басқарушылық шешімдер қабылдау үшін де пайдаланылуы мүмкін. Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, Алматы қаласы халқының медициналық көмек сапасына қанағаттануына талдау жүргізілді. 45 жастан асқан 55 ер адам мен 50 әйелден сұхбат алынды, барлығы 105 адам.

Респонденттердің 56% ($n = 57$) өткен жылы медициналық көмектің сапасына қанағаттанбағанын, респонденттердің 44% ($n = 48$) өткен жылы медициналық көмектің сапасына қанағаттанғанын атап өтті. Ерлер арасында 53% ($n = 30$) қанағаттанбаған және 47% ($n = 25$) медициналық көмектің сапасына қанағаттанған. Әйелдер арасында 58% ($n = 29$) қанағаттанбаған және 42% ($n = 21$) медициналық көмектің сапасына қанағаттанған.

Респонденттердің жынысы мен олардың медициналық қызмет көрсету сапасына 95% сенімділік деңгейінде қанағаттануы арасындағы өзара байланыстың болуы туралы гипотезаны тексеру гендерлік және

респонденттердің қанағаттануы ($p = 0,12$) арасында статистикалық байланыстың болмауы туралы нөлдік гипотезаны жоққа шығаруға мүмкіндік бермейді.

Медициналық ұйымды басқаруды жетілдірудегі маңызды мәселе медициналық қызметтерді тұтынушылардың медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттанбауының себептерін зерттеу болып табылады. Зерттеу нәтижелері бойынша 6-кестеде көрсетілген медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттанбаудың келесі себептері анықталды.

6-кесте-медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттанбау себептері

Қанағаттанбаудың себептері медициналық қызмет көрсету сапасымен	Абс.
Медицина қызметкерлерінің ұқыпсыздығы қабылдау кезінде	30
Ұзақ күту уақыты (үлкен кезек)	35
Тағайындалған емге наразылық	20
Шектеулі қабылдау уақыты	10
Қызмет көрсету кезінде медициналық персоналдың дөрекілігі	10
Барлығы	105

6-кестеден көріп отырғанымыздай, медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттанбаудың негізгі себептері – ұзақ күту уақыты (39,1%), қабылдау кезінде медицина қызметкерлерінің ұқыпсыздығы (28,4%) және тағайындалған емге қанағаттанбауы (10,9%). Осылайша, пациенттердің қанағаттанбауының негізгі себептері негізінен медициналық көмекті ұйымдастыруға, яғни басқару шешімдеріне байланысты.

Қазіргі уақытта еліміздің кейбір медициналық ұйымдарында маманға алдын ала жазылумен, талон жүйесімен, тіркеушілер санын ұлғайтумен, көп арналы телефондар орнатумен "Кезексіз емхана" сияқты медициналық көмекті күту уақытын азайтуға мүмкіндік беретін жаңа технологиялар енгізілді. Тіркеу орнының жұмысын оңтайландыру үшін кейбір емханаларда "электрондық тіркеу" жүйесі енгізілді, онда пациенттердің карточкаларының деректері бірыңғай ақпараттық базаға енгізіледі, бұл тіркеушіге картаны жылдам табуға, оның нақты орналасқан жерін білуге көмектесе отырып, пациенттердің медициналық карталарымен жұмысты айтарлықтай жеңілдетеді. Әлемдік практикада пациенттер ағынын бөлу тәжірибесі сипатталған, мысалы, күннің екінші жартысында талдау нәтижелері мен еңбекке жарамсыздық парақтары қажет адамдарды қабылдау жүргізіледі. Емхана және диагностикалық қызмет мамандарының жұмыс кестесін оңтайландыру, 24/7 (яғни тәулігіне 24 сағат,

аптасына 7 күн) режимінде жұмыс істеу қағидатын енгізу де тиімді болып табылады. Ақпаратты орнатқан кезде Күту уақыты қысқарады, бұл келушілерге дәрігердің қабылдауына өз бетінше жазылуға мүмкіндік береді. Емханалардың кіреберістерінде "навигаторларды" орнату, онда қандай жағдайларда тіркеуге жүгінуге болмайды, бірақ сіз дереу дәрігердің кеңесіне бара аласыз, мамандардың жұмыс кестесі туралы ақпаратты орналастыру тіркеуге жүктемені азайтады.

Заманауи менеджментті енгізуге және медициналық ұйымдардың шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорын мәртебесіне көшуіне кедергі келтіретін факторларды талдау үшін біз сарапшылар ретінде медициналық ұйымдардың 10 басшысын шақырдық. "Ми шабуылы" әдісімен сарапшылар тобы он негізгі факторды анықтады, олардың сипаттамалары 7-кестеде келтірілген.

7-кесте-заманауи менеджментті енгізуге және медициналық ұйымдардың ШЖҚ көшуіне кедергі келтіретін факторлар

р/с	Фактордың сипаттамасы
1	Жарғылық капиталының жеткіліксіздігі
2	Әкімдіктің қолдауы жоқ
3	Әлсіз материалдық база
4	Жоғары білікті кадрлардың тапшылығы
5	Нормативтік заңнамалық базаның жетілмегендігі
6	ШЖҚ-ға көшу кезінде қаржылық жағдай нашарламайтынына кепілдіктердің болмауы
7	Бюджеттік мекемелер үшін практикада бар кең мүмкіндіктерді ескере отырып, ШЖҚ-ға көшуге айқын ынталандыру жоқ
8	Халықтың төлем қабілеттілігінің төмендігі
9	Халықтың медицина қызметкерлеріне бейресми төлемдері
10	Қызметкерлер мен жұртшылықтың дайын болмауы

Сарапшылар негізгі факторларды анықтағаннан кейін рейтинг жүргізілді, оның нәтижелері 8-кестеде келтірілген.

8-кесте-осы заманғы менеджментті енгізуге және медициналық ұйымдардың шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорын мәртебесіне көшуіне кедергі келтіретін факторларды саралау.

Факторлар											
Сарапшы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	сома
1	1	1	2	3	4	7	8	5	6	9	46

2	1	1	1	2	2	4	3	5	6	7	32
3	1	2	3	4	5	7	8	6	9	10	55
4	2	1	1	3	4	6	7	5	9	8	46
5	1	2	3	4	5	8	7	6	9	10	55
6	1	1	2	4	3	9	8	5	6	7	46
7	1	1	1	2	3	5	4	7	6	8	38
8	2	1	3	4	5	7	8	6	9	10	55
9	1	2	3	4	5	7	6	8	9	10	55
10	1	1	1	2	2	3	5	4	6	7	32
Стандартталған дәрежелер											
1	1,5	1,5	3	4	5	8	9	6	7	10	55
2	2	2	2	4,5	4,5	7	6	8	9	10	55
3	1	2	3	4	5	7	8	6	9	10	55
4	3	1,5	1,5	4	5	7	8	6	10	9	55
5	1	2	3	4	5	8	7	6	9	10	55
6	1,5	1,5	3	5	4	10	9	6	7	8	55
7	2	2	2	4	5	7	6	9	8	10	55
8	2	1	3	4	5	7	8	6	9	10	55
9	1	2	3	4	5	7	6	8	9	10	55
10	2	2	2	4,5	4,5	6	8	7	9	10	55
Дәрежелер сомасы	17	17,5	25,5	42	48	74	75	68	86	97	-
Факторлар дәрежесі	1	2	3	4	5	7	8	6	9	10	-

Осылайша, стандарттау мен дәрежелерді жинақтағаннан кейін біз факторларды дәрежелер бойынша түпкілікті бөлуді алдық (9-кесте).

9-кесте-заманауи менеджментті енгізуге және медициналық ұйымдардың ШЖҚ көшуіне кедергі келтіретін факторлар дәрежесі

Фактор	Ранг
Жарғылық капиталының жеткіліксіздігі	1
Әкімдіктің қолдауы жоқ	2
Әлсіз материалдық база	3
Жоғары білікті кадрлардың тапшылығы	4
Нормативтік заңнамалық базаның жетілмегендігі	5
ШЖҚ-ға көшу кезінде қаржылық жағдай нашарламайтынына кепілдіктердің болмауы	6

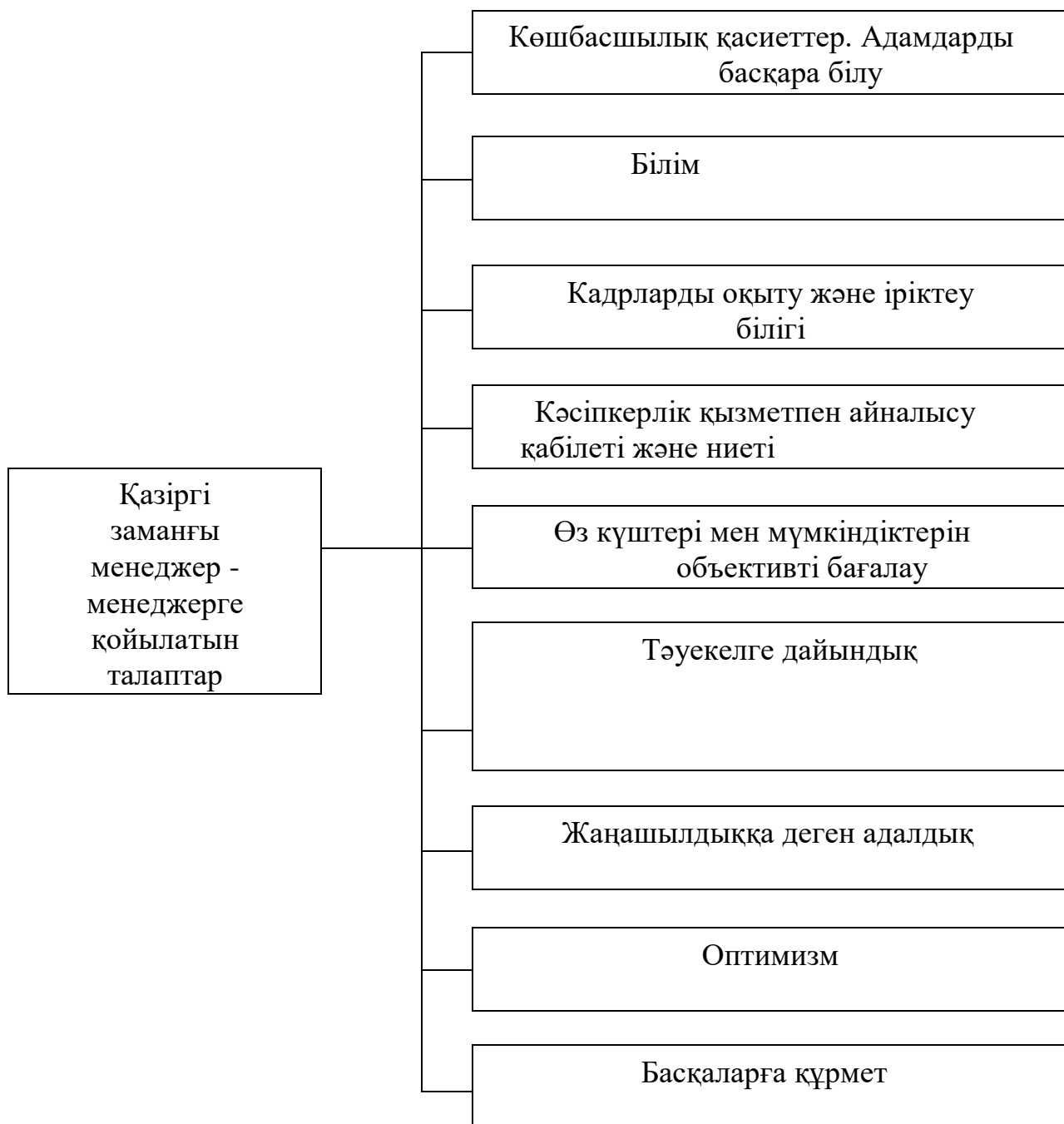
Бюджеттік мекемелер үшін практикада бар кең мүмкіндіктерді ескере отырып, ШЖҚ-ға көшуге айқын ынталандыру жоқ	7
Халықтың төлем қабілеттілігінің төмендігі	8
Халықтың медицина қызметкерлеріне бейресми төлемдері	9
Қызметкерлер мен жұртшылықтың дайын болмауы	10

9-кестеден көріп отырғанымыздай, медициналық ұйымдардың шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорын мәртебесіне көшуіне кедергі келтіретін неғұрлым маңызды фактор жарғылық капиталдың жеткіліксіздігі болып табылады. Екінші орында – әкімдік қолдауының жоқтығы, үшінші орында – материалдық базаның әлсіздігі, төртінші орында – жоғары білікті кадрлардың тапшылығы, бесінші орында – нормативтік - заңнамалық базаның жетілмегендігі, алтыншы орында – халықтың төлем қабілетінің төмендігі, жетінші орында – ШЖҚ-ға өту кезінде қаржылық жағдайдың нашарламайтынына кепілдіктің болмауы тұр. – бюджеттік мекемелер үшін практикада бар кең мүмкіндіктерді ескере отырып, ШЖҚ көшуге нақты ынталандыру жоқ, соңғы орындарды халықтың медицина қызметкерлеріне бейресми төлемдері және қызметкерлер мен жұртшылықтың дайын еместігі сияқты факторлар алады.

Осылайша, медициналық ұйымдарда қазіргі заманғы менеджментті енгізуге кедергі келтіретін факторларды сараптамалық талдау нәтижелері қазіргі факторлар экономикалық (қаржы қаражатының тапшылығы, материалдық базаның әлсіздігі, халықтың төлем қабілеттілігінің төмендігі), саяси (әкімдіктерді қолдаудың болмауы), құқықтық (заңнамалық базаның жетілмегендігі), Кадрлық (жоғары білікті кадрлардың тапшылығы, персоналдың даярланбауы), әлеуметтік (жұртшылықтың даярланбауы) болып бөлінетіндігін көрсетті, бұл медициналық ұйымдарға жүргізілген SWOT-талдаулардың нәтижелерін растайды. Сарапшылардың пікірінше, жарғылық капиталдың жеткіліксіздігі, әкімдіктің қолдауының болмауы, материалдық базаның әлсіздігі неғұрлым маңызды факторлар болып табылады. Сарапшылар аз маңызды факторлар ретінде анықтады: халықтың медицина қызметкерлеріне бейресми төлемдері және қызметкерлер мен қоғамның дайын еместігі.

Жаңа ұйымдық-құқықтық және қаржы-экономикалық қатынастардың қалыптасуы жағдайында денсаулық сақтауды басқару жүйесінің негізгі буынына айналатын медициналық ұйымдардың басшыларына қойылатын талаптар арттырылады. Басшы ұйымдастырушылық және көшбасшылық қабілеттерге ие болуы керек, экономикалық және құқықтық білімнің негіздерін, қызмет маркетингі мен басқару психологиясын игеруі керек,

жүргізілген реформалардың сәттілігіне сенуі керек, тәуекелдерді алдын-ала болжап, нәтижелерді болжауы керек, менеджмент саласындағы кәсіби деңгейін үнемі жетілдіріп отыруы керек (1-сурет).



Сурет 1 - қазіргі заманғы менеджер-менеджерге қойылатын талаптар
Заманауи менеджментті тиімді енгізу үшін медициналық ұйымның басшысы келесі міндеттерді шешуі керек (2-сурет)



ҚОРЫТЫНДЫ

Қазіргі уақытта медициналық ұйымдарды басқарудың жаңа тәсілдеріне ерекше назар аударылуда, бұл денсаулық сақтау жүйесін жаңғыртуға, жаңа экономикалық және әкімшілік-шаруашылық міндеттерді жедел шешу қажеттігіне, медициналық көмектің сапасы үшін жауапкершіліктің артуына, медициналық ұйымдардың қызметі үшін ішкі ресурстарды іздестіру қажеттілігіне негізделген. Бұл мәселенің өзектілігі медициналық қызметтерді өндірушілер арасындағы бәсекелестіктің күшеюіне, ресурстардың сапасы мен ұтымды пайдаланылуына қойылатын талаптардың артуына, Денсаулық сақтау саласында инновациялық технологияларды енгізудің кеңеюіне байланысты да артып келеді.

Медициналық ұйымды басқарудың тиімді модельдерін іздеуге көп көңіл бөлінеді. Қазіргі заманғы басшыға тек медициналық білім мен денсаулық сақтау жүйесі ұйымының білімі жеткіліксіз, бүгінде денсаулық сақтау басшыларын оқытуға түбегейлі жаңа тәсілді талап ететін қазіргі заманғы менеджменттің білімі мен дағдыларын меңгеру қажет. Инновациялық

менеджмент дамыған негізгі басқару құзыреттіліктері бар арнайы дайындалған менеджерлерсіз мүмкін емес. Денсаулық сақтауды басқару саласындағы дайындық тек бас дәрігерлер үшін ғана емес, олардың орынбасарлары үшін де, медициналық ұйымды басқарудың жедел деңгейінде орналасқан және басқару корпусының резервін құрайтын бөлім меңгерушілері үшін де міндетті.

Қазіргі заманғы басқару технологияларына негізделген тиімді басшылық медициналық ұйымның барлық бөлімшелері мен қызметкерлерінің: медицина қызметкерлерінің, шаруашылық және әкімшілік-басқару салалары қызметкерлерінің өзара іс-қимылын қамтамасыз етуге тиіс. Бүкіл ұжым ұйымның бірыңғай миссиясымен, көзқарасымен және мақсатымен біріктірілуі тиіс. Сайып келгенде, кез келген медициналық ұйым қызметінің нәтижесі медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігі мен сапасы деңгейі бойынша бағаланады. Медициналық қызметтердің тиімділігі мен сапасына қол жеткізудің заманауи тетіктерінің бірі медициналық ұйымның даму стратегиясын және оның қызметінің техникалық-экономикалық негіздемесін әзірлеуден тұратын бизнес-жоспарлау әдістемесі болып табылады. Экономикада бизнесті жоспарлау ажырамас бөлігі болып табылады, бірақ әлеуметтік салада, атап айтқанда Денсаулық сақтау саласында бизнес-жоспар медициналық ұйым қызметінің әдеттегі негізіне айналған жоқ. Қатаң әкімшілік және нормативтік бөлу жағдайындағы мемлекеттік денсаулық сақтау мекемелерінде бизнесті жоспарлау мүмкін емес, бірақ тәуелсіздік пен дербестікті кеңейту жолына түсетін медициналық ұйымдар үшін бизнесті жоспарлау қажет. Бизнес-жоспар негізгі құжат болып табылады және медициналық көмектің жоғары сапасы мен қолжетімділігіне қол жеткізу үшін ұйымды тиімді басқаруды қамтамасыз ету мақсатында жасалады.

Бизнес-жоспар-бұл жоспарлаудың негізгі құралы, болашақ мақсаттарға жетудің жолдары мен құралдарын сипаттайтын болжамды бизнесті қысқаша, дәл және қол жетімді сипаттау және ең аз шығындармен максималды нәтижеге қол жеткізуге бағытталған.

Медициналық ұйымның бизнес-жоспарына келесі бағыттарды енгізу ұсынылады:

- қызметтің ұйымдық-құқықтық нысанының негіздемесі;
- ұйымның миссиясы мен пайымдауы, мақсаттары мен міндеттері;
- қызметтің басым бағыттары, нарықтың нысаналы сегментін ескере отырып, медициналық қызметтер тізбесі, көрсетілетін қызметтерге тұрақты сұранысты қолдау жөніндегі іс-шаралар;
- емдеу-диагностикалық процесті дамыту жоспары, құрылымдық бөлімшелер мен тұтастай ұйымның медициналық-экономикалық тиімділігінің сандық көрсеткіштері;
- қаржы жоспары, Есеп және салық саясаты;
- маркетинг жоспары, баға саясатын қалыптастыру, жарнаманы дамыту және негізгі бәсекелестерді ескере отырып нарықта орналастыру;

- кадр саясаты, еңбекақы төлеу және персоналды ынталандыру схемалары, кадрлардың біліктілігін арттыру және оқыту жоспары, кадрлардың функционалдық міндеттері және оларды орналастыру.

Медициналық ұйымның Бизнес-жоспары міндетті түрде тұтынушылардың қажеттіліктерін, қажеттіліктері мен қажеттіліктерін талдау негізінде жасалады. Бизнес-жоспарды әзірлеу кезінде медициналық ұйымның ішкі мүмкіндіктері (білікті кадрлар, заманауи технологиялар, ыңғайлы үй – жайлар және т.б.), сондай-ақ сыртқы факторлар-қызмет көрсетілетін халық және оның демографиялық сипаттамасы, бәсекелес ұйымдардың болуы, экология және т. б. ескеріледі.

Тарихи тұрғыдан анықталған ұқсас ұйымдар арасында да, әртүрлі профильдер арасында да бизнес-жоспарларды әзірлеудің көптеген модельдері бар. Алайда, бұл жағдай бизнес-жоспарлардың негізінде жатқан жаңа идеялардың дамуына және таралуына ықпал етеді.

Бизнес-жоспарды 3-5 жыл бұрын перспективалы етіп жасау ұсынылады. Бірінші және екінші жылдың негізгі көрсеткіштерін тоқсан сайын (немесе ай сайын) берген дұрыс, үшінші жылдан бастап жылдық көрсеткіштерді көрсетуге болады.

Бизнес-жоспардың титулдық парағында ұйымның атауы, мекенжайы, жоспардың сипаты (ШЖҚ-ға көшу, акционерлік қоғам құру жөніндегі жоспар, жұмыс істеп тұрған ұйымды дамыту жобасы және т.б.), жоспарды Құрастырушы және жалпы мәліметтер көрсетіледі. Беттерді нөмірлеу, парақтан кейінгі сілтемесі бар бөлімдердің тізімін көрсету ұсынылады.

Медициналық ұйымды талдау кезінде ішкі және сыртқы орта факторларының ұйым қызметінің нәтижелеріне әсер ету дәрежесін анықтай және бағалай отырып, SWOT талдауын жүргізу ұсынылады.

Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесіндегі міндетті компонент пациенттердің пікірін жүйелі талдау болып табылады. Науқастың медициналық көмектің сапасын бағалауы, сондай-ақ кәсіби, сарапшы, медициналық ұйымды басқаруды жақсартудың тиімді құралы болып табылады, сондықтан бизнес-жоспарға енгізу ұсынылады.

ҚОРЫТЫНДЫЛАР

Зерттеу нәтижелері бойынша келесі тұжырымдар жасалды:

1. Халықаралық тәжірибені талдау медициналық ұйымдардың жұмыс істеуін жақсартудың неғұрлым тиімді тәсілі менеджментті жетілдіруге, ресурстарды тиімді пайдалануға, ішкі мүмкіндіктерді жандандыруға, ұйымдастыру мен басқаруда инновациялық тәсілдерді қолдануға, медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыруға ықпал ететін құрал ретінде денсаулық сақтау менеджерлері институтын енгізу болып табылатынын куәландырады.

2. Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында дипломға дейінгі дайындықты, дипломнан кейінгі оқытуды және қосымша кәсіптік білім беруді қамтитын денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау үшін нормативтік-құқықтық база мен институционалдық негіз құрылды. Бес медициналық ЖОО-

да денсаулық сақтау менеджменті орталығы мен өңірлік өкілдіктер құрылды. Мамандығы "Денсаулық сақтау менеджменті" жеке мамандық ретінде танылып, заңмен бекітілді.

3. Менеджерлерді даярлау процесін талдау медициналық ұйымдар басшыларының осы салада білімі мен дағдылары жеткіліксіз екенін көрсетті "заңнама және денсаулық сақтау этикасы", "қызмет көрсетуді басқару", "денсаулық сақтау экономикасы және қаржыны басқару", "адамдар мен өзін басқару" бағыттары бойынша қазіргі заманғы менеджментті жетілдіру бойынша ұсыныстар енгізеді.

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

1. Денсаулық сақтау менеджерлерін оқытуды менеджмент орталығы мен оның филиалдарының әлеуетін пайдалана отырып, Тиімді оқыту технологияларын қолдана отырып, тұрақты негізде жүргізу қажет: оқытушы ретінде алдыңғы қатарлы медициналық ұйымдардың мамандарын тарту; қашықтықтан оқыту; жергілікті жерлерде практикалық көмек көрсету; оқытудың тиімділігін бағалау модельдерін пайдалану.

2. Құзыретті маман-менеджерлерді даярлау тиімділігін арттыру үшін құзыреттілікке бағдарланған тәсіл негізінде қысқа, орта және ұзақ мерзімді бағдарламалар құру қажет.

3. Медициналық ұйымдардың басшыларын қазіргі заманғы менеджмент мәселелері бойынша кең әдістемелік қамтамасыз ету, оның ішінде ҚР-да бар тәжірибені талдай отырып, ШЖҚ-ға көшу жөніндегі әдістемелік ұсынымдар қажет.

4. SWOT-талдау және менеджментті жетілдірудің басқа да модельдері мен технологиялары негізінде медициналық ұйымның қызметіне өзін-өзі бағалау мен талдауды тұрақты түрде жүргізуді енгізу медициналық ұйымның үздіксіз дамуына және медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыруға ықпал ететін болады.

5. Медициналық ұйымдарға заманауи менеджментті енгізу үшін қолайлы жағдайлар жасау мәселелерінде медициналық ұйымдардың өздері де, денсаулық сақтауды басқару органдары да тарапынан жергілікті билік органдарымен өзара іс-қимылды күшейту.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Основы менеджмента / под ред. А. И. Афоничкина. – СПб.: Питер, 2007.– 528 с.
2. Кравченко А. И. История менеджмента: учебное пособие для вузов. – М.: Академический Проект, 2000. – 352 с.
3. Зиараб Махмуд, Мұхаммед Башарат, Захид Башир. Классикалық басқару теорияларына шолу / / әлеуметтік ғылымдар мен білімнің халықаралық журналы.- 2012.- Б.512-522.
4. Садрул Ислам Саркер, Мохаммад Рафиул Азам Хан. Басқарудың классикалық және неоклассикалық тәсілдері: шолу / / бизнес және

- менеджмент журналы.-2013.-б. 1-5.
5. Михаил Грачев, Борис Ракицкий. Фредерик Тейлордың ғылыми менеджментінің Тарихи көкжиектері // менеджмент тарихы журналы.- 2013.- Б. 512– 527.
 6. Хинди Лауэр Шахтер. Фредерик Тейлордың академиялық менеджменттің қалыптасуындағы рөлі / / менеджмент тарихы журналы.-2010.- Б.437 – 448.
 7. Фарис-Терри Мұса, Дэвид Дж.Лемак. Гилбреттердің сапа жүйесі уақыт сынынан өтеді / / менеджмент тарихы журналы.-2009.-Көлемі 15.- Iss: 2.-С. 198 – 215. 9 Дэниел А. Рен, Артур Г. Бедеян, Джон Д. Бриз. Анри Файолдың әкімшілік теориясының негіздері / / Басқару шешімі.-2002-б. 906 – 918.
 8. Карл Және Родригес. Файолды басқарудың 14 қағидасы: қазіргі ұйымдарды тиімді басқарудың негізі / / басқару шешімдері.- 2001.- Б.880-889.
 9. Томас К. Хед. Дуглас Макгрегордың мұрасы: алынған сабақтар, жоғалған сабақтар// Менеджмент тарихы журналы.-2011.– Б.202-216.
 10. У. Уорнер Берк. Y теориясының мұрасы туралы / / менеджмент тарихы журналы.-2011-б. 193 – 201.
 11. Джон М.Томпсон, Шарон Б. Бухбиндер, Нэнси Х. Шенкс. Денсаулық сақтауды басқаруға шолу/– 15 б.
 12. Нил Уилер, Диана Грейс. Денсаулық сақтауды басқару. – 2000. – 209 б.
 13. Майкл Таннер. Шөп Әрқашан Жасыл Бола Бермейді. Бүкіл әлемдегі ұлттық денсаулық сақтау жүйелеріне көзқарас / 2008 жылғы 18 наурыздағы № 613 саясатты талдау - 48 б.
 14. ЭЫДҰ-ның 2007 жылғы Денсаулық сақтау бойынша 49 деректері: 30 ел бойынша Статистика және көрсеткіштер. Париж: ЭЫДҰ, 2007.
 15. 2000 жылғы әлемдегі денсаулық сақтау жағдайы туралы есеп: Денсаулық сақтау жүйелері: тиімділікті арттыру. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, 2000.