

УДК 614.2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

© 2016 А.Р. Сараев*

Ключевые слова: управленческий персонал, медицинская организация, оценка.

Рассматривается эффективность управленческого труда и методологических подходов к его оценке. Делается вывод о необходимости применения системы оценки эффективности деятельности руководителей медицинских учреждений с учетом дополнительных критериев.

Оценка результативности деятельности – одна из функций по управлению персоналом, направленная на определение уровня эффективности выполнения работы руководителем. Данная оценка характеризует способность руководителей оказывать непосредственное влияние на деятельность какого-либо производственного или управленческого звена.

Существует множество подходов к оценке эффективности работы руководителя, которые показывают косвенную взаимосвязь непосредственных результатов управленческого труда и конечных результатов функционирования аппарата управления.

Продукт труда управленческих работников не имеет формы специфических вещественных результатов. Конечным продуктом управленческой деятельности считаются совокупность управленческих решений и влияние, которое они оказывают на объект управления. Специфика управленческой деятельности состоит в том, что результаты труда рассматриваемых лиц, как правило, удалены во времени и пространстве от момента и места его затрат, они лишь в конечном итоге неотделимы от результатов функционирования всей организации, в том числе и медицинской.

Объектом данного исследования является управленческий персонал медицинских организаций государственной формы собственности. Предмет исследования – оценка эффективности руководства медицинских организаций государственной формы собственности.

Цель данной работы заключается в рассмотрении эффективности управленческого труда и методологических подходов к его

оценке, в определении оценки работы руководителей, выделении критериев и показателей эффективности их деятельности.

Для достижения поставленной цели ставятся следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы оценки эффективности деятельности управленческого персонала.

2. Провести оценку эффективности работы на примере руководителей отдельных медицинских организаций государственной формы собственности.

3. Определить пути совершенствования существующей системы оценки деятельности управленческого персонала.

Практика показывает, что наименее эффективными и наименее компетентными являются решения, принимаемые на уровне, превышающем необходимую компетенцию. При этом в ненужную работу вовлекается большое число руководителей и специалистов.

Совершенно очевидно, что следует изменить технологию принятия управленческих решений.

Традиционная схема решения проблемы, выходящей за пределы компетенции конкретного исполнителя, выглядит следующим образом:

1. Исполнитель сталкивается с наличием какой-либо проблемы, выходящей за пределы его компетенции. Он игнорирует проблему, считая, что это не его дело, или сообщает о ней своему непосредственному руководителю (например, руководителю подразделения).

2. Если проблема, доведенная до непосредственного руководителя, не относится к его компетенции, он также может либо про-

* Сараев Александр Рудольфович, кандидат медицинских наук, Самарский государственный медицинский университет Минздрава России. E-mail: aleksandrsaraev@yandex.ru.

игнорировать ее, либо изложить ее своему вышестоящему руководителю (например, заместителю главного врача).

3. Если проблема не относится к ведению данного заместителя главного врача, то он, в свою очередь, может или проигнорировать проблему, или довести ее содержание до руководителя учреждения.

4. Главный врач либо игнорирует проблему, не считая ее важной, либо не реагирует на нее по другой причине (забывает о ней; помнит, но не находит времени и т.д.), либо дает задание лицу, ответственному за данное направление работы (например, другому заместителю главного врача - начмеду и т.д.). Заметим, что нередки ситуации, когда руководитель дает задание вовсе не тому заместителю, в чьей реальной компетенции решение проблемы, что, естественно, не способствует ее эффективному решению.

5. Теперь уже другой заместитель (к примеру зам. главного врача по медицинской части) дает задание своему подчиненному (руководителю соответствующей подчиненной ему службы) разобраться с проблемой.

6. Соответствующий руководитель подразделения должен дать задание непосредственному исполнителю.

7. Непосредственный исполнитель либо решает проблему, либо, ссылаясь на то, что к ее решению должны быть подключены представители других служб, сообщает об этом своему непосредственному руководителю.

При такой сложной и многовариантной цепочке проблема обычно решается долго или не решается вообще; многие проблемы попросту не вскрываются; суть проблемы может быть искажена; она может стать причиной взаимных упреков и конфликтов между управленцами различного уровня и подчиненности и т.д. На первый взгляд альтернатива такой технологии принятия управленческих решений в подобных ситуациях отсутствует.

И это действительно так, если исходить из позиции вертикальной структуры управления. Однако управление может осуществляться и в горизонтальной плоскости, причем не только в рамках официальной управленческой структуры. Технологии принятия управленческих решений в системе здравоохранения обычно рассматривают только с точки зрения руководителя учреждения -

главного врача, реже с точки зрения заместителей и руководителей служб, структурных подразделений и практически никогда с точки зрения рядовых работников. Система управления не сводится только к руководству учреждением здравоохранения. Рядовые работники также выполняют управленческие функции. Во-первых, это управление процессами, за которые они ответственны (в отличие от управленцев, которые в первую очередь управляют подчиненными). Во-вторых, это управление другими сотрудниками (не находящимися в прямом подчинении) как процесс коллективного управления друг другом.

В основе подобных коллективных методов решения проблем непосредственными исполнителями лежит двуединый принцип:

- ♦ недостатки всего обнаруживаются там, где они возникают;

- ♦ недостатки должны по возможности устраняться на том же уровне, где они возникают.

Вышестоящие руководители должны привлекаться к решению проблем лишь в случае реальной необходимости.

Эффективность управленческой деятельности медицинской организации представляет собой степень достижения установленных для данного учреждения целей при определенных затратах¹.

Обобщающие оценки эффективности управленческой деятельности выражают конечные результаты функционирования управляемого объекта - предприятия. Можно принять хорошее своевременное решение, сбалансированный план. Однако это еще не гарантирует высокой эффективности: нужны организационные, контрольные, стимулирующие, воспитательные меры воздействия на коллектив, чтобы реализовать намеченные цели с наименьшими затратами. Сами по себе управленческие решения или план - только предпосылка для получения полезного эффекта производственной деятельности совокупного работника, частью которого выступает управление. Нельзя ожидать высокой эффективности, если принятые план или решение плохо обоснованы, не обеспечены ресурсами. Однако хороший план или решение также могут быть не выполнены из-за низкого уровня организаторской работы на последующих этапах.

Различают два вида эффективности управленческой деятельности: экономическую и социальную. Их самостоятельность, конечно, относительна, так как они находятся в тесном единстве и взаимосвязи. По своей роли в обеспечении гармоничного функционирования в обществе они не равнозначны: социальная эффективность как обобщающая, конечная и в этом смысле главная; экономическая - как первичная, исходная и в этом смысле основная. Чисто экономические критерии превращаются в социальные; переплетаясь друг с другом, они образуют единую систему критериев и показателей эффективности общественного производства. На современном этапе наибольшее развитие получил критерий экономической эффективности управленческого труда, поскольку он позволяет количественно измерить эффективность в сфере труда. Социальная эффективность же не имеет количественных измерителей. Она выражает степень удовлетворения спроса населения (потребителей, заказчиков) на товары, услуги.

За общий критерий экономической эффективности управленческого труда принимают максимальный результат на единицу расхода или минимальный расход на единицу результата. Конкретное количественное выражение критерий обретает с помощью системы показателей, посредством которых соизмеряются расходы и полученные результаты.

Две величины - результат и расход - имеют реальную ценность при определении эффективности управления, только будучи сопоставленными одна с другой. Высокий результат обесценивается, если для его цели израсходованы непомерно большие суммы и средства. Бывают и противоположные случаи, когда нужно израсходовать большие средства, чтобы получить требуемый эффект. Примером может послужить внедрение электронно-вычислительной техники. Значительные капиталовложения на ее закупку оправданы, так как в итоге действительно улучшились социально-экономические результаты, в конечном счете снизился относительный процент управленческих расходов на единицу продукции².

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности руководителей феде-

ральных государственных учреждений здравоохранения и государственных учреждений здравоохранения Самарской области систематизированы на критерии по основной (уставной), финансово-экономической деятельности и по деятельности, направленной на работу с кадрами³.

По итогам работы, результатам оценки деятельности медицинских учреждений в целом производится премирование руководителей учреждений.

Премирование руководителей медицинских учреждений осуществляется с учетом выполнения показателей деятельности учреждения, личного вклада руководителя в осуществление основных задач и функций, определенных уставом учреждения, а также выполнения обязанностей, предусмотренных трудовым договором, и производится с целью поощрения руководителя учреждения за общие результаты работы по итогам за соответствующий период времени (месяц, квартал, полгода, год).

Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ, министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, департамента здравоохранения Администрации городского округа Самара на основе оценки доклада и отчетных форм руководителей соответствующих медицинских учреждений об исполнении целевых показателей эффективности деятельности учреждений устанавливает степень выполнения целевых показателей за отчетный период, которая оценивается определенной суммой баллов⁴.

Оценка выполнения целевых показателей учреждениями, осуществляющими в соответствии с уставом несколько видов деятельности (например, научная, образовательная деятельность, оказание медицинской помощи, оказание медицинской помощи детям), проводится по каждому виду деятельности департаментами министерства здравоохранения, курирующими соответствующие направления.

При сумме баллов, соответствующей выполнению всех целевых показателей эффективности деятельности учреждения, размер премии руководителя учреждения за отчетный период равен 100% от размера премии, установленного для данного периода. При начислении более низкой суммы баллов пре-

мия руководителя учреждения снижается в установленных пропорциях.

Источником премиального фонда для федеральных государственных учреждений здравоохранения являются бюджетные ассигнования федерального бюджета, для госу-

дарственных учреждений здравоохранения Самарской области - бюджетные ассигнования субъекта РФ (Самарской области), для муниципальных медицинских учреждений источником выплаты премии могут быть средства муниципального бюджета, средства обя-

Показатели оценки уставной деятельности руководителей больниц

№ п/п	Наименование показателя	Оценка выполнения показателя, баллы	Фактическое выполнение плана за 2015 г., %, количество баллов	
			ГУЗ СО 1	ГУЗ СО 2
1	Обеспечение норматива занятости койки в году (не менее 320 дн), акушерской и неонатальной койки (не менее 280 дн)	Выполнение норматива - 5 баллов, невыполнение - 0 баллов	Годовая - 323 дн (по объединению) Акушерская - 332 дн 5 баллов	321 дн Акушерская - 285 дн 5 баллов
2	Больничная летальность (не выше среднестатистического показателя за предыдущий год по Самарской области)	Выполнение норматива - 8 баллов Расхождение: до 5% - 6 баллов до 10% - 4 балла до 15% - 2 балла более 15% - 0 баллов	0,8% 8 баллов	0% 8 баллов
3	Выполнение государственного задания, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (100%)	100% - 8 баллов 95-99% - 6 баллов 90-94% - 4 балла 85-89% - 2 балла 80-84% - 1 балл менее 80% - 0 баллов	100% Оказание ВМП - 100% 8 баллов	100% Оказание ВМП - 100% 8 баллов
4	Расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов (не более чем на 15%)	15% и менее - 8 баллов до 17% - 6 баллов до 20% - 4 балла до 22% - 2 балла более 22% - 0 баллов	1,2% 8 баллов	0% 8 баллов
5	Хирургическая активность (не менее среднестатистического показателя за предыдущий год по Самарской области)	Выполнение норматива - 3 балла Расхождение: до 10% - 2 балла до 20% - 1 балл более 20% - 0 баллов	70,3% 3 балла	95,7% 3 балла
6	Послеоперационная летальность (не выше среднестатистического показателя за предыдущий год по Самарской области)	Выполнение норматива - 3 балла Расхождение: до 10% - 2 балла до 20% - 1 балл более 20% - 0 баллов	1% 3 балла	1% 3 балла
7	Послеоперационные осложнения (не выше среднестатистического показателя за предыдущий год по Самарской области)	Выполнение норматива - 3 балла Расхождение: до 10% - 2 балла до 20% - 1 балл более 20% - 0 баллов	0,3% 3 балла	4,1% 3 балла
8	Удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи (не менее 57,5% от числа опрошенных)	57,5% и выше - 7 баллов 55-57,4% - 5 баллов 52-54% - 3 балла 50-51% - 1 балл менее 50% - 0 баллов	97% 7 баллов	90% 7 баллов
9	Отсутствие обоснованных жалоб	5 баллов	0 5 баллов	0 5 баллов
10	Общее количество баллов	50 баллов	50 баллов	50 баллов

зательного медицинского страхования, среднего медицинского персонала, поступающие от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности⁵.

В таблице представлена оценка уставной деятельности руководителей за 2015 г. разных типов больниц: 1) *многопрофильной* клинической больницы и 2) *специализированной* больницы.

Оба руководителя медицинских учреждений набрали максимальное общее количество баллов (50), выполнили норматив по всем показателям. У главного врача больницы 1 достаточно высокие результаты по всем критериям оценки и отсутствуют расхождения с нормативами: полностью выполнено государственное задание, достигнут норматив занятости койки в году - 323 дн (норма - не менее 320 дн), низкая больничная летальность (0,8%), расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов - 1,2% (норматив - не более 15%), послеоперационная летальность (1%), низкий процент послеоперационных осложнений (0,3%), отсутствуют обоснованные жалобы от пациентов, высокая удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи (97%).

У руководителя больницы 2 также отсутствуют расхождения с нормативами по показателям оценки его деятельности: государственное задание выполнено на 100%, достигнут норматив занятости койки в году - 321 дн, расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов, больничная летальность и обоснованные жалобы отсутствуют, высокая хирургическая активность (95,7%), низкая послеоперационная летальность (1%), высокая удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи (90%), выполнен норматив по послеоперационным осложнениям (однако этот показатель недостаточно низкий - 4,1%).

Укомплектованность должностей в больницах не полная. В больнице 1 укомплектованность врачей в целом составляет 87% (в стационаре - 87,8%, в поликлинике - 79,6%), средних медицинских работников в целом - 79,9% (в стационаре - 80,6%, в поликлинике - 69,1%), что говорит о дефиците кадров. Во второй укомплектованность врачебных должностей в целом - 95,3% (в стационаре - 95,1%, в поликлинике - 100%), должностей

среднего медицинского персонала - 92,2% (в стационаре - 97%, в поликлинике - 100%).

Из проведенной оценки эффективности деятельности управленческого персонала государственных учреждений здравоохранения Самарской области видно, что чаще всего расхождения с нормативами имеются по таким показателям, как выполнение государственного задания, средняя длительность пребывания на круглосуточной койке, больничная летальность, также почти во всех учреждениях наблюдается неполная укомплектованность врачей и среднего медицинского персонала. Данная система оценки, как и требуется, имеет минимальное число показателей, которые являются объективными, адекватными (критерии соответствуют реальным задачам деятельности учреждения), измеряемыми (для возможности проведения сравнительного анализа), однако показатели оценки недостаточно отражают все существенно важные направления деятельности специализированных медицинских учреждений. В связи с этим необходимо усовершенствовать систему оценки управленческого персонала государственных учреждений здравоохранения.

Система оценки руководителей *больничных учреждений* достаточно сопоставима. Однако показатель удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи нужно разделить на критерии, которые представлены выше. Деятельность стационарной помощи ориентирована на удовлетворение потребностей пациентов. Соответственно, мнение потребителей медицинской помощи должно быть обязательным компонентом интегрального критерия качества деятельности больничного учреждения.

Можно ввести дополнительные показатели для оценки руководителей больниц:

1. *Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима* (отсутствие внутрибольничных инфекций) - показатель, характеризующий профилактику инфекционных заболеваний, качество дезинфекционных мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекций, выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима.

2. *Повторность госпитализации в течение года по поводу данного заболевания*, которая рассчитывается как процентное

отношение числа больных, поступивших в данном году повторно, к числу больных, поступивших в стационар. Удельный вес больных, повторно госпитализируемых в течение года по поводу одного и того же заболевания, колеблется в среднем от 15 до 25%. Необходимо проводить экспертную оценку случаев повторной госпитализации в течение одного года по поводу одного заболевания, если схема лечения не предполагает проведения повторных стационарных курсов лечения.

3. *Показатель своевременности госпитализации*, который представляет собой процентное отношение числа больных, поступивших в сроки, установленные протоколами (стандартами) ведения больных, к числу больных, поступивших в стационар. Этот показатель имеет наибольшую значимость для анализа госпитализации по экстренным показаниям больных, имеющих желудочно-кишечное кровотечение, острое нарушение мозгового кровообращения, травму головного мозга и др. Оптимальное значение для показателя своевременности госпитализации определяется сроками госпитализации, исходя из протоколов (стандартов) ведения больных.

4. *Отсутствие актов, замечаний, предписаний вышестоящих органов, штрафных санкций* - показатель, характеризующий исполнительную дисциплину, своевременное и квалифицированное исполнение приказов, указаний, предписаний руководителями, специалистами.

5. Для многопрофильной больницы можно ввести показатель *"отсутствие посттрансфузионных осложнений"*, т.е. отсутствие технических ошибок (нарушение асептики, перегревание, неправильное хранение и т.п.), ошибок биологического характера (неправильное определение групп крови, индивидуальной совместимости, аллергические состояния и др.) при переливании крови.

Применение системы оценки эффективности деятельности руководителей медицин-

ских учреждений с дополнительными критериями, представленными выше, позволит определить эффективность медицинской помощи путем оценки профилактической работы, адекватности (качества) лечебно-диагностического процесса, реабилитационной деятельности, удовлетворенности пациентов. Такая система оценки будет отражать заинтересованность руководителей медицинских учреждений, в том числе узконаправленных учреждений (диспансеров), оказывающих специализированную помощь, в повышении уровня доступности и качества медицинской помощи, а также в мотивации заместителей руководителя и других медицинских работников к повышению общей эффективности работы учреждения и ответственности за результаты своего труда.

¹ Казанцев В.С., Ползик Е.В., Тюков Ю.А., Чернова Т.В. К оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. 2001. № 1. С. 21-23.

² Погорелова Т.В. Эффективность труда управленческого персонала. М.: Экономика, 1992.

³ См.: Об утверждении целевых показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и критериев оценки эффективности работы их руководителей, условий премирования руководителей федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации : приказ от 19 марта 2010 г. № 169н. URL: <http://docs.cntd.ru/document/902205459>; Об утверждении Положения о премировании руководителей муниципальных медицинских учреждений городского округа Самара : приказ от 24 июня 2009 г. № 325; Приложение к положению о премировании руководителей государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения и социального развития Самарской области.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

Поступила в редакцию 03.03.2016 г.