

3. Kabirov I.s. Theoretical aspect of State-private partnership in tourism. Vestnik of Samara State Economic University. – 2010. – 8 (70).

4. The concept of the federal target program "Development of Internal and Entrance Tourism in the Russian Federation (2011 - 2016)" / Is approved by the Resolution of the Government of the Russian Federation on July 19, 2010 No. 1230-r. <http://government.ru/gov/results/11494/>

5. Solopov V.Yu. Kryukova E.V. Strategic opportunities for economic development of SEZ between Russia and China. Caspian region: politics, economy, culture - Astrakhan. - 2011. - No. 3 (28). - Page 152-157.

6. Maslennikov A. Sstate - private partnership: regional aspect//Economist. 2009. No. 9.

7. Mineva O.K. The development of the infrastructure of support of subjects of small and average business of the Astrakhan region//Caspian region: politics, economy, culture - Astrakhan. - 2010. - № 4 (25). - P.46-53.

8. Mineva O. K. Analysis of business activity of a region//Caspian region: politics, economy, culture - Astrakhan. - 2010. - № 4 (25). - P.82-87.

9. Perepechkina E.G. The evolution of system support small business in Russia // Caspian: politics, economy, culture, Astrakhan. - 2012. - № 1. - P.157-161.

10. Perepechkina E.G. National Competition Policy in Russia // Caspian: politics, economy, culture, Astrakhan. - 2013. - № 1 (34). - P.152-159.

11. Harutyunyan S.A. The nature of the formation of the Russian tourist sector // Caspian: politics, economy, culture - Astrakhan. - 2011. - № 3 (28). - P.178-183.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ СТРУКТУР УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Белик Елена Анатольевна, кандидат экономических наук, доцент

Астраханский государственный университет
414056, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а
E-mail:beliki@mail.ru

Статья посвящена изучению теоретических и прикладных аспектов формирования централизованных и децентрализованных структур управления. На основе проведенного анализа автором обосновывается необходимость централизации и концентрации медицинских организаций в целях повышения эффективности лечения социально значимых заболеваний. На примере противотуберкулезной службы Астраханской области автор аргументирует целесообразность усиления координации деятельности организаций системы здравоохранения.

Ключевые слова: централизованные структуры, децентрализованные структуры, концентрация производства, система здравоохранения

THE APPLICATION OF CENTRALIZED MANAGEMENT STRUCTURES IN HEALTH ORGANIZATIONS

Belik Yelena A., Ph.D. (Economical Science)

Astrakhan State University
20a Tatishchev st., Astrakhan, 414056, Russian Federation
E-mail: beliki@mail.ru

The article is devoted to the study of theoretical and applied aspects of formation of centralized and decentralized governance structures. On the basis of the analysis the author makes the case for centralization and concentration of medical organizations in order to increase the effectiveness of the treatment of socially significant diseases. For example, the tuberculosis control service of the Astrakhan region, the author argues that greater coordination of the activities of the organizations of the health care system.

Keywords: centralized structures, decentralized structure, concentration of production, the health care system

В современных условиях экономической и социальной нестабильности обостряются очень многие социальные проблемы общества, в частности, проблема распространения социально-значимых заболеваний, таких как туберкулез, являющийся на сегодняшний день очень серьезной социально-экономической проблемой многих стран мира и России. Одной из проблем противотуберкулезной службы, снижающих эффективность ее функционирования, является её децентрализация. Данная проблема имеет место в целом ряде регионов России, в том числе и в Астраханской области, что и обусловило актуальность рассматриваемого вопроса.

Если говорить о характеристике терминов «централизация» и «децентрализация», то подавляющее число авторов определяют их следующим образом. Централизованный подход призывает к тому, чтобы как можно большее число решений принималось главным управлением [5]. Однако, даже при сверх централизованной системе некоторые решения в организации могут приниматься на более низком управленческом уровне. Децентрализованный подход поощряет менеджеров передавать ответственность по принятию решений на самый низкий управленческий уровень [5]. Одно из очевидных преимуществ децентрализованного подхода состоит в том, что он дает большую ответственность и власть в принятии решений людям из более низких уровней управления.

Таким образом, термин «централизация» относится к степени сосредоточения принятия решений в одних руках, что связано только с формальной властью, т.е. с правами, которыми наделено определенное лицо в организации. На соотношение централизации и децентрализации в управлении непосредственное влияние оказывают такие факторы, как размер организации, технология производства и услуг, внешняя среда [3].

Говоря о централизации и децентрализации в системе здравоохранения обычно имеют в виду особенности применения на практике определенной модели здравоохранения и, соответственно, принятой системы финансирования данной сферы. В настоящее время можно выделить три основные принципиально отличающиеся с точки зрения финансирования системы здравоохранения: 1. преимущественно государственная (Великобритания); 2. преимущественно страховая система, представленная в таких европейских странах как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и других (в них проживает более 1 млрд. человек – свыше четверти всего населения мира); 3. преимущественно частная (платная) система (США) [2].

Практически ни в одной из достаточно развитых стран указанные системы не представлены в чистом виде.

Например, во всех странах, даже с государственной системой здравоохранения, в частности, в Великобритании, имеются организации и учреждения, осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование. Тем не менее, основное финансирование является централизованным, что позволяет сдерживать рост стоимости лечения. Преимущественно государственная система здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства. В результате государство усилило свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций. Существенным недостатком бюджетного финансирования здравоохранения является склонность к монополизму, игнорирование прав пациентов, как правило, отсутствие возможности выбора врача, лечебного учреждения, что неизбежно приводит к снижению качества оказываемых медицинских услуг.

Преимущественно частная система медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Подобная система, как свидетельствует практика, способствует разработке и внедрению эффективных медицинских технологий, проведению передовых научных исследований и, в результате, оказанию высококачественной медицинской помощи.

Тем не менее, и та, и другая системы безупречны, и имеют свои «плюсы» и «минусы». В странах, где роль государства в здравоохранении является ведущей, наблюдается децентрализация некоторых государственных функций и делегирование их региональным и муниципальным органам власти, отдельные функции передаются частному сектору. В странах со слабой ролью государства в здравоохранении, наоборот, происходит усиление централизованно регулируемых мер. Становится понятной важность государственного регулирования, равно как и то, что оно должно быть необычайно тонким и профессиональным. Децентрализация считается эффективным способом улучшения обслуживания, вовлечения населения в определение приоритетов и уменьшения различий в состоянии здоровья населения.

Однако излишняя децентрализация приводит к дроблению служб, ослаблению центральных органов управления здравоохранения, нерациональному и менее профессиональному оснащению оборудованием и медикаментами, неравенству в потреблении медицинской помощи, политическим манипуляциям в пользу заинтересованных в регионах групп [2].

В связи с существованием данных недостатков известный американский исследователь конкуренции М. Портер говорит о необходимости того, что в системе здравоохранения традиционные функциональные децентрализованные структуры должны сделать радикальный поворот в сторону структуры более централизованной, при которой медицина сможет объединить уход за пациентами с особыми заболеваниями. М. Портер подобного рода структуру называет структурой отделений интегрированной практики (ОИП) [7]. Задачи ОИП определяются заболеваниями, а не специализированными услугами, особенностями лечения или проводимыми тестами. Подобные отделения занимаются повышением квалификации во всех областях медицинского знания, оказывают услуги по достижению должного уровня технических навыков, а также обеспечивают специализированным оборудованием, необходимым при лечении того или иного заболевания или комплекса сопутствующих заболеваний при осуществлении полного цикла лечения. В идеале и работа людей, и функционирование аппаратуры должны быть подчинены единой цели – обслуживать только данное отделение практики. Отделение интегрированной практики, по мнению Портера, должно стать основным организационным учреждением в здравоохранении [7].

Модель отделений интегрированной практики основывается на целом ряде основных принципов.

ОИП ориентируются на пациента и стремятся к определенным результатам. Работники-члены ОИП осуществляют совместную деятельность в качестве группы на постоянной основе с тем, чтобы достичь мастерства в осуществлении лечения посредством постоянного обучения, улучшения и внедрения инноваций. Врачи и врачебные объединения, даже если они являются независимыми, воспринимают себя как интегрированную часть ОИП на базе больницы, и не рассматривают свою специализацию в качестве отдельно стоящего бизнеса. Модель ОИП символизирует возрастающее признание важности многофункциональных подходов к диагностике, лечению и управлению ходом заболевания. В ОИП объединяются наилучшие достижения из всех областей медицины для того, чтобы обеспечить пациенту самые высокие результаты. ОИП должны осуществлять полный цикл лечения пациента. Персонал, включая медсестер и техников-специалистов работают на одной территории с использованием целенаправленного оборудования: в целенаправленных клиниках, с целенаправленным диагностическим оборудованием, с целенаправленным операционной аппаратурой и аппаратурой по реабилитации, в целенаправленных палатах, на целенаправленных этажах больницы, и даже в целых целенаправленных, специализированных зданиях. Все это делает возможным и способствует более глубокой медицинской интеграции, более высокому уровню мастерства и изготовлению оборудования специально для того или иного заболевания [7]. Значительно возрастет уровень скоординированности лечения. В современной теории организации производст-

ва такая форма построения бизнес-процессов получила название «концентрации производства» [8].

Концентрация производств представляет собой такую форму сосредоточения производства одного или нескольких аналогичных видов продукции или услуг в крупных организациях в пределах небольшого региона [8]. Данная форма организации предприятия имеет следующие преимущества: снижение удельных расходов в связи с существованием эффекта масштаба; экономически оправданное создание специализированных функциональных отделов, служб, лабораторий, обеспечивающих создание и функционирование конкурентоспособных объектов; использование высококвалифицированных кадров, современных информационных технологий и ресурсов.

Для того чтобы суметь применить новую модель осуществления лечения, поставщикам необходимо систематически описывать и анализировать свои процессы осуществления лечения на уровне медицинского заболевания. Цепочка эффективности, необходимый инструмент, специально разработанный для анализа конкуренции в бизнес-организациях и организациях другой направленности, позволяет создать необходимую основу для этого [6].

Подводя итоги проведенному теоретическому обзору, можно сказать, что в целом в менеджменте на сегодняшний день наблюдается тенденция к повышению и усилению децентрализации в управлении, в связи с чем большее распространение получают децентрализованные организационные структуры и децентрализованный подход к принятию решений. Но если говорить о специфике управления системой здравоохранения, то здесь, наоборот, можно отметить усиление централизации. В системе здравоохранения излишняя децентрализация приводит к дроблению служб, ослаблению центральных органов управления здравоохранения, нерациональному и менее профессиональному оснащению оборудованием и медикаментами, неравенству в потреблении медицинской помощи, политическим манипуляциям в пользу заинтересованных в регионах групп. В связи с этим больший акцент делается на построение централизованных структур медицинских организаций, особенно при лечении специфических социально-значимых заболеваний.

Целесообразность построения централизованных структур в сфере здравоохранения была проанализирована на примере противотуберкулезной службы Астраханской области.

Туберкулез — социально-экономическая проблема Астраханской области и России в целом. Динамика эпидемиологических коэффициентов по туберкулезу в России в течение последнего десятилетия свидетельствует о стабилизации ситуации после 15-летнего подъема показателей заболеваемости, смертности и распространенности туберкулезной инфекции. Однако на фоне положительных тенденций коэффициентов заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, заболеваемости туберкулезом детей, мужчин во всех возрастных группах, уровень этих показателей сохраняется высоким, превышая аналогичные в странах Европы в 5,0 раз (по данным Глобального отчета по борьбе с туберкулезом в мире за 2009 год) [4]. В последнее десятилетие одной из актуальных проблем является увеличение форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Анализ состояния заболеваемости населения туберкулезом, проведенный при разработке Программы модернизации здравоохранения Астраханской области на 2011-2012 гг., показал, что данное заболевание продолжает оставаться напряженной медико-социальной проблемой в Астраханской области, поскольку показатели заболеваемости и смертности населения от туберкулеза остаются выше среднероссийского уровня [1]. Высокая заболеваемость и смертность населения от туберкулеза связаны с расположением на территории Астраханской области учреждений ФЦИН России для больных туберкулезом. В связи с этим в рамках указанной Программы туберкулез определен как одно из приоритетных направлений в развитии специализированной медицинской помощи в Астраханской области.

К сожалению, медицинские работники практически не могут влиять на главные факторы, определяющие тяжесть эпидемиологической ситуации по туберкулезу (политические, экономические, социальные, правовые). Однако есть возможности воздействовать на качество противотуберкулезной работы и здесь имеются недостаточно используемые резервы. Результативность противотуберкулезных мероприятий в значительной степени зависит от эффективности осуществляемых руководителями фтизиатрических учреждений управляющих воздействий.

Одна из наиболее острых проблем противотуберкулезной службы — её децентрализация. Данная проблема наблюдается во многих регионах России. И в разных регионах предпринимаются различные меры по ее решению. Ярким примером служит Самарская область. До 2009г. фтизиатрическая служба Самарской области была представлена в виде 6 отделений муниципальных медицинских учреждений общей лечебной сети г. Самары, туберкулезной больницы, 7 противотуберкулезных диспансеров и 28 муниципальных противотуберкулезных кабинетов на других территориях области. Такая система создавала полное подчинение фтизиатрической службы руководству поликлиник и больниц, что создавало большие проблемы в управлении противотуберкулезными мероприятиями. Наличие большого количества мелких разобщенных подразделений амбулаторного и стационарного профиля привело к децентрализации структуры, малоэффективному управлению противотуберкулезной службой. Результатом явилось низкое качество противотуберкулезных мероприятий, критически недостаточное финансирование службы и, как следствие, отсутствие стимула к развитию. С 2009г. в Самарской области проводится поэтапная реорганизация фтизиатрической службы в виде выделения отделений из муниципальных учреждений и присоединения их к Самарскому областному противотуберкулезному диспансеру. В настоящее время реорганизационные мероприятия продолжаются. В результате на территории Самарской области численностью населения свыше 3 млн. человек будут функционировать 3 (было 7) противотуберкулезных диспансера с коечным фондом 1235 коек. Подобная централизация приведет к уменьшению очага распространения инфекции и будет способствовать улучшению эпидемиологической обстановки в городе и области.

В Астраханской области противотуберкулезная служба представлена Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» (ГБУЗ АО «ОКПТД»). На сегодняшний день ГБУЗ АО «ОКПТД» включает 6 стационаров на 815 коек (730 коек с круглосуточным пребыванием, из которых 65 коек для детей и подростков; 85 коек с дневным пребыванием, из них 30 коек для детей и подростков).

В рамках Программы модернизация здравоохранения Астраханской области были запланированы и осуществлены следующие меры, направленные на своевременное выявление и предотвращение распространения туберкулеза [1]: повышение настороженности врачей общей лечебной сети в отношении туберкулеза; увеличение охвата населения профилактическими флюорографическими осмотрами; проведение мероприятий по разделению потока больных в стационарах; проведение инженерно-технических мероприятий; осуществление контроля лечения на всех этапах оказания медицинской помощи больным туберкулезом; усиление взаимодействия с УФСИН России по Астраханской области.

Проведенные мероприятия позволяют создать систему организации противотуберкулезной помощи и повысить эффективность использования имеющихся ресурсов службы. Однако для полного решения проблемы их явно недостаточно.

Для дальнейшего улучшения материально-технической базы противотуберкулезного диспансера, выполнения мер инфекционного контроля, предотвращения распространения госпитального туберкулеза, повышения качества оказания медицинской помощи больным туберкулезом ГБУЗ АО «ОКПТД» совместно с министерством здравоохранения Астраханской области разработана программа «Модернизации противотуберкулезной службы Астраханской области». В рамках данной программы

предусмотрено строительство нового лечебного корпуса на 375 коек, поликлиники на 600 посещений в смену, дезинфекционно-стерилизационного блока с утилизаторами медицинских отходов, централизованного пищеблока на 1000 мест, хозяйственного модуля, а также реконструкция имеющихся зданий и сооружений. Инвестиции на реализацию данных мероприятий предусмотрены в размере 2,5 млрд. руб. Горизонт реализации программы «Модернизации противотуберкулезной службы Астраханской области» - 4 года.

Представляется неоспоримым тот факт, что последовательная централизация противотуберкулезной службы Астраханской области должна происходить путем ее территориальной концентрации. Строительство нового лечебного корпуса и позволит осуществить концентрацию основных подразделений ГБУЗ АО «ОКПТД» на одной территории.

Дальнейшая централизация противотуберкулезной службы Астраханской области путем ее территориальной концентрации принесет и самой службе и городу и области в целом ряд преимуществ, которые можно определить следующим образом: 1. улучшение материально-технической базы; 2. улучшение качества оказания специализированной медицинской помощи: использование современного хирургического, анестезиологического и лабораторного оборудования; улучшение лабораторной диагностики; улучшение рентгенодиагностики; применение современных методов лечения; предотвращение контаминации; разделение потоков больных; создание отделения для впервые выявленных больных; создание отделения длительного наблюдения; создание отделения для больных с МЛУ; создание отделения дифференциальной диагностики и туберкулеза; обеспечение безопасных условий работы сотрудников; 3. повышение эффективности управления персоналом: решение проблемы дефицита кадров; работа сотрудников на одной клинической базе; приток молодых специалистов; улучшение условий труда; более эффективный контроль за работой персонала; повышение эффективности и оперативности принятия управленческих решений; уменьшение административно-управленческого персонала; 4. экономические преимущества: возможность зарабатывания дополнительных средств; уменьшение затрат на содержание разобщенных подразделений; экономия фонда оплаты труда; 5. предупреждение распространения туберкулеза в городе и области: ограничение передвижения больных между структурными подразделениями службы; создание учреждения закрытого типа.

При этом представляется необходимым провести реорганизацию системы и структуры управления ГБУЗ АО «ОКПТД» в плане оптимизации численности административно-управленческого персонала, а именно руководителей среднего звена, что позволит оптимизировать процесс принятия решений, повысить оперативность реагирования, уменьшить дублирование функций и сократить расходы на содержание АУП, изменить подходы к формированию карьеры [9, 10, 11,12].

При осуществлении концентрации противотуберкулезной службы возможно вскроются возможности сокращения некоторых должностей руководителей среднего звена (заведующих такими структурными единицами, как стационары и диспансеры), ведущих и главных специалистов, вследствие устранения существующего из-за территориальной разобщенности структурных подразделений ГБУЗ АО «ОКПТД» дублирования функций. Также вследствие территориальной концентрации у ГБУЗ АО «ОКПТД» появятся достаточно широкие возможности по привлечению альтернативных источников финансирования за счет оказания платных услуг населению.

Представляется необходимым провести SWOT-анализ ГБУЗ АО «ОКПТД» в плане определения возможностей и угроз, а также сильных и слабых сторон проекта централизации и концентрации службы для деятельности организации (таблица 1).

По данным проведенного SWOT-анализа можно сделать заключение о необходимости и целесообразности дальнейшей централизации и концентрации деятельности противотуберкулезной службы Астраханской области. Данное направление развития ГБУЗ АО «ОКПТД», по мнению автора, может быть признано единственно

верным на сегодняшний день ввиду наличия существенных проблем и финансового, и материально-технического, и кадрового характера в работе учреждения. Если в ближайшее время не будут предприняты меры по устранению этих проблем, то эффективность и результативность оказания фтизиатрической помощи в Астраханской области будет неуклонно снижаться, и этот отрицательный эффект будет выражаться в дальнейшем распространении туберкулеза, повышении смертности от него.

Безусловно, существуют определенные риски, связанные с реализацией столь масштабного и долгосрочного проекта, а именно: возможное отсутствие достаточного финансирования строительства и оснащения нового корпуса; несоблюдение сроков строительства и введения в эксплуатацию и, как следствие, рост инвестиций; приток новых больных в город и область из близлежащих областей и государств в связи с улучшением условий лечения; повышение стоимости оказываемых медицинских услуг, спровоцированное ростом спроса на продукт деятельности учреждения.

Тем не менее, некоторые угрозы существуют и на сегодняшний день. И борьба с ними достаточно проблематична ввиду указанных в таблице 1 недостатков (слабых сторон) в деятельности организации. Централизация и концентрация деятельности противотуберкулезной службы Астраханской области позволит более эффективно управлять рисками.

Таблица 1

Матрица SWOT-анализа для ГБУЗ АО «ОКПТД»

	<p>Возможности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) привлечение альтернативных источников финансирования; 2) расширение возможностей оказания платных медицинских услуг; 3) возможности оказания новых высокотехнологичных медицинских услуг; 4) ограничение передвижения больных между структурными подразделениями службы, и как следствие, предупреждение распространения туберкулеза в городе; 5) повышение качества медицинских услуг за счет улучшения и обновления материально-технической базы; 6) снижение издержек за счет оптимизации бизнес-процессов; 7) более активное участие в национальных проектах и целевых программах 	<p>Угрозы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) приток в город и область больных из других регионов и близлежащих стран СНГ, что будет увеличивать риск распространения заболевания; 2) повышение цены предоставляемых медицинских услуг вследствие избыточного спроса и конкуренции между потребителями; 3) расположение на территории Астраханской области учреждений ФСИН России для больных туберкулезом
<p>Сильные стороны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) квалифицированный персонал; 2) инновационный характер деятельности – постоянное внедрение новых технологий и методов диагностики и лечения заболевания; 3) большое внимание уделяется мониторингу эпидемиологической ситуации по 	<p>Сила и возможности:</p> <p>Существующие сильные стороны ГБУЗ АО «ОКПТД» свидетельствуют о высоком медико-технологическом и научном потенциале организации, который сегодня не может быть использован в полной мере. Открывающиеся в связи с централизацией и концентрацией деятельности ГБУЗ АО «ОКПТД» возможности будут спо-</p>	<p>Сила и угрозы:</p> <p>Угрозы притока новых больных и развития туберкулеза в области вследствие наличия учреждений закрытого типа существуют в любом случае, независимо от централизованного или децентрализован-</p>

<p>туберкулезу; 4) применение комплексного подхода к оказанию фтизиатрической помощи</p>	<p>способствовать дальнейшему развитию инноваций в организации и повышению качества оказания медицинской помощи, что безусловно, в интересах общества в целом, поскольку более эффективно и результативно будет решаться проблема распространения и лечения туберкулеза</p>	<p>ного характера деятельности. Если организация сможет развивать и дальше свои ключевые компетенции, то сможет нейтрализовывать данные угрозы более успешно</p>
<p style="text-align: center;">Слабые стороны:</p> <p>1) недостаток инвестиций и финансирования; 2) структурная разобщенность подразделений, что приводит к несогласованности действий, снижению оперативности принятия решений, организационным конфликтам; 3) дублирование управленческих функций и рост издержек; 4) устаревшая материально-техническая база, что снижает качество медицинских услуг; 5) небезопасные условия труда работников организации; 6) невысокое качество противотуберкулезных мероприятий; 7) дефицит кадров и низкая мотивация персонала</p>	<p style="text-align: center;">Слабость и возможности:</p> <p>За счет открывающихся в связи с централизацией и концентрацией деятельности возможностей ГБУЗ АО «ОКПТД» сможет в значительной мере устранить «узкие места» в работе, а также имеющиеся недостатки. Строительство нового корпуса и сосредоточение в нем основных структурных элементов организации, позволит за счет синергетического эффекта: усилить и финансовую, и материально-техническую, и кадровую базу учреждения; повысить эффективность функционирования системы управления организацией и принятия управленческих решений; способствовать росту мотивации персонала; повысить эффективность бизнес-процессов и качество и результативность основной деятельности организации.</p>	<p style="text-align: center;">Слабость и угрозы:</p> <p>Угрозы имеют весьма значительный негативный эффект ввиду наличия недостатков и проблем, существующих на сегодняшний день в работе ГБУЗ АО «ОКПТД». Если учреждение не будет предпринимать активных усилий по дальнейшей централизации и концентрации деятельности, то можно говорить об угрозе ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе и области в ближайшие годы</p>

Таким образом, централизация и концентрация деятельности ГБУЗ АО «ОКПТД» приведет к снижению смертности от туберкулеза, уменьшению общего уровня зараженных туберкулезом в Астраханской области, сокращению распространения заболеваний, улучшению качества оказания специализированной медицинской помощи, повышению экономической эффективности функционирования ГБУЗ АО «ОКПТД» и сокращения бюджетных расходов на финансирование подотрасли «Фтизиатрия».

Модернизация противотуберкулезной службы позволит на территории Астраханской области централизовать стационарное лечение, закрыв несколько районных диспансеров, а также достигнуть значительного социального и экономического эффекта. Ожидаемый эффект от реализации мероприятий по модернизации противотуберкулезной службы приведет к снижению затрат областного бюджета на содержание устаревшего оборудования и неблагоустроенных помещений, а также уменьшение общего уровня количества зараженных туберкулезом.

Список литературы

1. Программа модернизации здравоохранения Астраханской области на 2011-2012 годы (утв. Постановлением Правительства Астраханской области от 5 мая 2011 г. N 127-П) (с изменениями от 9 июня 2011 г.).
2. Гордиенко С.М. Реформы здравоохранения: обязательное медицинское страхование // Мед. газета «Здоровье Украины». - 2003. - №76.- С. 8
3. Дафт Р. Менеджмент. – СПб.: Питер, 2009. – 800 с.

4. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом // http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/index.html.
5. Минева О.К., Белик Е.А., Лебедева А.В. *Управленческие решения: Учебное пособие*. - Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2009. - 154 с.
6. Портер М.Э. *Конкуренция: Пер. с англ.* - М.: «Вильямс», 2006. - 608 с.
7. Porter M. E., Teisberg E. O., *Redefining health care: creating value-based competition on results*, Harvard Business School Press, Boston, USA, 2006.
8. Фатхутдинов Р.А. *Организация производства*. - М.: ИНФРА-М, 2007. - 544 с.
9. Мамиконян А.К., Белик Е.А. *Направления совершенствования подходов к формированию профессиональных компетенций работников сферы здравоохранения//Каспийский регион: политика, экономика, культура . 2012. 1 (30) – С. 162-165.*
10. Минева О.К. *Управление карьерой в системе менеджмента современной организации// Каспийский регион: политика, экономика, культура - Астрахань. - 2011. – № 1 (26). - С.116-124.*
11. Минева О.К., Лунев Д.А. *Управление поливариативной карьерой в рамках современного менеджмента// Каспийский регион: политика, экономика, культура - Астрахань. - 2012. – № 4 (33). - С. 169-171.*
12. Минева О.К. *Менеджмент деловой карьеры в современном мире// Вестник СГТУ – Саратов. – 2012 - № 4. – С. 120-126.*

References

1. Health care modernization program of the Astrakhan region on the 2011-2012 years (approved by Government of the Astrakhan region from May 5, 2011 N 127-p) (with amendments of June 9, 2011).
2. Gordienko S.M. Health reform: compulsory health insurance//Honey. newspaper "health". - 2003. -No. 76.
3. Daft R. *Management*. — Spb.: Piter, 2009. - 800 p.
4. Who report on global TB control // http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/index.html.
5. Mineva O.K., Belik E.A., Lebedeva A.V. *Management decisions*. - Astrakhan University Publishing House, 2009. -154 p.
6. Porter M.E. *Competition: per. from English*. - М.: «Williams», 2006. - 608 p.
7. Porter M. E., Teisberg E. O., *Redefining health care: creating value-based competition on results*, Harvard Business School Press, Boston, USA, 2006.
8. Fathutdinov R.A. *Production organization*. - М.: Infra-M, 2007. - 544 p.
9. Mamikonyan AK, Belik EA *Areas of improvement approaches to the development of professional competencies of health workers // Caspian: politics, economy, and culture . 2012. 1 (30) - P. 162-165.*
10. Mineva O.K. *Career Management in the management system of modern organization // Caspian: politics, economy, culture - Astrakhan. - 2011. - № 1 (26). – 116-124 p.*
11. Mineva, O.K., Lunyov D.A. *Upravlenie polivariativnoj kar'eroj v ramkah sovremennogo menedzhmenta// Caspian Region: Policy, Economy, Culture]. 2012. no 4(33). – 169-171 p.*
12. Mineva O.K. *Management of a business career in the modern world // Herald SGTU - Saratov. - 2012 - № 4. - 120-126 p.*

РАЗВИТИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СВЕРХКОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЕ

Евдокимова Светлана Викторовна, аспирант

Астраханский государственный университет
414056, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а
E-mail:emceva@mail.ru

В статье анализируются различные подходы к проблеме развития динамических способностей в быстро изменяющейся среде на основе теоретических исследований зарубежных ученых и практиков. Выявлено, что в научной среде существуют значительные разногласия в отношении результатов и последствий развития динамических способностей, в особенности в отношении рыночных преимуществ и результатов деятельности организации.