

Карагандинский экономический университет
Казпотребсоюза

УДК 364 -3

На правах рукописи

ДЖАЗЫКБАЕВА БАЛДЫРГАН КОЛДАСБАЕВНА

**Стратегическое управление организацией в сфере социального
обслуживания населения**

6D050700 - Менеджмент

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты
д.э.н., профессор Притворова Т.П.
доктор PhD М.Трошке

Республика Казахстан
Караганда, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	12
1.1 Эволюция концепций стратегического менеджмента в современной экономике.....	12
1.2 Тенденции менеджмента в организациях социального обслуживания в условиях конкурентного рынка.....	21
1.3 Особенности делового процесса в организациях специальных социальных услуг длительного ухода.....	35
2 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РАЗНЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ НА РЫНКЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.....	51
2.1 Стратегический анализ менеджмента в организациях разных форм собственности и хозяйствования	51
2.2 Анализ и оценка структуры клиентов с применением разработанной методики оценки потребностей в услугах длительного ухода	65
2.3 Оценка нормирования труда, планирования штата персонала и цен в организациях социального обслуживания	79
3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	94
3.1 Стратегии развития организаций сферы социальных специальных услуг в условиях развития конкуренции	94
3.2 Модельный подход к управлению издержками и ценами на услуги организации.....	104
3.3 Разработка методики оценки качества специальных социальных услуг.....	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	126
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	134
Приложение А - Соотношение разных видов затрат при расчете издержек на оказание услуг.....	142
Приложение Б - Нормативы персонала по учреждениям краткосрочного и долгосрочного социального ухода за взрослыми инвалидами и пожилыми людьми в медико-социальных организациях.....	143
Приложение В - Методика определения затрат рабочего времени социальных работников по уходу при оказании услуг на дому (реализована на примере организации надомного обслуживания города Сарани Карагандинской области).....	144

Приложение Г - Анкета об исследовании стратегического менеджмента организации.....	145
Приложение Д - Среднегодовая стоимость услуг для одного опекаемого в год в МСУ, тыс. тенге (уточненный годовой план финансирования / количество опекаемых).....	147
Приложение Е - Среднегодовая стоимость услуг для одного получателя в год в полустационарах, тыс. тенге (уточненный годовой план финансирования/количество получателей).....	148
Приложение Ж - Расчет расходов на основные средства, тенге.....	149

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:
Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах»;

Закон Литовской Республики «О социальной интеграции лиц с недугом» от 28 ноября 1991г. №I – 2044 (с изменениями и дополнениями на 01.01.2014).

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения Республики Казахстан в условиях оказания услуг на дому от 06.12.10;

Приказ № А1-317 от 30 ноября 2006 г. об утверждении Правил и поправок «Нормативы рабочего времени социальных работников, оказывающих услуги». Министерство социального обеспечения и труда Литвы;

О государственном имуществе. Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 413-IV // Казахстанская правда от 10.03.2011 г., № 86-87;

Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1222;

Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. Выпуск 91, Номер 1-6, 2013;

Статистика ВОЗ. Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Современное социальное государство – это государство социальных инвестиций, в котором вместо принципа всеобщности государственных услуг благосостояния действует принцип вложений в человеческий или социальный капитал, основными составляющими которого является здоровье и профессионализм экономически активного населения.

SWOT-анализ – стратегический анализ, один из ведущих инструментов стратегического менеджмента

Специальные социальные услуги - комплекс услуг, обеспечивающих лицу (семье), находящемуся в трудной жизненной ситуации, условия для преодоления возникших социальных проблем и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества;

Трудная жизненная ситуация – ситуация, признанная по предусмотренным Законом РК «О специальных социальных услугах» основаниям, нарушающей жизнедеятельность человека, которую он не может преодолеть самостоятельно.

Реабилитация – это система мер, направленных на восстановление их здоровья, нарушенных функций, трудоспособности, возвращение в общественно-полезную и социальную жизнь общества.

Социальная помощь на дому – структурное подразделение юридических лиц, самостоятельное юридическое лицо или подразделение с подчинением местному исполнительному органу, предназначенное для оказания социальных услуг инвалидам и престарелым, нуждающимся в постороннем уходе и помощи.

Центр социального обслуживания (полустационар) – организация, предназначенная для дневного пребывания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с целью получения медико-социальных и реабилитационных услуг, проведения досуга.

Медико-социальная организация - организация, предназначенная для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании.

Некоммерческая организация - юридическое лицо, в котором весь получаемый доход распределяется на заработную плату работников и развитие деятельности организации.

Государственная организация – юридическое лицо со статусом республиканского казенного государственного предприятия.

Мониторинг - систематическое наблюдение за изменениями в жизни клиента, с целью выявления его соответствия желаемому результату.

Социальный работник - работник, оказывающий специальные социальные услуги.

Хронометраж – метод изучения трудовых операций путем наблюдения и изучения затрат рабочего времени на выполнение отдельных услуг.

Объект хронометража – трудовая операция, выполняемая работником на определенном рабочем месте.

ОЭСР - Организация экономического сотрудничества и развития

ЕС – Европейский союз

СНГ – Содружество Независимых Государств

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВВП – валовой внутренний продукт

США – Соединенные штаты Америки

ГФСС – государственный фонд социального страхования

НКО – некоммерческие организации

ГБ – государственный бюджет

МБ – местный бюджет

Д\Х – домашние хозяйства

ССУ – специальные социальные услуги

ЦСО – Территориальные центры социального обслуживания

МСО – медико-социальные организации

МЗ и СР – Министерство здравоохранения и социального развития

УКЗСП – Управление координации занятости и социальных программ

НПО – неправительственные организации

МРП – месячный расчетный показатель

БДО – базовый должностной оклад

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Современная сфера социального специального обслуживания населения характеризуется совокупностью хозяйствующих субъектов разных форм собственности, которые разрабатывают свои стратегии и действуют в условиях развитой конкуренции. Спрос на рынке специальных социальных услуг складывается под влиянием ряда факторов. К таким факторам относятся рост численности и продолжительности жизни населения (в том числе увеличение абсолютной численности населения с ограниченными возможностями), повышение благосостояния населения, а также монетизация специальных социальных услуг в общественном секторе экономики, способствующая развитию конкуренции между поставщиками и формированию смешанных рынков.

Организации, работающие на этом рынке, представлены государственными, некоммерческими, частными структурами, а также сектором домашних хозяйств, субъекты которого оказывают услуги внутри своего сектора. В результате субъекты разных форм собственности развивают свои конкурентные преимущества на том или ином сегменте рынка, заполняя его ниши благодаря сильным сторонам своего бизнес-процесса и возможностям их реализации на основе стратегического управления.

В Казахстане, наряду с расширением частного сектора, складываются два вектора развития рынка специальных социальных услуг. Первым является развитие доходной деятельности у некоммерческих организаций, которые имеют профессионально-квалификационный потенциал и выходят на рынок, занимая свою рыночную нишу. Фактически в этом случае меняется тип некоммерческой организации (далее НКО) с традиционного типа на НКО с регулярным доходом. Вторым вектором является планируемый переход от статуса республиканского государственного казенного предприятия для государственных стационаров, полустационаров, отделений помощи на дому к статусу республиканского государственного предприятия, основанного на праве хозяйственного ведения. Этот статус позволяет наряду с сохранением основных функций вести коммерческую хозяйственную деятельность и брать на обслуживание клиентов с рынка. Возможная монетизация услуг общественного сектора также будет стимулировать спрос на рынке услуг длительного ухода.

В связи с ростом конкуренции, все типы организаций испытывают необходимость к актуализации стратегического менеджмента, который предназначен выделить, развить и реализовать конкурентные преимущества каждого типа организаций. Связанные с этим проблемы реструктуризации делового процесса, определения узких мест, снижающих или нивелирующих эффект от возможных конкурентных преимуществ, связаны с формированием новой стратегии в условиях ужесточения конкуренции на рынке специальных социальных услуг.

Необходимо отметить, что некоммерческие и государственные организации не имеют практического опыта идентификации конкурентных преимуществ своих услуг и позиционирования их на рынке, разработки стратегии и управления её реализацией, бизнес-планирования и приведения делового процесса в соответствие с задачами стратегии для получения намеченных целевых индикаторов. Частные организации также испытывают затруднения при разработке стратегических планов, так как не имеют опыта работы в условиях развитого конкурентного рынка.

Исходя из вышесказанного, актуальность обоснования и разработки стратегии управления организацией, входящей на рынок специальных социальных услуг в современных условиях не вызывает сомнений.

Степень разработанности проблемы. Рассматриваемая в настоящей диссертационной работе проблематика вызывала научный интерес у многих, как отечественных, так и зарубежных ученых и практиков.

Фундаментальный вклад в разработку моделей стратегического управления фирмой в условиях конкурентных рынков в традициях разных школ стратегического менеджмента исследовали Г. Минцберг, М. Армстронг, Ф. Селзник, А. Чандлер, К. Кристенсен, А. Миллер, Дж. Боуи, Г. Хамермеш, И. Ансофф, М. Портер, Дж. Стейнер, Н. Джеймс, Й. Шумпетер, Х. Стевенсон, Д. Гумперт, З. Гилберт, М. Хайт, Р. Саймон, Г. Симон, Дж. Вильсон, Дж. Куинн, Р. Нельсон, Дж. Барни, Б. Когут, К. Зандер и многие другие. На постсоветском пространстве значительные разработки по конкурентоспособности были сделаны такими учеными как В. Квинт, Р. Фатхутдинов. В Казахстане проблемам развития предпринимательства посвящены труды Кошанова А.К., Алимбаева А.А., Сабдена О.С., Токсановой А.Н., Есентугелова А.Е., Жатканбаева Е.Б., Кантарбаевой А., Умирзакова С.Ы. и других.

Вопросами социального развития и управления организациями, оказывающими социальные услуги, занимались как ученые-исследователи эффективности сферы специальных социальных услуг как части общественного сектора, так и обобщающие принципы стратегического управления в данной сфере менеджеры. К первой группе могут быть отнесены Ж.-Л. Фернандес, Ж. Фордер, Б. Трукесчитц, М. Роскова, Д. Макдайд, А. Давэй, П. Койт, Н. Гудвин, а на постсоветском пространстве А. Рубинштейн, Р. Гринберг, Р. Фатхутдинов, А. Шлихтер, Р. Корнюшина, С. Кавокин, Е. Холостова, Л. Храпылин, О. Захарова, Н. Клышков, С. Попков, А. Федорец, К. Чагин, Д. Будвитаите и многие другие.

В Казахстане исследованию социальной сферы посвящены работы У. Баймуратова, А. Кошанова, С. Берешева, С. Гайсиной, К. Мухтаровой, М. Мельдахановой, Н. Бримбетовой, Б. Татибекова. Исследования с позиций специфики оказываемых сектором специальных социальных услуг проводились Т. Притворовой, Д. Бектлеевой, М. Джамбурбаевой, Г. Казизовой и другими.

В то же время, организации сектора специальных социальных услуг, не исследовались с позиций стратегического менеджмента в силу относительно малого периода развития рынка специальных услуг и небольшого числа организаций, действующих на данном рынке. Тенденции развития данного

рынка в контексте мирового опыта, такие как рост численности и продолжительности жизни населения, изменение принципов предоставления услуг в общественном секторе, внедрение форм монетизации услуг для граждан, выводят на первый план проблемы стратегического управления организацией на данном смешанном рынке.

Целью диссертационной работы является разработка научно-практических рекомендаций по основным направлениям стратегического менеджмента организации в сфере социального обслуживания для повышения её конкурентоспособности на рынке услуг длительного ухода.

Для достижения поставленной цели были поставлены и решены следующие **задачи**:

- раскрыть особенности стратегического менеджмента в сфере социального обслуживания;

- осуществить декомпозицию делового процесса в организации и выявить проблемные зоны его основных этапов;

- разработать стратегии развития для организаций разных форм собственности в сфере социального обслуживания;

- предложить систему мер по формированию конкурентных преимуществ организации для её стратегического позиционирования на рынке услуг длительного ухода;

- внести предложения по управлению издержками и ценовой стратегии организаций.

Предметом исследования является совокупность теоретических, методических и практических вопросов стратегического менеджмента в организациях социального обслуживания.

Объектом исследования являются организации всех форм собственности в Карагандинской области, специализирующиеся на услугах длительного ухода за пожилыми людьми и инвалидами.

Теоретическая и методологическая значимость исследования заключается в разработке алгоритма и стратегий развития организаций разных форм собственности с учетом содержания делового процесса в сфере социального обслуживания в разделах оценка потребностей клиентов, управление издержками и оценка качества услуг.

Специфика выбранной темы предопределила использование методов системного анализа, стратегического анализа (SWOT-анализ), экономико-статистического анализа динамики, структуры, группировки данных, полученных в результате социологического исследования; метод хронометража при исследовании норм труда социальных работников по уходу; метод тактильного и визуального наблюдения при оценке качества услуги.

Эмпирическую базу исследования составили результаты социологического исследования стратегического управления в организациях, предоставляющих специальные социальные услуги в Карагандинской области, материалы официальных сайтов Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, Управления координации занятости и

социальных программ Карагандинской области. В процессе работы также были использованы материалы Всемирной организации здравоохранения, обобщающие опыт Германии, Франции, Нидерландов и других стран в системе длительного ухода. Анализировались нормативно – правовые акты Республики Казахстан и Республики Литва по вопросам нормативов персонала при оказании специальных социальных услуг.

Научная новизна результатов диссертационного исследования определяется тем, что в диссертационной работе проведено исследование конкурентных преимуществ и делового процесса организаций, оказывающих специальные социальные услуги, и разработаны предложения по стратегическому управлению такими организациями:

- определены особенности стратегического управления организацией в сфере длительного ухода;
- выявлены действующие стратегии, конкурентные преимущества, ограничения и возможности организаций всех форм собственности в сфере социального обслуживания;
- разработаны стратегии организаций разных форм собственности, основанные на позиционировании и развитии их конкурентных преимуществ;
- уточнена методика оценки потребностей клиентов и разработана методика оценки качества специальных социальных услуг в составе взаимосвязанного комплекса мер по формированию долгосрочных преимуществ организации на рынке услуг длительного ухода;
- предложен модельный подход к управлению издержками и ценовой стратегии в организации социального обслуживания.

Основные научные положения, выносимые на защиту

- особенности стратегического менеджмента в организации социального обслуживания в условиях конкурентного рынка услуг длительного ухода в современной экономике;
- алгоритм разработки и стратегии организаций всех форм собственности на рынке социальных специальных услуг;
- методика оценки потребностей клиентов в услугах длительного ухода для стратегического планирования издержек;
- модельный подход к управлению издержками и ценовой стратегии в организации социального обслуживания;
- методика оценки качества специальных социальных услуг в системе действий по достижению стратегических целей.

Практическое значение полученных рекомендаций заключается в разработке положений стратегического менеджмента в части методических основ оценки потребностей граждан в услугах длительного ухода и нормах затрат труда социальных работников для повышения финансовой устойчивости организаций.

Апробация результатов исследования. Основные результаты и предложения диссертационного исследования являются частью прикладных научно-исследовательских тем, выполненных по грантам Комитета науки

Министерства образования и науки РК и ПРООН (совместно с Министерством здравоохранения и социального развития):

1 «Развитие специальных социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам на дому: экономические модели и механизмы их реализации»: грант Комитета науки МОН РК, 2012-2014гг. Регистрационный номер: 0017/ГФ2-ОТ13;

2 «Международный опыт и разработка рекомендаций по введению норматива сети объектов, оказывающих специальные социальные услуги, и норматива подушевого финансирования. Концептуальное видение развития сети домов малой вместимости»: грант ПРООН, 2013;

3 «Модернизация системы длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане: стратегическое управление, экономическая эффективность и социальная справедливость»: грант Комитета науки МОН РК, 2015-2017гг. Регистрационный номер: ГФ 4 /2181.

В состав плана мероприятий в Программе развития Карагандинской области на 2016-2020гг. ГУ «Управлением координации занятости и социальных программ Карагандинской области» было использовано положение о введении оценки качества услуг в государственных отделениях социальной помощи на дому по методике автора, представленной в диссертационном исследовании. Имеется акт внедрения от Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области.

Основные результаты диссертационного исследования были опубликованы в 11 научных трудах, в том числе 4 статьи в изданиях, рекомендованные Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 1 статья в зарубежном издании, состоящем в базе данных Scopus, и 6 статей в научных журналах и в материалах международных научно-практических конференции.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из нормативных ссылок, определений, обозначений и сокращений, введения, трех разделов, заключения, списка использованных источников, семи приложений на восьми страницах. Содержание работы изложено на 149 страницах с использованием 137 источника, 37 таблиц и 15 рисунков.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

1.1 Эволюция концепций стратегического менеджмента в современной экономике

Стратегическому мышлению и управлению организацией в современной науке и практической деятельности посвящены многочисленные исследования, которые раскрывают сущность и содержание, методы и инструменты стратегии, как таковой, и стратегического управления.

В 1955 году П.Друкер в своей работе «Практика управления» подчеркнул значение стратегических решений, к которым, по его мнению, относятся «все решения, касающиеся целей компании и способов их достижения». Концепция стратегии компании была хорошо проработана такими её основоположниками как Кеннет Эндрюс, Игорь Ансофф и Альфред Чандлер. Позднее свой вклад в теорию стратегии внесли М.Портер, Г.Минцберг, С.Хэмел и Дж.Прахлад и многие другие, которые развили стратегические идеи и адаптировали их к современным условиям.

Многие из них пытались сформулировать понятие «стратегия»

- стратегия – это определение долгосрочных целей и задач компании и выработка направления действий и распределения ресурсов, необходимых для достижения этих целей [1].

- стратегия – это совокупность фундаментальных или принципиально важных решений относительно целей и средств предприятия [2].

- стратегия связана с выработкой долгосрочного направления движения и определения масштаба деятельности компании. Она также тесно связана с позиционированием организации по отношению к условиям внешней среды, особенно к конкурентам. Задача стратегии сформировать максимально возможное устойчивое конкурентное преимущество не путем тактического маневрирования, а на основе принятия общей долгосрочной перспективы [3].

- определение направления и масштаба деятельности организации в максимально возможной долгосрочной перспективе, позволяющее согласовать ресурсы компании с изменяющимися условиями внешней среды и, особенно, с рынками, потребителями и клиентами с целью удовлетворения потребностей заинтересованных сторон [4].

- стратегия – это поиск соответствия между внутренними возможностями компании и внешней средой [5].

- любая стратегия, независимо от области применения, должна иметь две ключевые составляющие: стратегические цели (т.е. то, что стратегия предполагает достичь) и план действий (т.е. средство, с помощью которого предполагается достичь намеченных целей) [6].

- стратегия определяет направление движения компании с учетом конкретного внешнего окружения с целью создания устойчивого конкурентного преимущества. Основными при этом являются

целенаправленные действия, благодаря которым фирма выгодно отличается от своих соперников [7].

- стратегия – это констатация намерения, определяющего средства для достижения целей, связанного с долгосрочным распределением значительных ресурсов компании, соответствием этих способностей и ресурсов особенностям внешнего окружения [8].

В.Квинт считает, что «стратегия – это наиболее философская, теоретическая и в то же время практическая составляющая успеха, это система поиска, формулирования и развития доктрины, которая обеспечит долгосрочный успех при её последовательной и полной реализации» [9].

Мы считаем, что стратегия – это результат системного анализа среды, существующих прогнозов будущих условий, в том числе институциональных, и разработка на основе глубокого знания об объекте стратегического управления системы структурированных действий, направленных на достижение поставленной цели.

Ведущими принципами разработки стратегии являются

- обеспечение конкурентного преимущества;
- определение отличительных особенностей фирмы;
- соответствие внешнему окружению.

Принцип конкурентного преимущества был впервые сформулирован М.Портером для фирмы и касается условий создания инноваций, качества продукта или услуги, лидерства в издержках [10,11].

Принцип отличительных особенностей означает создание таких свойств фирмы, которые являются воспроизводимыми или невозпроизводимыми. В частности концепция ключевых компетенций предполагает стремление к созданию уникального продукта (услуги), которое может концентрироваться в таких областях как технология, инновация, маркетинг, обеспечение качества и эффективное использование человеческих и финансовых ресурсов. Дж. Барни были выделены четыре критерия для оценки ресурсов с точки зрения отличительных их особенностей

- потребительская ценность;
- редкость по сравнению с ресурсами конкурентов;
- невозпроизводимость;
- незаменимость [12].

Принцип стратегического соответствия внешнему окружению, понимаемый как рациональное и устойчивое соотношение компетенции компании (внутренних ресурсов и умений) с возможностями и рисками, возникающими в ходе изменений во внешнем окружении [13].

Если объекты стратегии могут быть разные (фирма, отрасль, регион, страна), то предмет стратегии всегда состоит из трех частей:

- намерение компании – описание желаемого результата, достигаемого путем совершения конкретных действий. Стратегические намерения описывают позицию, на которой видит себя компания, и одновременно устанавливают четкие и измеримые критерии оценки её продвижения к

желаемой цели. Последовательность этапов реализации стратегического намерения включает следующие шаги: общее видение того, какой должна быть компания, миссия организации, конкретные цели и задачи для их достижения [14, 15];

- ресурсная база компании – приобретение и эффективное использование совокупности отличительных ресурсов, которые конкуренты не в состоянии скопировать [16,17]. При этом успех конкурентной стратегии зависит не от единичного выбора ключевых факторов сегодняшнего дня, а является результатом культивирования отличительных способностей на протяжении значительного периода времени. Имеет значение способность фирмы возобновлять, воспроизводить и адаптировать свою ключевую компетенцию со временем [18,19];

- способность стратегического развития – это способность разрабатывать и реализовывать стратегии достижения конкурентного преимущества, основанные на глубоком понимании конкурентного внешнего окружения, ресурсной базы и потенциала компании, а также ценностей, на которых держится приверженность заинтересованных сторон целям компании [20, 21]. Другими словами, это способность компании выбирать подходящее видение, формулировать реалистичные намерения и точно соотносить ресурсы с возможностями.

Наиболее сложным и дискуссионным вопросом теории и практики стратегии является вопрос её разработки.

Наиболее полный обзор современных западных школ менеджмента применительно к вопросу разработки стратегии дан Г.Минцбергом в его фундаментальном труде «Школы стратегий», где он рассматривает 10 основных школ современного менеджмента через призму разработки стратегий (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристики стратегии в традициях школ менеджмента

Название школы	Содержание стратегии	Ключевые термины
1	2	3
Проекта (схемы, дизайна)	Уникальные, заранее планируемые перспективы	Отличительные преимущества SWOT – анализ, формулирование рассматривается как осуществление
Планирования	Планы разделяются на субстратегии и программы	Программирование, бюджетирование, план действий, графики
Позиционирования	Запланированные экономические и конкурентные позиции	Отраслевые (родовые) стратегии, стратегические группы, конкурентный анализ, бизнес-портфель, кривая опыта
Предпринимательства	Уникальный взгляд, личностное (предвидение), поиск ниши	Предвидение, озарение

Продолжение таблицы 1

1	2	3
Власти	Политические и кооперативные образцы действий и сделок, тайные и открытые приемы и методы	Сделка, коалация, заинтересованные группы, политическая игра, коллективная стратегия, деловая сеть, альянс
Обучение	Уникальные образцы и схемы действий	Стержневые компетенции, прирост знания, неожиданные изменения
Познания	Интеллектуальный взгляд (индивидуальное понимание)	Карта, фрейм (ментальная конструкция), восприятие, интерпретация
Культура	Коллективная перспектива, уникальная позиция	Ценности, убеждения, мифы, культура, идеология, символизм
Окружения	Особые позиции (в экологии популяции именуемые нишами)	Особые позиции, именуемые в экологии нишами
Конфигурации	Архетип, жизненный цикл, реструктуризация, восстановление	Любые из предыдущих строк в данном столбце по контексту
Примечание – Составлено с использованием материалов источника [22]		

Три исторически первые по времени появления школы (идентифицируемые автором как школы проектирования, планирования и позиционирования) рассматривают стратегию как продукт сознательного квалифицированного конструирования. Ими принимается в качестве инструмента стратегического подхода модель последовательности шагов к формулированию стратегии, которая состоит из следующих этапов:

- проведение сканирования внутренней и внешней среды компании для выявления её внутренних сильных и слабых сторон, а также внешних возможностей и угроз (SWOT-анализ);

- определение миссии и видения;

- определение целей;

- анализ текущих стратегий для определения их релевантности (соответствия) через призму оценки внутренней и внешней ситуации. Он может включать анализ разрыва, который направлен на определение степени влияния внешних факторов на величину разрыва между желаемым состоянием компании и тем, которого она может достичь без каких-либо изменений. Проведение дополнительного анализа ресурсного потенциал;

- выявление отличительных особенностей компании в свете предыдущего анализа;

- формулирование ключевых стратегических вопросов, вытекающих из предыдущего анализа. Они могут быть связаны с такими проблемами как объем ресурсов (человеческих и финансовых), адекватная оценка конкурентных преимуществ и имеющихся затруднений и др;

- разработка стратегии развития объекта с учетом его специфики и ключевых стратегических вопросов: роста, диверсификации, инновационного развития, устойчивого развития и других;
- подготовка консолидированных стратегических планов для реализации стратегии;
- реализация стратегии;
- мониторинг и контроль за ходом выполнения принятых мер для реализации стратегии.

Эта модель процесса формулирования стратегии включает процессы итерации и обратной связи, а все её составляющие подходят любому процессу формулирования стратегии.

Тем не менее, эта модель является по сути линейной и детерминисткой, где каждый шаг логически вытекает из предыдущего и полностью обусловлен ходом событий, что существенно отличается от реальности [8, с.38; 23].

Однако, в реальности формулирование стратегии происходит как решение проблем в неструктурированных ситуациях и почти всегда в условиях недостаточной информированности [22, с.137; 24].

В настоящее время, накопленный опыт разработки и использования стратегий позволяет сделать вывод о том, что формулирование стратегии не всегда является рациональным и непрерывным процессом, на что впервые указал Г.Минцберг, а впоследствии его поддержали многие специалисты [22, с.145; 25; 26; 27].

Г.Минцберг обобщил недетерминированный взгляд на стратегию, рассмотрел её как «модель в потоке действий» и подчеркнул важность интерактивного процесса между ключевыми игроками.

М. Куинн предполагает, что стратегия проходит в своем развитии несколько этапов, в не рождается сразу как единое целое [28].

Р.Уиттингтон предложил четырехмерную классификацию стратегии

- классическая стратегия формулируется как рациональный процесс на основе предварительно проведенных расчетов, т.е. формулирование стратегии отделено от её реализации;
- эволюционная стратегия формулируется как эволюционный процесс, т.е. является продуктом взаимодействия рыночных сил, при котором выигрывает наиболее эффективный вариант;
- процессуальная стратегия формулируется как поступательный процесс, т.е. формулировка стратегии рождается в ходе споров и обсуждений, а иногда и после них, т.к. разным группам мнений трудно договориться;
- системная стратегия формулируется под воздействием социальной системы, частью которой она должна являться. Возможности выбора обусловлены согласованием интересов более широких слоев общества ради удовлетворения истинных потребностей системы, а не её лидеров [29].

Основные элементы концепции стратегии представлены на рисунке 1.

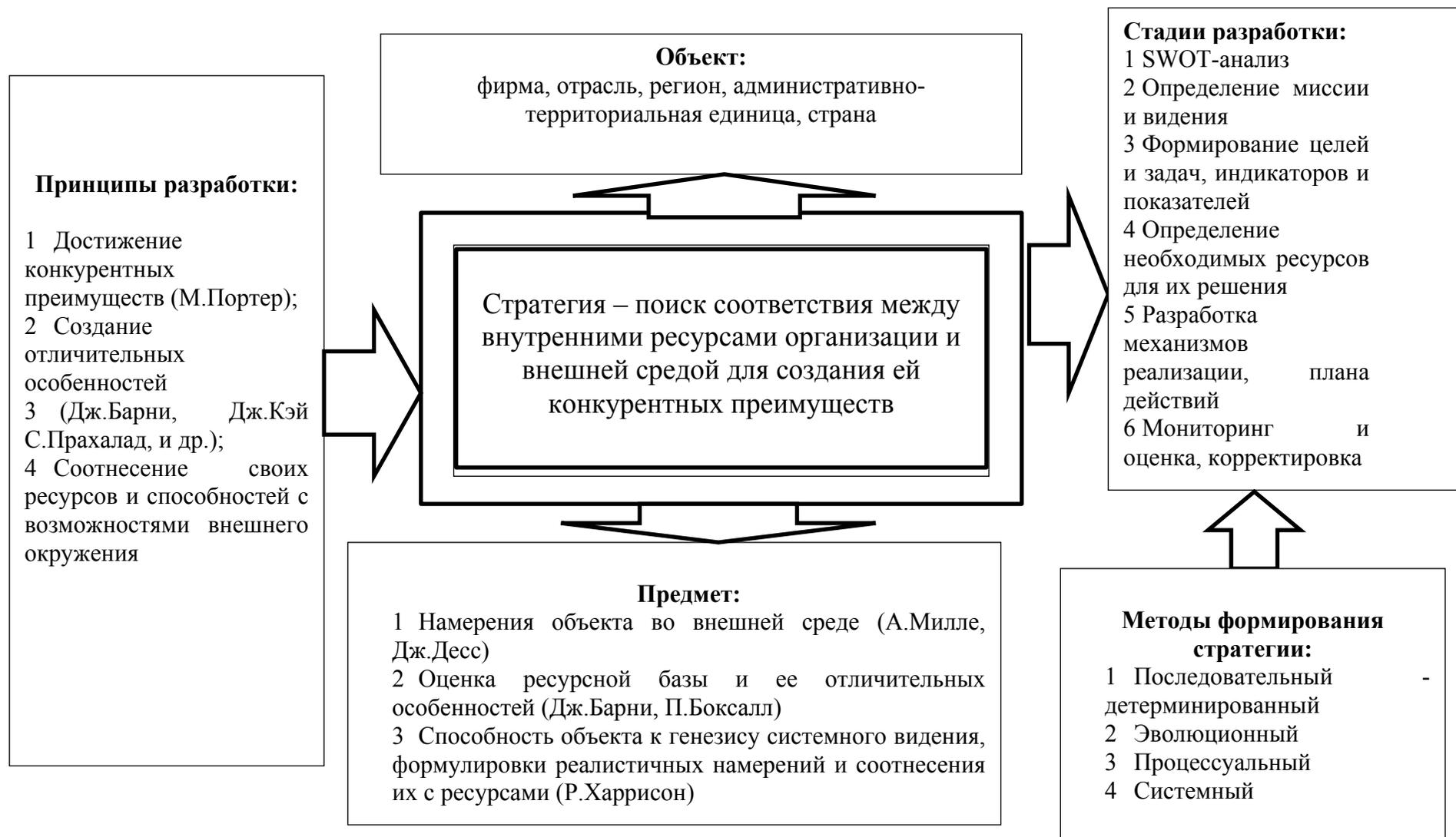


Рисунок 1 – Теоретические основы концепции стратегии организации

Примечание - Составлено автором

По стадиям разработки стратегии в традиции детерминистских школ, как правило, принимаются следующие методологические положения:

1 этап – SWOT – анализ, разработанный Альбертом С.Хамфри из Стэнфордского исследовательского института [29], начинается с анализа зрелых и широко признанных закономерностей и трендов, так и ранее недиагностированных тенденций, имеющих прямое отношение к объекту и проведения мониторинга динамики их влияния. Ключевым этапом данной фазы прогнозирования является сканирование внешней и внутренней среды и создание их объективной характеристики. Базовые экономические факторы и их количественные и качественные параметры являются основными показателями, которые должны быть оценены в ходе этого процесса.

2 этап – формулирование миссии – это процесс, отражаемый в первом практическом документе, создаваемом в результате сканирования, анализа и прогнозов внешней и внутренней среды. Миссия объясняет то, как объект стратегии будет удовлетворять интересы и потребности экономики и/или общества в региональном, национальном и глобальном масштабе. Видение оценивает состояние объекта в перспективе, его позицию в региональной или национальной экономике [30].

3 этап - целеполагание - исходит из миссии и ориентируется на видение, а представляет собой качественную ориентацию, детализацию приоритетов, субординацию и взаимосвязь отдельных целей стратегии объекта. Эта фаза формирования стратегии описывает, где и с какими характеристиками объект окажется после успешного внедрения и реализации стратегии. Целеполагание и формулировка целей обеспечивают качественную реализацию следующего этапа и документа стратегии – постановка задач. Определение задач представляется шкалой, которой следует руководствоваться на дальнейших этапах развития и внедрения стратегии [31,32,33].

Миссия, видение и цели вместе образуют концепцию стратегии, т.е. являются не только этапами её разработки, но и компонентами стратегии. Определение задач под цели обеспечивает мерную линейку, которой следует руководствоваться на дальнейших этапах разработки и формирования стратегии. Все задачи устанавливаются в контексте ресурсных лимитов объекта и под определяющим влиянием фактора времени.

Под задачи, как правило, составляются три сценария развития (оптимистичный, реальный и пессимистический) и соответственно три тактики его реализации по каждому сценарию, а по наиболее предпочтительному сценарию разрабатывается план.

На рисунке 2 схематично представлено формирование стратегии развития.

Концепция стратегии и её основные характеристики активизируются в процессе стратегического менеджмента. Последний рассматривается как непрерывный процесс, который теоретически должен состоять из последовательных действий: генезис стратегии, стратегическое планирование, реализация, пересмотр и корректировка стратегии.

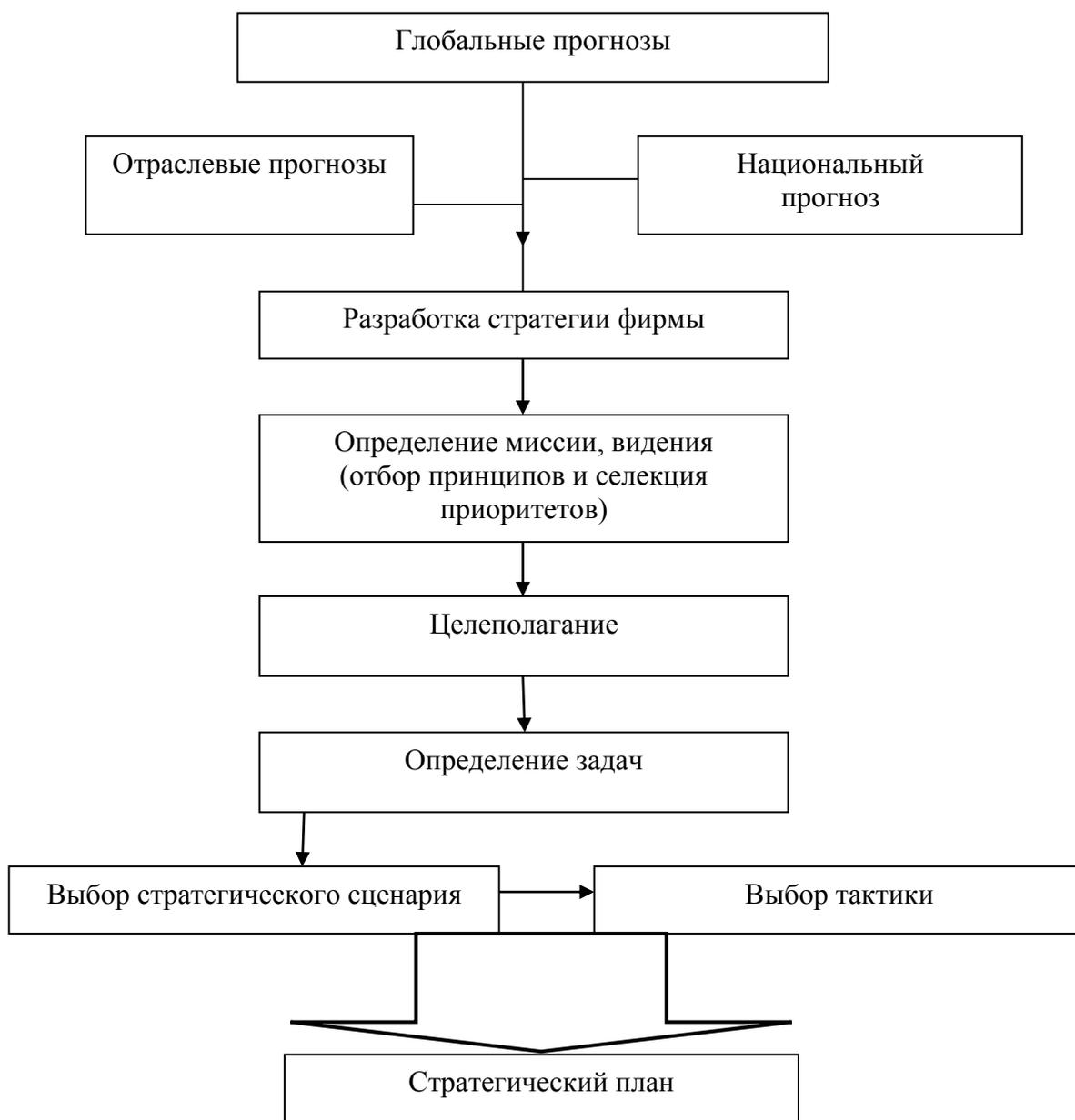


Рисунок 2 – Алгоритм формирования стратегии

Примечание - Составлено автором по источнику [9, с.57]

Ряд определений раскрывают сущность стратегического менеджмента:

– стратегический менеджмент – это совокупность решений и действий, приводящих к формулированию и реализации стратегий, направленных на достижение целей компании [34,35];

– стратегический менеджмент имеет дело с политическими решениями, влияющими на всю компанию, и руководствуется общей целью её позиционирования для эффективного взаимодействия с внешним окружением [36,37];

– стратегический менеджмент воплощает в себе цель и средство. Как цель он описывает видение будущего объекта стратегии через несколько лет. Как

средство он показывает, какими способами это видение будет реализовано, т.е. механизмы представляют неотъемлемую и наиболее значимую ценность для стратегического менеджмента [38].

Основными функциями стратегического менеджмента в наиболее концентрированном выражении являются:

1 осуществление всего объема организационной деятельности, включая постановку целей и определение границ действий;

2 обеспечение функционирования внутренних процессов, структур и процедур, способствующих выполнению поставленных целей;

3 согласование деятельности с ресурсной базой для реализации возможностей, или для избегания угроз;

4 приобретение, сокращение или перераспределение ресурсов;

5 перевод сложных и динамичных внешних факторов в структурированный набор понятных, четко сформулированных повседневных задач.

6 разработка индикаторов для измерения достижения целей и показателей задач для оценки текущей деятельности по реализации задач и соответствующего достижения целей.

7 контроль за выполнением задач в привязке к состоянию внешней среды и институциональных норм, касающихся данной сферы деятельности.

8 своевременная корректировка задач и соответствующих мероприятий, для достижения поставленных целей [39,40].

В то же время, нельзя не учитывать того, что современная экономическая наука выделяет 10 школ менеджмента, которые имеют различия в понимании стратегии, применяемых понятиях и категориях, основных принципах её разработки, используемых инструментах. Все десять школ характеризуются своими достоинствами и в то же время недостатками, которые ограничивают масштабы применения той или иной версии стратегии.

Обобщая мнение современных исследователей по вопросу определения сущности и содержания стратегии, можно сделать вывод, что все многообразие методологических подходов к определению стратегий различается в большей степени акцентом на разработку или реализацию стратегии. Одни авторы и школы считают, что тщательный учет всех аспектов ведения бизнеса и окружающей среды и воплощение их в форме стройной пирамиды целей, задач и мероприятий является основой стратегии. Другие авторы в значительной степени предлагают упирать на фактическую реализацию и корректировку стратегии в процессе её реализации.

Мы считаем, что стратегия – это результат системного анализа среды хозяйствования, прогнозов будущих условий, в том числе демографических, экономических и институциональных изменений, и разработка на основе глубокого знания об объекте стратегического управления и перспективах его развития системы структурированных действий, направленных на достижение поставленной цели.

Ведущими принципами разработки стратегии, согласно всем современным исследованиям, являются:

- определение отличительных особенностей фирмы;
- разработка и развитие конкурентных преимуществ;
- соответствие внешнему окружению.

Одновременно, значительное влияние на процесс формирования стратегии, и её последующей реализации оказывает отрасль хозяйствования, т.е. особенности делового процесса, и состояние конкуренции на рынках, на которых действует фирма. Исходя из того, что предметом нашего исследования является стратегия фирмы на рынке специальных социальных услуг, то необходимо рассмотреть состояние рынка таких услуг, как в развитых странах мира, так и в Казахстане, тенденции развития конкуренции на этом рынке. В центре внимания будут находиться особенности делового процесса в этой сфере деятельности и возможности устранения узких мест в этом процессе.

1.2 Тенденции менеджмента в организациях социального обслуживания в условиях конкурентного рынка

Специальные социальные услуги появились в рамках общественного сектора экономики как гарантированные государством общественные блага в рамках ответственности социального государства за уровень жизни и благосостояние своих граждан в конце 19 начале 20 века [41,42,43,44,45,46]. Целевыми группами для оказания таких услуг в большинстве стран являются граждане, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Наиболее значительную часть этой социальной группы составляют инвалиды (в том числе дети) и лица пожилого возраста [47,48,49].

В период формирования основ социального государства как института, предоставляющего для социально-уязвимых категорий граждан возможность накопления и последующих страховых выплат, а также денежных и натуральных трансфертов в ситуации социального риска, была создана целая отрасль социального обслуживания [50]. Поскольку для государства стоял выбор: самому оказывать общественную услугу или компенсировать получение услуги на рынке, то на первом этапе формирования социальных государств вопрос решался в пользу государственного сектора и соответственно оказания услуг государственными структурами [51,52,53,54,55,56,57].

Частные сегменты рынка специальных социальных услуг были представлены высшей ценовой нишей и доступны только для высокообеспеченных слоев населения.

Во второй половине 20 века в мировой экономике и общественном развитии произошли изменения, которые сформировали движущие силы или факторы, активизирующие спрос на специальные социальные услуги и соответственно развитие рынка специальных социальных услуг для широких слоев населения.

Таковыми факторами стали:

1 Рост численности и продолжительности жизни населения, а также абсолютной численности инвалидов;

2 Рост благосостояния населения.

Стремление социальных государств к эффективному распределению бюджетных ресурсов и привлечение к оказанию общественных благ частного и некоммерческого секторов экономики (институциональных партнеров), а также монетизация специальных социальных услуг, которая способствует развитию конкуренции между поставщиками, а, следовательно, формированию смешанных конкурентных рынков.

Рост численности и продолжительности жизни населения. Одной из наиболее ярко выраженных демографических тенденций является рост численности населения, детерминированный в развитых странах ОЭСР и, особенно в Европе, не столько ростом рождаемости, сколько увеличением продолжительности жизни населения, которое в пожилом возрасте предъявляет большой объем спроса на специальные социальные услуги. Одновременно с ростом численности населения растет абсолютное число инвалидов, поскольку основные причины инвалидности современному здравоохранению пока не удалось элиминировать.

Старение населения отражает сочетание уменьшения коэффициента рождаемости, обуславливающего снижение удельного веса молодых людей, и рост продолжительности жизни, в результате чего все больше людей доживают до пожилого и престарелого возраста. На эти современные процессы накладываются во многих странах Европы долговременные эффекты послевоенного демографического подъема, приведшие к пикам рождаемости сначала в конце 40-х годов, а затем опять в конце 60-х и начале 70-х годов [58].

Укрупненные по группам стран тенденции представлены на рисунке 3.

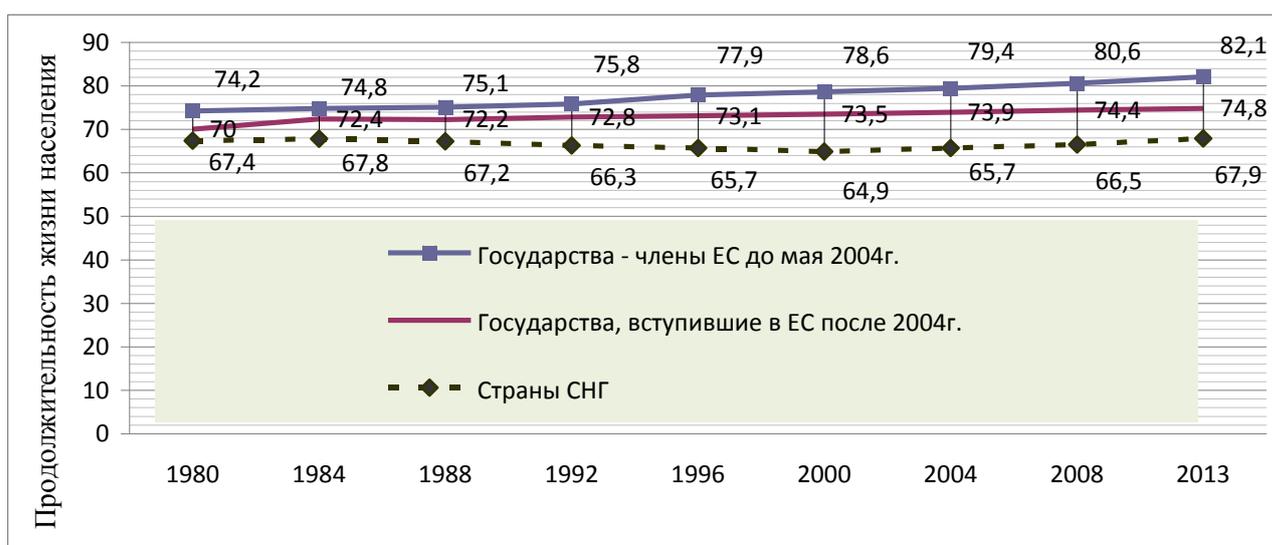


Рисунок 3 – Продолжительность жизни населения, ожидаемая при рождении по группам стран, 1980-2013гг

Примечание – Составлено автором по источнику [59]

В целом, по странам с разными историческими и ментальными паттернами развития тенденция имеет сходную направленность:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах, составляющих ядро ЕС, увеличилась с 74,2 года в 1980 году до 82,1 года в 2013 году, т.е. на 7,9 года.

- в странах, вступивших в ЕС после 2004 и 2007 года, продолжительность жизни за тот же период увеличилась с 70 лет до 74,8 года, т.е. на 4,8 года.

- в странах СНГ продолжительность жизни увеличилась с 67,4 года до 67,9 года, т.е. на 0,5 года. Слом тенденций на протяжении этого периода связан с переходным кризисом от плановой экономики к рыночной, последствия которого были преодолены только во второй половине 2000-х годов.

Исторически основу существенного улучшения показателей продолжительности жизни, по мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), составило снижение смертности в грудном и детском возрасте, в основном за счет появления средств борьбы с наиболее распространенными инфекциями [60].

Одновременно в последние десятилетия на картину значительного улучшения показателей продолжительности жизни большое влияние оказывало увеличение продолжительности жизни населения старше 65 лет (рисунок 4).

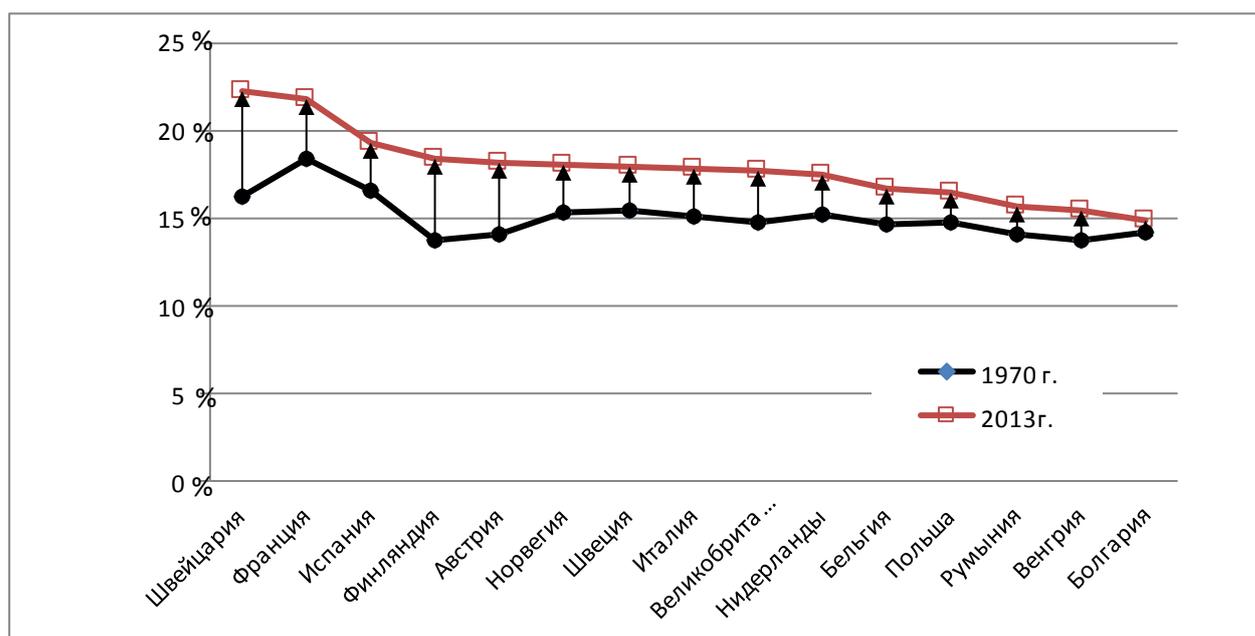


Рисунок 4 – Продолжительность жизни населения, ожидаемая в возрасте 65 лет в некоторых странах Европы, 1970г. и 2013г.

Примечание – Составлено автором по источнику [61]

Как видно из данных Всемирной организации здравоохранения, продолжительность жизни населения старше 65 лет увеличилась практически

во всех странах, но более значительно в Швейцарии, Франции, Испании, Австрии, Финляндии.

Несмотря на различия между странами в темпах естественного прироста населения и миграции, результатом этих демографических процессов является

- увеличение в 2013 году доли населения в возрасте 65 лет и старше:
- в «государствах – членах ЕС до мая 2004 года» до 17,4%;
- в «государствах – членах ЕС после 2004года» до 14,1%;
- в странах СНГ - 11,5%.

Даже с учетом неточности прогнозов и различий между странами сегодня существует единое мнение, что продолжительность жизни будет расти и далее, а поэтому в ближайшей перспективе население мира будет стареть, а одновременно будет увеличиваться численность населения пожилого возраста, особенно доли людей, старше 85 лет. Параллельно с этим процессом растет численность инвалидов, и даже если структура инвалидности меняется в сторону её меньшей тяжести.

В странах ОЭСР (включающих 29 развитых стран мира) процент населения в возрасте «65 лет и старше» увеличился с 8,5% в 1960 году до 13,8% в 2005 году, и прогнозируется, что к 2050 году он составит 25,2%. В 1960 году на долю лиц в возрасте 85 лет приходилось менее 0,5% населения стран ОЭСР. К 2050 году прогнозируется, что люди старше 85 лет будут составлять 5% населения [62]. Согласно данным ООН доля населения старше 60 лет к 2040 году по миру в целом составит 7,6% [63].

Тенденции показателей здоровья и инвалидность.

По оценкам ВОЗ, более 1 миллиарда людей имеют какую-либо форму инвалидности. Это соответствует почти 15% населения мира. От 110 миллионов (2,2%) до 190 миллионов (3,8%) людей 15 лет и старше испытывают значительные трудности в функционировании. Более того, показатели инвалидности возрастают в связи со старением населения и ростом бремени хронических нарушений здоровья [64].

Формы инвалидности могут быть самыми разными. Некоторые нарушения здоровья, связанные с инвалидностью, приводят к плохому состоянию здоровья и значительным медико-санитарным потребностям, а другие нарушения не приводят к этому. Однако все инвалиды имеют право на доступ к основным службам здравоохранения и специальным социальным услугам.

В разных странах складывается своя специфика роста инвалидности. Исследования ОЭСР показывают, что во многих странах наблюдается снижение тяжелых форм инвалидности. Снижение в период с 1980 года по 1996 год наблюдалось в США, Австрии, Великобритании. Самое существенное снижение имело место в Швеции, Канаде, Германии, Франции, Японии [65].

В то же время, в скандинавских странах, данные которых характеризуются высоким качеством, показывают либо отсутствие улучшений, либо даже рост показателей инвалидности [66].

В отношении легкой инвалидности выявляется более однозначная ситуация: во многих европейских странах отмечен рост распространенности

инвалидности легкой степени, а также функциональной недостаточности. Это объясняется тем, что состояния, которые в прошлом вызвали бы тяжелую инвалидность, сегодня вызывают лишь легкую или умеренную степень инвалидности. Но в целом, это опять же оказывает влияние на спрос на специальные социальные услуги, как для детей, так и для взрослых и пожилых людей [67].

Существуют достаточно достоверные прогнозы увеличения расходов на услуги ухода в средне и долгосрочной перспективе, основанные на демографических тенденциях и росте спроса на период до 2050 года, которые делаются с целью предсказать объем государственных расходов на оказание этих услуг и с этой целью в таблице сравниваются в ВВП. Оценка будущих расходов на предоставление длительного ухода в Германии, Испании, Италии и Великобритании представлена в таблице 2.

В целом, необходимо отметить, что фактор роста численности населения, продолжительности его жизни, а также роста численности людей с инвалидностью обусловил значительный рост спроса на услуги длительного ухода, который в перспективе будет только расти. В условиях социального государства с его ответственностью за уровень и качество жизни своих граждан это уже привело и в дальнейшем будет только увеличивать рост государственных расходов на оказание услуг длительного ухода.

Таблица 2 – Прогнозируемый рост численности людей преклонного возраста, получателей услуг и расходов в период с 2000 по 2050 годы, в процентах

Показатели	Германия	Италия	Испания	Великобритания
Численность людей в возрасте 65 лет и старше (% роста)	64	56	76	67
Численность людей в возрасте 85 лет и старше (% роста)	168	168	194	152
Численность функционально зависимых людей* (% роста)	121	107	102	87
Численность получателей ухода на дому от государственных служб (% роста)	119	119	99	92
Численность получателей только неформального ухода (% роста)	119	109	100	72
Численность получателей помощи в стационаре (% роста)	127	81	120	111
Общая сумма расходов (% роста)	437	378	509	392
Общая сумма расходов в % от ВВП в 2050г.	3,32	2,36	1,62	2,89
*Функциональная зависимость определяется по способности выполнять основные действия повседневной жизни и/или практические повседневные действия по жизнеобеспечению				
Примечание – Составлено автором по источнику [68]				

Рост уровня жизни населения является вторым фактором, обусловившим импульс для спроса на социальные услуги вообще и специальные социальные услуги в частности.

Определяющей характеристикой постиндустриальной экономики, сложившейся во многих странах в начале 21 века является преобладание в её структуре многочисленных видов экономической деятельности, объединенных в рамках сферы услуг. В ходе продолжительной эволюции эта сфера неуклонно наращивала свои масштабы и к настоящему времени является системообразующим сектором современной экономики: на его долю приходится 4/5 ВВП и численности занятых в хозяйстве, более 2/3 инвестиций и основного капитала [69].

Непрерывное расширение позиций сферы услуг обусловлено одним из базовых законов общественного развития – повышением потребностей человека по мере научно-технического прогресса, усложнения деятельности в экономике и обществе, повышением уровня жизни, образования и культуры населения.

Рост доходов многих групп населения и трансформация стиля жизни изменили структуру потребления в сторону повышения в экономике доли сферы услуг. У среднего класса современных стран доля расходов на сферу услуг достигает 50%, что отражает его потребительские предпочтения. В составе конечного потребления услуг довольно отчетливо выражено смещение потребительских предпочтений в направлении услуг более высокого порядка – образования, культуры, рекреации, здравоохранения и социального обслуживания [70,71,72,73].

В результате в ВВП и численности занятых работников в конце 20 - начале 21 века имел место рост не только государственных, но и частных секторов услуг образования, здравоохранения и социального вспомоществования.

Так, в США увеличился удельный вес в ВВП частных услуг социального вспомоществования с 0,2% в 1987г. до 0,5% в 2012г. Удельный вес численности занятых в частном сегменте услуг социального вспомоществования увеличился с 0,6% в 1998 до 4,1% в 2012г. (рисунок 5).

Из рисунка следует, что наложение тенденций роста численности населения и продолжительности его жизни в сочетании с ростом благосостояния в развитых странах обусловили значительный прирост рыночных сегментов социальных услуг: образования, здравоохранения и социального обслуживания. Возросшая численность населения и его платежеспособный спрос способствовали развитию рынка специальных социальных услуг.

В то же время, значительную роль в этом приросте сыграл фактор перехода к новой системе менеджмента в государственном управлении, с его ориентацией на эффективность управления общественными ресурсами, а в секторе специальных социальных услуг ещё и на принцип солидарной ответственности государства, семьи и личности в удовлетворении потребностей в специальном уходе.

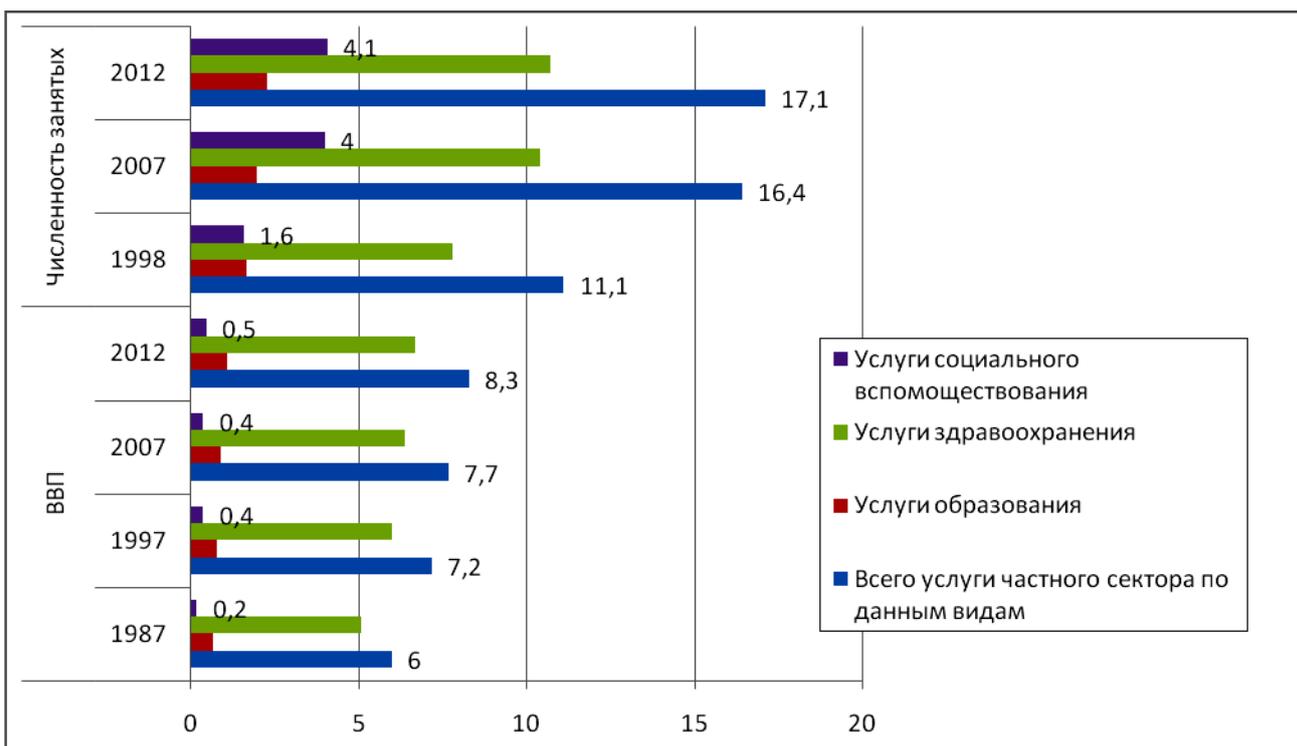


Рисунок 5 – Удельный вес частного сектора услуг образования, здравоохранения и социального вспомоществования в ВВП и численности занятых, %

Примечание – Составлено автором по источнику [74]

Новая модель менеджмента, реализованная в государственном управлении сектором специальных социальных услуг, которая имела целью повышение продолжительности самостоятельной жизни и интеграции целевых групп в общество, была направлена на:

- 1 Повышение эффективности использования общественных ресурсов.
- 2 Реализацию принципа солидарной ответственности государства, семьи и гражданина за предоставление длительного ухода.
- 3 Формирование квази-рыночных экономических отношений в форме организации конкуренции между государственным, некоммерческим и частным сектором за бюджетные ресурсы, а впоследствии за клиента в отрасли оказания специальных социальных услуг.

Поскольку в условиях ужесточения конкуренции на мировых рынках во второй половине 20 века сократился приток доходов в государственные бюджеты развитых стран, то это вывело на первый план проблему повышения эффективности расходования государственных ресурсов при производстве общественных благ. Общая методология новой модели государственного менеджмента изложена достаточно подробно во множестве литературных источников [75,76,77,78,79,80]. Основная идея бюджетирования и управления по результатам заключается во внедрении в государственный менеджмент

элементов бизнес-управления, нацеливающего как государственные органы, так и государственные организации, предоставляющие для населения общественные блага, на повышение эффективности государственных расходов.

В самом общем виде оценку эффективности управления в общественном секторе предполагается получать с помощью индикаторов, которые используются в бизнес-деятельности:

- экономичность;
- производительность используемых ресурсов;
- результативность.

Экономичность характеризует затратную сторону деятельности государства («efficiency»), т.е. является количественной оценкой отношения эффекта к затратам в конкретных условиях. Иначе говоря, характеризует сбережение усилий, средств в настоящий момент при функционировании организации (или госоргана) в заданных условиях. Фактически характеризует затраты на производство единицы общественного блага.

Производительность характеризует затраты при производстве единицы общественного блага на 1 занятого или в единицу времени.

Результативность характеризует соответствие расходов тем целям, которые ставит перед собой государственная организация и которые соответствуют общественным интересам. В данном случае в англоязычной литературе используется термин «effectiveness». Применительно к сфере специальных социальных услуг результатами системы будут рост качества жизни, повышение продолжительности самостоятельной жизни целевых групп, их интеграция в общество. Оцениваться результат может с помощью опросов удовлетворенность клиентов оказываемой услугой [81,82,83].

Реализация новой модели менеджмента в сфере государственных услуг оказала значительное влияние как на сам государственный сектор и его организации, так и на рынок специальных социальных услуг в целом [84].

Во-первых, для повышения эффективности управления общественными ресурсами в области специальных социальных услуг развитые страны обосновали и реализовали принцип солидарной ответственности государства, семьи и гражданина (рисунки 6).

Формами реализации принципа является введение в систему финансового механизма социального страхования и доплата за дополнительные услуги из индивидуальных ресурсов, как гражданина, так и его семьи (супругов и детей).

Механизм социального страхования, который в отличие от программ, финансируемых на основе налогов, обеспечивает целевое накопление денежных средств на индивидуальных счетах граждан, обычно взимаемых через налог на фонд заработной платы или другим приемлемым способом [58, p.17]. Для государства система социального страхования выгоднее тем, что она опирается преимущественно на обязательные индивидуальные накопления граждан. В полном объеме механизм страхования внедрен в Японии, Германии, Люксембурге, Нидерландах.

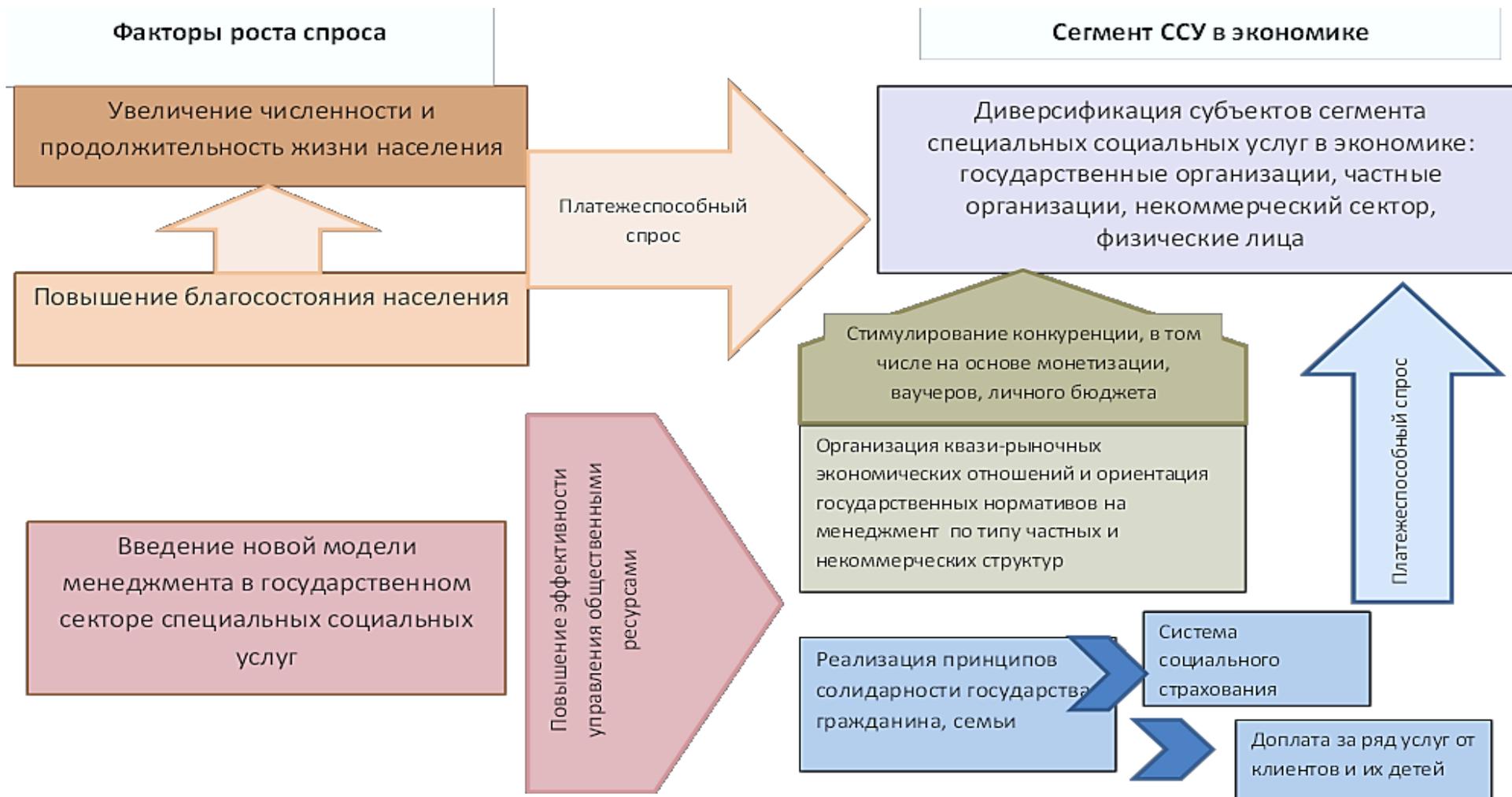


Рисунок 6 – Факторы роста рынка и развития менеджмента в сфере специальных социальных услуг

Примечание – Составлено автором

На платежеспособный спрос и соответственно предложение на рынке соответствующих услуг это влияет, так как для страховых выплат чаще всего используется денежная форма, когда средства зачисляются на счет личного бюджета или выдаются в наличной форме. Механизм позволяет накопить, как правило, большие средства, чем в налоговых системах, а свобода выбора услугодателя (даже при фиксации спектра возможных услуг от него) позволяет выбирать государственную, частную, некоммерческую фирму или физическое лицо, что стимулирует рынок услуг. Кроме обязательного страхования, во многих странах существует факультативное частное, которое позволяет накопить средства на осуществление длительного ухода [85].

Размеры совместных платежей государства и гражданина по странам могут существенно варьироваться, но, как правило, применяются, если пользование услугами превышает объем услуг, покрываемый государственным страхованием длительного ухода [58, p.42]. Уровень совместных платежей может зависеть от проверки и оценки нуждаемости гражданина.

В большинстве стран для лечения в стационаре или постоянного содержания в доме престарелых необходимы дополнительные взносы гражданина или его близких родственников, которые по закону обязаны оплачивать длительный уход за своими родителями.

Во-вторых, была изменена нормативно-правовая база функционирования сектора специальных социальных услуг. Предпринятые изменения касались двух основных моментов:

- 1 Организация экономических отношений в секторе специальных социальных услуг по типу рыночных, то есть квази-рыночных;
- 2 Трансформация государственных социальных нормативов, регламентирующих предоставление государственной услуги.

Для создания в секторе специальных социальных услуг экономических отношений, имитирующих рыночные, государство разрешило частным и некоммерческим организациям участвовать в государственных закупках этих услуг, т.е. для частных и некоммерческих организаций сегмент рынка расширился [86, 87].

В то же время, понимая, что простого разрешения недостаточно, требования к участникам государственных закупок в области специальных социальных услуг были максимально упрощены и зафиксирован минимальный уровень нормативов для организаций для того, чтобы гарантировать определенное качество услуги (рисунок 7).



Рисунок 7 – Организация квази-рыночных экономических отношений на первом этапе перехода к новой модели менеджмента в секторе ССУ

Примечание – Составлено автором

На данном этапе имела место конкуренция за бюджетные ресурсы, а выбор для услугополучателя был ограничен кругом организаций, которые участвовали в государственных закупках, отсутствовала возможность участия физических лиц в качестве поставщика.

Главными плюсами этих трансформаций были:

- Расширение рыночного сегмента для частных и некоммерческих организаций вследствие допуска их к государственным закупкам специальных социальных услуг.

- Минимизация инструментов государственного регулирования и тенденция к сближению стратегического менеджмента государственных и негосударственных организаций.

Следующим шагом стало стимулирование конкуренции не за государственные ресурсы, а за клиента. Для этого многие страны перешли к выдаче клиентам, имеющим право на получение услуг за государственный счет, ваучеров или натуральных выплат, что предоставило максимальную свободу выбора клиенту. Чтобы обеспечить целевое использование средств, во многих странах были нормативно-правовым образом зафиксированы требования к характеру распоряжения этими средствами [88,89,90,91].

Рынок специальных социальных услуг фактически стал конкурентным рынком, после того, как граждане стали получать от государства денежные средства в форме наличных выплат, зачислений на социальный счет или ваучеров (рисунок 8).



Рисунок 8 – Развитый рынок специальных социальных услуг в странах ОЭСР

Примечание - Составлено автором

Таким образом, факторами роста спроса на специальные социальные услуги во второй половине 20 века и стали:

- увеличение численности и продолжительности жизни населения вследствие развития медицинских услуг, что, однако, не позволило решить проблему инвалидности в полной мере и вместе с численностью и продолжительностью численности населения растет и абсолютная численность людей, имеющих разные степени инвалидности.

- повышение благосостояние населения привело к спросу на разные виды услуг, в том числе на специальные социальные услуги, что в сочетании с увеличением продолжительности жизни и численности населения привело к увеличению платежеспособного спроса населения.

- трансформация модели государственного менеджмента в направлении повышения эффективности управления производством общественных благ

опять же содействовала увеличению платежеспособного спроса населения. С одной стороны это произошло за счет введения в ряде стран системы социального страхования и совместных платежей, а с другой стороны сыграла роль монетизация государственных специальных социальных услуг, что фактически вывело государственных клиентов на рынок специальных социальных услуг. При этом, предпосылкой формирования полноценных конкурентных отношений стало упрощение нормативных требований к участникам рынка с целью сохранить приемлемый уровень услуг с одной стороны, а с другой стороны поддержать некоммерческий сектор, не имеющий накопленных материальных и финансовых активов, чтобы создать конкуренцию государственным учреждениям.

В результате типичный состав субъектов рынка специальных социальных услуг длительного ухода, рассмотренный нами на примере Великобритании, представляет собой примерно следующий перечень организаций:

1 Частные или некоммерческие дома с сестринским уходом (медицинским обслуживанием) для пожилых людей;

2 Частная или некоммерческая организация ухода за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства);

3 Муниципальный уход за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства);

4 Муниципальный дневной уход за пожилыми людьми;

5 Дополнительный домашний уход за пожилыми людьми;

6 Реабилитационное подразделение (всех форм собственности);

7 Краткосрочный уход в муниципальном приюте [92].

С точки зрения менеджмента эти процессы способствовали унификации стратегического и оперативного менеджмента в государственных, частных и некоммерческих организациях, поскольку они были поставлены в равные условия с точки зрения официальных стандартов специальной социальной услуги. В результате в частных, некоммерческих и государственных организациях появился стратегический менеджмент, ориентированный на расширение рыночной ниши с учетом конкурентных преимуществ каждой из форм хозяйствования. Фактически доминирующей стратегией менеджмента во всех формах собственности стало расширение рыночной ниши за счет предложения качественных услуг при максимально возможном сокращении косвенных затрат, не связанных непосредственно с оказанием услуги клиенту.

В Казахстане действует нормативно-правовая база, соответствующая первому этапу формирования конкурентного рынка [47, с.6; 93]. Согласно этой базе государственные организации не имеют права привлекать клиентов с рынка, а некоммерческие организации, даже уже имеющие опыт оказания специальных социальных услуг, не имеют достаточной материально-технической базы, чтобы выполнить минимальные нормативы даже по персоналу и питанию клиентов.

При этом государственные организации до сих пор не используют рыночные основы менеджмента, не рассчитывают цену на свои услуги, а ресурсы общественного сектора используют неэффективно (увеличивая

затраты и штаты), т.к. не имеют права хозяйственного ведения, которое позволило бы им реализовать более продуктивные стратегии.

Некоммерческие организации привлекаются к оказанию услуг для клиентов, особенно для детей-инвалидов в сельской местности, но при этом при расчете суммы государственного социального заказа не используется расчет полной стоимости государственной услуги на одного клиента, что также не позволяет некоммерческой организации в полной мере развить свой потенциал.

Частные и некоммерческие организации, действующие на рынке Казахстана, подразделяются на две группы: имеющие зарубежное финансирование благотворительных фондов (например, ОО Еврейское общество «Хэсэд Мириам») и привлекающие ресурсы клиентов с локального рынка. При этом первые имеют профессиональные технологии работы и менеджмента, но не участвуют в разделе бюджетных ресурсов, так как опять же для них высоки нормативы по численности обслуживания на дому. Вторые же имеют дело только с низкодоходным населением, т.к. остальные группы решат свои проблемы другим способом. Они в 70% случаев помещают своих родителей в дома государственного сектора, так как это бесплатно, если дети и родители живут в разных населенных пунктах, принцип солидарной ответственности (то есть совместных платежей в нормативно-правовой базе отсутствует).

Совокупность действующих на рынке Казахстан факторов и официальная нормативно-правовая база, не способствуют развитию стратегического менеджмента в государственном секторе и его экономических основ. В то же время, в частном секторе действуют прогрессивные методы оперативного и стратегического менеджмента, но в полной мере они не могут быть восприняты всеми субъектами рынка, т.к. равные экономические условия для всех субъектов отсутствуют, а механизмы страхования, монетизация и совместных платежей пока тоже не применяются. Это не позволяет частным и некоммерческим организациям включиться в полноценную конкурентную борьбу за клиента, т.к. бюджетные ресурсы по-прежнему закачиваются в государственный сектор и имеющее право на их использование население, предпочитает использовать эти ресурсы.

Тем не менее, общемировой тренд развития сектора специальных социальных услуг, несмотря на природу данного сектора, обеспечивающего социальные обязательства и гарантии со стороны государства, направлен на формирование в этой сфере квази-рыночной модели на основе монетизации услуг. Монетизация, в форме денежной субсидии или ваучера, развивает конкуренцию в этой сфере и стимулирует в некоммерческих и государственных организациях становление методов управления, аналогичных рыночным, для обретения своей рыночной ниши за счет повышения эффективности деятельности и улучшения качества услуг для целевых групп населения.

1.3 Особенности делового процесса в организациях специальных социальных услуг длительного ухода

Миссия организации, предоставляющей специальные социальные услуги, заключается в обеспечении помощи гражданам, которые в настоящий момент не могут самостоятельно заботиться о личной (семейной) жизни или принимать участие в общественной жизни.

Реализация миссии определяется максимизацией удовлетворенности граждан, нуждающихся в данных услугах для повышения продолжительности их жизни и улучшения её качества. В то же время, в основе деятельности любой организации функционирующей на рынке лежит стремление повысить её эффективность, т.е. снизить расходы при тех же или лучших результатах. В стремлении повысить эффективность организации в социальной сфере нет ничего противоречащего её природе, поскольку само существование организации определяется как минимум окупаемостью её затрат (если это некоммерческая организация) и повышением размеров прибыли (если это частная организация).

Схема стратегического управления организацией в сфере специальных социальных услуг представлена на рисунке 9.

Стратегический менеджмент в такой организации, как нами было сказано в параграфе 1.1, формулирует цель развития организации в форме видения и разрабатывает механизмы или способы, которые позволят ей достигнуть этой цели.

В основе стратегического менеджмента любой организации лежит управление бизнес-процессами или деловыми процессами.

Понятие бизнес-процесса используется в современном менеджменте как совокупность взаимосвязанных мероприятий или задач, направленных на создание определённого продукта или услуги для потребителей [94].

Наиболее признанная и широко распространённая трактовка делового процесса была разработана Business Process Management Initiative (BPMI) и поддерживается Object Management Group, после слияния организаций в 2005 году.

Основными положениями концепции бизнес-процесса являются следующие:

- бизнес-процесс начинается со спроса потребителя и заканчивается его удовлетворением. Процессно-ориентированные организации стремятся устранять барьеры и задержки, возникающие на стыке двух различных структурных частей организации, выполняющих один бизнес-процесс.

- бизнес-процесс может быть декомпозирован на несколько субпроцессов, процедур и функций, которые имеют собственные признаки, однако тоже направлены на достижение цели основного бизнес-процесса. Такой анализ бизнес-процесса обычно включает в себя составление его карты, включающей все подпроцессы, разнесённые между определёнными уровнями активности.



Рисунок 9 - Управление организацией специальных социальных услуг длительного ухода за пожилыми людьми и инвалидами

Примечание – Составлено автором

Бизнес-процессы должны быть построены таким образом, чтобы создавать стоимость и ценность для потребителей и исключать любые необязательные или лишние действия персонала. На выходе правильно построенных бизнес-процессов увеличиваются ценность для потребителя, и обеспечивается меньшая себестоимость производства товара или услуги [95, 96].

Методология предполагает построение графических моделей, отражающих с помощью специальных обозначений все взаимосвязи между разными этапами процесса производства товара или оказания услуги. После того, как графическая модель бизнес-процесса построена, определяются данные, с которыми осуществляется работа в рамках бизнес-процесса, и производится настройка операций бизнес-процесса. Например, в случае пользовательских задач определяется, с какими данными работает исполнитель, какие данные он должен предоставить по выполнению задачи и какие действия должен выполнить [97,98].

Организация делового процесса в организациях социального обслуживания включает следующие этапы:

- оценка потребностей клиентов;
- выбор услуг и форм их предоставления;
- определение цены пакета оказываемых услуг;

- оказание услуг;
- организация контроля над качеством услуг.

В качестве объекта исследования нами были выбраны организации оказывающие услуги лицам пожилого возраста и инвалидам, что объясняется необходимостью выбора одного из сегментов рынка специальных социальных услуг, имеющего свои специфические особенности.

Опираясь на понятие специальной социальной услуги, изложенное в соответствующих нормативно-правовых актах Республики Казахстан, можно отметить, что спецификой контингента получателей специальных социальных услуг является значительная его неоднородность и значимые различия в потребностях, а соответственно в необходимых услугах [47, с.3; 93, с.4].

С точки зрения относительного сходства потребностей можно выделить группы:

- детей и детей-инвалидов,
- престарелых и взрослых инвалидов,
- лиц без определенного места жительства.

Рассмотреть все эти виды организаций в рамках одной работы невозможно, т.к. они существенно различаются потребностями клиентов, необходимыми для них услугами и персоналом. Для детей доминирует персонал с акцентом на развитие и образование, получение профессиональных навыков, а для престарелых доминирует персонал ухода и жизнеобеспечения.

Кроме этого, на рынке услуг для лиц преклонного возраста и взрослых инвалидов в Казахстане существуют три типа организаций разных форм собственности (коммерческие, некоммерческие и государственные), которых в настоящее время почти нет на других сегментах (есть государственные и некоммерческие, частные только в гг. Алматы и Астана), то есть сравнение менеджмента провести затруднительно.

Далее в нашем исследовании будут рассматриваться организации длительного ухода за инвалидами и лицами преклонного возраста. Изображение бизнес-процесса в виде блок-схемы можно представить следующим образом (рисунок 10).

Исходя из опыта организаций, представляющих разные страны мира, можно сказать, что применяется несколько методических подходов к оценке потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов, которые базируются на сходной методологии: главным фактором, определяющим потребность клиента в специальных социальных услугах, является ограниченная способность к самообслуживанию, коммуникации и передвижению для удовлетворения основных жизненных потребностей. При этом возможность самостоятельного удовлетворения жизненных потребностей признается нормой.

В разных системах понятие "потребность" определяется по-разному, но обычно оно включает в себя воздействие состояния физического и психического здоровья на способность выполнять основные действия в повседневной жизни [99]. К основному перечню таких действий относят: умывание, кормление и прием пищи, пользование туалетом, а также способность выполнять практически повседневные действия по

жизнеобеспечению – делать легкую работу по дому и покупки в магазине, готовить пищу.

Первым этапом бизнес-процесса является оценка жизненного состояния клиента. Индивидуальные потребности нуждающегося в уходе, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, должны оцениваться по единой схеме с использованием междисциплинарного подхода [99, с.73; 100; 101;102].



Рисунок 10 – Бизнес-процесс в организации, предоставляющей услуги специального социального ухода

Примечание – Составлено автором

В Швеции разработана и применяется методика ADL (activiti of Daili Living), согласно которой жизненная активность клиента оценивается по 7 параметрам: Способность утром встать с постели самостоятельно, одевание и раздевание, гигиена клиента, уборка жилья, покупка продуктов и передвижение за пределами своего жилья, передвижение внутри квартиры, посещение туалета [103]. Результатом оценки является выделение 5 групп клиентов по степени самообеспечения жизни.

Методические положения, разработанные Фондом «Институт экономики города» на основе американского опыта, выделяют 12 показателей, на основе которых идет оценка жизненного состояния клиента: готовка и прием пищи, гигиенические процедуры, одевание нижней и верхней одежды, контроль акта мочеиспускания и дефекации, вставание с кровати по утрам, передвижение по

квартире, наведение порядка в жилище, подъем по лестнице, заполнение документов [104]. Методика применяется во многих регионах России.

Результатом диагностики жизненного состояния клиента является выделение уровней самообслуживания.

По российской методике определяются четыре уровня самообслуживания

- 1 Навыки самообслуживания сохранены;
- 2 Навыки самообслуживания частично утрачены;
- 3 Навыки самообслуживания значительно утрачены;
- 4 Навыки полностью утрачены.

В методических положениях, применяемых в Республике Литва различают три уровня

1 Незначительно ограничена деятельность, незначительный объем необходимых специальных потребностей, то есть минимальная потребность в специальных социальных услугах.

2 Значительное ограничение деятельности клиента, то есть повышенная потребность в специальных социальных услугах.

3 Полностью ограничена деятельность клиента по жизнеобеспечению, максимальная потребность в специальных социальных услугах [105].

Израильские методики, применяемые некоммерческими организациями в Казахстане, выделяют 13 групп потребностей клиента: передвижение по квартире и вне квартиры, прием пищи, уборки, стирка, слух, зрение, покупка товаров для удовлетворения ежедневных потребностей, туалет, купание, гигиенические процедуры. Отличительной особенностью этой методики является наличие критерия «контроля за своими действиями» и «опасность для окружающих». Сравнительный анализ методов оценки потребностей клиентов в специальных социальных услугах представлен в таблице 3.

Таблица 3 - Методы оценки потребностей клиентов, применяемых в развитых странах

Страны	Методический подход	Потребности в уходе, выраженные в уровнях ухода
1	2	3
Япония	Необходимость помощи в повседневных действиях	7 уровней: 1-2 уровень – легкий уход (не ежедневное получение услуг) 3-7 уровень – интенсивный уровни (ежедневное получение услуг)
Австрия	Потребность в уходе по тринадцати практическим повседневным действиям. Выделяются бюджеты времени, которые суммируются для тех действий, при выполнении которых требуется помощь.	<u>7 уровней потребностей в уходе</u> Уровень 1 – более 50 часов в месяц; Уровень 2 – более 72 часов в месяц; Уровень 3 – более 120 часов в месяц; Уровень 4 – более 180 часов в месяц; Уровень 5 – потребность в необычно высоком уровне ухода; Уровень 6 – необходимость постоянного присмотра; Уровень 7 – практически неподвижное состояние или состояние, сравнимое с этим

Продолжение таблицы 3

1	2	3
Германия	Нуждаемость в помощи в личном уходе, питании и мобильности	<p><u>3 уровня</u></p> <p>Уровень I – значительный долгосрочный уход Значительную помощь составляет как минимум один раз в день помощь для проведения основного ухода (гигиена, питание и подвижность). Кроме того, необходимо несколько раз в неделю помогать по хозяйству. Количество времени ежедневно в среднем не менее 90 минут, из которых на основную заботу уходит более чем 45 минут.</p> <p>Уровень II – тяжелый долгосрочный уход Тяжелый долгосрочный уход означает как минимум три раза в день в разное время проведение основного ухода (гигиена, питание и подвижность). Кроме того, необходимо несколько раз в неделю помогать по хозяйству. Количество времени ежедневно в среднем не менее трех часов, на долю которых приходится основной уход по крайней мере два часа.</p> <p>Уровень III – тяжелейший долгосрочный уход Тяжелейший долгосрочный уход возникает тогда, когда потребность в помощи столь велика, что она необходима круглосуточно. Кроме того, необходимо несколько раз в неделю помогать по хозяйству. Количество времени в среднем ежедневно не менее пяти часов, из которых должен составлять основной уход (гигиена, питание и подвижность) не менее четырех часов</p>
Австрия	Потребность в уходе по тринадцати практическим повседневным действиям. Выделяются бюджеты времени, которые суммируются для тех действий, при выполнении которых требуется помощь.	<p><u>7 уровней потребностей в уходе</u></p> <p>Уровень 1 – более 50 часов в месяц; Уровень 2 – более 72 часов в месяц; Уровень 3 – более 120 часов в месяц; Уровень 4 – более 180 часов в месяц; Уровень 5 – потребность в необычно высоком уровне ухода; Уровень 6 – необходимость постоянного присмотра; Уровень 7 – практически неподвижное состояние или состояние, сравнимое с этим.</p>
Франция	Необходимость содействия минимум в трех сферах повседневной деятельности: совершение туалета, одевание, неспособность встать утром	<p><u>4 уровня</u></p> <p>Во Франции уровни определяются в соответствии с национальной шкалой зависимости: AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupe Iso Ressources).</p> <p>1 уровень – лицо способно встать по утрам и самостоятельно совершает туалет, выходит из дома, но есть трудности при одевании; 2 уровень – лицо не способно встать по утрам, есть трудности при одевании, но туалет совершает самостоятельно; 3 уровень – лицо нуждается в помощи по всем трем аспектам 4 уровень – лицо фактически нуждается в постоянном уходе.</p>

Продолжение таблицы 3

1	2	3
Швеция	Необходимость в повседневной помощи	4 уровня ухода, минимальный – 9 часов в неделю
Англия	Необходимость в повседневной помощи в гигиенических процедурах и уборке по дому	Индивидуальная оценка, определяемая в часах ухода, 3 уровня ухода. 1 уровень – легкий уход – 10 часов в неделю; 2 уровень – средняя потребность в уходе - 12-14 часов в неделю; 3 уровень – 20 и более часов в неделю.
Дания		
Казахстан	Применяются разные методики в зависимости от формы хозяйствования. В государственных организациях официальная методика оценки потребностей не применяется на практике. В некоммерческих и частных исходят из потребностей.	В государственных организациях составляется индивидуальный план оказания услуг, в котором прописывается, какие услуги будет получать клиент и в каком объеме. Объем потребностей в часах ухода не определяется. В некоммерческом и частном секторе используются приблизительные оценки потребностей по группам клиентов и выражаются в часах ухода.
Примечание – Составлено автором по источникам [100, p.17; 101, p.15; 102, p.24]		

Второй этап. По результатам оценки состояния клиента определяется необходимый для него перечень услуг.

Перечень услуг, оказываемых клиенту в организации специального обслуживания, в том числе предоставляемых надомными государственными службами, может быть разделен на: бытовые, социально-медицинские, психологические, культурные и социально-оздоровительные, экономические, юридические.

Более подробный перечень услуг, предоставляемый, например, в рамках социально-бытовой группы в организации подразделяется на услуги: индивидуального и гигиенического характера; проведение утренней и/или лечебной гимнастики; принятие ванны, в том числе лечебной, и других гигиенических процедур более широкого спектра; покупка и доставка продуктов питания и других товаров; помощь в приготовлении пищи; содействие в уборке дома, в том числе санитарно-гигиенической обработке холодильника, санузла, ванной комнаты; мытье окон сезонное; помощь в стирке и глажке вещей; сдача вещей в химчистку, ремонт и обратная их доставка; содействие в организации ремонта жилых помещений.

Если фирма оказывает не только услуги на дому, но и услуги полустационара, предоставляя клиентам возможности для ежедневного посещения и получения услуг, в том числе групповых, то перечень услуг может быть совершенно другим.

В полустационаре можно получить услуги:

- социально-психологические (индивидуальные и групповые занятия);

- социально - культурные (участие в подготовке и проведении разного рода концертов, участие в досуговых кружках и т.п.);

- социально-медицинские (занятия с кинезиотерапевтом, эрготерапевтом, получение массажа);

- социально-экономические и социально-юридические консультации.

Если речь идет о переходе на постоянное проживание, то все типы услуг, с соответствующей корректировкой содержания, могут быть оказаны в стационаре.

Совокупность оказываемых услуг с точки зрения структуры рыночного спроса может быть разделена на:

- базовый пакет услуг (индивидуальные услуги);

- средний пакет услуг (индивидуальные и жизнеобеспечивающие услуги);

- расширенный пакет услуг (средний пакет плюс все остальные возможные виды услуг).

В частных и некоммерческих организациях в зависимости от жизненных показателей клиента и его материальных возможностей могут быть выбраны либо один из пакетов услуг, либо даже отдельные виды услуг из пакета. При этом учитывается как форма получаемой услуги: на дому, в полустационаре, в условиях постоянного проживания, так и стоимость этих услуг. Отдельным предложением могут быть информационно-консалтинговые услуги. Это сегмент спроса не на сами услуги ухода, а на консультации, обучение услугам ухода и минимальным медицинским навыкам, необходимым при уходе за другими членами семьи или просто близкими людьми. Обучающие курсы, семинары, индивидуальные консультации с выездом на дом к клиенту также являются одним из сегментов предложения.

Таким образом, частные фирмы реализуют широкий спектр предложения и улавливают все нюансы спроса и возможности рынка по предоставлению услуг ухода и сопутствующих услуг. То есть с точки зрения индивидуализации предложения и адаптации его к особенностям спроса частные и некоммерческие фирмы имеют значительный потенциал гибкости.

Третий этап - определение цены пакета оказываемых услуг.

Ценообразование является сложнейшим этапом маркетинг – менеджмента, т.к. доход организации в значительной степени зависит от выбранной стратегии и тактики ценообразования. Сложность проблемы ценообразования заключается в том, что она зависит не только от экономических, но и от политических, социальных и психологических факторов. Тремя основными механизмами ценообразования являются: ориентация на издержки, ориентация на спрос и ориентация на конкурентов. Каждый из этих методов имеет свою опорную точку, с которой начинается логическая схема формирования цены.

Механизм формирования цены от издержек предполагает определение себестоимости товара/услуги с разделением затрат на прямые и косвенные, постоянные и переменные с начислением установленной нормы прибыли. (Классификация затрат представлена в приложении А). При определении нормы прибыли организация может ориентироваться на спрос и на конкурентов. В свою очередь управление затратами с использованием разных методов их калькулирования дает возможность фирме приспособиться к конъюнктуре спроса и

платёжеспособности клиентов. Механизмы, ориентированные на спрос, опираются на знание потребностей и прогнозирование оценки предлагаемого товара/услуги потенциальным потребителем.

Методы ценообразования ориентированные на конкурентов опираются на установление цены выше или ниже основных конкурентов согласно избранной маркетинговой стратегии и позиционированием своих товаров/услуг на рынке.

Согласно представленным в мировой литературе обзорам цен на рынке специальных социальных услуг, базовым методом является расчет цены на основе удельных затрат, или так называемых подушевых затрат на клиента. В полном смысле индивидуальным можно считать норматив, который связан с оплатой пациентом конкретной полученной услуги. Это возможно в том случае, когда известна цена за каждую услугу и пациент может выбрать для себя перечень необходимых услуг.

Обзор существующих методик нормативно-подушевого финансирования позволил выделить два основных подхода:

1 Первый подход - подушевой норматив определяется исходя из потребностей благополучателя. Преимуществом этого подхода является максимальный учет потребностей благополучателя и соответственно достижение высокой степени их удовлетворенности. Недостатком является сложность расчета величины норматива и сложность планирования процесса оказания услуг, в том числе с позиции нормативных потребностей в трудовых ресурсах.

2 Второй подход – определение групповых нормативов на основе типирования благополучателей на несколько групп клиентов, которые имеют близкие или незначительно отличающиеся объемы потребностей, что позволяет разработать несколько типовых траекторий для потребления услуг. В конечном счете это облегчает расчет затрат по фирме в целом, в том числе затрат труда.

В практике менеджмента по видам организаций в развитых странах обычно используется понятие медианных затрат в неделю (таблица 4).

Таблица 4 – Услуги для пожилых людей в организациях системы здравоохранения и социального обеспечения Великобритании (удельные прямые затраты или чистая добавленная стоимость)

Организации	Медианные затраты	Структура цены (платы), %			
		Затраты на уход	Затраты на проживание*	Служебные затраты**	Прибыль
1	2	3	4	5	6
Частные дома с сестринским уходом (медицинским обслуживанием) для пожилых людей	£750 в неделю	45	20	27	8
Частный уход за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства)/ без прибыли	£532/£490 в неделю	33/52,2	25,5/27,1	34,5/20,7	7/-

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
Муниципальный уход за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства)	£864 в неделю	Данные отсутствуют			
Муниципальный дневной уход за пожилыми людьми	£34 за сессию; предполагается, что человек посещает три сессии в неделю, т.е. £102	Данные отсутствуют			
Муниципальный расширенный уход по 19 схемам 24 часа	Диапазон от £331 до 1476 в неделю Медианные £854	52,5	27,0	19,4	-
Реабилитационные центры (восстановление после болезни, когда есть повседневные проблемы)	Затраты по эпизодам: Типичный: £2758; Низкозатратный: £1835; Высокозатратный: £5541;	59,1	25,1	15,8	-
		53,8	18,5	21,3	
		63,4	31,1	5,6	
Промежуточный уход в муниципальном приюте	Затраты по 4 схемам: £835 £523 £410 £571	59,0	35,6	5,3	-
		49,6	43,9	6,6	
		40,5	51,8	7,8	
		51,6	42,1	6,3	
<p>* Затраты на проживание £150 при этом персональное пособие Министерства труда и пенсионного обеспечения по уходу за людьми по месту жительства или в домах престарелых составляет £23,5.</p> <p>** Включают косвенные затраты, связанные с оказанием услуг клиенту (расходы менеджмента и вспомогательных служб: например, услуги регистратора, администратора, работников питания и т.п.)</p> <p>Примечание – Составлено по источнику [106,107]</p>					

Исходя из представленной информации можно сделать вывод о применении как индивидуальных моделей ухода, так и метода группировок по сходным схемам и расчет по укрупненным группам.

Так реабилитационные центры различают три варианта ухода: типичный, низкозатратный и высокозатратный.

Промежуточный уход в муниципальных домах также предполагает четыре схемы

1 Услуга предоставляется муниципалитетом в сочетании с первичной медицинской помощью и представляет собой 6 недель поддержки и реабилитации для пожилых людей, которые хотели бы вернуться к себе домой после пребывания в госпитале. Штат задействует менеджера по уходу,

терапевта, посещение медицинского ассистента. Средняя фактическая продолжительность на койке складывается в длительность 32 дня.

2 Услуга терапевтической программы восстановления. Задействован персонал дневного и ночного ухода и реабилитационный персонал. Только социальные услуги. Средняя фактическая продолжительность 34 дня.

3 Услуга муниципалитета людям со слабоумием. Оплата такому персоналу идет от муниципалитета. Средняя фактическая продолжительность на койке складывается в длительность 54 дня.

4 Услуга кратковременного нахождения в приюте тех, о ком трудно позаботиться дома или кто только что выписался из госпиталя или ожидает поступления в муниципальный приют. Оплата такому персоналу идет от муниципалитета. Средняя фактическая продолжительность 46 дней.

Презентация схем ухода по типам помогает не только оптимизировать затраты, но и правильно презентовать услуги на рынке. В то же время, при обслуживании на дому выбор клиентом индивидуальной услуги, например, только услуги доставки лекарств, также возможен.

Все эти варианты открывает перед менеджментом метод индивидуального или подушевого исчисления затрат, который в казахстанской практике применяется частными организациями. Но не всегда используется в некоммерческом секторе и фактически не используется в организациях государственного сектора. В последних используется усредненная единая модель обслуживания. Она, как нами будет показано ниже, выгодна для клиентов с малым объемом потребностей и абсолютно неудовлетворительна для клиентов с высоким уровнем потребностей.

Определение цены пакета услуг для клиента и сравнение его с аналогичным предложением на рынке со стороны организаций частного, некоммерческого и квази-государственного сектора, позволяет клиенту выбрать предпочитаемый вариант услуг ухода, а организации рассчитать потребность в основном и вспомогательном персонале для оказания услуг ухода.

Четвертый этап – определение нагрузки на персонал и планирование штата работников, в том числе привлекаемых по аутсорсингу.

Исходя из мирового опыта расчет нагрузки на персонал и определение численности занятых, оказывающих услуги длительного ухода, осуществляется на основе пяти категорий работников, различающихся по характеру предоставляемых услуг для клиентов

- расчет затрат времени на одного клиента в неделю для работников, оказывающих индивидуальные прямые услуги клиенту;
- расчет затрат времени на оказание услуги группе клиентов с учетом наполняемости группы (кинезиотерапевт, эрготерапевт);
- расчет затрат времени на оказание индивидуальной услуги, но по потребности клиента (медсестра, старшая медсестра, массажист);
- расчет затрат времени на осуществление функций менеджмента для административно-управленческого персонала;
- расчет затрат времени на вспомогательный персонал, предоставляющий косвенные услуги клиенту (например, питания, санитарии и т.п.).

Определение нагрузки на персонал, оказывающий прямые услуги клиенту, с одной стороны является главным фактором, определяющим, в конечном счете, качество услуги, которое является основным конкурентным преимуществом.

Нами подробно исследован опыт Республики Литва по следующим основаниям

Базовые законы Республики Казахстан в сфере специальных социальных услуг в качестве институционального образца опираются на нормативно-правовую базу Литвы, как страны, которая по уровню реформирования системы длительного ухода находится на более высокой стадии, чем Россия, Беларусь и другие страны постсоветского пространства.

В то же время, Литва сохранила основы централизованного регулирования персонала государственных и негосударственных организаций и имеет официальные нормативно-правовые документы, рекомендуемые нормы расчета численности основного персонала.

В более же развитых странах нормы персонала считаются внутренним делом организации, и в лучшем случае определяется перечень специальности врачей, которые должны быть в организации определенного профиля, как это делается в Бельгии и Франции [100, p.22; 102, p.25].

Сохранение нормативов в республике Литва считается необходимой мерой регулирования рынка для защиты минимального стандарта услуг и предотвращения демпинга со стороны организаций всех форм собственности в процессе конкурентной борьбы.

Конкретные примеры действующих нормативов для расчета персонала разных видов организаций всех форм собственности, действующие в Литве, представлены в таблице 5 и Приложении Б.

Таблица 5 – Нормативы расчета численности персонала в организациях домашнего обслуживания в Литве

Персонал	Интервал затрат времени на 1 клиента, доля от ставки (40 часов)		Интервал затрат времени на 1 клиента, часов в неделю		Число обслуживаемых клиентов в неделю	
	мини-мум	макси-мум	мини-мум	макси-мум	макси-мум	мини-мум
1	2	3	4	5	6	7
Литва						
Социальный работник (международная классификация - socialworker)*	0,03	0,05	1,2	2	33	20
Медсестра	0,03	0,07	1,2	2,8	33	14
Помощник социального работника/медсестры (индивидуальный уход)	0,44	1,1	17,6	44	2	1

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5	6	7
Кинезитерапевт/массажист/эрготерапевт (должности могут быть созданы в организациях надомного обслуживания)	0,03	0,06	1,2	2,4	33	17
Менеджер/директор	1 на организацию/ при 40 и более клиентах дополнительно 0,5 ставки заместителя					
Примечание – Составлено автором по источникам [105, с. 21; 108; 109]						

С этой точки зрения, нормирование труда работников является одним из кардинальных вопросов менеджмента, имеющее отношение к качеству услуги и определяющее конкурентные преимущества фирмы на рынке труда. При расчете нагрузки на персонал в организациях, оказывающих специальные социальные услуги, в разных странах применяются разные конкретные нормативы, в зависимости от рыночной ниши, качественного состава и структуры потребностей клиентов.

Схемы планирования затрат труда персонала на примере организаций, оказывающих услуги на дому в Великобритании, представлены в таблице 6.

На примере этих можно сделать вывод, что методический подход к планированию штата работников организации на основе норм труда включает:

- Принцип планирования затрат рабочего времени в часах ухода в неделю в долях от недельной ставки рабочего времени (социальный работник, ассистент социального работника). Использование метода интервала затрат времени при планировании, минимальное и максимальное значение которого определено для клиентов соответственно с минимальными и максимальными схемами ухода. Модельный подход к планированию численности клиентов на основе выделения схем ухода и пропорций между количеством клиентов в группах. Например, типичный уровень ухода - 50%, низкокзатратный – 25%, высококзатратный – 25%, как было рассмотрено нами в таблице 4.

- Планирование численности работников, оказывающих групповые услуги (кинезиотерапевт, эрготерапевт, инструктор по трудовому обучению и т.п.) или услуги, трудно поддающиеся нормированию (психолог, медсестра), в организациях дневного или постоянного ухода на группу клиентов с указанием её численности (20-30 человек). В надомных службах по нормативам, аналогично категориям социальных работников, помощников социальных работников по уходу. При снижении численности клиентов в организациях дневного или постоянного ухода менее 20 человек работники на данные должности могут быть привлечены по аутсорсингу.

- Планирование административных, (в том числе старших менеджеров по контролю за оказываемыми услугами, как это показано в таблице 4) и вспомогательных работников (в организациях дневного или постоянного ухода) в расчете на общую численность клиентов.

Таблица 6 – Планирование затрат труда персонала по отрасли специальных социальных услуг в Великобритании, 2013 год

Персонал	Затраты времени на 1 клиента, доля от ставки (40 часов)	Затраты времени на 1 клиента, часов в неделю	Структура рабочего времени для данной должности	Примерный хронометраж услуг оказываемых клиенту
1	2	3	4	5
Менеджер организации по домашнему уходу (международная классификация - social work team leader)	0,04	1	10% прямой контракт с клиентами	Прямой контакт с клиентом – в форме собеседования
			40% клиентоориентированная деятельность	
			25% не клиентоориентированная деятельность административного характера	
			11% совещания, перемещение от клиента к клиенту	
Социальный работник (международная классификация - social worker) услуга для взрослых/ услуга для детей	0,08/0,1	3/4	25% прямой контракт с клиентами	Прямой контакт с клиентом для оказания социально-психологических услуг
			50% клиентоориентированная деятельность	
			15% не клиентоориентированная деятельность административного характера	
			10% совещания, перемещение о клиента к клиенту	
Помощник социального работника по уходу (международная классификация social worker assistant)	0,18	7	88% услуги клиенту	80% времени на личный уход за клиентом
			11% время на дорогу	20% времени на помощь по дому
			1% рабочие совещания	
Примечание – Составлено автором по источникам [110,111]				

Этап пятый - организация контроля над качеством услуг.

Контроль над качеством услуг является необходимой функцией менеджмента, т.к. повышение качества услуги и удовлетворенности клиента необходимо для сохранения завоеванной рыночной ниши и привлечения новых категорий клиентов.

Контроль качества также необходим для выявления проблем в компетенциях и навыках персонала для определения направлений его профессиональной подготовки, переподготовки и стимулирования.

Контроль качества предназначен выявить проблемы в материально-технических аспектах оказания услуги и приобретения соответствующих средств, в том числе в форме дополнительных бонусов для клиента, которые эти средства (например, недорогие тренажеры для выполнения реабилитационных упражнений) могут оценить как жизненно важные и необходимые.

Подводя итог исследованию стратегического управления и бизнес-процесса в специальных социальных услугах можно отметить следующее:

1 Особенность целей стратегического управления организацией специальных социальных услуг определяется двойственностью её миссии. Она предопределяет разделение на целей на экономическую (финансовая устойчивость организации) и социальную (повышение продолжительности и качества жизни целевых групп населения).

2 Функциями стратегического управления являются: формирование ресурсов за счет определения сегментов рынка, цен, планирование деятельности и организация форм предоставления услуги, контроль над соблюдением стандартов услуги. Важнейшими задачами являются обеспечение соответствия услуг жизненному состоянию клиента, прозрачность и подотчетность действий персонала, а также эффективность использования ресурсов, которая должна соответствовать сохранению рыночной ниши или её расширению.

3 В основе стратегического менеджмента любой организации лежит управление бизнес-процессами. Основными этапами бизнес-процесса являются: оценка жизненного состояния и потребностей клиента, выбор услуг и форм их предоставления с учетом цены выбранного пакета услуг, организация предоставления услуг клиенту и контроль над качеством предоставляемых услуг.

4 Каждый из этапов имеет свои методические подходы, разработанные и применяемые в практике разных стран. Поскольку современные развитые страны имеют полноценную конкуренцию на рынке специальных социальных услуг, то и применяемые ими методы стратегического менеджмента в организациях разных форм собственности в значительной степени сходны:

- Методический подход к определению потребностей базируется на оценке жизненного состояния клиента и его возможностей выполнять ежедневные действия по жизнеобеспечению. Перечень услуг обычно предполагает 5-6 групп, основную долю в которых, как правило, занимают личные услуги.

- Определение цены пакета оказываемых услуг опирается на удельные издержки или нормативно-подушевой подход. Для целей планирования может применяться группировка предоставляемых услуг в несколько схем, имеющих ориентацию на спрос от соответствующих сегментов целевых групп.

- Для планирования и организации предоставления услуг определяется нагрузка на персонал. Он разделяется на должности, функциями которых является предоставление прямых услуг клиенту, и должности, функциями которых является предоставление косвенных услуг клиенту. Ряд должностей нормируется через затраты времени на оказание услуг одному клиенту в долях

от недельной ставки в 40 часов. Нагрузка на другие должности планируется на группу услугополучателей. Выделение нескольких схем ухода и модельный подход к определению пропорций между численностью соответствующих групп позволяет рассчитать численность персонала для основных услуг и некоторые должности перевести на аутсорсинг.

- Для контроля за качеством услуг в мировой практике применяются методы оценки качества услуги на основе опроса клиента и оценки косвенных признаков.

2 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РАЗНЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ НА РЫНКЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

2.1 Стратегический анализ менеджмента в организациях разных форм собственности и хозяйствования

Современный этап развития рынка специальных социальных услуг в Казахстане характеризуется ростом спроса на этот вид услуг, что находится в русле общемировых тенденций роста численности и продолжительности жизни населения. К экономическим условиям современного этапа можно отнести как рост благосостояния населения с одной стороны, так и изменение парадигмы в системе государственного управления с акцентом на субсидирование услугополучателя с другой, что будет содействовать созданию конкурентной среды в секторе предоставления специальных социальных услуг.

В Казахстане переход к субсидированию услугополучателей ещё не произошел, но является задачей ближайшей перспективы.

Исходя из результатов нашего эмпирического исследования, сектор экономики, оказывающий специальные социальные услуги населению, с учетом его смешанной экономической природы может быть представлен следующим образом (рисунок 11).

Экономическое пространство, в котором действуют организации, имеет три оси координат:

1 С позиций системы национальных счетов можно выделить:

- а) государственный сектор,
- б) сектор домашних хозяйств, некоммерческий и частный [112].

Выделение государственного сектора связано с тем, что он исторически в рамках услуг общественного сектора оказывает специальные социальные услуги, определяет стандарты и нормативно-правовую базу для всех других секторов, финансируется за счет бюджетных средств.

В государственном секторе работают в настоящее время государственные стационары и полустационары, а также организации социальной помощи на дому.

2 С позиций ранжирования приоритетов деятельности можно выделить в экономическом пространстве сектор прибыльных и сектор неприбыльных организаций.

Прибыльными организациями являются частные дома и центры обслуживания на дому инвалидов и престарелых, а также частные реабилитационные центры.

Группу неприбыльных или другими словами некоммерческих организаций без доходной деятельности, представляют традиционные НКО, действующие за счет финансовых источников зарубежных организаций, религиозных организаций, частично за счет средств государственного и местного бюджета.

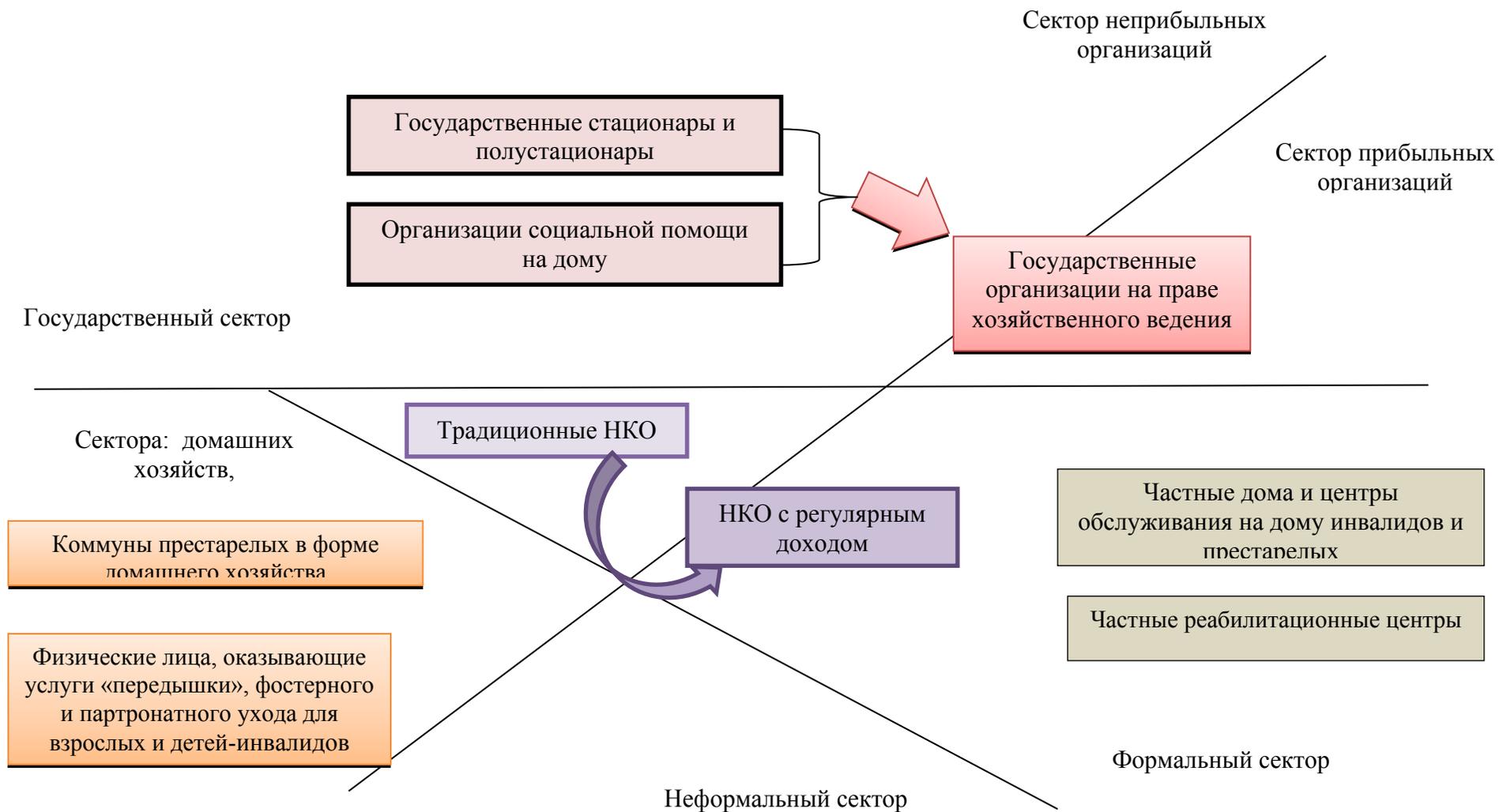


Рисунок 11 - Векторы развития рынка специальных социальных услуг в Казахстане

Примечание – Составлено автором

3 С точки зрения официального статуса организации, как это принято в международной статистической системе национальных счетов можно выделить формальный сектор (официальная регистрация юридического лица) и неформальный сектор (домашние хозяйства, индивидуальные предприниматели).

Индивидуальные предприниматели в этом секторе нами не выявлены. Одновременно с этим установлено, что существуют коммуны престарелых в форме домашнего хозяйства, в которых совместно проживающие люди частично объединяют свои доходы и расходы и оказывают друг другу услуги. Выявлены также физические лица, оказывающие услуги «передышки» (краткосрочного отдыха для родителей, имеющих детей-инвалидов), фостерного ухода (воспитания на дому детей-сирот без опекуна), патронатного ухода для инвалидов и престарелых (услуги поддержки ежедневной жизнедеятельности на возмездной основе).

Особенностью современного этапа развития рынка специальных социальных услуг являются два вектора, которые формируют разные сегменты этого рынка и определяют его состояние в перспективе:

1 Планируемый переход от статуса Республиканского государственного казенного предприятия для государственных стационаров, полустационаров, отделений помощи на дому к статусу Республиканское государственное предприятие, основанное на праве хозяйственного ведения. Этот статус позволяет:

- наряду с сохранением основных функций вести коммерческую хозяйственную деятельность,

- согласно статьи 146 Закона РК «О государственном имуществе» цены на товары (работы, услуги), производимые государственным предприятием на праве хозяйственного ведения устанавливаются самостоятельно, так как должны обеспечить полное возмещение понесенных затрат на их производство, безубыточность деятельности и финансирование за счет собственных доходов. Цены на товары (работы, услуги), производимые в рамках объемов работ (услуг), финансируемых из бюджета, устанавливаются государственным предприятием на праве хозяйственного ведения по согласованию с уполномоченным органом соответствующей отрасли [113].

Фактически предпринимается попытка расширить источники доходов организаций отрасли (в том числе за счет продажи своей продукции на рынке) при сохранении их в государственной собственности, позволяющей контролировать основную деятельность и сохранять базовую специализацию.

В результате изменения нормативно-правовой базы эти организации будут иметь возможность выйти на рынок и привлекать клиентов, не имеющих права на государственную специальную услугу, но фактически нуждающихся в ней.

2 Вторым вектором является развитие доходной деятельности у некоммерческих организаций, которые не могут развиваться в расчете только на государственные и зарубежные ресурсы, а накопив соответствующий

профессионально-квалификационный потенциал выйти на свободный рынок и занять свою рыночную нишу. Фактически в этом случае меняется тип некоммерческой организации (далее НКО) с традиционного типа на НКО с регулярным доходом.

С точки зрения стратегического менеджмента для государственных и некоммерческих организаций определенную сложность представляет переход на бизнес-процесс, бизнес-планирование и маркетинг, т.к. традиционно это находилось за рамками их обычной практической деятельности.

В то же время, действующие в этом сектора Казахстана частные организации тоже не в полной мере владеют методами и инструментами стратегического менеджмента, что подтверждают результаты проведенного нами интервью с директорами, заместителями или главными менеджерами организаций.

Поскольку стратегическое управление - это «определение направления и масштаба деятельности организации в максимально возможной долгосрочной перспективе, позволяющее согласовать ресурсы компании с изменяющимися условиями внешней среды и особенностями рынка, потребителями и клиентами с целью удовлетворения потребностей заинтересованных сторон» [8, с.38], то можно отметить, что спецификой социальной организации является совмещение экономической и социальной цели. Социальная цель заключается в повышении продолжительности и качества самостоятельной жизни клиентов, а экономическая в увеличении масштабов рыночной ниши, выхода на новые географические рынки и новые категории клиентов.

Для достижения этой цели организация, занимающаяся социальным обслуживанием, формирует человеческие и затрачивает финансовые ресурсы для осуществления своей деятельности, планирует и организует разные формы предоставления услуг клиентам, осуществляет контроль за качеством услуг.

В рамках таких задач организация оценивает свою деятельность с помощью показателей эффективности и качества услуги, т.к. ориентируется на две типовые стратегии в формировании конкурентных преимуществ:

1 Стратегия качества – предложение высококачественных товаров и услуг потребителям.

2 Стратегия лидерства в издержках – сокращение лишних затрат без ущерба для качества услуги.

В концепции конкурентного преимущества М.Портера, впервые сформулированной им в 1985 году, предлагалась ещё типовая стратегия инновации – производство уникального товара [10, с.158], но по нашим наблюдениям она менее характерна для такой сферы, как специальные социальные услуги, в которых клиенты больше ориентированы на качество услуг, чем на другие их характеристики.

Теоретико-логическая схема нашего исследования представлена на рисунке 12.

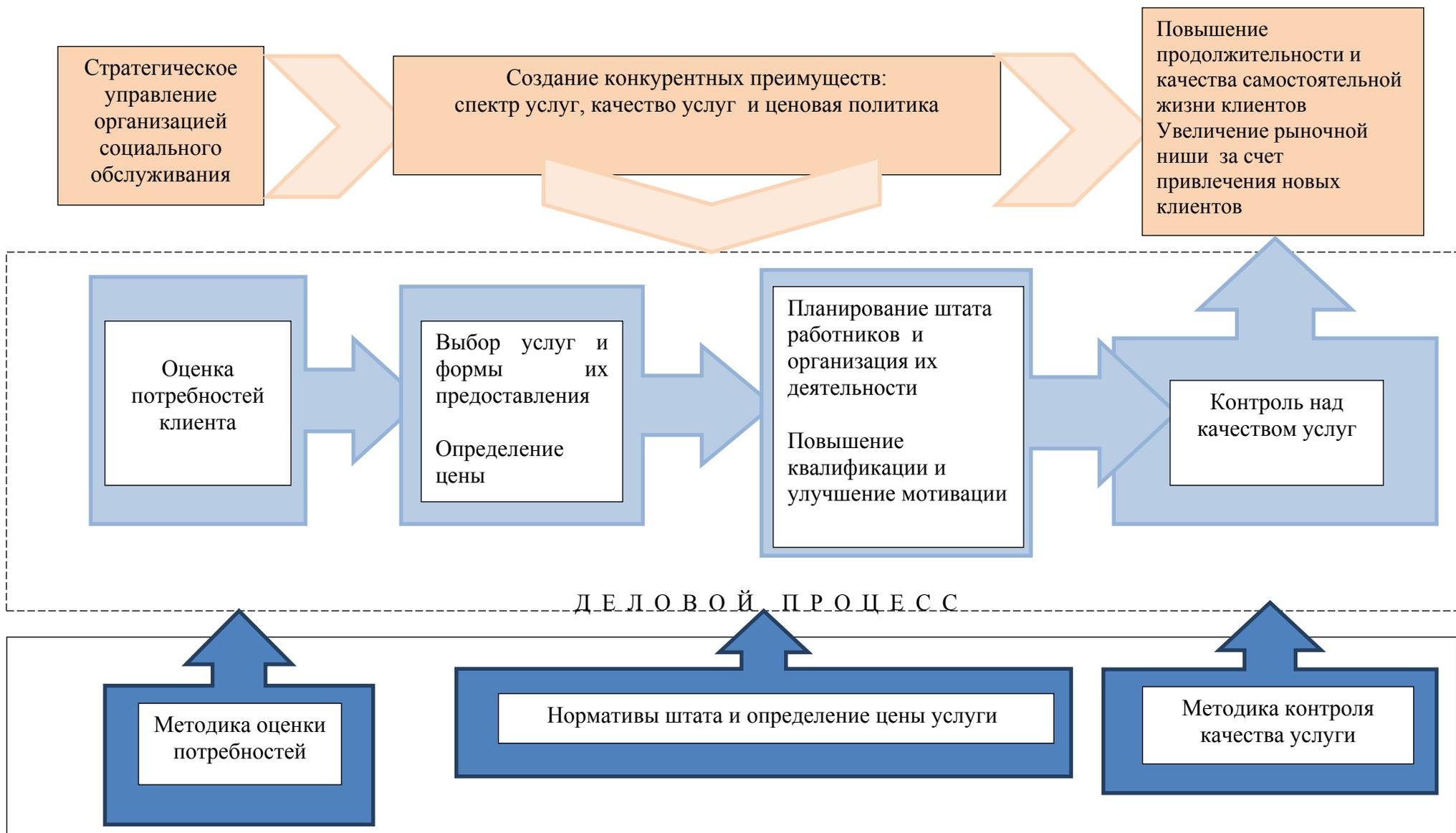


Рисунок 12 – Теоретико-методологическая схема исследования

Примечание – Составлено автором

Создание конкурентных преимуществ организации, независимо от формы собственности и типа хозяйствования, на рынке специальных социальных услуг связано со спектром оказываемых услуг, качеством оказываемых услуг, соотношением цены и качества услуг.

От этих конкурентных преимуществ зависит рыночная ниша организации и её финансовая устойчивость. В определенных масштабах сектор альтернативных услуг за более чем 20 лет развития рыночной экономики сложился и в Казахстане.

Для анализа этапов делового процесса в организациях всех форм собственности нами проведено социологическое исследование с целью оценки этапов делового процесса с позиции, как мирового опыта, так и примеров наилучшей практики в Казахстане, представленной отдельными частными и некоммерческими организациями.

Выборка для обследования была сформирована по гнездовому принципу (Карагандинская область) на основе совокупности учреждений, организаций и субъектов неформального сектора социального обслуживания общая информация о которых представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Характеристика сектора специальных социальных услуг для инвалидов и людей пожилого возраста в Карагандинской области, 2015

Виды организаций	Общее количество организаций	Из них по видам организаций		Из них по формам собственности			
				Гос./Коммунальная	Частная	Некоммерческая	Домашнее хозяйство
Организации с возможностью круглосуточного пребывания	35	Стационары (постоянное проживание)	Полные полустационары дневное/ночное (пребывание)	25	4	3	3
		31	4				
Численность обслуживаемых, человек				5296	260		
Обслуживание в дневное время	38	Организации надомного обслуживания	Территориальные центры дневного пребывания	27	2	2	7
		35	3				
Численность обслуживаемых, человек				3024	148		
Примечание – Составлено по данным источников [114,115]							

Как видно из структуры генеральной совокупности, основную долю услуг в силу исторически сложившейся ситуации и наличия необходимых для данной деятельности материальных активов, предоставляют государственные организации. Другие формы хозяйствования охватывают 5% объема клиентов стационаров и 14% клиентов, получающих услуги ухода на дому.

В Карагандинской области услуги длительного ухода, за исключением государственных предлагаются субъектами разных форм собственности: частной, некоммерческой и домохозяйствами - общинами, члены которой живут на свою пенсию, но родственниками не являются и получают помощь от приходящего социального работника из государственной или некоммерческой организации (таблица 8).

Таблица 8 – Удовлетворение потребности людей пожилого возраста и инвалидов в специальных социальных услугах в условиях постоянного проживания (платная услуга), 2015

Города и районы	Число стационаров малых форм	Численность клиентов	В том числе по формам организации стационаров			
			Частная	Число клиентов	Некоммерческая (НПО, религиозный центр, домохозяйство)	Число клиентов
г. Сарань	4	120	2	80	1 Религиозный центр 1 Домохозяйство	30 10
г. Караганда	2	38	1	28	1 Пансионат	10
Абайский район	1	20	-	-	1 Религиозный центр	20
Бухар-Жырауский район	1	25	-	-	1 Домохозяйство	25
Нуринский район	1	40	1	40	-	-
Осакаровский район	1	17	-	-	1 домохозяйство в доме гос. собственности	17
Итого	10	260	4	158	6	102
Примечание – Составлено автором по данным источника [115, 116] и собственного исследования						

В то же время, как нами было описано выше, в Казахстане идет активное становление конкуренции на рынке специальных социальных услуг и имеет место расширение рыночных ниш некоммерческих и частных организаций.

Более того, планируемое изменение статуса государственных организаций, в частности по предоставлению ухода на дому, обуславливает востребованность стратегического менеджмента для их развития.

В интервью и последующем расширенном обследовании практики ведения хозяйственной деятельности нами оценивались все этапы делового процесса, связанные с формированием стратегических преимуществ. Вопросы интервью представлены в Приложении Г.

Вопросы 1-3. Миссия, стратегия, видение.

Из 73 опрошенных нами субъектов, оказывающих специальные социальные услуги, 52 представлены государственными организациями, 21 субъект представляет другие сектора экономики.

Крупные государственные организации имеют официально сформулированные миссии и видение, другие субъекты хоть и не имеют официально зафиксированных формулировок, вполне четко представляют свою миссию.

Так, домохозяйства, в которых частично объединяют свои доходы и расходы несколько человек, не связанных узами родства, считают, что миссией является

- совместное проживание и помощь пожилых людей друг другу;
- содействие в удовлетворении ежедневных насущных потребностей членов общины с сохранением включенности в местное сообщество.

Некоммерческие организации, не имеющие прибыли, определяют свою миссию как удовлетворение потребностей в жизнеобеспечении пожилых граждан и инвалидов в дневных центрах или в привычных для них условиях проживания, в том числе в ночное время.

Поскольку некоммерческие субъекты хозяйствования представлены также организациями для детей, то они считают своей миссией развитие детей с особыми потребностями в формировании навыков жизнеобеспечения, в обучении и образовании.

Частные организации, которые представляют услуги для инвалидов и престарелых, также считают своей миссией предоставление услуг ухода и заботы для граждан, которые не имеют официальных прав по тем или иным причинам воспользоваться услугами государственных учреждений и проживать в них бесплатно.

Миссии формулируются ими следующим образом:

- Некоммерческая организация, оказывающая услуги ухода для инвалидов и престарелых на дому: «Обеспечение высокого качества жизни клиентов в привычных для них условиях местного сообщества на дому, в том числе за счет организации круглосуточного ухода».

- Некоммерческая организация, оказывающая услуги для детей с ДЦП: «Создание возможностей для всестороннего развития способностей детей к общению, обучению, усвоению сенсорных навыков для максимальной независимости от других людей».

- Частная организация, оказывающая услуги стационара для инвалидов и престарелых: «Поддержание достойного уровня и качества жизни пожилых людей в условиях отсутствия возможностей проживания в семье».

Потребность в разработке стратегии развития выявлена только у некоммерческих и частных организаций, которые заинтересованы в расширении сегмента пользователей услугами. Они предпринимают для этого усилия в направлении рекламирования услуг, используя разного рода бесплатные объявления.

Стратегии определяются обследованными нами организациями следующим образом:

- некоммерческая организация, оказывающая услуги ухода для инвалидов и престарелых на дому: «Расширение рыночной ниши на основе реализация конкурентного преимущества в организации дневного и ночного ухода на дому для всех категорий клиентов, обеспечение наилучшего для клиентов соотношения цены и качества услуги».

- некоммерческая организация, оказывающая услуги для детей с ДЦП: «Привлечение клиентов за счет широкого комплекса услуг (включая при необходимости транспортные услуги), индивидуального подхода и минимальных цен на оказываемые услуги».

- частная организация, оказывающая услуги стационара для инвалидов и престарелых: «Привлечение новых клиентов за счет создания комфортных условий проживания и обеспечения базовых потребностей пожилых и инвалидов за приемлемую цену».

Что касается видения, то все опрошенные нами услугодатели планируют сохранение позиций своей организации на рынке, т.к. прогнозируют рост спроса на свои услуги и считают их более конкурентоспособными, чем услуги государственных организаций.

Считают, что даже если государственные организации в ближайшее время появятся на конкурентном рынке, то они смогут оказывать более качественные услуги и в тех нишах, где государственные организации этого сделать, не смогут (например, ночной уход на дому) или цены у них будут выше.

Вопрос 4. Оценка потребностей клиента.

Частные и некоммерческие организации оценивают потребности клиента индивидуально, определяя их не только со слов клиента, но и на основе проведения ряда тестовых испытаний, оценивающих реальные возможности жизнеспособности клиента.

В этом смысле нами было сделано усовершенствование используемых ими методик в части учета потребностей и соответственно затрат труда работников по уходу более правильно. (Будет представлено в следующих главах работы).

Проблемой организаций государственного сектора в Казахстане является отсутствие в практике менеджмента индивидуального подхода, а точнее отсутствие группировок клиентов по потребностям и привязки объема потребностей к нагрузке на социального работника и другой персонал.

Согласно действующему Закону РК «О специальных социальных услугах», Стандарту оказания специальных услуг в области социальной защиты населения, Правилам оценки и определения потребностей в специальных социальных услугах [47, с.9; 117; 118], оценка определяет только перечень услуг, которые должны быть оказаны клиенту в стационаре, в полустационаре и в условиях обслуживания на дому.

При этом нагрузка на социального работника и его помощника, а также других специалистов в часах рабочей недели не рассчитывается, а имеет место минимальный принцип нормирования рабочего времени.

Так, фактически в стандарте при оказании услуг на дому указывается, что клиент должен получать услугу не менее 2 раз по 2 часа, при этом за одним

работником закрепляется 8 клиентов. Что означает, что максимальное время оказания услуги одному клиенту на самом деле не может быть более 5 часов.

Такая практика приводит к тому, что государственными организациями оказывается только минимальный уход.

Соответственно в качестве причин выбора негосударственных форм оказания услуг, клиенты указывают:

- отсутствие в государственном секторе индивидуального подхода к клиенту основанного на оценке его потребностей;
- логически вытекающее из первой причины несоответствие требуемого клиенту объема и качества услуг, предоставляемого государственной организацией.

Вопрос 5-6. Определение цены.

Частные и некоммерческие организации имеют разную ценовую политику.

Для частных организаций, особенно с постоянным проживанием клиентов, характерно определение цены услуг за месяц и нижнего барьера дохода (пенсии), ниже которого клиента не принимают в организацию. Если речь идет о территориальных центрах, для частных организаций характерно завышение требуемого пакета услуг и предоставление его целиком, без возможностей изъятия отдельных услуг.

Для некоммерческих организаций характерна максимальная дифференциация пакета услуг (и соответственно групп клиентов), предоставление услуг для разных клиентов за разную цену, а также возможность получения только одной или двух услуг (например, доставка продуктов и подготовка пищи). Допускается платёж в рассрочку, обслуживание в течение месяца без оплаты.

Государственные организации в настоящее время платно свои услуги не предоставляют и соответственно цену не рассчитывают.

Вследствие того, что нормативно-подушевой подход или расчет удельных затрат ими не применяется, то среднедушевые расходы на клиентов по отдельным организациям согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития РК значительно варьируются (Приложение Д, Е).

Вопрос 7-8. Планирование штата работников.

Планирование штата в некоммерческих и частных организациях осуществляется исходя из индивидуальной оценки потребностей клиентов. На каждую услугу устанавливаются затраты времени в определенном интервале, в зависимости от категории обслуживаемого клиента.

Прямое планирование рабочего времени осуществляется только для штата, оказывающего прямые услуги клиенту. Далее для каждого работника определяется конкретное число обслуживаемых клиентов в зависимости от того, на какую ставку он работает. Аутсорсинг персонала в организациях используется.

В государственных организациях существует жесткий стандарт штатных единиц, заданный на определённый интервал клиентов организации. Численность нормируемых единиц персонала составляет 68 должностей.

Прямое планирование осуществляется только на должности «санитарка палатная», когда опять же нагрузка устанавливается не в затратах времени на клиента, а просто через число клиентов на 1 работника. Фактически затраты времени как норматив планирования в государственных организациях не используется.

Аутсорсинг персонала в организациях не используется.

Вопросы 9-10. Дополнительные услуги, услуги в выходные и праздничные дни.

Некоммерческие организации оказывают дополнительные услуги семье клиента, в частности, что касается обучения навыкам ухода за инвалидами и престарелыми на дому.

Соответствующие курсы для клиентов проводятся бесплатно или за символическую плату, осуществляется также информационная поддержка по телефону или скайпу.

Услуги по уходу предоставляются некоммерческими организациями в праздничные и выходные дни, а также при необходимости в ночное время, в том числе на основе аутсорсинга рабочей силы (например, близживущих соседей).

Частные организации предоставляют услуги в выходные и праздничные дни, но за большую плату, чем некоммерческие организации. Аналогично с консультациями, которые предоставляются в организации, но за большую плату, чем в некоммерческих структурах.

Государственные организации стационарные предоставляют услуги в праздничные и выходные дни, организации обслуживания на дому работают только в будние дни и в дневное время, поэтому клиента с высоким уровнем потребностей стремятся в короткие сроки отправить в стационар, т.к. на дому его пребывание затруднительно.

Вопрос 11. Оценка качества услуги.

Официальная методика оценки качества услуги как действенный инструмент менеджмента отсутствует.

В частных и некоммерческих организациях практика контроля и оценки клиентом и его семьей качества услуги имеет большое значение, но методическое обеспечение нуждается в совершенствовании.

В государственных организациях оценка осуществляется менеджером организации, но скорее на основе субъективных ответов обслуживаемого клиента и журнала записей, чем на основе четкой балльной методики.

Вопрос 12. Повышение квалификации работников.

Одна из опрошенных нами некоммерческих организаций, проводит повышение квалификации, в том числе социальных работников по уходу в государственных организациях, поскольку имеет техническую и методическую поддержку из Германии.

В целом, в некоммерческих и частных организациях повышение квалификации рядовых сотрудников организаций отмечено чаще, чем в государственных.

По результатам социологического исследования нами осуществлен стратегический SWOT-анализ, который позволяет сделать оценку отрасли, предоставляющей специальные социальные услуги с позиций стратегического менеджмента (таблицы 9,10,11).

Таблица 9 – SWOT-анализ стратегического менеджмента некоммерческих организаций

Сильные стороны (конкурентные преимущества)	Слабые стороны
Некоммерческие организации опираются на стратегию индивидуализации услуги и цены: -индивидуализация услуги согласно потребностям клиента, -разная цена для разных клиентов и платежи в рассрочку до месяца, -круглосуточное обслуживание, включая праздничные и выходные дни	Трудности аккумуляции финансовых ресурсов, т.к. работают на сегмент средне - и малообеспеченных клиентов
Имеют высокий уровень образования и профессиональной квалификации лидеров и специалистов в городах в сфере специальных социальных услуг	Отсутствие капитальных активов в виде материально-технической базы для работы по принципу пансионатов
	Слабая материально-техническая база в части наличия и тренажеров и других средств реабилитации для потенциальных клиентов
Возможности	Ограничения
Расширение спектра услуг за счет дополнительных услуг для семей клиентов и других желающих повысить свою компетентность в вопросах услуг для людей с ограниченными возможностями	Отсутствие навыков конкуренции и работы на рынке, элементов бизнес-планирования и маркетинга
Разработка ценовой политики, основанной на максимальной дифференциации пакета предлагаемых услуг, вплоть до 2-3 услуг	Замедленное внедрение монетизации специальных социальных услуг в Республике Казахстан, которая обеспечит условия равной конкуренции между государственным, коммерческим и некоммерческим сектором и будет способствовать притоку части клиентов из государственного сектора
Разработка новой методики оценки качества услуги	
Практика аутсорсинга персонала за счет привлечения людей из сообщества	
Примечание – Разработано автором	

Таблица 10 – SWOT-анализ стратегического менеджмента частных коммерческих организаций

Сильные стороны (конкурентные преимущества)	Слабые стороны
Частные организации опираются на стратегию обеспечения: - приемлемого качества услуги за соответствующую цену. - максимально возможного завышения объема пакета услуг и цен	Клиенты с оплатой ниже точки безубыточности не принимаются.
Наличие материально-технической базы в форме капитальных активов	
Возможности	Ограничения
Повышение качества услуг и создание предложения в среднем и высоком ценовом сегментах за счет приобретения, например, реабилитационного оборудования	Замедленное внедрение монетизации специальных социальных услуг, которая обеспечит возможность для некоторых граждан посещать частные реабилитационные центры и платить за услуги
Высокий уровень образования и профессиональной квалификации специалистов в городах в сфере специальных социальных услуг	
Разработка и введение методики оценки качества услуги	
Разработка ценовой политики, основанной на разных методах включения прямых и косвенных затрат в цену	
Примечание – Разработано автором	

Таблица 11 - SWOT- анализ стратегического менеджмента государственных организаций

Сильные стороны (конкурентные преимущества)	Слабые стороны
1	2
Сильная материально-техническая база и наличие реабилитационного оборудования	Реализация модели усредненной услуги для клиента вследствие: - низкой индивидуализации услуги и отсутствия действенной методики определения потребностей клиентов; - жестких штатов персонала, не основанных на адекватных нормах труда, что приводит к снижению качества услуги; - неадекватных методов определения нагрузки на персонал, которые не дают возможности дифференциации оказываемых услуг, адекватной оплаты труда; - отсутствия официальной методики определения качества услуг
Высокий уровень образования и профессиональной квалификации специалистов в городах в сфере специальных социальных услуг	

Продолжение таблицы 11

1	2
Возможности	Ограничения
Переход от РКГП на право хозяйственного ведения, что даст возможность на действующей материально-технической базе нарастить свои конкурентные преимущества в части качественного ухода для инвалидов и престарелых	Отсутствие навыков конкуренции и работы на рынке, элементов бизнес-планирования и маркетинга
Внедрение адекватных потребностям клиентов уровней ухода на основе оценки реальных потребностей.	
Изменение подходов к нормированию труда персонала, определению его численности.	
Введение современной ценовой политики, основанной на определении конкурентоспособной цены	
Введение методики оценка качества услуг	
Примечание – Разработано автором	

Таким образом, подводя итог анализу стратегического менеджмента организаций на рынке специальных социальных услуг, можно сказать следующее.

Специальные социальные услуги в Казахстане в настоящее время предоставляются субъектами четырех секторов экономики или институциональных единиц: государственного, частного, некоммерческого и сектора домохозяйств. Организации могут быть прибыльными (частный сектор) и неприбыльными (некоммерческий, государственный сектор).

В секторе домохозяйств услуги оказываются как самими домохозяйствами (объединениями физических лиц для совместного проживания, частичного объединения доходов и расходов), так и физическими лицами, оказывающими услуги «передышки», фостерного воспитания (дети), а также патронатного ухода за инвалидами и престарелыми.

Векторами развития рынка в настоящее время является трансформация традиционных НКО в некоммерческие организации с регулярным доходом, а также предполагаемое изменение статуса государственных организаций с Республиканского казенного предприятия на статус предприятия на праве хозяйственного ведения.

Последний статус дает возможность выхода на рынок и привлечение клиентов по рыночным ценам, при сохранении контроля над основной функцией организации и расходованием бюджетных ресурсов.

Нами проведено социологическое обследование всех субъектов сектора специальных социальных услуг в Карагандинской области (выборка по гнездовому методу) и обобщены результаты применения методологии стратегического менеджмента по государственному, частному и некоммерческому сектору.

Стратегия обобщенной некоммерческой организации, стремящейся повысить свою финансовую устойчивость за счет регулярных доходов, может быть сформулирована как максимизация индивидуального подхода, цены и качества оказываемых услуг для удержания и расширения доли рынка.

Конкурентными преимуществами такой организации будет установление разной цены для разных клиентов, возможность минимизации пакета до одной услуги, а также круглосуточное обслуживание, включая праздничные и выходные дни.

Стратегия частной организации опирается на предоставление приемлемого качества услуги за соответствующую цену. Конкурентными преимуществами является материально-техническая база (помещение, которого часто нет у некоммерческих организаций) и возможно активы в форме реабилитационного оборудования.

Внешним ограничением для частных и некоммерческих организаций является отсутствие в настоящий момент монетизации специальных социальных услуг. Выплата пособий в виде ваучеров или денежной форме обеспечит равные условия конкуренции на рынке, а для граждан даст возможность выбирать предпочитаемую ими форму услуги и соответствующую организацию.

Государственные организации стратегии как таковой не имеют. Их конкурентными преимуществами является имеющаяся материально-техническая база и имеющееся реабилитационное оборудование.

Слабыми сторонами является реализация модели усредненной услуги из-за отсутствия конкретной методики определения потребностей клиентов, жестких норм персонала, не привязанных к реальным нормам труда, и отсутствие методики оценки качества услуги.

Результаты проведенной нами оценки позволяют сделать вывод, что основными элементами стратегии, нуждающимися в совершенствовании, являются: методика оценки потребностей, нормативы нагрузки на персонал и определения цены услуги, методика контроля над качеством услуг.

2.2 Анализ и оценка структуры клиентов с применением разработанной методики оценки потребностей в услугах длительного ухода

Оценка потребностей клиента является первым шагом делового процесса при обращении за услугой в организацию, оказывающую специальные социальные услуги.

Услуга может быть также оказана клиенту в некоммерческой организации или частной организации, которая работает по контракту аутсорсинга с государством и оказывает бесплатную помощь за счет государства для тех клиентов, которые имеют на это право, согласно закону РК «О специальных социальных услугах» [47, с.13].

Платные услуги могут быть оказаны и в частных и в некоммерческих организациях, но не в государственных. Последние в настоящее время не имеют права оказывать такие услуги всем желающим клиентам на возмездной основе.

Индивидуальные потребности, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, в рамках институциональной базы каждой страны должны оцениваться по единой методической схеме, допускающей в то же время, учет специфических черт менеджмента конкретной организации.

Участие частной организации в аутсорсинге предоставления услуг определяется ее возможностью оказывать услуги по схемам, сопоставимым с государственными методиками, в том числе по качеству услуг. Правильнее, если это будет осуществляться с применением междисциплинарного подхода. [119, 120].

Оценка индивидуальных потребностей в специальных социальных услугах является первым шагом для определения индивидуальной траектории клиента в процессе получения помощи.

Считается, что индивидуальное планирование помощи должно помочь организации, отвечающей за оказание помощи для пожилых людей и инвалидов, более четко соответствовать потребностям и может ограничить рост расходов [121].

Определяемая в ходе процедуры оценки потребность в социальном обслуживании является необходимой для менеджмента процедурой, которая определяет организацию процесса предоставления услуги и в конечном счете затраты на неё и эффективность организации в решении экономических и социальных задач [85, p.4; 102, p.22].

Разные нормативно-правовые и экономические условия формирования и развития организаций, предоставляющих специальные социальные услуги, определили принципиально различные подходы к методам определения потребностей.

Обобщение опыта разных стран позволило установить спектр методических подходов к оценке потребностей, например, одиноких пожилых граждан и инвалидов [99, с.73].

Если для других категорий граждан, например, детей, типизировать потребности достаточно трудно в силу различных диагнозов и определенных медицинских характеристик, то для пожилых и взрослых инвалидов это относительно легче.

В нормативно-правовых системах разных стран, определяющих спектр специальных социальных услуг, понятие «потребность» определяется по-разному, но обычно оно включает в себя воздействие состояния физического и психического здоровья на способность выполнять основные действия в повседневной жизни.

К таким действиям относятся: личная гигиена, прием пищи, пользование туалетом, а также способность выполнять практические повседневные действия по жизнеобеспечению – делать легкую работу по дому, делать покупки в магазине или готовить пищу [100, p.27; 122].

Возможный диапазон помощи может начинаться с необходимых жизненных действий (таких как умывание и кормление) и простирается до помощи в совершении действий во внешнем мире (покупки, контакты, ведение

счетов) и совсем уже факультативных (снижение социальной изоляции и содействие в организации участия в досуговых мероприятиях).

Существующие между странами и отдельными секторами помощи внутри стран различия в определениях потребностей для оказания долгосрочной помощи пожилым людям и инвалидам, создают трудности при сопоставлении подходов к услугам, а тем более затрат на её предоставление, но все же дают возможность группировать потребности [123].

При исследовании только социального аспекта (немедицинской помощи) национальные методики оценки потребностей базируются на сходной методологии.

Обзор основных методических подходов, применяемых в разных странах, представлен нами в параграфе 1.3 [100, р.31; 103, с.14;104, с.68; 105, с.21; 124; 125].

Предлагаемая и апробированная нами методика оценки потребностей пожилых граждан и инвалидов и последующего выделения уровней самообслуживания клиентов базируется на мировом опыте с учетом законодательства Республики Казахстан и является результатом совершенствования методики, разработанной научным консультантом Притворовой Т.П. [124, с.87].

Первый вариант методики был разработан для государственных организаций, но исследование менеджмента организаций других форм собственности показало, что есть необходимость расширить состав групп клиентов.

Оценка потребностей необходима для:

1 определения жизненного состояния клиента и объема потребностей в уходе;

2 определения нагрузки на социального работника (норм труда) и управления затратами фирмы, в том числе за счет оптимизации численности;

3 определения цен на каждую услугу, основные схемы оказания услуг, а также пакет услуг, согласно потребностям каждого конкретного клиента.

Для оценки потребностей клиента в специальных социальных услугах, как и в ранее разработанной методике, предлагается опираться на 3 блока:

1 Блок – Способности жизнеобеспечения.

2 Блок – Состояние коммуникативных способностей, в том числе работа с документами (платежи, письма и т.п.).

Блок 3 – Способность передвигаться вне места жительства.

Для каждого из блоков разработана система показателей, предназначенных осуществить диагностику с использованием балльной оценки (таблицы 12,13,14).

Нами предлагается использование 4-х балльной оценки для отражения реальной дифференциации уровня потребностей клиента, которая выражается, прежде всего, в затратах труда социальных работников и позволяет оказывать услугу необходимому клиенту качества.

Таблица 12 – Система показателей для диагностики способности клиента к жизнеобеспечению (Блок 1)

Характеристики состояния клиента	Баллы
1	2
<i>Процедуры личной гигиены (умывание, бритье, чистка зубов и т.д.)</i>	
Выполняет процедуры самостоятельно	1
Может провести самостоятельно не менее 50% процедур под наблюдением	2
Необходима помощь другого человека при выполнении процедур	3
Все процедуры должен проводить другой человек	4
<i>Способность надевать одежду на верхнюю часть тела (включая застегивание пуговиц, молний и других элементов)</i>	
Может самостоятельно брать одежду, надевать ее, снимать и убирать обратно	1
Часть одежды может надеть самостоятельно, в основном легкую одежду	2
Оденется только с посторонней помощью	3
Одевание должно полностью выполняться посторонним человеком	4
<i>Способность надевать одежду и обувь на нижнюю часть тела (включая застегивание пуговиц, молний и других элементов)</i>	
Может самостоятельно брать одежду, надевать ее, снимать и убирать обратно	1
Может одеть одежду, но обувь затрудняется	2
Может надевать и одежду, и обувь только с посторонней помощью	3
Одевание должно полностью выполняться не менее чем двумя посторонними людьми	4
<i>Мытье всего тела (кроме умывания лица и рук), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
Самостоятельно может истопить баню и мыться в ней, а также может самостоятельно мыться в ванной или душе	1
Гигиеническую ванну сможет принять под наблюдением другого человека	2
Гигиеническую ванну сможет принять только при помощи другого человека	3
Мытье должно полностью осуществляться другим человеком	4
<i>Пользование туалетом</i>	
Самостоятельно пользуется туалетом	1
Может пользоваться туалетом под наблюдением другого человека, в том числе уткой	2
Может пользоваться туалетом при помощи другого человека, в том числе уткой	3
Туалет в любой форме возможен только при помощи другого человека	4
<i>Перемещение в доме (квартире)</i>	
Свободно передвигается по дому	1
Необходима помощь другого человека (поддержка) или вспомогательные устройства (ходунки, костыли)	2
Не может перемещаться, но может самостоятельно приподниматься и поворачиваться	3
Полностью прикован к постели, не может совершать никаких движений	4
<i>Прием пищи</i>	
Принимает пищу самостоятельно (в том числе путем искусственного кормления через пищевой зонд)	1
Принимает пищу под наблюдением другого человека	2
Принимает пищу самостоятельно, но иногда нужна посторонняя помощь	3
Может принимать только искусственное кормление (через пищевой зонд и т.д.) с помощью постороннего человека	4

Продолжение таблицы 12

1	2
<i>Приготовление пищи</i>	
Самостоятельно может приготовить и разогреть готовую пищу	1
Нуждается в предварительно заготовленных полуфабрикатах, чтобы завершить приготовление пищи	2
Может только разогреть готовую пищу	3
Не может готовить и разогревать готовую пищу	4
<i>Стирка</i>	
Самостоятельно выполняет всю необходимую стирку	1
Может самостоятельно стирать только небольшие вещи (нижнее белье, рубашки и т.п.)	2
Может заложить белье в машинку, но доставать и развешивать затрудняется	3
Не может ни стирать, ни вывешивать белье	4
<i>Уборка жилища</i>	
Вся необходимая работа может быть выполнена самостоятельно	1
Нуждается в помощи при мытье окон и входной группы в дом	2
Состоятельно может сделать только минимальную уборку (вытирание пыли, перекладывание легких предметов и т.п.)	3
Все действия должен проводить другой человек	4
<i>Прием лекарств, нанесение мазей и подобные лечебные процедуры</i>	
Самостоятельно принимает нужные (прописанные врачом) лекарства в правильной дозировке и по правильному графику, которые указаны на лекарстве или прописаны врачом	1
Принимает сам при условии внешнего контроля за периодичностью приема	2
Нуждается в помощи при приеме лекарства и осуществлении других процедур	3
Пассивно подчиняется действиям постороннего человека	4
<i>Доврачебная помощь (измерение температуры, давления)</i>	
Самостоятельно принимает доврачебные меры	1
Может выполнять доврачебные процедуры под наблюдением социального работника	2
Часто нуждается в помощи социального работника	3
Не может провести никакие процедуры без доврачебной помощи социального работника	4
Средний балл	?
Примечание – Разработано автором	

Таблица 13 - Система показателей для диагностики состояния коммуникативных способностей клиента (Блок 2)

Характеристики клиента	Баллы
1	2
<i>Зрение (в том числе с использованием очков, если клиент носит очки)</i>	
Нормальное зрение, сам читает все необходимые тексты - названия на лекарствах, газеты, смотрит телевизор.	1
Ухудшенное зрение (не читает информацию на лекарствах, не может прочитать книгу, но видит препятствия при ходьбе и может считать пальцы на руке)	2
В доме ориентируется, но на улице беспомощен	3
Полное отсутствие зрения (не может видеть никакие предметы)	4

Продолжение таблицы 13

1	2
<i>Слух (в том числе с использованием слухового аппарата, если клиент им пользуется)</i>	
Абсолютно нормальный слух	1
Слух есть, но внешние звуки может игнорировать (не слышит)	2
Плохой слух (всегда нужно говорить громко)	3
Абсолютное отсутствие слуха, надо только писать	4
<i>Понимание речи на родном языке</i>	
Абсолютно нормальное понимание	1
Плохое понимание (всегда нужно повторять сказанное, использовать для объяснения другие фразы и жесты)	2
Состояние переменчивое, иногда вообще ничего не понимает, а иногда вполне терпимо	3
Клиент не понимает ни слова, ни жесты, т.к. не в себе	4
<i>Способность говорить и выражать свои мысли на родном языке</i>	
Абсолютно полная способность говорить и выражать свои мысли	1
Иногда приходится переспрашивать, просить говорить отчетливее	2
Плохая способность (всегда приходится переспрашивать или догадываться, что хочет сказать клиент)	3
Полное отсутствие способности говорить (речь абсолютно лишена какого-либо смысла, или речевая способность полностью парализована)	4
<i>Использование телефона и аналогичных средств</i>	
Затруднений при пользовании средствами коммуникаций нет	1
Есть затруднения при пользовании телефоном (слух, зрение)	2
Может пользоваться телефоном и другими средствами только при помощи другого человека, если он наберет номер и т.п.	3
В принципе не может пользоваться телефоном и другими средствами	4
<i>Необходимость в психологической поддержке</i>	
Состояние стабильное, психологическая поддержка минимальная	1
Иногда нуждается в дополнительном внимании	2
Ежедневно нуждается в значительной психологической помощи	3
Потребность в психологической поддержке точно определить трудно, т.к. у клиента трудности с общением	4
<i>Возможность самостоятельного удовлетворения культурных потребностей</i>	
Не нуждается в посторонней помощи при получении социально-культурных услуг	1
Не нуждается в помощи при прочтении книг, газет, но необходимо сопровождение при посещении культурных мероприятий (экскурсий) и организации досуга	2
Все потребности в социально-культурных услугах удовлетворяются с помощью социального работника	3
Нуждается в чтении книг	4
<i>Оформление документов юридического и экономического характера</i>	
Самостоятельно составляет и оформляет документы юридического и экономического характера	1
Составляет и оформляет документы юридического и экономического характера при помощи социального работника	2
Социальный работник должен сам оформлять документы юридического и экономического характера, но контактировать по их поводу с помощью телефона получается	3
Не может оформлять и контактировать даже по телефону по поводу документов	4
<i>Способность контролировать свое поведение</i>	

Продолжение таблицы 13

1	2
Способен самостоятельно контролировать своё поведение	1
Неспособен самостоятельно контролировать своё поведение	4
Средний балл	?
Примечание – Разработано автором	

Таблица 14 - Система показателей для диагностики способности клиента передвигаться вне места жительства (Блок 3)

Характеристики клиента	Баллы
<i>Передвижение за пределами жилища (для удовлетворения потребностей: бытовых, социально-культурных, экономических, правовых и др.)</i>	
Передвигается самостоятельно без ограничений	1
Передвигается с палочкой или при помощи другого человека	2
Нуждается в помощи при выходе на улицу, но там может самостоятельно управляться с помощью коляски	3
Практически недвижим	4
<i>Пользование транспортом</i>	
Пользуется собственным автомобилем, мотоциклом или велосипедом (в том числе предназначенным для инвалидов)	1
Может ездить в автомобиле или автобусе	2
Нуждается в сопровождении при поездке, в том числе с помощью коляски	3
Может ездить только в специальном транспорте (например, инватакси, машина скорой помощи)	4
<i>Обеспечение себя продуктами и бытовыми принадлежностями</i>	
Все покупки может делать самостоятельно	1
При посторонней помощи в доставке может делать покупки сам	2
Не может самостоятельно покупать, особенно в холодное время года, но может дать поручения на покупку	3
Самостоятельно не может ни покупать, ни доставлять	4
Средний балл	?
Примечание – Разработано автором	

Отдельный четвертый блок описывает условия жизненной ситуации клиента, он не используется при расчете баллов уровня ухода, но принимается во внимание при определении времени нагрузки на социального работника.

В блок 4 входят следующие позиции:

1 Барьеры во внешнем окружении жилища

1.1 Колонка с водой (колодец) находится далеко от дома

1.2 Продуктовый магазин находится далеко от дома

1.3 Почта находится далеко от дома

1.4 Телефон находится далеко от дома

1.5 Медпункт находится далеко от дома

2 Характеристики имущественного положения

1.1 Отсутствие холодильника

1.2 Отсутствие электрической или газовой плиты для приготовления горячей пищи

1.3 Отсутствие стиральной машины

1.4 Отсутствие приусадебного участка

3 Клиент постоянно проживает

3.1 Один

3.2 С супругом или сожителем (сожительницей)

3.3 С другим членом (членами) семьи

3.4 С товарищем (подругой), близким(-ой) по возрасту

Информация по этому блоку необходима для определения коэффициента увеличения нагрузки на социального работника при оказании услуг ухода.

Итоговую оценку потребностей предлагается оценивать по следующей формуле:

$$И_0 = \frac{\sum_{i=1}^{12} \frac{O_{ci}}{12} + \sum_{j=1}^9 \frac{O_{kj}}{9} + \sum_{m=1}^3 \frac{O_{pm}}{3}}{3} \quad (1)$$

где:

- O_{ci} – оценка уровня самообслуживания клиентов по 12 характеристикам по 4 балльной системе;

- O_{kj} – оценка уровня психологического состояния и способности к коммуникации клиентов по 9 характеристикам по 4 балльной системе;

- O_{pm} – оценка способности к передвижению за пределами жилища по 3 характеристикам по 4 балльной системе.

Применение балльной оценки дает возможность определить уровень самообслуживания клиентов и соответственно уровень их потребности в уходе, придерживаясь логики, изложенной на рисунке 13.

Уровни ухода можно определить как минимальный, средний, интенсивный, максимальный. Если давать качественную характеристику выделенным нами уровням, то целесообразно придерживаться следующих качественных признаков:

1 Минимальный уровень – требуется незначительная помощь в основном в трудоемких работах (мытьё окон, покупка тяжелых предметов и т.п.)

2 Средний уровень – по дому все может делать самостоятельно, индивидуальный уход осуществляет сам, но затруднения возникают за пределами квартиры.

3 Интенсивный уровень – помощь нужна как в доме, так и за пределами квартиры, поскольку клиент не выходит из дома.

4 Максимальный уровень - клиент полностью зависим от помощи социального работника, никакие виды услуг не может оказывать себе самостоятельно.

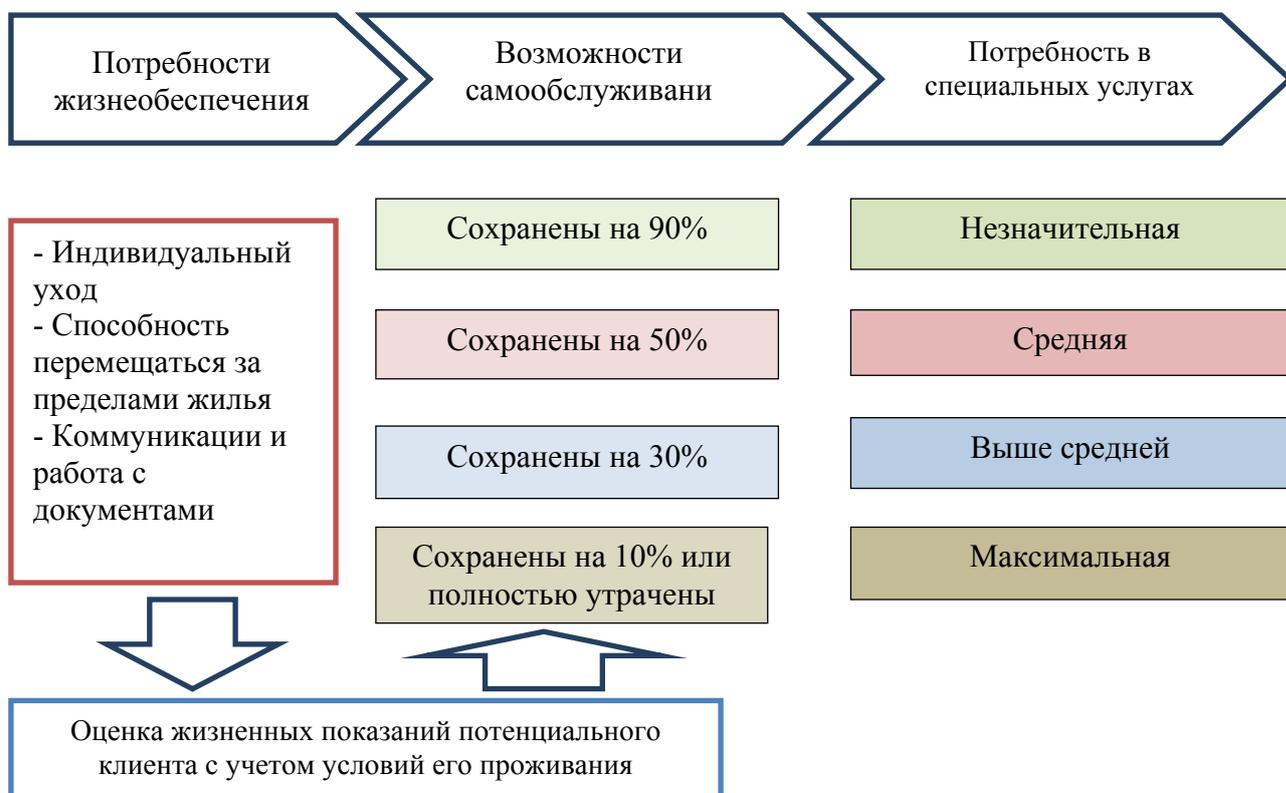


Рисунок 13 – Логическая схема метода оценки потребностей в специальных социальных услугах

Примечание – Разработано автором на основе методики Притворовой Т.П., изложенной в источнике [124, с. 85]

Характеристика групп представлена в таблице 15. По разработанной нами методике было проведено обследование клиентов организации надомного обслуживания в г.Сарани, Бухар-Жырауском районе (бюджетное финансирование) и клиентов фирмы еврейского благотворительного общества «ХЭСЭД Мириам» (частное финансирование: благотворительность и индивидуальная оплата).

Таблица 15 – Характеристики категорий клиентов по уровню потребностей в услугах специального ухода

Категория	Границы групп в баллах	Оценка самостоятельности	Уровень ухода	Затраты времени социального работника по уходу, часов в неделю
1	2	3	4	5
1	1 – 1,6	Практически сохранена	Минимальный	4,6

Продолжение таблицы 15

1	2	3	4	5
2	1,7 – 2,4	Частично утрачена	Средний	10,53
3	2,5 – 3,6	Значительно утрачена	Интенсивный	29,5
4	3,7 - 4	Полностью утрачена	Максимальный	46,8
Примечание – Разработано автором				

На учете в отделении специального обслуживания на дому города Сарани на 01.01.15 года находятся 157 человек.

В отделения помощи Бухар-Жырауского района на обслуживании находится 161 человек. В некоммерческой фирме обслуживается 34 человека.

Сравнение структуры обслуживаемых клиентов представлено на рисунке 14.

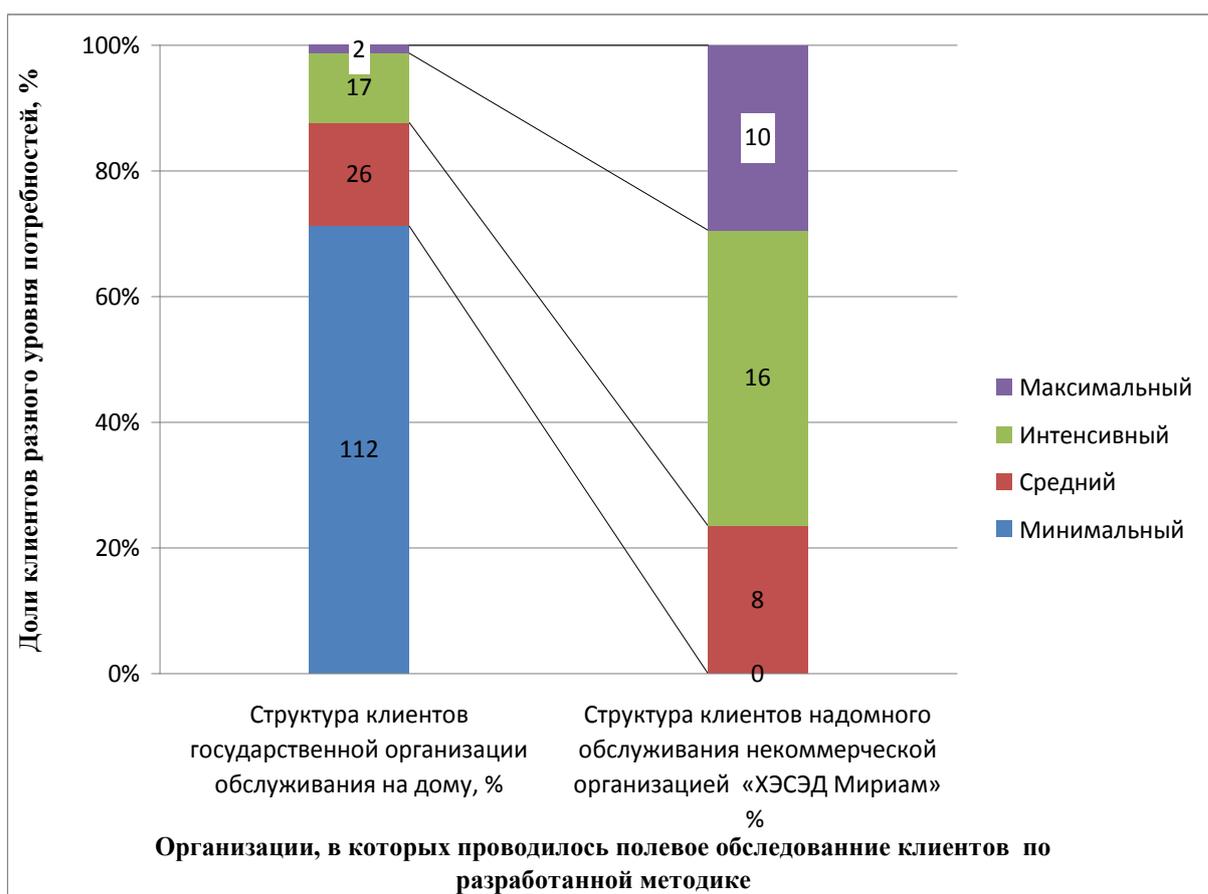


Рисунок 14 - Структура клиентов государственной организации и некоммерческой организации надомного обслуживания, численность и доля

Примечание – Составлено автором по результатам социологического обследования

В государственной организации 71% получателей бесплатных услуг являются представителями первой категории с минимальными потребностями в уходе. (Аналогичные данные были получены нами при обследовании получателей в Бухар-Жырауском районе – 67%).

Получатели третьей и второй категории представлены 11% и 15% получателей. Клиенты с максимальной потребностью составляют 2%, но, как правило, у этих клиентов есть дополнительные помощники в уходе (они проживают в объединенных домохозяйствах) или они находятся на государственном обслуживании непродолжительное время, после которого попадают в медико-социальное учреждение. В некоммерческой организации структура получателей совершенно другая: первой категории нет вообще, наиболее значительную группу составляют клиенты с интенсивным уровнем ухода – 47%, а группа с максимальной потребностью в уходе составляет 29% (рисунок 15).

Нами составлены типовые перечни услуг для 2,3 и 4 категорий клиентов в некоммерческой и государственной организациях. Из набора услуг следует, что качество ухода в некоммерческой организации поставлено более профессионально, обслуживаются клиенты с максимальной потребностью и при опросах о качестве услуги показывают высокий уровень удовлетворённости.

Фактически 4 уровень в государственной службе практически не встречается (составляет 2% и то при наличии неформального помощника), а перечень услуг для четвертой группы в государственных стандартах не предусмотрен. На практике он расширен за счет специфических процедур для сложных клиентов, требующих ухода, в том числе в выходные дни. В таблице 16 и 17 приведен пример типового перечня услуг для клиента 3 категории с интенсивным уровнем помощи и 4 категории с максимальными потребностями.

Таблица 16 – Типовой перечень услуг для третьей категории клиентов

Вид услуг	Перечень услуг (агрегированные группы)	Потребности
1	2	3
Бытовые	Индивидуальные услуги	Жизнеобеспечение
	Приготовление пищи	
	Стирка	
	Уборка	
	Покупка и доставка продовольственных и других товаров	Передвижение вне жилища
	Оплата коммунальных услуг, другие действия вне квартиры	
	Контакты по телефону и другим техническим средствам по просьбе клиента	Коммуникации
	Помощь в письменных коммуникациях	
	Необходимые контакты по месту жительства от имени клиента	

Продолжение таблицы 16

1	2	3
Социально-медицинские	Первичная помощь на дому (измерение давления и температуры, закапывание лекарств, нанесение мазей)	Жизнеобеспечение
	Санитарно–гигиенический уход: обтирание, обливание и т.п.	
	Вызов врача на дом	Коммуникации
	Сопровождение в поликлинику	Передвижение вне жилища
	Покупка лекарственных и медицинских средств	
Психологические	Ведение бесед, психологическая разгрузка, поддержка жизненного тонуса	Коммуникации
Экономические	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении и т.п.	Передвижение вне жилища
Культурные	Чтение литературы, журналов и т.п.	Коммуникации
	Сопровождение при посещении досуговых мероприятий	Передвижение вне жилища
Правовые	Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.	Коммуникации
Примечание – Разработано автором		

Таблица 17 – Типовой перечень услуг для четвертой категории клиентов

Вид услуг	Перечень услуг (агрегированные группы)	Потребности я
1	2	3
Бытовые	Индивидуальные услуги (в т.ч. помощь при мочеиспускании, смена калоприемника, смена мочеприемника, пересаживание в коляску и т.п.)	Жизнеобеспечение
	Приготовление пищи	
	Стирка	
	Уборка	
	Покупка и доставка продовольственных и других товаров	Передвижение вне жилища
	Оплата коммунальных услуг, другие действия вне квартиры	
	Контакты по телефону и другим техническим средствам по просьбе клиента	Коммуникации
	Помощь в письменных коммуникациях	
Необходимые контакты по месту жительства от имени клиента		
Социально-медицинские	Первичная помощь на дому (измерение давления и температуры, закапывание лекарств, нанесение мазей)	Жизнеобеспечение
	Санитарно – гигиенический уход: обтирание, обливание и т.п.	
	Вызов врача на дом	Коммуникации
	Сопровождение в поликлинику	Передвижение вне жилища
	Покупка лекарственных и медицинских средств	

Продолжение таблицы 17

1	2	3
Психологические	Ведение бесед, психологическая разгрузка, поддержка жизненного тонуса	Коммуникации
Экономические	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении и т.п.	Передвижение вне жилища
Культурные	Чтение литературы, журналов и т.п.	Коммуникации
	Сопровождение при посещении досуговых мероприятий	Передвижение вне жилища
Правовые	Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.	Коммуникации
Примечание – Разработано автором		

С помощью разработанной нами методики была оценена структура клиентов стационаров частной и государственной формы собственности в городе Караганде. Численность клиентов соответственно 36 и 100 человек.

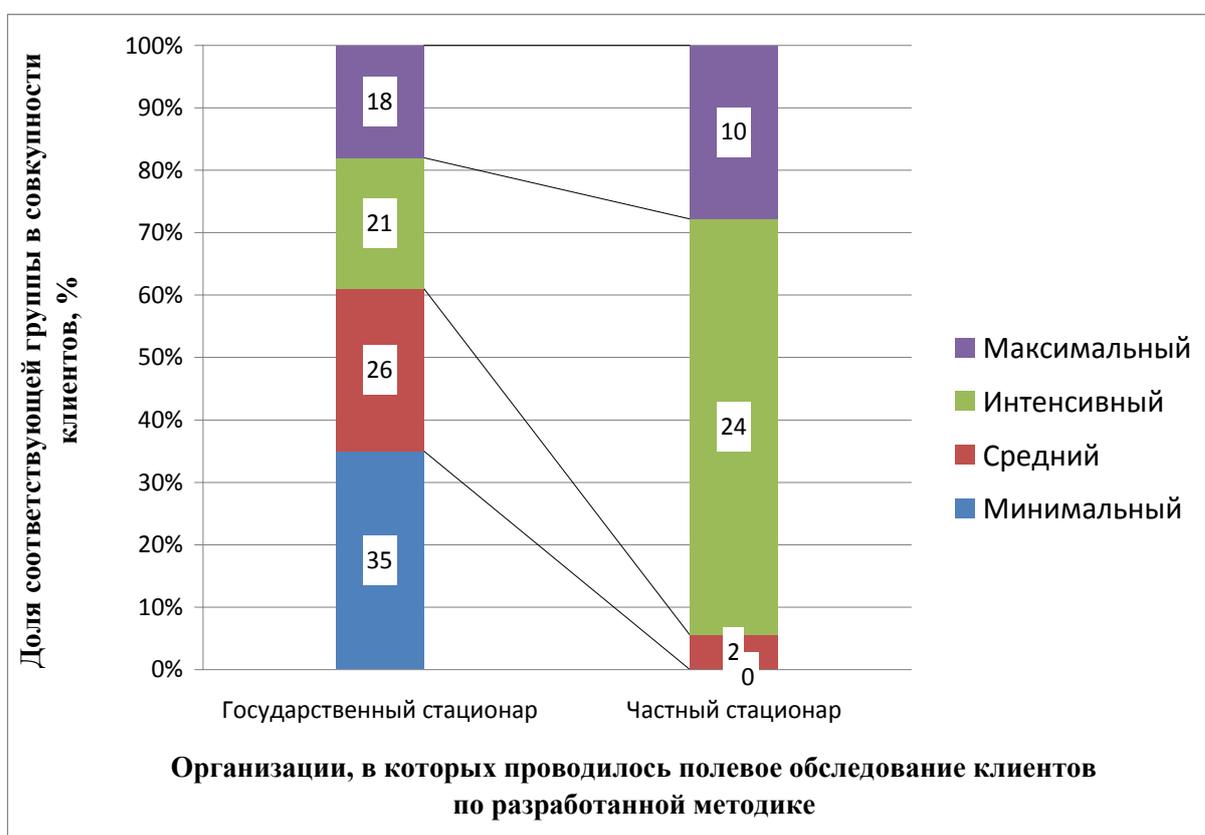


Рисунок 15 - Структура клиентов государственного и частного стационара для постоянного проживания клиентов, численность и доля

Примечание – Составлено автором по результатам социологического обследования

Если в государственных стационарах наблюдается практически равномерное распределение клиентов по категориям с некоторым превышением группы с минимальными потребностями – 34%, что на наш

взгляд обусловлено отсутствием барьера входа в систему в часах требуемого ухода, то в частных стационарах структура другая.

Поскольку пребывание в стационаре платное, то в основном туда приходят те, кто не имеет права на бесплатное государственное обслуживание, имея потребность на интенсивном или максимальном уровне – 66 и 27% соответственно. Потребность на среднем уровне – имеют 7% клиентов, а граждане с минимальной потребностью отсутствуют.

Таким образом, подводя итог материалам данного параграфа можно сделать следующие выводы. Оценка потребностей клиента является первым шагом, необходимым для определения индивидуальной потребности клиента в уходе, которую он желает удовлетворить в организации, оказывающей специальные социальные услуги. Исследование, проведенное нами в государственной службе надомной помощи и действующей некоммерческой организации, позволило сравнить подходы к менеджменту в этих типах организаций. Государственные службы в Казахстане используют унифицированный подход, который без процедуры оценки считает всех клиентов фактически одинаковыми в плане потребностей.

Нормы времени на выполнение процедур ухода (и соответственно рабочее время социального работника) для всех клиентов единые и не связаны с их потребностями и жизненным состоянием. Некоммерческая организация «ХЭСЭД Мириам» проводит оценку и выделяет пять групп клиентов (четвертая и пятая группа отличаются уровнем контроля клиента за своими действиями).

Нами разработана методика, позволяющая учитывать жизненное состояние клиентов и оценивать на этой основе уровень их потребностей в уходе, а соответственно и часы ухода для социального работника. Методика апробирована на клиентах государственной службы надомной помощи, клиентах некоммерческой организации «ХЭСЭД Мириам», клиентах государственного стационара и платного частного стационара «Надежда». Применение методики позволило удостовериться, что она улавливает разницу между группами в уходе и соответственно в затратах времени социальных работников по уходу на 1 клиента. Эта методика может быть положена в основу определения трех базовых схем ухода, которые могут предлагаться клиенту на рынке. Наиболее существенная разница между организациями ухода на дому заключается в том, что в государственной организации 70% клиентов составили индивиды с минимальной потребностью, которые пользуются этой услугой в силу её бесплатности для решения своих частных затруднений.

В некоммерческой организации основную долю составили клиенты с интенсивным уровнем ухода, а значительную часть составляют индивиды с максимальным уровнем входа. Поскольку услуга оказывается либо за счет иностранных фондов финансирования для адресных клиентов, либо за частные средства, то обращаются в организацию индивиды с высоким уровнем потребностей, для получения необходимой для них помощи.

Сходным образом ощутимая разница наблюдается между государственными и частными стационарами по структуре клиентов.

2.3 Оценка нормирования труда, планирования штата персонала и цен в организациях социального обслуживания

Оценка потребностей клиента в уходе позволяет планировать в среднесрочном периоде нагрузку на социальных работников фирмы, а соответственно затраты фирмы на содержание штата сотрудников, что в конечном счете определяет её прибыльность и финансовую устойчивость. Поскольку в сфере услуг основной статьей затрат является заработная плата работников и сопутствующие её выплаты, затраты на профессиональную подготовку и переподготовку штатных сотрудников, то принятие решений о постоянной численности работников и работников, привлекаемых по аутсорсингу, является одним из центральных вопросов управления. Как нами было изложено в параграфе 2.2, потребность клиентов в услугах измеряется в минутах и часах в день, неделю, месяц. Прямые затраты включают контакт с клиентами (face to face) и клиентоориентированная работа (client-related work). Косвенные затраты включают затраты на общее управление и прочие затраты. Для определения трудозатрат социальных работников (прямых затрат) нами применен хронометраж как метод изучения затрат рабочего времени. Использован выборочный способ хронометража, в процессе которого осуществлялось визуальное наблюдение за социальным работником, измерение затрат времени на оказываемые им услуги с помощью часов и результаты фиксировались в форме цифровой записи.

Полная информация о примененной нами методике определения затрат времени на оказание услуг клиенту и процедуре проведения хронометража представлена в Приложении В. Для первой категории, проживающей в благоустроенном жилье норма составила 4,6 часа в неделю или 20,4 часа в месяц (таблица 18).

Нормы трудозатрат на предоставление специальных социальных услуг для одного клиента второй категории, проживающего в благоустроенном жилье составляют 10,53 часов в неделю или 45,8 часа в месяц (таблица 19). Нормы трудозатрат на предоставление специальных социальных услуг для одного клиента третьей категории, проживающего в благоустроенном жилье составляют 46,8 часов в неделю или 118 часов в месяц (таблица 20). Нормы трудозатрат на предоставление специальных социальных услуг для одного клиента четвертой категории, проживающего в благоустроенном жилье 46,8 часов в неделю или 200,7 часов в месяц (таблица 21). Согласно выявленной структуры клиентов в государственной и некоммерческой организации по уровню ухода (Параграф 2.2), нами определены действующие в организациях:

- нормы обслуживания клиентов (число клиентов, обслуживаемых одним социальным работником по уходу);
- нормы трудозатрат (затраты времени в неделю, часов)
- удельные затраты времени на одного клиента согласно уровню его потребности в уходе, доля от ставки.

На основе этих данных нами определена расчетная численность персонала для сравнения с фактической численностью работников (таблица 22).

Таблица 18 – Трудозатраты на предоставление услуг для первой категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий	Трудозатраты на услугу			Трудозатраты всего		
			в месяц, мин	в неделю, час.	в месяц, час	в месяц, мин	в неделю, час.	в месяц, час
Бытовые	Индивидуальные услуги	Жизнеобеспечение	180	0,68	3,00	690	2,61	11,5
	Стирка		60	0,23	1,00			
	Уборка		450	1,70	7,50			
	Покупка и доставка продовольственных и других товаров	Передвижение вне жилища	140	0,53	2,33	220	0,83	3,7
	Выполнение индивидуальных поручений		30	0,11	0,50			
	Оплата коммунальных услуг, другие аналогичные действия вне квартиры		50	0,19	0,83			
Социально-медицинские	Первичная помощь на дому (измерение давления и температуры, закапывание лекарств, нанесение мазей)	Жизнеобеспечение	20	0,08	0,33	35	0,14	0,6
	Сопровождение в поликлинику	Передвижение вне жилища	10	0,04	0,17			
	Вызов врача на дом		5	0,02	0,08			
Психологические	Ведение бесед, психологическая разгрузка, поддержка жизненного тонуса	Коммуникации	135	0,51	2,25	135	0,51	2,3
Экономические	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в из оформлении и т.п.	Коммуникации Передвижение вне жилища	144	0,55	2,40	144	0,55	2,4
Итого нагрузка						1224	4,6	20,4
<p>* Согласно опросам у первой категории нет потребности в содействии в правовых и культурных услугах, поскольку данная категория клиентов удовлетворяет эти потребности самостоятельно</p> <p>Примечание – Составлено по результатам исследования</p>								

Таблица 19 – Трудозатраты на предоставление услуг для второй категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий	Трудозатраты на услугу			Трудозатраты всего		
			в месяц, мин	в неделю час	в месяц час	в месяц, мин	в неделю час	в месяц час
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Бытовые	Индивидуальные услуги	Жизнеобеспечение	360	1,36	6,00	1230	4,64	20,5
	Приготовление пищи		360	1,36	6,00			
	Стирка		60	0,22	1,00			
	Уборка		450	1,70	7,50			
	Покупка и доставка прод-х и других товаров	Передвижение вне жилища	280	1,1	4,4	360	1,42	5,73
	Индивидуальные поручения		30	0,11	0,50			
	Оплата коммунальных услуг, другие действия		50	0,19	0,83			
	Контакты по телефону по просьбе клиента	Коммуникации	5	0,02	0,08	50	0,19	0,8
	Помощь в письменных коммуникациях		15	0,06	0,25			
Необходимые контакты от имени клиента	30		0,11	0,5				
Социально-медицинские	Первичная помощь на дому (измерение давления и температуры, закапывание лекарств)	Жизнеобеспечение	40	0,15	0,67	610	2,43	10,3
	Санитарно – гигиенический уход: обтирание, обливание и т.п.		240	0,91	4,00			
	Проведение физических упражнений		80	0,30	1,33			
	Вызов врача на дом	Коммуникации	5	0,02	0,08			
	Сопровождение в поликлинику	Передвижение вне жилища	160	0,7	2,8			
	Покупка лекарственных и медицинских средств		90	0,34	1,50			
Психологические	Ведение бесед, психологическая разгрузка	Коммуникации	160	0,7	2,8	160	0,7	2,8
Экономические	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении	Передвижение вне жилища	144	0,55	2,40	144	0,55	2,4
Культурные	Чтение литературы, журналов и т.п.	Жизнеобеспечение	40	0,15	0,67	230	0,97	2,53
	Сопровождение при посещении досуговых мероприятий	Передвижение вне жилища	30	0,11	0,50			
	Прогулки		160	0,7	2,8			

Продолжение таблицы 19

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Правовые	Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.		47	0,18	0,78	47	0,18	0,8
Итого нагрузка						2831	10,53	45,8
Примечание – Составлено по результатам исследования								

Таблица 20 – Трудозатраты на предоставление услуг для третьей категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий	Трудозатраты на услугу			Трудозатраты всего		
			в месяц, мин	в неделю час	в месяц час	в месяц мин	в недел ю час	в месяц час
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Бытовые	Индивидуальные услуги	Жизнеобеспечение	2700	10,50	45,00	5190	21,1	86,5
	Приготовление пищи		1800	7,00	30,00			
	Стирка		240	0,93	4,00			
	Уборка		450	1,75	7,50			
	Покупка и доставка прод-х и других товаров	Передвижение вне жилища	400	1,56	6,67	480	1,87	8
	Индивидуальные поручения		30	0,12	0,50			
	Оплата коммунальных услуг, другие действия		50	0,19	0,83			
	Контакты по телефону по просьбе клиента	Коммуникации	5	0,02	0,08	110	0,43	1,8
	Помощь в письменных коммуникациях		15	0,06	0,25			
Необходимые контакты от имени клиента	90		0,35	1,50				
Социально-медицинские	Первичная помощь на дому	Жизнеобеспечение	48	0,2	0,8	442	1,84	4,7
	Санитарно – гигиенический уход: обтирание, обливание, проведение физзарядки и т.п.		240	1	4			
	Проведение процедур (нанесение мазей и др.)		24	0,1	0,4			
	Вызов врача на дом	10	0,04	0,17				
	Покупка медицинских средств, сдача анализов клиента в лабораторию	Передвижение вне жилища	120	0,5	2			

Продолжение таблицы 20

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Психолог.	Ведение бесед, психологическая разгрузка	Коммуникации	240	1	4	240	1	4
Экономические	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении	Передвижение вне жилища	24	0,1	0,4	24	0,1	0,4
Культурные	Чтение литературы, журналов и т.п.	Жизнеобеспечение	60	0,23	1,00	600	2,33	10
	Сопровождение на прогулках		540	2,10	9,00			
Правовые	Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.	Передвижение вне жилища	206,3	0,80	3,44	206,3	0,80	3,5
Итого нагрузка						7080	29,5	118
Примечание – Составлено по результатам исследования								

Таблица 21 – Трудозатраты на предоставление услуг для четвертой категории клиентов,

Вид услуг*	По элементам	Критерий	Трудозатраты на услугу			Трудозатраты всего		
			в месяц, мин	в неделю час	в месяц час	в месяц мин	в неделю час	в месяц час
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Социально бытовые	Индивидуальные услуги	Жизнеобеспечение	2700	10,50	45,00	8130	31,62	135,5
	Помощь при мочеиспускании		900	3,50	15,00			
	Смена калоприемника		900	3,50	15,00			
	Смена памперсов		900	3,50	15,00			
	Приготовление пищи		1800	7,00	30,00			
	Стирка		480	1,87	8,00			
	Уборка		450	1,75	7,50			
	Покупка и доставка прод-х и других товаров	Передвижение вне жилища	400	1,56	6,67	480	1,87	8
	Индивидуальные поручения		30	0,12	0,50			
	Оплата коммунальных услуг, другие действия		50	0,19	0,83			
Контакты по телефону по просьбе клиента	Коммуникации	5	0,02	0,08	110	0,43	1,8	
Помощь в письменных коммуникациях		15	0,06	0,25				
Необходимые контакты от имени клиента		90	0,35	1,50				

Продолжение таблицы 21

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Социально-медицинские	Первичная доврачебная помощь на дому	Жизнеобеспечение	80	0,31	1,33	1830	7,12	30,5
	Санитарно-гигиенические услуги: обливание, ванны, обтирание, обработка пролежней		360	1,40	6,00			
	Проведение процедур (нанесение мазей и др.)		900	3,50	15,00			
	Вызов врача на дом	180	0,70	3,00				
	Вызов врача на дом	Коммуникации	10	0,04	0,17			
	Покупка лекарственных и медицинских средств, сдача анализов клиента в лабораторию	Передвижение вне жилища	300	1,17	5,00			
Психолог.	Ведение бесед, психологическая разгрузка	Коммуникации	540	2,10	9,00	540	2,10	9,0
Социально-эконом.	Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении	Передвижение вне жилища	144	0,56	2,40	144	0,56	2,4
Социально-культурные	Чтение литературы, журналов и т.п.	Жизнеобеспечение	60	0,23	1,00	600	2,33	10
	Сопровождение на прогулки в инвалидной коляске		540	2,10	9,00			
Социально-правовые	Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др	Передвижение вне жилища	206,3	0,80	3,44	206,3	0,80	3,5
Итого нагрузка						12040,3	46,8	200,7
Примечание – Составлено по результатам исследования								

Таблица 22 – Нормы труда и обслуживания клиентов, численность штата социальных работников по уходу в государственной и некоммерческой организации, 2014

Клиенты по уровню потребностей	Структура клиентов в абсолютном выражении		Расчетная численность работников, человек*		Удельные затраты времени фактические, доля от ставки		Фактические затраты времени в неделю, часов		Число клиентов, обслуживаемых одним социальным работником по уходу	
	ГО	НО	ГО	НО	ГО	НО	ГО	НО	ГО	НО
Минимальный	112	0	13	0	0,13	-	5,3	-	7,4 клиента в неделю***	-
Средний	26	8	7	2		0,28		11,2		3,5
Интенсивный	17	16	11	13		0,73		29,5		1,35
Максимальный	2	10	2	11		1,2		48		1 клиент + 8 часов в выходные дни
Всего	157	34	35/21**	26/28**		-		-		-

*Расчетная численность работников, исходя из рассчитанных в таблицах 18-21 норм труда на оказание услуг клиентам соответствующих категорий с учетом продолжительности рабочей недели 40 часов.
 ** Фактическая численность работников
 *** По действующему Стандарту применяется норма 8 человек на 1 клиента [93]
 Составлено по результатам исследования

Результаты расчетов позволяют увидеть, что в государственных организациях действует норма 8 клиентов на одного социального работника по уходу (фактически в рассматриваемой организации 7,4 человека), которого обслуживают 5,2 (в рассматриваемой организации 5,3 часа) часа в неделю.

Удельные затраты времени составляют 0,13 от ставки, составляющей 40 часов в неделю. В нормативно-правовых документах нормы затрат времени по уровням ухода не используются, т.к. нет официальной формальной оценки потребностей клиента.

В таких условиях вряд ли можно говорить об удовлетворении потребностей клиента согласно требуемому уровню ухода за ним, т.к. фактически всех клиентов обслуживают по минимальному уровню ухода.

Расчетная численность штата, представленная в таблице должна быть почти в два раза больше: требуется 36 работников, а работает 21 человек.

Таблица 23 – Сравнительный анализ персонала организаций надомного обслуживания для престарелых и инвалидов*

Персонал	Интервал затрат времени, доля от ставки (40 часов) на 1 клиента		Интервал затрат времени на 1 клиента, часов в неделю		Число обслуживаемых клиентов в неделю	
Организации надомного обслуживания Литва (всех форм собственности)						
Социальный работник (международная классификация - social worker)	0,03**	0,05	1,2	2	33	20
Медсестра	0,03	0,07	1,2	2,8	33	14
Помощник социального работника/медсестры (индивидуальный уход)	0,44	1,1	17,6	44	2	1
Кинезитерапевт/массажист/эрготерапевт (должности могут быть созданы в организациях надомного обслуживания)	0,03	0,06	1,2	2,4	33	17
Государственная организация надомного обслуживания в РК						
Консультант по социальной работе	0,0125		0,5		80	
Социальный работник по уходу (международная классификация – assistant social worker)	0,125	0,2	5	8	8***	5***
Некоммерческая организация надомного обслуживания в РК						
Социальный работник	0,025		1		40	
Социальный работник по уходу	0,28	1,2	11,2	48	3,5	1
* Составлено с использованием нормативно-правовой базы [47, с.5; 117; 126; 127] ** Данные обозначенные курсивом представлены в нормативно-правовом документе, остальные рассчитаны, исходя из продолжительности рабочей недели 40 часов *** 5 клиентов в неблагоустроенном жилье и 8 в благоустроенном Составлено по результатам исследования						

В некоммерческой организации, гораздо более адаптированной к спросу на рынке специальных услуг, действуют несколько схем ухода, основанных на затратах времени социальных работников.

В сравнении с применяемой нами методикой оценки потребностей, затрат рабочего времени социальных работников и соответственно их численности можно сделать вывод о том, что число работников даже больше чем требуется по нашим расчетам на две единицы.

Кроме представленного сравнения, мы осуществили также сравнение с нормативами Республики Литва, как одной из стран, работающей по стандартам Европейского Союза и применяющей нормативы численности штата на государственном уровне (более подробно обоснование сравнения с Республикой Литва представлено в параграфе 1.3) (таблица 23).

Необходимо отметить, что за основу взят литовский стандарт и установлено

соответствие упомянутых в этом стандарте должностей с должностями в казахстанском стандарте.

Поэтому если должности в таблице отсутствуют, то в литовском стандарте такие не нормируются [126, р.34].

Сравнение нормативных документов, регулирующих нагрузку на социального работника в службах домашнего ухода в Литве и Казахстане, позволяет получить следующие результаты [128]:

1 Нагрузка в Литве определяется в долях от полной ставки работника в 40 часов.

2 Нагрузка задается в виде интервала, т.к. она может различаться в зависимости от структуры обслуживаемых данным работником клиентов с конкретными потребностями. (В Пункте 1 статьи 16 Закона Литовской республики «О социальных услугах» от 19 января 2006 года закреплено, что «потребность лица в социальных услугах устанавливается индивидуально в соответствии с несамостоятельностью лица, а также возможности развивать самостоятельность или компенсировать интересы и потребности лица соответствующими социальными услугами.)

3 В нормативно-правовом документе по Литовской республике установлен интервальный норматив для должности медицинской сестры и упомянут ряд должностей, которые могут создаваться в организациях домашнего ухода: кинезитерапевт/массажист/эрготерапевт. В казахстанском стандарте таких должностей нет.

4 По составу должностных функций примерно одинаковыми можно признать должность «социального работника» в Литве (международная классификация - social worker) и должность «социального консультанта» в Казахстане. Социальный консультант в Казахстане обслуживает в 1,2-2 раза больше клиентов, чем социальный работник в Литве.

5 По составу должностных функций примерно одинаковыми можно признать должность «помощника социального работника» (международная классификация – assistant social worker) и социального работника по уходу, который в Казахстане обслуживает клиентов в 2,5-8 раз больше чем в Литве.

Выводы

Статья 5 вышеупомянутого закона Республики Литва гласит, что «социальные услуги людям пожилого возраста предоставляются посредством создания условий как можно дольше проживать дома, в семье, самостоятельно заботиться о своем быте, и организации помощи, помогающей поддерживать социальные связи с семьей, близкими людьми и обществом».

Это говорит о том, что современные системы развитых стран (поскольку Литовское законодательство соответствует нормам Евросоюза), при оказании помощи опираются на

– индивидуальный подход к потребностям клиента, который позволяет оказать услугу необходимого ему качества, в результате чего нормативы нагрузки на социального работника указаны в интервале, что логически приведет к интервалу в штате организации;

– в фокусе находится именно качество услуги, в связи с чем, предусмотрена

возможность получения услуги массажиста, кинезиотерапевта, эрготерапевта;

– существует так называемый барьер входа в систему, измеряемый в часах ухода, который не принимает на бесплатное обслуживание людей с потребностями в уходе менее 17,6 часов в неделю, в отличие от казахстанского свободного входа, не привязанного к индивидуальным потребностям в уходе, а привязанного к возрасту и статусу одинокого проживания.

Результатом применения такого подхода является унифицированная услуга, обеспечивающая удовлетворение минимальной потребности в уходе в объеме 4 часов в неделю. Причем согласно нашему исследованию, минимально необходимый объем времени на оказание услуги составляет 5 часов, а клиенты других групп, которым нужен уход более 5 часов, остаются со значительным объемом неудовлетворенных потребностей [129].

В этом случае наблюдается значительное несоответствие качества услуг, предоставляемых службами ухода на дому, которое ограничено нормированием труда работника, вынужденного обслуживать большое число клиентов. В то время как в литовских службах ухода на дому, согласно нормам задаваемым министерством, один работник обслуживает 1-2 клиентов, что позволяет выдерживать высокое качество услуг.

Это говорит о том, что при переходе на другой хозяйственный режим: республиканское государственное предприятие, основанное на праве хозяйственного ведения, государственным организациям придется пересмотреть свои хозяйственные практики и для полноценного участия на рынке труда разработать совершенно новую стратегию развития для участия в конкуренции. Аналогичное сравнение нами проведено для государственного и частного дома для инвалидов и престарелых в Казахстане.

Сравнительный анализ персонала, задействованного для оказания услуг в частной и государственной организации Казахстана, представлен в таблице 24.

Сравнительный анализ нормативов государственных и частных организаций затруднен тем, что при оказании услуг в частной организации при нормировании труда социальных работников и помощников социальных работников (санитарок) используется группировка клиентов по потребностям.

Используются как минимум три группы, для которых различаются нормы труда при оказании прямых услуг.

При этом нормативы нагрузки более или менее сопоставимы по первой группе клиентов пожилого возраста (ориентировочно 75-80 лет) с наименьшей потребностью в специальных социальных услугах. Нормирование труда осуществляется в частных организациях по тем должностям, работники на которых оказывают прямые услуги: социальные работники и помощники социальных работников.

Сравнение нормативов нагрузки на социальных работников показывает, что в государственных организациях у социальных работников нагрузка выше.

Таблица 24 – Долгосрочный социальный уход за взрослыми инвалидами и пожилыми людьми в частном и государственном медико-социальном учреждении

Категории и персонал	Частная организация *								Государственная организация**			Применение минимальных нормативов частных компаний к государственному МСУ на 50 клиентов
	Интервал затрат времени, доля от ставки (40 часов)		Интервал затрат времени, часов в неделю		Число обслуживаемых клиентов в неделю		Число работников на 50 клиентов		Число работников на 50 клиентов	Интервал затрат времени, часов в неделю	Интервал затрат времени, доля от ставки (40 часов)	
1	2		3		4		5		6	7	8	9
Пожилый человек (до 75-80 лет)									нет категорий клиентов			
Социальный работник	0,04	0,08	1,6	3,2	25	13	2	4	1,5	1,2	0,03	2
Помощник социального работника (индивидуальный уход)	0,08*	0,24	3,2	9,6	13	4	4	12	5,25	4,2	0,105	4
Взрослый с инвалидностью									Категории клиентов не выделяются			
Социальный работник	0,04	0,1	1,6	4	25	10	2	5				
Помощник социального работника/помощник медсестры	0,14	0,36	5,6	14,4	7	3	7	18				
Престарелый (после 80 лет) или взрослый с тяжелой степенью инвалидности												
Социальный работник	0,03	0,06	1,2	2,4	33	17	1,5	3				
Помощник социального работника (индивидуальный уход)/помощник медсестры	0,3	0,5	12	20	3	2	15	25				
Другой персонал МСО (кроме тех, кто не связан с оказанием услуг клиентам)												
Директор/зам.директора	1								до 50 получателей –1, для более чем 50 получателей – 1–2			1 ставка
Врач-терапевт***	0,5								до 100 получателей – 1, для более чем 100 получателей 1,5			0,5 ставки
Специалист по вопросам занятости	Нет								на 6 желающих получить услугу – 1			1 ставка
Главная медсестра	Нет								1			1 ставка

Продолжение таблицы 24

Другой персонал МСО (кроме тех, кто не связан с оказанием услуг клиентам)			
Медсестра	1	5,25 ставки на 50 человек, т.е. 9,5 получателей – 1 человек	1,5 ставки
Кинезитерапевт/массажист/эрготерапевт (должности могут быть организованы)	Массажист - 1	при наличии бассейна 1 кинезитерапевт	1 единица кинезитерапевта, массажиста, эрготерапевта
Психолог***	0,5	до 100 получателей – 0,5–1, для более чем 100 получателей – 1–2	0,5-1 ставка
Диетолог	Отсутствует, функции выполняет медсестра	на любое число клиентов - 1	0,5ставки
<p>* Данные о штате работников взяты на примере частного дома для инвалидов и престарелых в г.Караганда</p> <p>** Данные о штате работников государственной организации взяты из государственного Стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения Республики Казахстан в условиях стационара [93]</p> <p>***Должности с такой отметкой в частной организации находятся на аутсорсинге</p> <p>Примечание – Составлено по результатам исследования</p>			

То есть в государственной организации 1,5 единицы социального работника обслуживают 50 человек клиентов (на каждого 1,2 часа). В частной организации, как минимум, 2 социальных работника обслуживают 50 человек клиентов (на каждого 1,6 часа). Максимальное число социальных работников 4, при этом они тратят на каждого клиента 3,2 часа.

Таким образом, нагрузка на социальных работников в государственных стационарах Казахстана выше, чем на социальных работников в частном.

Норматив по численности помощников социального работника (санитарка) в государственной организации составляет 5,25 единиц круглосуточного поста и превышает минимальный норматив в частной организации: 4 единицы для группы с минимальными потребностями (пожилые люди 75-80 лет). При этом в частной организации в ночное время предполагается 1 работник на 45 клиентов.

Очевидно, что штатные нормативы в частной организации нацелены на оказание основной услуги и значительно упрощены.

В государственной организации, кроме перечисленных в таблице должностей существуют нормативы для врачей разных профилей, специалистов по оказанию социально-культурных услуг, инструкторы по труду, а также значительное число персонала, обслуживающего инфраструктуру: трактористы, электрики, столяры, плотники и т.п.

То есть частные организации сокращают многие штатные единицы, не связанные непосредственно с оказанием специальной социальной услуги, что позволяет значительно уменьшить цену для клиента.

Так, например, расчеты по казахстанским нормативам, которые будут показаны нами в дальнейшем, позволили сравнить подушевые затраты на проживание 1 человека в учреждении на 50 человек клиентов.

По казахстанскому стандарту затраты составили 63470 тенге в месяц, по штатному нормативу частной организации (даже с сохранением затрат по всем остальным статьям по казахстанскому стандарту, например, питания) затраты составили 43052 тенге в месяц: экономия в 20412 тенге достигнута только за счет сокращения штата.

С другой стороны, сохранение норматива по штату для частных организаций позволяет косвенно контролировать качество услуги, т.к. нормативы косвенно не дают снижать качество (хотя бы с точки зрения обеспеченности человеческими ресурсами) и демпинговать цену.

В Казахстане в настоящее время существует проблема дисбаланса на рынке услуг. Государственные услуги в МСУ для инвалидов и престарелых недоступны для населения, не имеющего права на их получение, даже на платной основе, т.к. МСУ не имеют права обслуживать клиентов рынка.

Но и цена на эти услуги запретительно высока для населения, не имеющего других источников дохода, кроме пенсии. Ежедневное содержание клиента в государственном доме престарелых составляет 140 тысяч тенге [130].

Упрощение норматива штатных сотрудников, параллельно с разрешением государственным МСУ привлекать клиентов на платной основе, позволило бы на самом деле поднять качество услуги для населения в целом, на основе

повышения качества в каждой организации.

С другой стороны, частные дома для пожилых граждан предлагают услугу на рынке дешевле, но считается, что эта услуга имеет невысокое качество (вплоть до антисанитарии и т.п.). Ресурсов же у таких домов для развития нет, поскольку более обеспеченные клиенты в эти дома не идут. При определении цен на услугу частные дома руководствуются точкой безубыточности своих затрат и в условиях отсутствия развитой конкуренции могут себе позволить формировать необоснованную цену и привязывать её скорее к среднему размеру пенсии, но не к реальным затратам.

Таким образом, по нормативно-правовому обеспечению штата организаций и учреждений социального обслуживания в государственной и частной организации можно сделать следующие выводы:

1 В частной организации нормативы определяются только для работников, непосредственно оказывающих услуги клиентам: социальные работники, социальные работники по индивидуальному уходу, педагоги, психологи, медицинские работники. Все остальные штатные единицы остаются на усмотрение организации, предоставляющей социальные услуги.

2 В частных организациях применяется клиентоориентированная модель и предоставление конкретной услуги для разных категорий получателей. Категории получателей определяются в результате оценки потребностей конкретного клиента. Так, для частного дома инвалидов и престарелых определены три типа клиентов и т.п. При таком подходе объем нагрузки на работника определяется в долях от ставки, которая принимается за 40 часов рабочей недели.

3 В частной организации используется минимальное число специалистов на полную ставку, а многие специалисты привлечены со стороны по принципу аутсорсинга.

В результате такой структуры норматива штата ориентиром является качество услуги, а не на обеспечение функционирования инфраструктуры и сохранение учреждения в целом.

Исходя из вышеизложенного наилучшего мирового опыта, критериями распределения нагрузки на работников организации в сфере социальных услуг являются:

- перечень услуг для клиентов, оказываемых согласно нормативно-правовой базе;
- объем потребностей клиентов в уходе, выраженный в часах ухода, т.е. соответствующих фактических затрат времени социального работника и другого персонала на оказание прямых услуг;
- продолжительность рабочего времени работника и структура обслуживаемых им клиентов по объему их потребностей.

Согласно этому, нами предлагается изменение принципов нормирования труда и планирования штата работников государственных социальных учреждений, т.к. именно эти принципы не позволяют сейчас оказывать большинству клиентов качественную услугу, что при переходе на право хозяйственного ведения не позволит им полноценно конкурировать на рынке.

Отсутствие стратегии развития организации не позволяет им выстроить целостную концепцию развития организации для формирования конкурентных преимуществ в условиях монетизации специальных социальных услуг на рынке [131,132].

У некоммерческих и частных организаций есть практика оценки потребностей, нормирования труда персонала и определения адекватной базе клиентов численности работников [99, с.75; 133].

Основными узкими местами стратегии развития являются, на наш взгляд, отсутствие конкретной ценовой политики на основе управления распределением затрат по видам услуг и методики оценка качества оказываемой услуги

3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

3.1 Стратегии развития организаций на рынке социальных специальных услуг в условиях ужесточения конкуренции

Управление организацией, занимающейся специальными социальными услугами, имеет свою специфику, характерную для социальных услуг, но в то же время, опирается на общие принципы стратегического управления.

Мы исходим из того, что стратегическое управление - это «определение направления и масштаба деятельности организации в максимально возможной долгосрочной перспективе, позволяющее согласовать ресурсы компании с изменяющимися условиями внешней среды и особенностями рынка, потребителями и клиентами с целью удовлетворения потребностей заинтересованных сторон» [4, р. 27].

В связи с этим отмечаем, что особенностью социальной организации является совмещение экономической и социальной цели. Социальная цель заключается в повышении продолжительности и качества самостоятельной жизни клиентов, а экономическая в повышении финансовой устойчивости фирмы за счет увеличения масштабов рыночной ниши, выхода на новые географические рынки и новые категории клиентов.

Для достижения этой цели организация, занимающаяся социальным обслуживанием, формирует человеческие и затрачивает финансовые ресурсы для осуществления своей деятельности, планирует и организует разные формы предоставления услуг клиентам, осуществляет контроль над качеством услуг.

Исходя из выявленных нами:

- общемировых тенденций (рост численности и продолжительности жизни населения при сохранении значительной доли людей с ограниченными возможностями);

- структуры рынка специальных социальных услуг Казахстана и основных трендов его развития (в том числе обусловленных изменением нормативно-правовой базы);

- результатов эмпирического исследования в форме открытого интервью организаций разных форм собственности (коммерческих, некоммерческих и государственных) в Карагандинской области, специализирующихся на специальных социальных услугах;

- результатов оценки применяемых этими организациями стратегий деятельности по основным этапам делового процесса в форме SWOT -анализа, были разработаны возможные стратегии развития для организаций разных форм собственности.

Некоммерческая организация.

Миссия некоммерческой организации, оказывающей услуги ухода для инвалидов и престарелых на дому: «Обеспечение высокого качества жизни клиентов в привычных для них условиях местного сообщества на дому, в том числе за счет организации круглосуточного ухода». (В основном некоммерческие организации в настоящее время специализируются на

оказании услуг для престарелых и инвалидов на дому, в том числе по причине отсутствия материальных активов для открытия стационаров).

Для некоммерческой организации в средне- и долгосрочной перспективе целесообразно реализовать стратегию «Максимизация индивидуального подхода к клиенту, цены и качества оказываемых услуг для удержания и расширения доли рынка».

Для достижения этой цели предполагается выполнение ряда задач:

1 Уточнение методики определения потребностей клиента и введение не менее 4 уровней ухода (в настоящее время 3 группы) для моделирования численности основного персонала.

2 Формирования индивидуальной цены за получаемые услуги согласно требуемому уровню ухода и осуществление ценовой политики, основанной на максимальной дифференциации пакета предлагаемых услуг, вплоть до 1- 2-3 услуг

3 Сокращение затрат на персонал за счет привлечения к оказанию услуг членов сообщества (на основе взаимного согласия клиента и члена сообщества) после соответствующей квалификационной профессиональной подготовки;

4 Расширение спектра услуг за счет введения дополнительных услуг, не связанных напрямую с оказанием услуг клиенту;

5 Разработка новой методики оценки качества оказываемых услуг.

По каждой задаче можно более подробно обозначить предпринимаемые меры.

Задача 1.

Предлагаемая методика представлена в параграфе 2.2 и её внедрение позволяет уточнить схемы ухода, соответственно более правильно рассчитать нормы труда и запланировать численность требуемого персонала.

Таблица 25 – Затраты рабочего времени и требуемая численность социальных работников по уходу при планируемом охвате 50 клиентов

	Структура клиентов, %	Численность клиентов по категориям, человек	Затраты рабочего времени по схемам ухода, часов в неделю	Объем рабочего времени для социальных работников по уходу, часов в неделю	Требуемая численность ставок для социальных работников по уходу
Минимальный	5	2	4,5	9	0,2
Средний	20	10	10,5	105	2,6
Интенсивный	50	25	29,5	737,5	18,4
Максимальный	25	13	46,8	608,4	15,2
Всего:	100	50	1170	1460	36,5
Примечание – Составлено автором					

Согласно результатам эмпирического исследования группы с минимальными потребностями сейчас в некоммерческих организациях нет, т.к.

есть бесплатное обслуживание на дому от государственных организаций. Но поскольку мы предлагаем некоммерческим организациям внедрить максимальную дифференциацию пакета предоставляемых услуг, то предполагается незначительная доля клиентов, которые возможно захотят воспользоваться этой услугой, и для этого нужен персонал. Поэтому при планировании мы предлагаем все же учесть в структуре 10% клиентов с минимальной потребностью (таблица 25).

Такой расчет позволяет достаточно точно определить численность базовых работников в службе социального ухода на дому.

Задача 2.

По четырем уровням ухода можно сформировать индивидуальную цену услуги, согласно установленной категории клиента, учитывающей:

- прямые затраты (продолжительность рабочего времени социального работника по уходу, социального работника);

- косвенные затраты, включающие расходы на административно-управленческий аппарат, материально-технические расходы (например, спецодежда социального работника по уходу), а также другие услуги, которые могут быть оказаны на дому. К таким услугам относятся услуги, например, массажиста, который необходим для 3 и 4 категории или услуги кинезиотерапевта, который может быть востребован 2-3 категориями.

Расчеты представлены в таблицах 26 и 27.

Согласно полученным данным, минимальная цена за услуги при первой категории ухода составляет 1274 тенге в неделю, при второй 2638 тенге в неделю, при третьей 6957 тенге в неделю, при четвертой – 10 890 тенге в неделю.

Услугами первой категории могут пользоваться следующие группы клиентов:

- испытывающие временную потребность в помощи, вследствие болезни и ограниченности активности по жизненным показаниям;

- клиенты, проживающие и получающие уход в семье, но испытывающие потребность в помощи вследствие временного её отсутствия, связанного с отпуском членов семьи, болезнью или какими-либо другими причинами.

Более того, мы предлагаем для таких клиентов реализовывать политику максимальной дифференциации услуг и предлагать им, например, только социально-бытовые или социально-медицинские виды услуг. В этом случае цена будет меньше.

Такой вариант услуги можно предлагать для первой и второй категории клиентов.

В таблице 28 представлены варианты цен для клиентов, которые не испытывают потребности в полном пакете услуг, или они имеют низкую платежеспособность и хотели бы уменьшить объем потребляемых услуг до 1, 2 или 3.

Таблица 26 – Расчет полной цены пакета по базовым схемам ухода, 2015г.

	Затраты рабочего времени социального работника по уходу по категориям клиентов, часов в неделю	Затраты рабочего времени социального работника, часов в неделю	Часовая ставка оплаты труда социального работника по уходу/ социального работника согласно действующей в госсекторе, тенге в час*	Прямые затраты		Косвенные затраты на АУП, другие услуги и материально-технические затраты, 10% от прямых затрат	Цена пакета услуг в неделю, тенге
				Заработная плата социального работника по уходу, тенге в неделю	Заработная плата социального работника, тенге в неделю		
Минимальный	4,5	1 час	206,65/228,3	929,9	228,3	115,8	1274,0
Средний	10,5			2169,8	228,3	239,8	2637,9
Интенсивный	29,5			6096,2	228,3	632,4	6956,9
Максимальный	46,8			9671,2	228,3	990,0	10889,5
*Образец расчета представлен в таблице 3 Примечание – Составлено по результатам исследования							

Таблица 27 - Расчет затрат на заработную плату социального работника по уходу, тенге в час

Наименование	Значения показателя
БДО, тенге	17697*
Коэффициент G13 (стаж работы 9 - 11 лет)	1,87
Заработная плата в месяц, тенге (строка 1 x строка 2)	33094
Социальные отчисления (5%) и социальный налог (6%), тенге (строка 3 x 0,9 x 0,11)	3277
Заработная плата в месяц с учетом отчислений, тенге (строка 3 + строка 4)	36371
Часовая заработная плата, тенге в час (строка 5/ 176 рабочих часов в месяц)	206,65
Примечание – Составлено автором по данным 2015	

Таблица 28 – Цены на бытовые, медицинские и психологические услуги для 1 и 2 категории клиентов

Категории клиентов по уровню ухода		Затраты времени социального работника по уходу, часов в день	Затраты времени социального работника, часов в неделю	Оплата труда социального работника		Прямые затраты	Цена за каждую услугу отдельно, тенге	Цена за услуги 1.1 и 1.2, тенге	Цена за услуги 1.1 и 1.2 и 1.3, тенге	Цена за полный пакет для 1 категории
1 категория	1.1 Бытовые	3,4	1	702,6	228,3	930,9	1024,0	1055,8	1171,8	1274,0
	1.1.1 Жизнеобеспечение	2,5		516,6	228,3	744,9	819,4			
	1.1.2 Способность к передвижению	0,9		186,0	228,3	414,3	455,7			
	1.2 Медицинские	0,14		28,9	228,3	257,2	283,0			
	1.3 Психологические	0,51		105,4	228,3	333,7	367,1			
								Цена за услуги 2.1 и 2.2, тенге	Цена за услуги 2.1 и 2.2 и 2.3, тенге	Цена за полный пакет для 2 категории
2 категория	2.1 Бытовые	6,25	1	1291,6	228,3	1519,9	1671,8	2224,2	2383,3	2637,9
	2.1.1 Жизнеобеспечение	4,64		958,9	228,3	1187,2	1305,9			
	2.1.2 Способность к передвижению	1,42		293,4	228,3	521,7	573,9			
	2.2 Медицинские	2,43		502,2	228,3	730,5	803,5			
	3.2 Психологические	0,7		144,7	228,3	373,0	410,3			
Примечание – Составлено автором										

Так для первой категории клиентов может быть предложен вариант оплаты только бытовой услуги и тогда недельный платеж составит 1024 тенге против 1274 тенге за полный пакет. При кажущейся незначительности этой суммы за месяц экономия для клиента составит более 1000 тенге, что для пенсионера является существенной суммой.

Если же предложить отдельно услуги блока «Жизнеобеспечение», для тех кто испытывает трудности при оказании себе услуг длительного ухода, то оплата снизится до 819 тенге.

Если с этим нет проблем, а необходимы услуги, касающиеся выхода из квартиры, то оплата может составить всего 456 тенге, что почти в три раза меньше, чем полный пакет услуги.

Если же одним человеком берутся услуги блока «Бытовые» 1.1 и «Медицинские» 1.2, которые составляют жизненно необходимую часть специальных социальных услуг, то цена составит 1055,6 тенге. При этом в других услугах может не быть необходимости, т.к. эти функции могут осуществлять члены семьи клиента.

Опять же заказ совместной услуги 1.1 и 1.2 по стоимости будет меньше, чем мы будем заказывать эти услуги отдельно. То есть если базовая услуга «бытовая», включающая 1.1.1 и 1.1.2, составляет 1024,0, то при добавлении «медицинской» услуги клиент доплатит всего лишь 32 тенге и будет получать две услуги. Если же клиент решит заказать ещё и «психологическую» услугу, то ему надо будет доплатить 120 тенге и получать три услуги «бытовые», «медицинские» и «психологические» за 1172 тенге.

Ещё более ощутимая разница получается для второй категории клиентов, для которых разница между полным пакетом услуг и «бытовыми услугами» составляет 966 тенге, а между полным пакетом и услугами блока 2.1.1 «Жизнеобеспечение» составляет 1339 тенге, между полным пакетом и услугами блока 2.1.2 «Способность к передвижению» составляет 2064 тенге.

Исходя из таких выкладок, мы рекомендуем некоммерческим организациям проводить максимально индивидуализированную ценовую политику, предлагая клиентам отдельные блоки услуг.

Задача 3.

По данной задаче возможна экономия расходов на персонал за счет привлечения к основному уходу соседей, друзей или других членов сообщества клиента, к которым он испытывает доверие и согласен на оказание помощи с их стороны. В этом случае после проведения соответствующей подготовки и консультаций со стороны организации, физическое лицо может стать работником по уходу. Такие случаи встречаются на практике достаточно редко, но выгода для клиента состоит в том, что работник – услугодатель не является официальным сотрудником организации и накладные расходы могут не включаться в цену, а только оплата труда социального работника и работника по уходу.

Задача 4.

Предлагается проведение подготовительных обучающих тренингов для всех желающих (прежде всего тех, кто самостоятельно ухаживает за престарелыми или инвалидами на дому) и испытывает потребность в такой подготовке. Кроме того, курсы могут проводиться, как занятия по повышению квалификации для работников государственных и частных организаций на постоянной основе, если для проведения таких курсов будет соответствующая квалификация, подтвержденная сертификатами.

Соответствующие курсы для клиентов проводятся за символическую плату, осуществляется также информационная поддержка по телефону или скайпу.

Задача 5.

Предлагается разработка методики оценки качества услуги, которая будет представлена нами в параграфе 3.3.

Частная организация.

Миссия частной организации, оказывающей «Поддержание достойного уровня и качества жизни пожилых людей в условиях отсутствия возможностей проживания в семье».

Стратегия частной организации, оказывающей услуги стационара для инвалидов и престарелых, в среднесрочном периоде может быть сформулирована как: «Привлечение новых клиентов за счет создания комфортных условий проживания и обеспечения базовых потребностей пожилых и инвалидов за приемлемую цену».

Задачами для достижения этих целей могут быть следующие рекомендуемые улучшения делового процесса в организации:

- 1 Повышение качества услуги за счет приобретения реабилитационного оборудования и обеспечения групповых занятий кинезитерапевта, эрготерапевта, массажа;
- 2 Разработка и введение в практику менеджмента официальной методики для оценки качества услуги (методика представлена в параграфе 3.3.);
- 3 Разработка ценовой политики, основанной на разных методах включения прямых и косвенных затрат в цену (предложения представлены в параграфе 3.2).

Государственная организация.

Самые значительные изменения должны состояться в государственных организациях, которые при переходе на право хозяйственного ведения получают возможность привлечения клиентов с рынка, а не только оказания услуг за счет государственного бюджета.

Организации надомного обслуживания и полустационары будут конкурировать с некоммерческими организациями, а стационары с частными организациями, предоставляющими услуги для постоянного проживания.

Поскольку слабые стороны всех государственных организаций сходны и раскрыты нами в материалах стратегического анализа в параграфе 2.1, то и разработанные предложения будут аналогичны для тех и для других.

Стратегия для организации надомного обслуживания может содержать следующую цель: «Привлечение новых клиентов и формирование своей рыночной ниши за счет индивидуализации услуги и повышения её качества».

Стратегия для стационаров и полустационаров может опираться на достижение следующей цели: «Обеспечение услуги высокого качества за счет квалифицированного персонала и современного реабилитационного оборудования».

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

1 Внедрение адекватных потребностям клиентов уровней ухода на основе оценки реальных потребностей;

2 Моделирование численности персонала на основе оценки реальных потребностей клиентов и их структуры по уровням ухода

3 Приобретение и своевременное обновление реабилитационного оборудования;

4 Введение современной ценовой политики, основанной на определении конкурентоспособной цены. Варианты возможных подходов представлены в параграфе 3.2;

5 Введение методики оценки качества услуг. Предлагаемая нами методика оценки качества услуг социального обслуживания представлена в параграфе 3.3. Поскольку принципы, заложенные в данной методике, являются универсальными для подобного рода опросов, она может быть адаптирована к условиям стационара путем замены отдельных блоков.

Обобщение предложений по стратегиям для организаций разных форм собственности представлено в таблице 29.

Таким образом, по предлагаемым вариантам стратегий организаций разных форм собственности могут быть сделаны следующие выводы.

Некоммерческим организациям, имеющим самое гибкое предложение на данном рынке услуг, но самые скромные материальные и финансовые активы (за исключением религиозных организаций), целесообразно реализовать стратегию расширения доли рынка в сегменте ухода на дому за инвалидами и престарелыми. В настоящее время, за счет роста численности населения, продолжительности жизни при сохранении традиционного уровня медицинских услуг, спрос на такие услуги со стороны населения значительно вырос. Поскольку такие организации, в частности в Карагандинской области, сформировались и развиваются в основном за счет благотворительных средств зарубежного происхождения (США – еврейское население; Германия – немецкое население; некоммерческая организация сестринского ухода - Япония), они сформировали достаточно квалифицированный персонал и накопили значительный опыт в оказании услуг. Сегодня, когда обслуживаемый ими контингент количественно уменьшается, как и объемы финансирования, они имеют желание выйти на открытый рынок и оказывать услуги на основе широкого спроса. В то же время, они испытывают трудности с разработкой стратегий развития и бизнес-планированием.

Таблица 29 – Стратегии организаций социального обслуживания разных форм собственности

Стратегическое управление организацией социального обслуживания			
Стратегия:	Некоммерческая организация	Частная организация	Государственная организация
	Цель: Расширение рыночной ниши на основе реализация конкурентного преимущества в организации дневного и ночного ухода на дому для всех категорий клиентов за счет обеспечения наилучшего соотношения цены и качества услуги	Цель: Привлечение новых клиентов за счет создания комфортных условий проживания и обеспечения базовых потребностей пожилых и инвалидов за приемлемую цену	Цель: «Формирование сегмента целевых потребителей услуги высокого качества за счет квалифицированного персонала и современного реабилитационного оборудования»
Этапы делового процесса	Задачи		
Оценка потребностей	1. Уточнение методики определения потребностей клиента и введение не менее 4 уровней ухода (в настоящее время 3 группы)		
Определение объема и цены услуги	2. Формирования индивидуальной цены за получаемые услуги согласно требуемому уровню ухода		3. Модельный подход к управлению затратами и ценами на услуги организации
	3. Осуществление ценовой политики, основанной на максимальной дифференциации пакета предлагаемых услуг, вплоть до 1-2-3 услуг		
Планирование штата	4. Сокращение затрат на персонал за счет привлечения к оказанию услуг членов сообщества (на основе взаимного согласия клиента и члена сообщества) после соответствующей квалификационной профессиональной подготовки	4. Планирование численности персонала, оказывающего прямые услуги и привлечение части персонала, оказывающего групповые услуги по аутсорсингу	4. Моделирование численности основного персонала на основе планируемой численности клиентов и их структуры по схемам ухода
Оценка качества услуги	5. Внедрение комплексной оценки качества оказываемых услуг		
Другие задачи для достижения стратегической цели	6. Расширение спектра услуг предлагаемых на рынке за счет введения дополнительных услуг, не связанных напрямую с оказанием услуг клиенту	6. Расширение спектра услуг за счет услуги полустационара 7. Приобретение и обновление реабилитационного оборудования для кинезитерапии	6. Приобретение и своевременное обновление реабилитационного оборудования.
Примечание - Составлено автором			

Мы предлагаем для этих организаций стратегию максимального использования своих конкурентных преимуществ: оказание помощи на дому в привычной для клиента обстановке и подбор максимально комфортной цены на основе оценки потребностей, определения необходимого уровня ухода и предоставления не только полного пакета услуг, но и любого набора вплоть до одной-двух базовых услуг (бытовые, медицинские, психологические).

Для этих организаций возможно предложение сопряженных услуг, не связанных напрямую с оказанием услуг конкретному клиенту, в частности в форме тренингов для социальных работников всех форм собственности и всех других желающих их пройти.

Сокращение затрат на персонал за счет использования аутсорсинга и привлечения, по желанию клиента, услугодателя из сообщества (после соответствующей подготовки). На условиях аутсорсинга привлечение услуг массажиста и кинезитерапевта для оказания качественной услуги по приемлемой цене.

Введение комплексной оценки качества услуги также является стратегической задачей, так как именно за счет качества услуги и приемлемой цены на неё будет формироваться основное конкурентное преимущество некоммерческих организаций в сфере домашнего ухода.

Частным организациям, специализирующимся на оказании услуг стационарного ухода (т.к. в целом эта услуга дороже, чем на дому), на данном этапе развития рынка подойдет стратегия обеспечения комфортных условий проживания и обеспечения базовых потребностей индивида за приемлемую цену.

Целесообразно расширение спектра услуг за счет освоения услуги полустационара, которая будучи недорогой относительно базовой услуги, создает возможности для реализации модельного подхода к управлению затратами и ценообразованию.

Реализация разных способов разнесения косвенных затрат позволит добиться более низкой цены для услуги, которая имеет потенциал рыночного спроса, сформировать группу клиентов, которые будут её потреблять на регулярной (возможно клубной) основе.

Государственным организациям, которые в ближайшее время перейдут на право хозяйственного ведения, целесообразно также использовать рыночные методы хозяйствования и разработать стратегию, которая позволит задействовать главное конкурентное преимущество государственных стационаров – материальную базу и традиционно более высокий уровень доверия граждан к этим организациям.

Введение бизнес-принципов для реализации стратегии развития определит необходимость использования методики идентификации потребностей и соответственно штата основного персонала, что приведет к внедрению новых методов определения численности персонала: жесткое планирование основного персонала, максимально-возможное переведение на аутсорсинг вспомогательного персонала и сокращение административного.

На базе государственных организаций также возможно открытие услуг полустационаров и реализация модельного подхода к формированию цены на услуги.

Введение бизнес-принципов для реализации стратегии развития определит необходимость использования методики идентификации потребностей и соответственно штата основного персонала, что приведет к внедрению новых методов определения численности персонала: жесткое планирование основного персонала, максимально-возможное переведение на аутсорсинг вспомогательного персонала и сокращение административного.

На базе государственных организаций также возможно открытие услуг полустационаров и реализация модельного подхода к формированию цены на услуги.

Государственным организациям требуется самая значительная перестройка для перехода на рыночные принципы хозяйствования, но высокая квалификация специализированного персонала и материально-техническая база позволят им сформировать свою рыночную нишу.

3.2 Модельный подход к управлению издержками и ценами на услуги организации

Одним из значимых предложений в нашей работе является модельный подход к управлению затратами и ценами в организациях, оказывающих специальные социальные услуги. Как было изложено в параграфе 1.3 основным механизмом ценообразования на услуги в этом секторе является ориентация на издержки с добавлением нормативной прибыли. В связи с традиционно низкой рентабельностью данной сферы и невысокой платежеспособностью основной массы клиентов, управление затратами становится основным инструментом ценообразования [134,135]. Само присутствие в этом секторе государственных и некоммерческих организаций предполагает, что они могут работать без прибыли, получая за свою работу только возмещение издержек и заработную плату.

Поэтому в основу предлагаемого нами подхода к управлению затратами положены методы

1 Сокращения издержек на основе оптимизации персонала. В основу модельного подхода нами положен принцип гибкости планирования численности персонала, поскольку основные затраты в сфере услуг, и в специальных социальных услугах в частности, складываются по статьям, связанным с оплатой труда персонала.

2 Перераспределения прямых и косвенных затрат по подразделениям или разным видам услуг, оказываемых в организации для обеспечения конкурентоспособной цены и самоокупаемости (некоммерческие организации) и минимально возможной прибыли (частные организации). Поскольку косвенные затраты в свою очередь оказывают определяющее влияние на цену на услуги, то методы определения косвенных затрат и включения их в цену

услуги являются средством повышения конкурентоспособности фирмы в среднесрочном и долгосрочном периоде.

Нами рассмотрены две базовые модели бизнес-планирования деятельности организации, отличающиеся структурой персонала

1 Структура персонала запланирована по аналогу с частной литовской компанией. (Рекомендуется нами для частной организации).

2 Структура персонала запланирована по образцу состава персонала коммуны престарелых в Осакаровском и Бухар-Жырауском районах Карагандинской области. (Рекомендуется нами для некоммерческой организации).

По каждой бизнес-модели были проведены два блока расчетов

- В первом блоке был проведен расчет полных затрат на функционирование проекта в течение года.

- Во втором блоке были рассчитаны прямые, косвенные и полные затраты на услуги для предложения клиенту конкурентоспособной цены и, соответственно, реализации адекватной спросу ценовой политики.

1 МОДЕЛЬ. Центр по предоставлению специальных социальных услуг малой вместимости, совмещающий виды услуг стационара и полустационара, с включением коек временного проживания.

Штатные нормативы разработаны при участии 3 экспертов, в том числе из Республики Литва [136].

В модели заданы три типичных состава клиентов в организациях, характерных для рынка специальных социальных услуг развитых стран, в том числе Бельгии и Республики Литва:

- 1 вариант организации – совмещение услуг для престарелых и инвалидов: места стационарного типа для 20 человек и полустационарного типа для 30 человек;

- 2 вариант организации – совмещение услуги для престарелых и инвалидов: места стационарного типа 20 человек, полустационарного типа 30 человек, временный уход 5 человек

- 3 вариант – совмещение услуги для детей-инвалидов: места стационарного типа 20 человек и полустационарного типа 30 человек;

Для расчетов была задана предпосылка, что стаж работы персонала находится в диапазоне 9-11 лет. Штатные нормативы модели представлены в таблице 30.

Таблица 30 – Штатные нормативы для МСУ стационарного и полустационарного типа по рекомендациям экспертов

Наименование должности	Кол-во должностных единиц, ставки	Примечание
1	2	3
1 группа - Административно-управленческий и хозяйственно-обслуживающий персонал (постоянные расходы)		

Продолжение таблицы 30

1	2	3
Директор	1	
Зам по социальной работе	1	(0,5 на стационар, 0,5 на полустационар)
Бухгалтер и специалист по закупкам	1	
Секретарь	1	
Сторож, садовник, истопник	2	
Работник по хозяйству	1	
Работник по закупке и складу	1	
Водитель	1	
Кухня	3	Повар, чистильщик овощей, мойщик посуды
Уборщица	2	
Всего	14	
2 группа - Персонал непосредственно оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях стационара		
Социальный работник или Социальный педагог	3	Специалист по социальной работе
Помощник по уходу	9	
Врач	-	если дети 1 единица
Всего	12	
3 группа - Персонал непосредственно оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях полустационара		
Социальный работник	4	
Помощник по уходу	5	Приравнивается к социальному работнику по уходу
Всего	9	
4 группа - Общий персонал, оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях стационара и полустационара		
Врач		Если дети 1
Психолог	0,5	
Специалист по физкультуре, массажу, кинезитерапии	1	
Медсестра	0,5	
Всего	2	Если дети 3
Примечание - Составлено автором		

Нами были проведены расчеты полной стоимости бизнес-проекта за один год его функционирования.

Результаты расчетов затрат представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Модели структуры расходов для МСУ совмещающего услуги стационарного, полустационарного типа и временного ухода по упрощённым нормам персонала (рекомендация эксперта Литвы), тыс.тенге в год

Наименование	1 вариант на 20 человек стационар и 30 полустационар для престарелых		2 вариант на 20 чел. стационар, 5 чел. времен.уход и 30 п/стар для престарелых		3 вариант на 20 человек стационар и 30 полустационар для детей	
	Значения	Структура, %	Значения	Структура, %	Значения	Структура, %
1	2	3	4	5	6	7
Оплата труда (в т.ч. социальные отчисления, компенсационные выплаты) *	12293,1	38,4	12293,1	36,9	12775,9	38,0
Приобретение продуктов питания*	6627,0	20,7	7861,0	23,6	6627,0	19,7
Приобретение медикаментов и пр. средств медицинского назначения*	535,8	1,7	602,1	1,8	535,8	1,6
Приобретение прочих товаров (мягкий инвентарь)	420,0	1,3	420,0	1,3	420,0	1,2
Командировки и служебные разъезды внутри страны	498,0	1,6	498,0	1,5	498,0	1,5
Прочие услуги и работы (курсы повышения квалификации)	250,0	0,8	250,0	0,8	250,0	0,7
Прочие текущие затраты (в т.ч. затраты на захоронение)	150,0	0,5	150,0	0,5	150,0	0,4
Итого прямые затраты	20773,9	64,9	22074,3	66,2	21256,7	63,3
Оплата труда (в т.ч. социальные отчисления, компенсационные выплаты)	7390,7	23,1	7390,7	22,2	7390,7	22,0
Оплата коммунальных услуг	1598,5	5,0	1598,5	4,8	1598,5	4,8
Оплата услуг связи	280,0	0,9	280,0	0,8	280,0	0,8
Приобретение прочих товаров (канцелярские товары, мыло-моющие средства, приобретение ГСМ, товары, необходимые для обслуживания и содержания основных средств, строительных материалов, используемых на ремонт основных средств и т.д.)	711,0	2,2	711,0	2,1	1711,0	5,1
Прочие услуги и работы (текущий ремонт оборудования и других основных средств дератизация, банковские услуги)	176,0	0,5	176,0	0,5	176,0	0,5
Прочие текущие затраты (техосмотр машин, гос пошлина)	25,0	0,1	25,0	0,1	25,0	0,1

Продолжение таблицы 31

1	2	3	4	5	6	7
Приобретение товаров, относящихся к основным средствам (материалы подробно представлены в Приложении Ж*	1039,0	3,2	1039,0	3,1	1140,4	3,4
Взносы на обязательное страхование гражданско-правовой ответственности (страхование автотранспорта)	25,4	0,1	25,4	0,1	25,4	0,1
Итого косвенные затраты	11245,7	35,1	11245,7	33,8	12347,1	36,7
Всего	32019,6	100,0	33319,9	100,0	33603,8	100,0
<p>* В 1,2,3,7 строки, в которых фиксируется изменение значений показателей ** для детей включены расходы на кабинет социально-бытовой ориентации. Примечание – Составлено по результатам исследования</p>						

Для оценки тех видов постоянных затрат, которые упомянуты в данной модели использовались нормативы расходов по действующему в Казахстане стандарту ССУ, а по не упомянутым в Стандарте нормативам в качестве информационной базы применялась бюджетная заявка ГУ «Серебрянское медико-социальное учреждение для престарелых и инвалидов общего типа» на 50 человек. Расходы, относящиеся к основным средствам, представлены в Приложении Б.

1 вариант организации.

Медико-социальная организация, совмещающая услуги для престарелых стационарного типа 20 человек и полустационарного типа 30 человек. Согласно расчетам общая сумма расходов составила 32019,6тыс.тенге в год, из них переменные расходы 20773,9тыс.тенге в год или 64,9%, постоянные расходы 11245,7 тыс.тенге или 35,1%.

Удельные прямые расходы составляют 34623,2тенге в месяц.

2 вариант организации.

Медико-социальная организация, совмещающая услуги для престарелых стационарного типа 20 человек, полустационарного типа 30 человек, временный уход 5 человек.

Согласно расчетам общая сумма расходов составила 33319,9тыс.тенге в год, из них переменные расходы 22074,3 тыс.тенге в год или 66,2%, постоянные расходы 11245,7 тыс.тенге или 33,8%.

Удельные прямые расходы составляют 33445,9тенге в месяц.

3 вариант организации.

Медико-социальная организация, совмещающая услуги для детей стационарного типа 20 человек и полустационарного типа 30 человек.

Согласно расчетам общая сумма расходов составила 33603,8 тыс.тенге в год, из них переменные расходы 21256,7тыс.тенге в год или 63,3%, постоянные расходы 12347,1тыс.тенге или 36,7%.

Удельные прямые расходы составляют 35427,8 тенге в месяц на человека.

Расчет удельных затрат и возможной цены по схемам пребывания для второго варианта организации представлен в таблице 32.

При расчетах в цене нами учтена 10% операционная прибыль.

Использование разных методов разнесения косвенных затрат на себестоимость услуги позволяет использовать возможности этого метода для формирования гибкого предложения услуги по цене.

Для расчетов нами были использованы методы:

1 Равномерного распределения косвенных затрат по отделениям организации.

2 Вариант отнесения всех косвенных затрат на стационар и койки временного пребывания.

3 Вариант отнесения всех косвенных затрат на полустационар.

4 Вариант отнесения прямых затрат на общий персонал (4 группа в таблице 32, оказывающий прямые услуги, т.е. кроме социального работника и его помощника) на полустационар.

Как следует из таблицы 32, возможности для варьирования цены находятся в достаточно широком диапазоне.

Так, цена на дневное пребывание и, соответственно, дневная услуга варьируется в цене:

- для полустационара: от 744,0 тенге до 1785,3 тенге;
- для стационара: от 1769,3 тенге до 3331,2 тенге;
- для схемы временного пребывания: от 1748,5 тенге до 3310,4 тенге.

Таблица 32 – Цена услуг для медико-социальной организации по схемам пребывания: стационар (постоянное проживание), полустационар, временное проживание*

Наименование схемы ухода	Цена услуги, тенге на клиента (вариант равномерного распределения косвенных затрат по отделениям)		
	В месяц	В неделю	В день
Стационар	71821,5	17955,4	2394,0
Полустационар	41062,4	10265,6	1368,7
Временное пребывание	71196,5	17799,1	2373,2
	Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на стационар и временное пребывание)		
Стационар	99935,6***	24983,9***	3331,2***
Полустационар	22319,7**	5579,9**	744,0**
Временное пребывание	99310,6***	24827,7***	3310,4***
	Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на полустационар)		
Стационар	53078,7**	13269,7**	1769,3**
Полустационар	53557,6***	13389,4***	1785,3***
Временное пребывание	52453,7**	13113,4**	1748,5**
	Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения общего персонала, оказывающего прямые услуги (кроме социального работника и его помощника) на полустационар)		
Стационар	77650,8	19412,7	2588,4
Полустационар	37176,2	9294,0	1239,2
Временное пребывание	77025,8	19256,5	2567,5
* Операционная прибыль 10% от цены услуги ** минимальные цены на услуги *** максимальные цены на услуги Примечание - Составлено автором			

Разница между ценами за пребывание по минимальному и максимальному варианту цены в течение недели составила:

- для полустационара – 7809,5 тенге;
- для стационара – 11714,5 тенге;
- для временного пребывания – 11734,3 тенге.

Разница между ценами за пребывание по минимальному и максимальному варианту цены в течение месяца наиболее ощутима и составила:

- для полустационара – 31257,9 тенге;
- для стационара – 46856,9 тенге;
- для временного пребывания – 46231,9 тенге.

Политика гибкого ценообразования позволяет при полном возмещении затрат варьировать цену услуги для клиента. Если, например, клиентов полустационара устраивает цена 1239,2 в день, то для стационара может предлагаться цена 2588,4 в день. Если же набор клиентов в полустационар является проблемой, то может быть применена цена 744 тенге, но тогда стационару придется нести основную нагрузку в размере 3331,2 тенге.

Аналогичные расчеты для организации, выполняющей функции реабилитационного центра детей (3 вариант в таблице 33), представлены в таблице 33.

Таблица 33 - Цена услуг для медико-социальной организации стационарного, полустационарного типа и временного пребывания детей, тенге

Наименование схемы ухода	Стоимость услуги, тенге на клиента		
	в месяц	в неделю	в день
Цена услуги, тенге на клиента (вариант равномерного распределения косвенных затрат по отделениям)			
Стационар	72795,1	18198,8	2426,5
Полустационар	41867,0	10265,6	1395,6
Временное пребывание	71196,5	17799,1	2373,2
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на стационар и временное пребывание)			
Стационар	101162,7	25290,7	3372,1
Полустационар	23124,3	5781,1	770,8
Временное пребывание	99310,6	24827,7	3310,4
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на полустационар)			
Стационар	53883,3	13470,8	1796,1
Полустационар	54643,9	13661,0	1821,5
Временное пребывание	52453,7	13113,4	1748,5
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения общего персонала, оказывающего прямые услуги (кроме социального работника и его помощника) на полустационар)			
Стационар	77018,2	19254,5	2567,3
Полустационар	39220,6	9805,2	1307,4
Временное пребывание	76454,9	19113,7	2548,5
Примечание - Составлено автором			

Применение разных методов распределения прямых и косвенных затрат позволяет проводить ценовую политику, адаптированную под уровень и структуру спроса. Это также дает возможность индивидуального формирования цены для каждого клиента, согласно его способности оплачивать услуги.

2 МОДЕЛЬ. По второй модели основой нормативов по персоналу в стационарах были взяты сложившиеся нормы эффективной практики в Карагандинской области (2 дома малой вместимости по 20-25 человек в Бухар-Жырауском и Осакаровском районах) [137]. Штатные нормативы модели представлены в таблице 34.

Таблица 34 – Штатные нормативы для МСУ стационарного и полустационарного типа исходя из эффективных практик сельских домов малой вместимости в Карагандинской области

Наименование должности	Количество должностных единиц, ставки	Примечание
1	2	3
Административно-управленческий и хозяйственно-обслуживающий персонал (постоянные расходы)		
Директор	1	
Зам по социальной работе	1	(0,5 на стационар, 0,5 на полустационар)
Бухгалтер и специалист по закупкам	1	
Секретарь	0,5	
Сторож, садовник, истопник	1	
Работник по хозяйству	1	
Работник по закупке и складу	1	
Водитель	0,5	
Кухня	3	Повар, чистильщик овощей, мойщик посуды
Уборщица	2	
Всего	13	
Персонал непосредственно оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях стационара		
Социальный работник	1*	Специалист по социальной работе
Помощник по уходу	3*	
Всего	4	
Персонал непосредственно оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях полустационара		
Социальный работник	2	
Помощник по уходу	3	Приравнивается к социальному работнику по уходу (оплата по категории G-13)
Всего	5	
Общий персонал, оказывающий услуги (прямые затраты) в условиях стационара и полустационара		
Психолог	0,5	
Специалист по физкультуре, массажу	1	
Медсестра	0,5	
Всего	2	
* нормы персонала заложены в соответствии со сложившимися практиками: дом малой вместимости в Карагандинской области на 20 человек		
Примечание - Составлено автором		

Для оценки тех видов постоянных затрат, которые упомянуты в данной модели использовались нормативы расходов по действующему в Казахстане стандарту ССУ, а по не упомянутым в Стандарте нормативам, в качестве информационной базы использовалась бюджетная заявка ГУ «Серебрянское медико-социальное учреждение для престарелых и инвалидов общего типа» на 50 человек. Расходы, относящиеся к основным средствам, представлены в Приложении Б.

Расчеты представлены в таблице 35.

1 вариант второй модели.

Медико-социальное учреждение, совмещающее услуги для престарелых стационарного типа 20 человек и полустационарного типа 30 человек.

Согласно расчетам общая сумма расходов составила 25999,7 тыс.тенге в год, из них прямые затраты составили 14931,2тыс.тенге в год или 57,4%, косвенные затраты составили 11068,53 тыс.тенге или 42,65%.

Удельные прямые расходы составляют 24885,3 тенге в месяц.

2 вариант второй модели.

Медико-социальное учреждение, совмещающее услуги для престарелых стационарного типа 20 человек, полустационарного типа 30 человек, временный уход 5 человек.

Согласно расчетам общая сумма расходов составила 27299,8 тыс.тенге в год, из них прямые затраты 16231,27 тыс.тенге в год или 59,5%, косвенные затраты 11068,53 тыс.тенге или 40,5%.

Удельные прямые расходы составляют 24592,8 тенге в месяц.

В целом, очевидно, что по второй модели уровень цен ниже за счет минимизации персонала.

Но поскольку второй вариант сделан на основе реально функционирующих объектов, то можно сказать, что он основан на апробированной практике и посещение данных объектов, вкупе с опросом клиентов, позволило сделать вывод об удовлетворительном качестве услуги.

Фактически данный опыт хозяйствования можно на данном этапе признать наилучшей практикой.

Применяя разные методы распределения косвенных затрат нами получены следующие варианты цены за услугу (таблица 36).

Так, цена на дневное пребывание и, соответственно, дневная услуга варьируется в цене:

- для полустационара: от 586,4 тенге до 1620,7 тенге;
- для стационара: от 1276,4 тенге до 2496,6 тенге;
- для схемы временного пребывания: от 1255,5 тенге до 2496,6 тенге.

Разница между ценами за пребывание по минимальному и максимальному варианту цены в течение недели составила:

- для полустационара – 7686,4тенге;
- для стационара – 9307,9тенге;
- для временного пребывания – 9308,0тенге.

Таблица 35 – Модели структуры расходов для МСУ совмещающего услуги стационарного, полустационарного типа и временного ухода по предлагаемым нормам персонала исходя из эффективных практик организаций сельских населенных пунктов Карагандинской области, тыс. тенге в год

Наименование	1 вариант на 20 человек стационар и 30 полустационар для престарелых		2 вариант на 20 чел. стационар, 5 чел. временный уход и 30 полустационар для престарелых	
	Значения	Структура, %	Значения	Структура, %
Оплата труда (в т.ч. социальные отчисления, компенсационные выплаты) *	6450,4	24,8	6450,4	23,6
Приобретение продуктов питания*	6627	25,5	7860,73	28,8
Приобретение медикаментов и пр. средств мед. назначения*	535,8	2,1	602,14	2,2
Приобретение прочих товаров (мягкий инвентарь)	420	1,6	420	1,5
Командировки и служебные разъезды внутри страны	498	1,9	498	1,8
Прочие услуги и работы (курсы повышения квалификации)	250	1,0	250	0,9
Прочие текущие затраты (в т.ч. затраты на захоронение)	75	0,6	75	0,5
Итого прямые затраты	14931,2	57,4	16231,27	59,5
Оплата труда (в т.ч. социальные отчисл., компенс. выплаты)	7213,2	27,7	7213,2	26,4
Оплата коммунальных услуг	1598,5	6,1	1598,5	5,9
Оплата услуг связи	280	1,1	280	1,0
Приобретение прочих товаров (канц. товары, мыло-моющие средства, приобретение ГСМ, товары, необходимые для обслуживания основных средств, строительных материалов, используемых на ремонт основных средств)	711	2,7	711	2,6
Прочие услуги и работы (текущий ремонт оборудования и других основных средств дератизация, банковские услуги и пр.)	176	0,7	176	0,6
Прочие текущие затраты (техосмотр машин, гос пошлина)	25	0,1	25	0,1
Приобретение товаров, относящихся к основным средствам (подробно рассчитано в Приложении Ж)	1039,4	4,0	1039,4	3,8
Взносы на обяз. страх. гражданско-правовой ответственности (страх.автотранспорта)	25,43	0,1	25,43	0,1
Итого косвенные затраты	11068,5	42,6	11068,5	40,5
Всего	25999,7	100,0	27299,8	100,0
*В 1,2,3 строках фиксируется изменение значений показателей				
Примечание - Составлено автором				

Таблица 36 - Стоимость услуг для МСУ стационарного, полустационарного типа и временного пребывания по предлагаемым нормам персонала исходя из эффективных практик сельских населенных пунктов Карагандинской области, тенге*

Наименование схемы ухода	Стоимость услуги, тенге на клиента		
	в месяц	в неделю	в день
Цены услуги, тенге на клиента (вариант равномерного распределения и косвенных затрат по отделениям)			
Стационар	53940,0	13485,0	1798,0
Полустационар	33466,3	8366,6	1115,5
Временный уход	53315,0	13328,7	1777,2
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на стационар и временное пребывание)			
Стационар	74064,5	18516,1	2468,8
Полустационар	16695,9	4174,0	556,5
Временный уход	73439,5	18359,9	2448,0
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения всех косвенных затрат на полустационар)			
Стационар	37169,5	9292,4	1239,0
Полустационар	47441,6	11860,4	1581,4
Временный уход	36544,5	9136,1	1218,2
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения общего персонала, оказывающего прямые услуги (кроме социального работника и его помощника) на полустационар)			
Стационар	51262,7	12815,7	1708,8
Полустационар	35530,6	8882,7	1184,4
Временный уход	50637,7	12659,4	1687,9
* Операционная прибыль 10% от цены услуги			
Примечание - Составлено автором			

Разница между ценами за пребывание по минимальному и максимальному варианту цены в течение месяца наиболее ощутима и составила:

- для полустационара – 31026 тенге;
- для стационара – 36937,8 тенге;
- для временного пребывания – 37231,7 тенге.

В зависимости от структуры предложения и готовности платить за услуги можно использовать разные варианты цены.

Если, например, для услуги стационара будет определена комфортная цена в 50 тысяч тенге в месяц, то может быть избран 1 или 4 вариант определения цены. Если же будет необходимость опустить цену за услугу стационара до 40 тысяч тенге, то тогда косвенные услуги надо будет относить на полустационар, который оплачивается, как правило, по дням пребывания и в целом оплата в 1581,4 тенге в день будет приемлема для клиента.

Фактически можно внутри стационара и полустационара применять варьирование цены в зависимости от уровня потребностей клиента, если определять типы клиентов по четырем категориям, которые была описаны нами

ранее, согласно оценке потребностей и определять цену в зависимости от категории клиента.

Если сделать такой расчет по последнему варианту цены из таблицы 37, то по группам клиентов могут быть предложены следующие цены.

Таблица 37 - Вариация цен для проведения ценовой политики, дифференцированной по категориям клиентов*

Наименование схемы ухода	Стоимость услуги, тенге на клиента		
	в месяц	в неделю	в день
Цена услуги, тенге на клиента (вариант отнесения общего персонала, оказывающего прямые услуги (кроме социального работника и его помощника) на полустационар)			
Стационар (базовая цена)	51262,7	12815,7	1708,8
1 категория	47965,1	47965,1	11991,3
2 категория	49865,2	49865,2	12466,3
3 категория	51687,1	51687,1	12921,8
4 категория	53154,8	53154,8	13288,7
Полустационар	35530,6	8882,7	1184,4
1 категория	31258	8014,9	1083,1
2 категория	33694,1	8639,5	1167,5
3 категория	35987	9227,4	1247,0
4 категория	36984,1	9483,1	1281,5
Временный уход	50637,7	12659,4	1687,9
1 категория	47539,1	11884,78	1584,637
2 категория	49125,3	12281,33	1637,51
3 категория	50013,6	12503,4	1667,12
4 категория	51896,4	12974,1	1729,88
* Операционная прибыль 10% от цены услуги Примечание - Составлено автором			

Разница между ценой для первой и четвертой категории составляет в месяц:

- в стационаре 5 189,7 тенге;
- в полустационаре 5726,1 тенге;
- на койках временного ухода 4357,3 тенге.

Наименее значительна разница в плате за день:

- в стационаре 175 тенге;
- в полустационаре 198 тенге;
- на койках временного ухода 145тенге.

В целом незначительная дифференциация цен по категориям ухода, может быть ощутимой для клиентов с ограниченной платежеспособностью.

Таким образом, по применению модельного подхода к управлению затратами и ценами на специальные социальные услуги организаций, могут быть сделаны следующие выводы.

Нами предлагается гибкий подход к определению цен, которым могут пользоваться как частные, так и некоммерческие организации и организации

переходящие на право хозяйственного ведения, поскольку им дано право самостоятельного определения цены, для клиентов приходящих с рынка.

Гибкость ценообразования достигается за счет разработки принципов (правил) включения прямых и косвенных затрат в цену услуги.

Разработанные нами правила можно обобщить следующим образом

1 Поскольку в специальных социальных услугах основную долю цены составляют прямые затраты, в которых доминируют затраты на оплату труда персонала и сопутствующие отчисления, то планирование численности персонала приобретает решающее значение. Сравнительный анализ результатов расчетов по персоналу в модели, предложенной литовским экспертом, и по фактически сложившемуся образцу в коммунах престарелых, функционирующих в сельской местности Карагандинской области позволило сократить цену за пребывание в стационаре для инвалида и престарелого с 71 812,5 тысяч тенге в месяц до 53 940 тысяч тенге в месяц. При этом дневная оплата пребывания сократилась с 2394,0 тенге до 1798,0 тенге.

Мы рекомендуем планировать соотношение клиент-работник в часах рабочего времени только для социальных работников и социальных работников по уходу. Остальной персонал планировать либо на организацию в целом, либо на группы фактически сформированных клиентов и при возможности привлекать персонал за счет аутсорсинга.

Возможно также при планировании структуры цены относить часть прямых, но не основных, затрат (например, кинезиотерапевт), на подразделение, услуги которого пользуются относительно большим спросом на рынке.

2 Косвенные затраты также можно распределять на основе разных моделей:

– равномерно по подразделениям исходя из численности или фонда оплаты труда персонала;

– отнесения всех косвенных затрат на одно подразделение, услуги которого пользуются спросом и повышение цены не окажет влияние на его сокращение.

3 Для обеспечения максимальной индивидуализации услуги необходимо привязывать цену к категориям клиентов, определенных по их потребности в уходе, что позволит увеличить их численность и учтет в цене разницу, ощущаемую как справедливую. Учет такой разницы, на примере наших расчетов, составляет 5190 тенге между клиентом четвертой и первой категории.

3.3 Разработка методики оценки качества специальных социальных услуг

Контроль над качеством оказываемых услуг является базовой функцией менеджмента и опорным элементом стратегии усиления конкурентных позиций. В конечном счете, именно качество услуги позволяет организации достичь её социальной цели – повышение продолжительности и качества жизни клиентов.

Клиенты, находящиеся в трудной жизненной ситуации, в первую очередь ориентируются на качество услуги, поскольку для этой целевой группы оно является главной определяющей характеристикой спроса.

Разработанная нами методика представляет оценку качества услуг, оказываемых на дому, поскольку именно на этом уровне нами была выявлена проблема слабых методик оценки, как в частных, так и в некоммерческих и государственных службах.

В государственных отделениях надомного ухода применяется простая фиксация оказанной услуги с помощью подписи в тетрадке. При этом менеджер по оценке при посещении клиента проводит дополнительную беседу, но каких либо официальных процедур не проводится и отчетная документация содержательного характера отсутствует.

В некоммерческих службах и частных структурах применяется методика балльной оценки по оказываемым услугам, но её по нашему мнению и мнению менеджеров, недостаточно для адекватной оценки качества. Поскольку эти хозяйствующие субъекты используют аутсорсинг персонала, привлекая физических лиц, не состоящих в организации на постоянной основе, то есть потребность в многоаспектной оценке качества, охватывающей все стороны жизнедеятельности человека и все возможные ракурсы оценки.

Нами разработана и предлагается для внедрения специальная технология оценки качества услуг, базирующаяся на диагностике всех проявлений качества жизни и всех возможных методов оценки с формализацией результатов. Несмотря на сложность такого понятия как «качество жизни» мы применительно к субъекту, пользующемуся нашими услугами, можем воспользоваться рядом основных характеристик, которые определяют состояние его здоровья (немедицинские параметры), жилища и основных процедур жизнеобеспечения (например, прием пищи, гигиенические процедуры и др.)

К таким характеристикам, на наш взгляд, относится

- 1 Внешний вид и характеристики состояния клиента.
- 2 Состояние квартиры клиента и основных жизнеобеспечивающих активов.

Периодичность оценки качества специальных социальных услуг для клиентов разных категорий может быть установлена по следующему графику:

- Для государственных организаций, оказывающих бесплатные услуги и имеющих в числе клиентов обширную группу первой категории, может быть принят следующий график. Первая категория 1 раз в год, 2 категория 1 раз в 6 месяцев, 3 и 4 категории один раз в квартал, а также при появлении особых обстоятельств по сообщению клиента или социального работника.

- Для некоммерческих и частных организаций, фактически не имеющих в составе клиентов первой группы, может быть принят аналогичный график, за исключением первой категории клиентов.

Оценочный лист имеет блочную структуру, состоящую из 5 структурных частей:

- 1 Регистрационная информация
- 2 Вопросы клиенту
- 3 Наблюдения и результаты
- 4 Замечания и предложения по результатам оценки
- 5 Беседа с работником по уходу по результатам посещения клиента на дому.

Ниже подробно представлено содержание блоков оценки.

1) *Регистрационная информация или «Данные о работнике по уходу и клиенте»*

Ф.И.О. работника по уходу	
Ф.И.О. клиента	
Категория клиента (например, 1 категория)	
Дата приема на обслуживание в фирму	
Дата приема на обслуживание данным социальным работником	
Дата последней оценки состояния клиента	

2) *Вопросы к клиенту*

2.1. Соблюдение графика и программы по уходу (за последний месяц)

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	График						
План							
Факт							
	Программа (номера услуг из применяемого перечня)						
План							
Факт							

2.2. Клиенту перечисляются виды работ, и ставится знак «V» в клетке, характеризующей фактическое положение дел по оказанию данной услуги.

Наименование услуг	Выполняется	Не выполняется	Потребность не возникла
1	2	3	4
Индивидуальные услуги			
Приготовление пищи			
Стирка			
Уборка			
Покупка и доставка продовольственных и других товаров			
Оплата коммунальных услуг и другие действия вне квартиры			
Контакты по телефону и другим техническим средствам по просьбе клиента			
Помощь в письменных коммуникациях			
Необходимые контакты по месту жительства от имени клиента			
Первичная доврачебная помощь на дому (измерение температуры и давления, закапывание лекарств, нанесение мазей)			
Санитарно-гигиенические услуги:			

обтирание, обливание, гигиенические ванны			
Вызов врача на дом			
Сопровождение в поликлинику			
Покупка лекарственных и медицинских средств			
Ведение бесед, психологическая разгрузка, поддержка жизненного тонуса			
Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении и т.п.			
Чтение литературы, журналов и т.п.			
Сопровождение при посещении досуговых мероприятий			
Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.			
*За образец взят перечень услуг для третьей группы, но для каждой группы может быть взят свой, уточненный перечень			

2.3. Удовлетворенность клиента услугами. Зачитайте клиенту каждую услугу и отметьте «V» вариант ответа клиента

Наименование услуг	Удовлетворен	Не удовлетворен (указывается конкретная причина)	Потребность в услуге не возникла
1	2	3	4
Индивидуальные услуги			
Приготовление пищи			
Стирка			
Уборка			
Покупка и доставка продовольственных и других товаров			
Оплата коммунальных услуг и другие действия вне квартиры			
Контакты по телефону и другим техническим средствам по просьбе клиента			
Помощь в письменных коммуникациях			
Необходимые контакты по месту жительства от имени клиента			
Первичная доврачебная помощь на дому (измерение температуры и давления, закапывание лекарств, нанесение мазей)			

Санитарно-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны			
Вызов врача на дом			
Сопровождение в поликлинику			
Покупка лекарственных и медицинских средств			
Ведение бесед, психологическая разгрузка, поддержка жизненного тонуса			
Разъяснение положений о пособиях, льготах компенсациях и помощь в их оформлении и т.п.			
Чтение литературы, журналов и т.п.			
Сопровождение при посещении досуговых мероприятий			
Содействие в написании и оформлении документов юридического назначения и др.			
*За образец взят перечень услуг для третьей группы, но для каждой группы может быть взят свой, уточненный перечень			

2.4. Чувствуете ли вы теплое и участливое отношение к Вам социального работника?

Вариант ответа	Выбор варианта V
Да	
Нет	
Не всегда	

3. Наблюдение и результаты

3.1. Наблюдение

Объясните клиенту, что Вам необходимо осмотреть квартиру, чтобы убедиться, что социальный работник по уходу хорошо выполняет свою работу, и получите его разрешение на осмотр. Проведите осмотр квартиры в соответствии с показателями таблицы.

Показатели для оценки с помощью наблюдения	Верно	Неверно
1	2	3
Качество выполнения бытовых услуг		
<i>Уборка в комнате клиента</i>		
В комнате порядок, вещи не разбросаны		
Пол чистый и сухой		
Нет пыли на мебели		
Нет неприятного запаха		
Нет помех безопасному передвижению клиента, если клиент лежачий – необходимые предметы достигаемы для него		
<i>Уборка в ванной и туалете</i>		
Пол сухой и чистый		

Унитаз чистый		
Ванная чистая		
Умывальник чистый		
Нет неприятного запаха		
На полу не валяются посторонние предметы		
<i>Уборка и порядок в кухне</i>		
Нет остатков еды в раковине или на кухонном столе		
Нет грязной посуды в раковине или на кухонном столе		
Нет липких поверхностей (стол, пол)		
Нет неприятного запаха		
<i>Стирка</i>		
Постельное белье чистое и без пятен		
Полотенца, которыми пользуются, чистые		
В шкафу есть смена чистой одежды и постельного белья		
<i>Покупки</i>		
В доме есть основные продукты с действительным сроком годности		
Продукты питания содержатся в соответствии с правилами хранения		
<i>Приготовление пищи</i>		
В холодильнике/кухне есть приготовленная еда		
Приготовленная пища свежая и выглядит эстетично		
Качество выполнения услуг по персональному уходу		
<i>Персональный уход / Личная гигиена</i>		
Одежда клиента чистая, опрятная, без пятен		
Кожа чистая и ухоженная		
Ногти на руках пострижены		
Волосы чистые, причесанные		
Волосы подстрижены / Мужчины побриты		
У клиента нет неприятного запаха		

3.2. Результаты оценки при посещении на дому, в баллах

Критерии	Результаты
1	2
Соответствие фактического перечня предоставляемых услуг плановому перечню услуг (за минусом тех услуг, потребность в которых по признанию клиента не возникла): 0 - все оказанные услуги соответствуют плану 1 - одна услуга социальным работником не оказывается 2 - две и более услуги социальным работником не оказываются	
Удовлетворенность клиента предоставленными услугами: 0 – нет отрицательных ответов 1 – один-два ответа отрицательные 2 – три и более ответа отрицательных	
Психологическая удовлетворенность клиента взаимодействием и общением с социальным работником 0 – удовлетворен 1 – не вполне удовлетворен 2 – не удовлетворен	
Качество выполнения бытовых услуг (наблюдение): 0 - все ответы отмечены в столбце «верно» 1 - одна или две позиции отмечены в столбце «неверно» 2 - три и более позиции отмечены в столбце «неверно»	

Качество выполнения услуг по персональному уходу 0 - все ответы отмечены в столбце «верно» 1 - одна позиция отмечена в столбце «неверно» 2 - более двух позиций отмечено в столбце «неверно»	
Итого сумма баллов	

Комплексная оценка результатов осуществляется следующим образом:

- если социальный работник набирает 0-1 балл, то результаты работы оцениваются как «удовлетворительные»;
- если социальный работник набирает от 2-3 балла, то результаты работы оцениваются как «не вполне удовлетворительные»;
- если социальный работник набирает 4 и более балла, то результаты работы оцениваются как «не удовлетворительные».

4. Замечания и предложения по результатам посещения на дому

4.1. Качество ухода (содержательная оценка) _____

4.2. Не удовлетворенные потребности клиента (укажите подробно, в чем)

1. _____

2. _____

3. _____

5. Беседа с работником по результатам посещения клиента на дому
(заполняется социальным работником по оценке)

Имя работника _____ Дата беседы _____

Имя проверяющего _____ Должность _____

Положительные стороны работы, отмеченные в ходе проверки

Недостатки/проблемы, обнаруженные в ходе проверки и план их устранения

Подпись работника по уходу _____ Подпись проверяющего _____

Таким образом, предлагаемая нами и апробированная в некоммерческой организации методика оценки позволяет осуществить формализованные замеры всех сторон деятельности социального работника по уходу.

Применяемые методы сочетают как субъективную оценку клиентом всех аспектов деятельности социального работника по уходу (Блок 2), так и независимую оценку на основе наблюдения, т.е. эмпирического (визуального и тактильного) обследования, проводимого линейным менеджером (Блок 3).

Характеристики деятельности социального работника по уходу, оцениваемые субъективно клиентом, включают:

- фактологические признаки (была /не была оказана услуга);
- удовлетворённость клиента услугой (в случае неудовлетворенности указывается причина);
- общая оценка неформальных отношений между работником и клиентом (психологическая совместимость с личностью социального работника по уходу, эмпатия со стороны работника, его готовность выполнять некоторую часть мелких просьб с готовностью и без дополнительной оплаты).

Наблюдение, осуществляемое линейным менеджером при проведении процедуры, включает независимую оценку деятельности социального работника по двум критериям достойного качества жизни:

- качество быта клиента: объективное состояние порядка в жилых и туалетных комнатах, состояние кухни и бытовой техники для хранения и обработки продуктов питания, состояние бытовой техники для стирки вещей и наличие у клиента сменной одежды, полотенце и другого необходимого для нормальной жизнедеятельности белья.
- внешний вид и гигиена клиента: одежда, состояние волос и т.п.

Результат деятельности социального работника по уходу оценивается по критериям, по которым дается оценка в баллах:

1 Соответствие фактического перечня предоставляемых услуг плановому перечню услуг (за минусом тех услуг, потребность в которых по признанию клиента не возникала).

2 Удовлетворенность клиента предоставленными услугами.

3 Психологическая удовлетворенность клиента взаимодействием и общением с социальным работником.

4 Качество выполнения бытовых услуг (наблюдение).

5 Качество выполнения услуг по персональному уходу.

Итоговая оценка позволяет сделать вывод о результатах деятельности социального работника по уходу, выделить положительные характеристики его деятельности, выявить проблемы и разработать рекомендации по улучшению его работы с выделением конкретных услуг, нуждающихся в корректировке качества. По недостаткам и проблемам, обнаруженным в ходе проверки, разрабатывается план их устранения совместно с линейным менеджером. План может включать такие мероприятия как повышение квалификации социального работника по уходу, приобретение необходимых технических средств для выполнения услуг. В качестве поощрения за своевременно и

удовлетворительно выполняемые обязанности возможно дополнительное вознаграждение.

В целом, методика оценки качества оказания специальных социальных услуг в условиях на дому является всесторонне обоснованной и в то же время, доступной в использовании, т.е. эффективным инструментом менеджмента, позволяющим улучшить качество услуг в стратегическом плане.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Обобщая мнение современных исследователей по вопросу определения сущности и содержания стратегии, можно сделать вывод, что все многообразие методологических подходов к их определению различается в большей степени акцентом на разработку или реализацию стратегии. Одни авторы и школы считают, что тщательный учет всех аспектов ведения бизнеса и окружающей среды и воплощение их в форме стройной пирамиды целей, задач и мероприятий является основой стратегии. Другие авторы в значительной степени предлагают упираться на фактическую реализацию и корректировку стратегии в процессе её реализации.

Мы считаем, что стратегия – это результат системного анализа среды хозяйствования, прогнозов будущих условий, в том числе демографических, экономических и институциональных изменений, и разработка на основе глубокого знания об объекте стратегического управления и перспективах его развития системы структурированных действий, направленных на достижение поставленной цели.

Ведущими принципами разработки стратегии, согласно всем современным исследованиям, являются:

- определение отличительных особенностей фирмы,
- разработка и развитие конкурентных преимуществ,
- соответствие внешнему окружению.

Одновременно, значительное влияние на процесс формирования стратегии, и её последующей реализации оказывает отрасль хозяйствования, т.е. особенности делового процесса, и состояние конкуренции на рынках, на которых действует фирма.

2. Рынок специальных социальных услуг во второй половине 20 века во всех странах мировой экономики развивается под влиянием факторов:

- Увеличения численности и продолжительности жизни населения, в том числе роста абсолютной численности людей, имеющих инвалидность.
- Повышения благосостояния населения, что в сочетании с увеличением продолжительности жизни привело к увеличению платежеспособного спроса населения на услуги длительного ухода.
- Трансформации модели государственного менеджмента в направлении повышения эффективности управления производством общественных благ. Монетизация государственных специальных социальных услуг фактически вывела государственных клиентов на рынок специальных социальных услуг.

В результате типичный состав субъектов рынка специальных социальных услуг, рассмотренный нами на примере Великобритании, представляет собой примерно следующий перечень организаций:

1 Частные или некоммерческие дома с сестринским уходом (медицинским обслуживанием) для пожилых людей.

2 Частная или некоммерческая организация ухода за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства)

3 Муниципальный уход за пожилыми людьми в приютах (по месту жительства)

4 Муниципальный дневной уход за пожилыми людьми

5 Дополнительный домашний уход за пожилыми людьми

6 Реабилитационное подразделение (всех форм собственности)

7 Краткосрочный уход в муниципальном приюте.

С точки зрения менеджмента эти процессы способствовали унификации стратегического и оперативного менеджмента в государственных, частных и некоммерческих организациях, поскольку они были поставлены в равные условия с точки зрения официальных стандартов специальной социальной услуги. В результате в частных, некоммерческих и государственных организациях появился стратегический менеджмент, ориентированный на расширение рыночной ниши с учетом конкурентных преимуществ каждой из форм хозяйствования. Фактически доминирующей стратегией менеджмента во всех формах собственности стало расширение рыночной ниши за счет предложения качественных услуг при максимально возможном сокращении косвенных затрат, не связанных непосредственно с оказанием услуги клиенту.

Совокупность действующих на рынке Казахстана факторов и официальная нормативно-правовая база, не способствуют развитию стратегического менеджмента в государственном секторе и его экономических основ. В то же время, в частном секторе действуют прогрессивные методы оперативного и стратегического менеджмента, но в полной мере они не могут быть восприняты всеми субъектами рынка, т.к. равные экономические условия для всех субъектов отсутствуют, а механизмы страхования, монетизации и совместных платежей пока тоже не применяются. Это не позволяет частным и некоммерческим организациям включиться в полноценную конкурентную борьбу за клиента, т.к. бюджетные ресурсы по-прежнему закачиваются в государственный сектор и имеющее право на их использование население, предпочитает использовать эти ресурсы.

Тем не менее, общемировой тренд развития сектора специальных социальных услуг, несмотря на природу данного сектора, обеспечивающего социальные обязательства и гарантии со стороны государства, направлен на формирование в этой сфере квази-рыночной модели на основе монетизации услуг. Фактически Казахстан предполагает развиваться по сходной модели.

3. Обобщив методологию стратегического управления и бизнес-процесса в специальных социальных услугах, можно отметить следующее.

Особенность стратегического управления организацией определяется двойственностью её миссии, которая разделяется на экономическую (финансовую устойчивость организации) и социальную (повышение продолжительности и качества жизни целевых групп населения). Функциями стратегического управления являются: формирование ресурсов за счет определения сегментов рынка, планирование деятельности и организация форм предоставления услуги, политика ценообразования, контроль над соблюдением стандартов услуги. Важнейшими задачами являются обеспечение соответствия услуг жизненному состоянию клиента, прозрачность и подотчетность действий

персонала, а также эффективность использования ресурсов, которая должна соответствовать сохранению рыночной ниши или её расширению.

В основе стратегического менеджмента любой организации лежит управление бизнес-процессами. Основными этапами бизнес-процесса являются: оценка жизненного состояния и потребностей клиента, выбор услуг и форм их предоставления с учетом цены выбранного пакета услуг, организация предоставления услуг клиенту и контроль над качеством предоставляемых услуг.

Каждый из этапов имеет свои методические подходы, разработанные и применяемые в практике разных стран:

- Методический подход к определению потребностей базируется на оценке жизненного состояния клиента и его возможностей выполнять ежедневные действия по жизнеобеспечению.

- Определение цены пакета оказываемых услуг опирается на удельные издержки. Для целей планирования может применяться группировка предоставляемых услуг в несколько схем, имеющих ориентацию на спрос от соответствующих сегментов целевых групп.

- Для планирования и организации предоставления услуг определяется нагрузка на персонал. Он разделяется на должности, функциями которых является предоставление прямых услуг клиенту, и должности, функциями которых является предоставление косвенных услуг клиенту. Ряд должностей нормируется через затраты времени на оказание услуг одному клиенту в долях от недельной ставки в 40 часов. Нагрузка на другие должности планируется на группу услугополучателей. Выделение нескольких схем ухода и модельный подход к определению пропорций между численностью соответствующих групп позволяет рассчитать численность персонала для основных услуг и некоторые должности перевести на аутсорсинг.

- Оценка качества оказываемых услуг является обязательным компонентом делового процесса.

4. Специальные социальные услуги в Казахстане в настоящее время предоставляются субъектами четырех секторов экономики: государственного, частного, некоммерческого и сектора домохозяйств. Организации могут быть прибыльными (частный сектор) и неприбыльными (некоммерческий, государственный сектор). В секторе домохозяйств услуги оказываются как самими домохозяйствами (объединениями физических лиц для совместного проживания, частичного объединения доходов и расходов), так и физическими лицами, оказывающими услуги «передышки», фостерного воспитания (дети), а также патронатного ухода за инвалидами и престарелыми.

Векторами развития рынка в настоящее время является трансформация традиционных НКО в некоммерческие организации с регулярным доходом, а также предполагаемое изменение статуса государственных организаций с Республиканского казенного предприятия на статус предприятия на праве хозяйственного ведения. Такой статус дает возможность выхода на рынок и

привлечения клиентов по рыночным ценам, при сохранении контроля над основной функцией организации и расходованием бюджетных ресурсов.

Нами проведено социологическое обследование всех субъектов сектора специальных социальных услуг в Карагандинской области (выборка по гнездовому методу, 73 субъекта) и обобщены результаты применения методологии стратегического менеджмента по государственному, частному и некоммерческому сектору.

Стратегия обобщенной некоммерческой организации, стремящейся повысить свою финансовую устойчивость за счет регулярных доходов, может быть сформулирована как максимизация индивидуального подхода к клиенту, цены и качества оказываемых услуг для удержания и расширения доли рынка. Конкурентными преимуществами такой организации будет установление разной цены для разных клиентов, возможность минимизации пакета до одной услуги, а также круглосуточное обслуживание на дому, включая праздничные и выходные дни.

Стратегия частной организации опирается на предоставление приемлемого качества услуги за соответствующую цену. Конкурентными преимуществами является материально-техническая база (помещение, которого часто нет у некоммерческих организаций) и возможно активы в форме реабилитационного оборудования.

Внешним ограничением для частных и некоммерческих организаций является отсутствие в настоящий момент монетизации специальных социальных услуг. Выплата пособий в виде ваучеров или денежной форме обеспечит равные условия конкуренции на рынке, а для граждан даст возможность выбирать предпочитаемую ими форму услуги и соответствующую организацию.

Государственные организации стратегии как таковой не имеют. Их конкурентными преимуществами является имеющаяся материально-техническая база и имеющееся реабилитационное оборудование. Слабыми сторонами является реализация модели усредненной услуги, отсутствие применяемой на практике методики определения потребностей клиентов и выражения их в необходимых часах ухода, жесткие нормы персонала, не привязанные к реальным нормам труда, отсутствие методики определения качества услуги.

Результаты проведенной нами оценки позволяют сделать вывод, что основными элементами стратегии, нуждающимися в совершенствовании, являются: методика оценки потребностей, нормативы нагрузки на персонал и определения цены услуги, методика контроля качества услуг.

5. Нами разработана и апробирована в процессе анализа и оценки делового процесса в организации социального обслуживания методика оценки потребностей клиента, которые он желает удовлетворить в организации, оказывающей специальные социальные услуги.

Исследование, проведенное нами в государственной службе надомной помощи и действующей некоммерческой организации, позволило сравнить подходы к менеджменту в этих типах организаций. Государственные службы в

Казахстане используют унифицированный подход, который без процедуры оценки считает всех клиентов фактически одинаковыми в плане потребностей. Нормы времени на выполнение процедур ухода (и соответственно рабочее время социального работника) для всех клиентов единые и не связаны с их потребностями и жизненным состоянием. Некоммерческая организация «ХЭСЭД Мириам» проводит оценку и выделяет пять групп клиентов (четвертая и пятая группа отличаются уровнем контроля клиента за своими действиями).

Нами разработана методика, позволяющая учитывать жизненное состояние клиентов и оценивать на этой основе уровень их потребностей в уходе, а соответственно и часы ухода для социального работника. Методика апробирована на клиентах государственной службы надомной помощи, клиентах некоммерческой организации «ХЭСЭД Мириам», клиентах государственного стационара и платного частного стационара «Надежда». Применение методики позволило удостовериться, что она улавливает разницу между группами в уходе и соответственно в затратах времени социальных работников по уходу на 1 клиента. Эта методика может быть положена в основу определения трех базовых схем ухода, которые могут предлагаться клиенту на рынке.

Методика оценки потребностей и её привязка к рабочему времени социального работника является необходимой для менеджмента процедурой, которая обеспечивает оказание качественной услуги при максимально возможном сокращении затрат времени социального работника на клиента, а следовательно и численности персонала.

6. Сравнительный анализ штатных нормативов и принципов их определения в государственной и частной организации позволяет сделать следующие выводы.

В частной организации нормативы определяются только для работников, непосредственно оказывающих услуги клиентам: социальные работники, социальные работники по индивидуальному уходу, педагоги, психологи, медицинские работники. Все остальные штатные единицы остаются на усмотрение организации, предоставляющей социальные услуги. В организациях применяется клиентоориентированная модель и предоставление конкретной услуги для разных категорий получателей. Категории получателей определяются в результате оценки потребностей конкретного клиента. При таком подходе объем нагрузки на работника определяется в долях от ставки, которая принимается за 40 часов рабочей недели. В частной организации используется минимальное число специалистов на полную ставку, а многие специалисты привлечены со стороны по принципу аутсорсинга. В результате такой структуры норматива штата ориентиром является качество услуги, а не на обеспечение функционирования инфраструктуры и сохранение учреждения в целом.

Исходя из вышеизложенного наилучшего мирового опыта, критериями распределения нагрузки на работников организации в сфере социальных услуг являются:

- перечень услуг для клиентов, оказываемых согласно нормативно-правовой базе;

- объем потребностей клиентов в уходе, выраженный в часах ухода, т.е. соответствующих фактических затрат времени социального работника и другого персонала на оказание прямых услуг;

- продолжительность рабочего времени работника и структура обслуживаемых им клиентов по объему их потребностей.

Согласно этому, нами предлагается изменение принципов нормирования труда и планирования штата работников государственных социальных учреждений, т.к. именно эти принципы не позволяют сейчас оказывать большинству клиентов качественную услугу, что при переходе на право хозяйственного ведения не позволит им полноценно конкурировать на рынке. Отсутствие стратегии развития организации не позволяет им выстроить целостную концепцию развития организации для формирования конкурентных преимуществ в условиях монетизации специальных социальных услуг на рынке.

У некоммерческих и частных организаций есть практика оценки потребностей, нормирования труда персонала и определения адекватной базе клиентов численности работников. Основными узкими местами стратегии развития являются, на наш взгляд, отсутствие конкретной ценовой политики на основе управления распределением затрат по видам услуг и методики оценка качества оказываемой услуги

7. Предлагаемый нами модельный подход к управлению затратами и ценовой политике организации в сфере социального обслуживания (стационары и полустационары) дает организации возможность сформировать комфортную для целевого потребителя цену на услуги за счет гибкого планирования численности персонала, использования разных методов разнесения косвенных затрат и дифференцирования цены по основным схемам ухода.

Разработанные нами правила можно обобщить следующим образом:

- Поскольку в специальных социальных услугах основную долю цены составляют прямые затраты, в которых доминируют затраты на оплату труда персонала и сопутствующие отчисления, то планирование численности персонала приобретает решающее значение. Мы рекомендуем планировать соотношение клиент-работник в часах рабочего времени только для социальных работников и социальных работников по уходу. Остальной персонал планировать либо на организацию в целом, либо на группы фактически сформированных клиентов и при малейшей возможности привлекать персонал за счет аутсорсинга.

- При планировании структуры цены целесообразно использовать разные методы разнесения затрат, используя структуру спроса на услуги. Например, можно относить часть прямых, но не основных, затрат (например, кинезиотерапевт), на подразделение, услуги которого пользуются относительно большим спросом на рынке. Косвенные затраты также можно

распределять на основе разных моделей: равномерно по подразделениям исходя из численности или фонда оплаты труда персонала либо отнесения всех косвенных затрат на одно подразделение, услуги которого пользуются спросом и некоторое повышение цены не окажет влияние на его сокращение.

- Для обеспечения максимальной индивидуализации услуги необходимо привязывать цену к категориям клиентов, определенных по их потребности в уходе, что позволит увеличить их численность и учтет в цене разницу, ощущаемую как справедливую. Учет такой разницы, на примере наших расчетов, составляет 5190 тенге между клиентом четвертой и первой категории.

8. Разработанная нами и апробированная в некоммерческой организации методика оценки позволяет осуществить формализованные замеры всех сторон деятельности социального работника по уходу.

Применяемые методы сочетают как субъективную оценку клиентом всех аспектов деятельности социального работника по уходу, так и независимую оценку на основе наблюдения, т.е. эмпирического (визуального и тактильного) обследования, проводимого линейным менеджером.

Характеристики деятельности социального работника по уходу, оцениваемые субъективно клиентом, включают:

- фактологические признаки (была /не была оказана услуга);
- удовлетворённость клиента услугой (в случае неудовлетворенности указывается причина);
- общая оценка неформальных отношений между работником и клиентом (психологическая совместимость с личностью социального работника по уходу, эмпатия со стороны работника, его готовность выполнять некоторую часть мелких просьб с готовностью и без дополнительной оплаты).

Наблюдение, осуществляемое линейным менеджером при проведении процедуры, включает независимую оценку деятельности социального работника по двум критериям достойного качества жизни:

- качество быта клиента: объективное состояние порядка в жилых и туалетных комнатах, состояние кухни и бытовой техники для хранения и обработки продуктов питания, состояние бытовой техники для стирки вещей и наличие у клиента сменной одежды, полотенце и другого необходимого для нормальной жизнедеятельности белья.

- Внешний вид и гигиена клиента: одежда, состояние волос и т.п.

Результат деятельности социального работника по уходу оценивается по критериям, по которым дается оценка в баллах

1 Соответствие фактического перечня предоставляемых услуг плановому перечню услуг (за минусом тех услуг, потребность в которых по признанию клиента не возникала);

2 Удовлетворенность клиента предоставленными услугами;

3 Психологическая удовлетворенность клиента взаимодействием и общением с социальным работником;

4 Качество выполнения бытовых услуг (наблюдение);

5 Качество выполнения услуг по персональному уходу.

Итоговая оценка позволяет сделать вывод о результатах деятельности социального работника по уходу, выделить положительные характеристики его деятельности, выявить проблемы и разработать рекомендации по улучшению его работы с выделением конкретных услуг, нуждающихся в корректировке качества. По недостаткам и проблемам, обнаруженным в ходе проверки, разрабатывается план их устранения совместно с линейным менеджером. План может включать такие мероприятия как повышение квалификации социального работника по уходу, приобретение необходимых технических средств для выполнения услуг. В качестве поощрения за своевременно и удовлетворительно выполняемые обязанности возможно дополнительное вознаграждение.

В целом, методика оценки качества оказания специальных социальных услуг в условиях на дому является всесторонне обоснованной и в то же время, доступной в использовании, т.е. эффективным инструментом менеджмента, позволяющим улучшить качество услуг в стратегическом плане.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Chandler A. Strategy and Structure. – Boston: MIT press, 1972. – 156p.
- 2 Child J. Organizational structure, environment and performance the role of strategic choice //Sociology. – 1982. – № 6(3). – P.1-22.
- 3 Faulkner D., Johnson G. The Challenge of Strategic Management. – London: Kogan page, 1984. – 189p.
- 4 Johnson G. and Scholes K. Exploring Corporate Strategy. – Hemel Hempstead: Prentice-Hall, 1993. – 210p.
- 5 Kay J. Strategy and the illusions of grand designs //Mastering Strategy, Financial Times. –1999. – № 3. – P.2-4.
- 6 Richardson R., Thompson M. The impact of people management practices on business performance. – London: A literature review, institute of personnel and development, 1999. – 136p.
- 7 Purcell J. Best practice or best fit: chimera or cul-de-sac //Human resource management journal. – 2013. – № 9 (3). – P.26-41.
- 8 Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами / пер. с англ. – М.: ИНФРА-М., 2002. – 328 с.
- 9 Квинт В. Стратегическое управление и экономика на глобальном формирующемся рынке. – М.: Бизнес-Атлас, 2012. – 627 с.
- 10 Портер М. Конкуренция. – М.: Изд. дом Вильямс, 2002. – 496 с.
- 11 Porter M. Competitive strategy: techniques for analyzing industries and competitors. – N.Y: Free Press, 2004. – 396p.
- 12 Barney J. Looking inside for competitive advantage //Academy of Management Executive. –1998. – № 9 (4). – P.49-61.
- 13 Hofer C., Schendel D. Strategy formulation: analytical concept. – St. Paul: West Publishing company, 1986. – P.12-19.
- 14 Miller A., Dess G. Strategy Management. – N.Y: McGraw-Hill, 1996. – 355 p.
- 15 Минцберг Г., Альстрэд В., Лэмпел Дж. Школы стратегий / пер. с англ. – СПб: Питер, 2000. – 340 с.
- 16 Barney J. Types of competition and the theory of strategy: towards an integrative approach //Academy of management review. – 1999. – № 11(4). – P.791-800
- 17 Томпсон А., Стрикленд А. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации для анализа / пер. с англ.; 12-е издание. – М.: Изд. дом Вильямс, 2006. – 928 с.
- 18 Boxall P. The strategic HRM debate and the resource-based view of the firm //Human resource management journal. – 2002. – № 6(3). – P. 59-75.
- 19 Кэмпбел Д., Стоунхаус Дж., Хьюстон Б. Стратегический менеджмент / пер. с англ.; под ред. Н.И. Алмазовой. – М.: Изд. Проспект, 2003. – 336 с.
- 20 Harrison R. Employee Development. – London: Institute of Personnel and Development, 2005. –158 p.
- 21 Ансофф И. Стратегический менеджмент. Классическое издание / пер. с англ.; под ред. Петрова А.Н. – СПб.: Питер, 2011. – 344 с.

- 22 Минцберг Г. Школы стратегий / пер. с англ.; под ред. Ю.Н. Каптуревского. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 336 с.
- 23 Томпсон А., Стрикленд А. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации / пер. с англ.; 9-е издание. – М.: ИНФРА, 2001. – 412 с.
- 24 Томпсон А., Стрикленд А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии / пер. с англ.; под редакцией Зайцева Л., Соколовой М. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 576 с.
- 25 Digman L. Strategic management: concepts, decisions, cases. – Irwin: Georgetown, 1990. – 125p.
- 26 Mintzberg H. The rise and fall of strategic planning. – N.Y: Free Press, 1994. – 480p.
- 27 Pettigrew A., Whipp R. Managing change for strategic success. – Oxford: Blackwell, 1991. – 201p.
- 28 Quinn Mills D. Planning with people in mind //Harvard business review. – 1983. – November – December, – P. 97-105
- 29 Whittington R. What is strategy and does it matter? – London: Rutledge, 1993. – 134p.
- 30 Хамел Г., Прахалад К. Конкурируя за будущее. Создание рынков завтрашнего дня / пер. с англ. – М.: ЗАО Олимп-Бизнес, 2014. – 288 с.
- 31 Фатхутдинов Р. Управление конкурентоспособностью //Стандарты и качество. – 2000. - №10. – С. 43-47.
- 32 David F. Strategic management concept and cases. – Florence: Pearson Education International, 2001. – 326 p.
- 33 Дьюхейм Ирэн. Курс МБА по стратегическому менеджменту: стратегия для малого бизнеса / пер. с англ. – М.: Альпина бизнес букс, 2006. – 586 с.
- 34 Albert S. Режим доступа: <http://www.webbnet.ltd.uk/Humphsprofile.htm>.
- 35 Яновская О.А., Никифорова Н.В. Корпоративное управление. – Алматы: Экономика, 2005. – 320 с.
- 36 Pearce, J., Robinson, R. Strategic management: strategy formulation and implementation. – Irwin: Georgetown, 1988. – 345 p.
- 37 Мамырбаев А.Н. Стратегия повышения конкурентоспособности малого и среднего бизнеса: дис. ... док. PhD. – Алматы, 2014. – 154 с.
- 38 Gunnigle P., Moore S. Linking business strategy and human resources management: issues and implications //Personnel Review. –2004. – № 23 (1). – P.63-83.
- 39 Walton J. Strategic human resource development. – Harlow: Prentice Hall, 1999. – 184p.
- 40 Токсанова А.Н. Анализ текущего состояния малого и среднего бизнеса в Республике Казахстан, АО «Институт экономических исследований. – Астана: /www.http://economy.kz/public/Тоханова.ppt
- 41 Калашников С.В. Функциональная теория социального государства. – М.: Экономика, 2002. – 188 с.
- 42 Николаев Г.А. Сущность и основные признаки социального государства. – М.: АТ и СО, 2001. – 258 с.

- 43 Хижный Э. Государственная система социальной защиты граждан в странах Западной Европы. – М.: Высшая школа, 2006. – 272 с.
- 44 Антропов В. Модели социальной защиты в странах ЕС //МЭ и МО. – 2005. – №5. – С. 34-45.
- 45 Жуков В.И. Социальная политика: парадигмы и приоритеты. – М.: Изд. МГСУ Союз, 2000, 286 с.
- 46 Рубинштейн А. Общественные интересы и теория публичных благ //Вопросы экономики. – 2007. – №10. – С.90-113.
- 47 Закон Республики Казахстан. О специальных социальных услугах (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.12.2015 г.): принят 29 декабря 2008 года № 114-IV – Режим доступа: www.enbek.kz.
- 48 Закон Литовской Республики. О социальной интеграции лиц с недугом: принят 28 ноября 1991г. №I – 2044 (с изменениями и дополнениями на 01.01.2014). Сайт Министерства социальной защиты и труда Литовской Республики – Режим доступа: <http://www.socmin.lt/en/news/ministry-of-social-zbrf.html>.
- 49 Федеральный закон. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: принят 24 ноября 1995г. № 181-ФЗ – Режим доступа: [www.consultant.ru /document/cons_doc_LAW_164915](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_164915).
- 50 Джазыкбаева Б.К. Государственное управление социальной сферой на современном этапе //Проблемы и перспективы индустриально-инновационного развития в Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС): мат. междунар. науч.-практ. конф. – Караганда, 2014. – С. 406-411.
- 51 Samuelson P.A. The pure theory of public expenditure //The review of economics and statistics. – 1954. – № 4. – P. 387-389.
- 52 Гринберг Р., Рубинштейн А. Экономическая социодинамика. – М.: ТЭСА, 2000. – 278 с.
- 53 Гутник В. Политика хозяйственного порядка в Германии. – М.: Экономика, 2002. – 271 с.
- 54 Рубинштейн А. Экономика общественных предпочтений. – СПб.: Изд. Алтейя, 2008. – 358 с.
- 55 Аткинсон Э. Стиглиц Дж. Лекции по экономической теории государственного сектора. – М.: Аспект Пресс, 1995. – 832 с.
- 56 Габуева Л. Предпринимательская деятельность учреждений здравоохранения. – М.: Грантъ, 2002. – 943 с.
- 57 Гуев А.Н. Предпринимательская деятельность в медицине: справочник. – М.: Русский врач, 1998. – 128 с.
- 58 Rechel B., Doyle Y., Grundy E. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения? Сайт Всемирной организации здравоохранения – Режим доступа: [www.euro.who.int/ __data/assets/pdf_file/0005/64967/E92560R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64967/E92560R.pdf)
- 59 Сайт Всемирной организации здравоохранения – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>
- 60 Бюллетень ВОЗ. № 1-6, 2013. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91026/1/9789244506226_rus.pdf?ua=1

61 Статистика ВОЗ. Европейская база данных ВОЗ Здоровье для всех – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence>.

62 Lafortune G., Balestat G. Disability study expert group members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. – Paris: OECD, 2007. – 81 p

63 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-Rom Edition. File POP/9-1:Percentage total population (both sexes combined) by broad age group, major area, region and country, 1950-2100. POP/DB/WPP/Rev.2012/POP/F09-1.

64 Информационный бюллетень ВОЗ. – 2015. – № 352. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/>

65 Jacobzine S, Cambois E, Robine JM. The health of persons in the OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing? – Paris: OECD, 1998. – 285 p.

66 Parker M, Ahacic K, Thorslund M. Health changes among the Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems // European journal of public health. – 2007. – № 2. – P.138-142/

67 Perenboom R. Trends in disability-free life expectancy //Disability and Rehabilitation. – 2004. – № 7. – P.377–386.

68 Comas-Herrera A, Wittenberg R, eds. European study of long-term care expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. London, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2003 (PSSRU Discussion Paper 1840; http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm, accessed 10 April 2008).

69 Проблема эффективности в XXI веке: экономика США. – М.: Наука, 2006. – 389 с.

70 Алимбаев А., Притворова Т., Бектлеева Д. Средний класс в Казахстане. – Караганда: Санат, 2005. – 324 с.

71 Демидова Л.. Сфера услуг России: трудный путь модернизации //МЭ и МО. – 2008. – №2. – С. 38-51.

72 Крауч К. Постдемократия. Коммерциализация государства и социальная ответственность /пер. с англ.; под ред. Н.В.Эдельмана. – М.:ГУ-ВШЭ, – 2010. – 192 с.

73 Овчарова Л.Н., Пишняк А.И., Попова Д.О., Шепелева Е.В. Изменения в доходах и потреблении российских домашних хозяйств: от бедности к среднему классу //SPERO. – 2013. – №18. – С.7-36.

74 Источник:<http://www.bea.doc.gov/bea/industry/gpotables/gpo>

75 Государство и отрасли инфраструктуры в современной рыночной экономике/ под ред. Рекитара Я.А. – М.: Наука, 2001. – 308 с.

76 Жигалов Д.В., Перцов Л.В., Чалая Ю.Ю. Использование инструментов бюджетирования, ориентированного на результат, в практике муниципального управления. – М.: Институт экономики города, 2009. – 26 с.

77 Робинсон М. Бюджетирование, ориентированный на результат //Руководство Clear Regional centers for Learning on Evolution and Results. – 2011. – 234 с.

- 78 Performance budgeting in OECD countries. – Paris: OECD, 2007. – 222 p.
- 79 Джунусбекова Г. Вопросы реформирования системы государственного планирования в Республике Казахстан //Public policy and administration. – 2013. – № 4. – P.619-632.
- 80 Управление и бюджетирование по результатам на муниципальном уровне. – М.: Институт экономики города, 2007. – 184 с.
- 81 Хатри Гарри П. Мониторинг результативности в общественном секторе. – М.: Институт экономики города, 2005. – 276 с.
- 82 Эффективность государственного управления / пер. с англ.; под ред. Батчикова С.А. – М.: Изд. АО Консалтбанкир, 1998. – 846 с.
- 83 Downs G., Larky P. The search for government efficiency: from hubris to helplessness. – N.Y: Free Press, 1986. – 281p.
- 84 Гринберг Р., Рубинштейн А. Основания смешанной экономики. Экономическая социодинамика. – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 482 с.
- 85 Long-term care in the European Union. – Luxembourg: office for official publications of the european communities, 2008. – 18p.
- 86 Джумагельдиева Т.А. Конкуренция: теория и механизмы развития. – Алматы: Лем, 2003. – 131 с.
- 87 Рахимбекова А.Е. Конкурентоспособность организаций в Республике Казахстан: теория, оценка уровня и направления повышения: дис. ...док. PhD. - Алматы, 2015. – 179 с.
- 88 McLean I, McMillan A. The distribution of public expenditure across the UK regions // Fiscal Studies. – 2003. – № 1(24). – P.45–71.
- 89 Fernandez José-Luis, Kendall J. Direct payments in England: factors linked to variations in local provision //Journal of Social Policy. –2007. – № 36(1). – P.97–121.
- 90 Davey A, Johansson L. Unequal but equitable: an analysis of variations in old-age care in Sweden // European Journal of Ageing. – 2006. – № 3(1). – P 34–40.
- 91 Boyne G, Powell M, Ashworth R. Spatial equity and public services: an empirical analysis of local government finance in England // Public Management Review. – 2001. – №3(1). – P.19–34.
- 92 Unit costs of health and social care. University of Kent, 2010. – 257p.: <http://www.slideshare.net/socialbb/pssru-unit-costs-of-health-and-social-care>
- 93 Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения Республики Казахстан в условиях оказания услуг на дому: принят 06 декабря 2010г.– Режим доступа: www.mzsr.gov.kz
- 94 Киселев А. Бизнес процессы и процессный подход: как преодолеть последствия консалтингового маркетинга – Режим доступа: <http://orgstructura.ru/business-processes-and-process-approach>
- 95 Официальная страница BPMN.– Режим доступа: <http://www.bpmn.org/>
- 96 Фатхутдинов Р.А. Управление конкурентоспособностью организации. – Москва.: Эксмо, 2005. – 544 с.
- 97 Реинжиниринг бизнес-процессов. – Режим доступа: http://www.elma-bpm.ru/landing/clever_bpm.html?utm_source=direct&utm_medium=c12963770&utm_campaign=www.grandars.ru&yclid=5874009368301743879

98 Понятие бизнес-процесса. – Режим доступа: <http://www.managementnews.ru/termin/77/>

99 Притворова Т.П., Бектлеева Д.Е., Управление системой длительного ухода за пожилыми людьми в Казахстане в контексте эффективных практик развитых стран. //Вестник омского университета. Серия Экономика. – 2014. – №2. – С.70-78.

100 Fernandez, Jose-Luis, Forder J., Trukeschitz B., Rokosova M., McDaid D. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми? //Анализ систем и политики здравоохранения. – 2009. – №11. – P.2-43

101 Wanless D, Forder J, Fernandez J-L. Securing good care for older people: taking a long term view. – London: King's Fund, 2006. – 210p.

102 Peter C., Nick G., Audrey L. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям? Краткий аналитический обзор. – Georgetown, 2008. – 38p.

103 Захарова О. Г., Клышкова Н. В., Попкова С. А. Оценка нуждаемости клиента в услугах социального обслуживания. Из опыта работы отделения реабилитации КЦСОН //Научно-практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе. Сборник статей. – Нижний Новгород, 2007. – 250с.

104 Федорец А.В., Чагин К.Г. Мониторинг результативности социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов. Руководство по применению. – М.: Институт экономики города, 2005. – 68 с.

105 Будвитаите Д. Социальные услуги - новые возможности для инвалидов и пожилых //Литовский курьер. – 2005. – №47(561). – С. 21

106 Laing & Buisson. Councils rely on a 'hidden tax' on older care home residents, Laing & Buisson, London. <http://www.laingbuisson.co.uk/MediaCentre/PressReleases/CareofElderly201213PressRelease.aspx> [accessed 25 September 2013].

107 Georghiou, T., Davies, S., Davies, A. & Bardsley, M. Understanding patterns of health and social care at the end of life, Nuffield Trust, London, – Режим доступа: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/health-social-care-end-life/> [accessed 15 July 2013].

108 Нормативы затрат рабочего времени для организаций, оказывающих специальные услуги по уходу. Городской муниципалитет города Алитаус. – Режим доступа: <http://www.ams.lt:8080/va/Default.aspx?Id=3&DocId=36564>.

109 Об утверждении «Нормативы рабочего времени социальных работников, оказывающих услуги»: принят 30 ноября 2006 года № А1-317. Министерство социального обеспечения и труда Литвы. – Режим доступа: <https://www.e-tar.lt/portal/forms/legalAct.html?documentId=TAR.B1F8E532965E>.

110 Netten, A., Knight, J., Dennett, J., Cooley, R. & Slight, A. Development of a ready reckoner for staff costs in the NHS, Vols 1 & 2. Personal Social Services Research Unit. – Canterbury: University of Kent, 1998, 168p.

111 Curtis, L. Moriarty, J. & Netten, A. The costs of qualifying a social worker // *British Journal of Social Work*. – 2012. – №42. – P. 706-724.

112 Основы национального счетоводства (международный стандарт) / под ред. Профессора Иванова Ю.Н. – М.:ИНФРА-М, 2005. – 471 с.

113 Закон Республики Казахстан. О государственном имуществе: принят 01 марта 2011 года № 413-IV // *Казахстанская правда* от 10.03.2011 г., – № 86-87.

114 Организации по предоставлению специальных социальных услуг в Карагандинской области. Статистический сборник. – 2014. – 79с. – Режим доступа: karaganda.stat.kz

115 Информационный источник ГУ «Управление координации занятости и социальных программ Карагандинской области»: – Режим доступа: krgsoc.gov.kz

116 Притворова Т.П., Бектлеева Д.Е., Джазыкбаева Б.К. Индивидуализация услуги социального обслуживания как основа управления её качеством // *Социально-экономические проблемы современного общества: мат. междунар. науч.-практ. конф.* – Прага: Изд-во Vedecko vydavatelsk centrum «Sociosfera – CZ», 2014. – С.201-203

117 Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения: принят 28 октября 2011 года № 1222. – Режим доступа: www.enbek.kz

118 Правила оценки и определения потребностей в специальных социальных услугах. – Режим доступа: http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005560_

119 Baranek P. Long-term care: methodologies for forecasting needs and demands. – Toronto, Long Term Care Redevelopment Project, Ontario Ministry of Health and Long Term Care. – 2002. – 127p.

120 Мануэла Трошке, Джазыкбаева Б.К. Оценка управления потребностей клиента в организациях социального обслуживания // *Информационная экономика в формате G-GLOBAL мат. междунар. науч.-практ. конф.* – КарГу – Караганда. – 2014. – С.272-276.

121 European experiences with longterm care: France, the Netherlands, Norway and the UK. – Washington DC: AARP Public Policy Institute, – 2006. – 35p.

122 Goodwin N. National health systems: an overview. In: Heggenhougen K, *International encyclopedia of public health*. – New York: Academic Press, 2010. – 258 с.

123 Comas-Herrera A, Wittenberg R, eds. European study of long-term care expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. London, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2003. PSSRU Discussion Paper 1840. – Режим доступа: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm.

124 Притворова Т.П., Бектлеева Д.Е., Утебаева Ж.Б. Методические подходы к оценке потребностей пожилых граждан и инвалидов в специальных социальных услугах на дому // *Вестник КарГУ. Серия экономика*. – 2012. – №2. – С.83-90.

125 Leichsenring K, Alaszewski A, eds. Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of the issues at stake. – Aldershot, 2006. – 495p.

126 Ministry of Social Security and Labour Presents its 2002 Social Report. – Режим доступа: <http://www.socmin.lt/en/news/ministry-of-social-z6rf.html>

127 Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. Lapkričio 30 d. Įsakymo nr. A1-317 „Dėl socialinę globą teikiančių darbuotojų darbo laiko sąnaudų normatyvų patvirtinimo“ pakeitimo. – Режим доступа: <https://www.e-tar.lt/portal/forms/legalAct.html?documentId=TAR.B1F8E532965E>

128 Бектлеева Д.Е., Джазыкбаева Б.К. Нормирование численности персонала как метод управления качеством услуг в специальном социальном обслуживании // Экономика и статистика. – 2014. – №3. – С.105-110.

129 Притворова Т.П., Бектлеева Д.Е. Национальные критерии допуска в систему длительного ухода в контексте её эффективности// Труд в Казахстане. – 2013. - №3 – С.2-10.

130 Pritvorova T.P., Jazykbayeva B.K. Increasing management effectiveness in long-term care system for senior citizens in Kazakhstan //Актуальні проблеми економіки. – 2015. - №10 (172). – 316-323.

131 Притворова Т.П., Джазыкбаева Б.К. Повышение эффективности системы длительного ухода в Казахстане: правила доступа и структура пакета услуг // Вестник Карагандинского университета. – 2015. – №4 (76). – С.68-76.

132 Мураускине Л. Оценка системы специальных социальных услуг Казахстана в контексте мирового опыта // Вестник регионального развития. – 2013. – №3-4(35). – С.16-26.

133 Притворова Т.П., Джазыкбаева Б.К. Стратегическое управление организацией социального обслуживания в Казахстане //Social and economic problems development and quality of life: history and modern times. Materials of the V international scientific conference on March 15-16, 2015. – Prague: Vedecko vydavatel'sk centrum «Sociosfera - CZ». – P.92-96.

134 Джон Дейли. Эффективное ценообразование - основа конкурентного преимущества. – М.: Вильямс, – 2003. – 304 с.

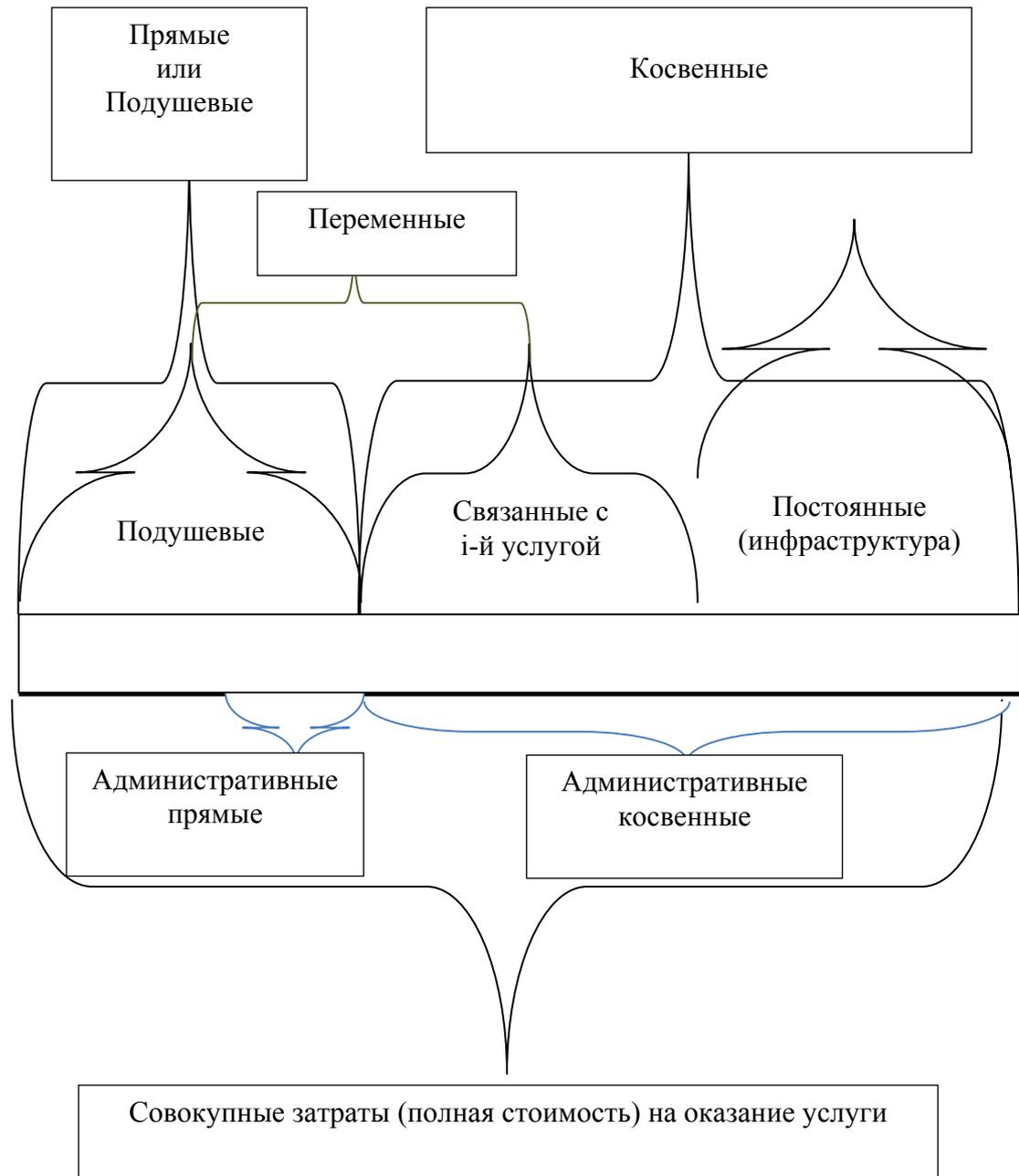
135 Хорнгрен Ч.Т., Фостер Дж. Бухгалтерский учет: управленческий аспект. – М.: Финансы и статистика, – 2001. – 415 с.

136 Джазыкбаева Б.К. Трансформация принципов формирования персонала в организациях социального обслуживания в Казахстане // Вестник КазНУ. Серия экономическая. Казахский национальный университет им. Аль-Фараби. – Алматы. –2015. – №2/1 (108). – С. 142-149

137 Джазыкбаева Б.К. Индивидуальный подход в специальном социальном обслуживании как метод управления качеством услуги // Вестник Карагандинского университета. – КарГУ. – Караганда. – 2014.– №3 (75). – С.93-99

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Соотношение разных видов затрат при расчете издержек на оказание услуг



ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Нормативы персонала по учреждениям краткосрочного и долгосрочного социального ухода за взрослыми инвалидами и пожилыми людьми в медико-социальных организациях

Персонал	Литва							
	Интервал затрат времени, доля от ставки (40 часов)		Интервал затрат времени, часов в неделю		Число обслуживаемых клиентов в неделю		На 50 клиентов	
	мини-мум	макси-мум	мини-мум	макси-мум	макси-мум	мини-мум	мини-мум	макси-мум
<i>Пожилый человек (до 75-80 лет)</i>								
Социальный работник	0,04*	0,08	1,6	3,2	25	13	2	4
Помощник социального работника /медсестры (индивидуальный уход)**	0,08	0,24	3,2	9,6	13	4	4	12
<i>Взрослый с инвалидностью</i>								
Социальный работник	0,04	0,1	1,6	4	25	10	2	5
Помощник социального работника/помощник медсестры	0,14	0,36	5,6	14,4	7	3	7	18
<i>Престарелый (после 80 лет) или взрослый с тяжелой степенью инвалидности</i>								
Социальный работник	0,03	0,06	1,2	2,4	33	17	1,5	3
Помощник социального работника (индивидуальный уход)/помощник медсестры	0,3	0,5	12	20	3	2	15	25
Директор/зам.директора	до 50 получателей – 0,5–1 ставка, для более чем 50 получателей – 1–2 ставки							
Врач-терапевт	до 100 получателей – 0,5–1 ставка, для более чем 100 получателей – 1–1,5 ставки							
Специалист по вопросам профессионального обучения	25-50 получателей – 1 ставка							
Начальник медико-санитарной помощи***	1 ставка							
Медсестра***	10-30 получателей – 1 ставка							
Кинезитерапевт /массажист /эрготерапевт	30-70 получателей – 1 ставка							
Психолог	до 100 получателей – 0,5–1 ставка, для более чем 100 получателей – 1–2 ставки							
Диетолог	0,5-1 ставка							
Примечание - составлено по материалам источников [104,107]								

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика определения затрат рабочего времени социальных работников по уходу при оказании услуг на дому. (реализована на примере организации надомного обслуживания города Сарани Карагандинской области)

Этап	Содержание
<p>Определение масштаба выборки клиентов и социальных работников для проведения хронометража</p>	<p>В штате организации числится 21 работник, который обслуживает 157 клиентов Нами определена выборка в 32 клиента следующей структуры:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клиенты 1,2 и 3 категории по 10 человек в каждой - Клиенты 4 категории – вся группа в 2 человека, т.к. тяжелых клиентов государственные организации переселяют в стационар. <p>В каждой обследуемой группе клиентов состав социальных работников нами максимально диверсифицирован, т.е. 10 клиентов обслуживаются 10 разными социальными работниками. В результате визуальному наблюдению подверглись все социальные работники организации.</p>
<p>Составление 4-х недельного графика обследований</p>	<p>Проведение хронометража выполняемых услуг по выборочному методу (так как социальный работник обслуживает нескольких клиентов в день, то метод сплошного наблюдения рабочего времени применить невозможно).</p> <p>Составление по итогам наблюдений и замеров по каждому клиенту таблицы с затратами времени на услуги, т.е. 32 таблицы по 4 категориям клиентов: по 10 клиентов 1-3 категорий и 2 клиента 4 категории.</p>
<p>Определение средних затрат времени на каждую услугу по 4 категориям клиентов</p>	<p>Обработка результатов таблиц и определение средних затрат времени на каждую услугу для каждой категории клиентов.</p> <p>Составление итоговой таблицы со средними результатами затрат времени.</p>
<p>Уточнение затрат времени с работниками, имеющими средний и высокий стаж работы в организациях социального обслуживания</p>	<p>Проведение фокус-группы с 8 социальными работниками, имеющими стаж работы 10 лет и более для уточнения средних затрат труда на каждую оказываемую услугу для каждой категории клиентов</p>
<p>Составление итоговых таблиц по клиентам всех категорий</p>	<p>Обработка информации и составление заключительного варианта таблиц</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета об исследовании стратегического менеджмента организации

Уважаемый респондент!

Просим принять участие в исследовании стратегического менеджмента в вашей организации!

1. Какова миссия вашей организации?
2. Разрабатывается ли стратегия развития в вашей организации на 3-5 лет?
3. Сформулируйте, пожалуйста, свое видение траектории развития вашей организации на ближайшие 3-5 лет? Какой она будет в отношении клиентов (планируется ли увеличение численности) и доли рынка услуг?

Миссия	
Стратегия	
Видение	

4. Как Вы проводите оценку потребностей клиента при обращении в вашу организацию?

Потребности в услугах определяются в значительной мере со слов клиента, действующая методика не позволяет точно определить какие услуги нужны, а какие нет и сколько времени необходимо затратить для оказания услуг клиенту
Методика группирует клиентов по объему потребностей, но группы слишком крупные и реальное время занятости социального работника больше чем заложенные нормативы
Методика недостаточно четко устанавливает взаимосвязь между группой и часами работы социального работника по уходу
Методика используется и в совершенствовании не нуждается

5. Как определяется плата за услуги?

Услуги предоставляются бесплатно
Услуги предоставляются за приемлемую цену, исходя из точки безубыточности в организации и приемлемой прибыли
Услуги предоставляются за разную цену для разных клиентов
Услуги могут предоставляться в долг в течение 1 месяца, т.е. возможен платеж в рассрочку

6. Оцените минимальный пакет услуг, которые клиент может взять в организации?

Клиент может выбрать услуги, но есть минимальный набор услуг и минимальная плата ниже которой мы не беремся за оказание услуг
Клиент может взять в организации только одну какую-то услугу, например, «доставка лекарств»

7. Как планируется штат работников в вашей организации?

Согласно штатному расписанию, в котором на определенную численность клиентов, установленную в форме интервала, установлено число штатных единиц
Исходя из того, что на любого клиента устанавливается одинаковый норматив времени
Работники по оказанию прямых услуг клиенту планируются исходя из примерных норм времени на оказание услуги, а остальные по мере потребности

8. Используется ли аутсорсинг персонала в вашей организации, и на каких должностях? _____

9. Оказываются ли какие-либо дополнительные услуги семье клиента по их желанию? _____

10. Оказываются ли вашей организацией услуги в выходные и праздничные дни? _____

11. Есть ли в вашей организации четкая и конкретная методика оценки качества услуги и кто её осуществляет? _____

12. Проводится ли повышение квалификации работников, оказывающих прямые услуги персоналу, и как часто? _____

Спасибо за участие, надеемся на дальнейшее сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

**Среднегодовая стоимость услуг для одного опекаемого в год в МСУ, тыс. тенге
(уточненный годовой план финансирования/количество опекаемых)**

Области	Все категории	МСУ для престарелых и инвалидов общего типа	МСУ для детей ОДА	МСУ для детей психоневрологические	МСУ для взрослых психоневрологические
Акмолинская	912,4	936,9	0	1700,7	679,3
Актюбинская	839,7	721,0	0	0	937,9
Алматинская	947,9	1078,9	0	1388,0	754,1
Атырауская	988,7	945,7	0,0	1622,0	822,9
ВКО	842,7	803,3	598,5	1752,5	746,0
Жамбылская	2420,1	3603,4	0	1605,6	1059,6
ЗКО	2406,1	2399,0	0	5262,0	1650,0
Карагандинская	912,8	880,0	0	2238,0	768,0
Костанайская	985,8	1172,3	0	1454,8	772,9
Кызылординская	1149,7	994,3	0	1729,5	1026,9
Мангистауская	1005,9	702,0	0	1704,4	882,6
Павлодарская	653,8	623,5	0	1451,5	607,2
СКО	776,6	659,2	1715,5	2091,9	695,8
ЮКО	1087,9	727,6	1380,7	1205,8	905,5
г.Алматы	961,7	939,5	0	1797,4	805,7
г.Астаны	1486,1	1229,0	0	2329,3	1416,0
Итого	18377,8	18415,6	3694,7	29333,4	14530,4
Размах вариации	1766,3	2979,9	1117	4056,2	1042,8
Средние затраты	1148,6	1151,0	1231,6	1955,6	908,2
Коэффициент вариации	44,3%	65,2%	Не рассчитывался	47,7%	39,4%

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Среднегодовая стоимость услуг для одного получателя в год в полустационарах, тыс. тенге (уточненный годовой план финансирования/количество получателей)

Области	ОДП* для детей - инвалидов	РЦ** для инвалидов	РЦ** для детей с ограниченными возможностями	РЦ** для дневного пребывания престарелых и инвалидов	Все виды
Акмолинская	324,0	0,0	0,0	0,0	324,0
Актюбинская	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Алматинская	0,0	0,0	1073,3	0,0	1073,3
Атырауская	0,0	57,0	1300,0	0,0	95,0
ВКО	471,0	0,0	398,2	0,0	407,6
Жамбылская	0,0	1069,1	441,6	0,0	936,6
ЗКО	6217,0	0,0	0,0	0,0	5174,0
Карагандинская	1370,0	0,0	0,0	0,0	1370,0
Костанайская	0,0	57,0	738,7	0,0	82,8
Кызылординская	0,0	0,0	0,0	186,8	186,8
Мангистауская	130,7	882,6	161,5	0,0	143,1
Павлодарская	0,0	0,0	981,1	0,0	981,1
СКО	325,1	55,4	0,0	0,0	66,7
ЮКО	1269,8	773,5	470,9	0,0	838,1
г. Алматы	604,8	425,1	0,0	0,0	514,5
г. Астаны	754,1	0,0	0,0	0,0	754,1
Итого	11466,5	3319,7	5565,3	186,8	12947,7
Размах вариации	6086,3	1013,7	1138,5	-	5107,3
Средние затраты	1274,1	474,2	695,7	186,8	863,2
Коэффициент вариации	166%	85%	52,8%	Не рассчитывался	141,5%

* ОДП – отделение дневного пребывания, **РЦ – реабилитационный центр

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Расчет расходов на основные средства, тенге

	Наименование помещений	Итого, тенге
1	Приемно-регистрационное отделение	119200
2	Стационар (на 20 мест) - 6 одноместных номеров (комната – 12 кв.м., санузел – 4,85 кв.м.) - 7 двухместных номеров (комната -20, санузел - 4,85 кв.м)	1317940 429680 888260
3	Отделение дневного пребывания (на 6 мест) в том числе: - 2 одноместных номеров (комната -12 кв.м., санузел - 4,85 кв.м.) - 2 двухместных номеров (комната -20, санузел - 4,85 кв.м)	398920 144060 254860
4	Пищевой блок в том числе: - Обеденный зал - Кухня (оборудуется электроплитой, мойкой, столом-шкафом, навесными шкафами-полками) - Помещение для временного хранения продуктов (с холодильником)	946228 329400 519728 97100
5	Отделение социальной реабилитации	3997780
6	Отделение медицинской реабилитации	451990
7	Административные и хозяйственные службы	1017540
8	Автотранспортные средства	2455000
	Всего затрат на основные средства (МСУ для инвалидов и престарелых), тенге	10 393 672
Примечание – рассчитано на основе действующего Стандарта специальных социальных услуг		