

АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Й. Селами, Е.А. Малашенко*

Аннотация. Проведен анализ внутренней среды медицинских учреждений с точки зрения повышения эффективности институциональных функций. Определены ключевые факторы, влияющие на внутреннюю среду. Проанализированы существующие теоретические модели. Дан сравнительный анализ различных методологий оценки внутренней среды, а также изучены функциональные подсистемы, влияющие на эффективность работы медицинских учреждений. В ходе исследования определены основные критерии внутренней среды и рассмотрены их взаимосвязи с внешними факторами.

Результаты исследования подтвердили важность применения комплексного подхода, включающего анализ функциональных подсистем, управление ресурсами и стратегическое планирование. Комплексный подход к оценке внутренней среды позволяет оптимизировать использование ресурсов, повысить качество медицинских услуг и конкурентоспособность учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: внутренняя среда, управление в здравоохранении, оценка эффективности, институциональные функции, стратегическое планирование.

JEL-классификация: I18, D46.

DOI: 10.46782/1818-4510-2025-1-78-92

Материал поступил 17.01.2025 г.

В современных условиях учреждения здравоохранения сталкиваются с возрастающими требованиями к качеству медицинских услуг и эффективности управления ресурсами. Ограниченное финансирование, растущая нагрузка на медицинские организации и необходимость соответствовать высоким стандартам при оказании помощи требуют системного подхода к управлению внутренней средой. Актуальность исследования обусловлена высокой динамичностью изменений в индустрии здравоохранения. В современных условиях медицинские учреждения сталкиваются с необходимостью адаптации к изменяющимся нормативным требованиям, экономическим

факторам и общественным ожиданиям. Эффективное управление внутренней средой становится важным инструментом для повышения конкурентоспособности, оптимизации ресурсов и улучшения качества медицинских услуг. В отличие от традиционных методов, ориентированных преимущественно на финансовые и операционные показатели, современные подходы к анализу внутренней среды требуют сочетания количественных и качественных методов. Например, исследование Э. Калайджи, С. Дуру, Ч. Акюрека и Ш. Тойгара (Kalayci, Duru, Akyurek, Toygar, 2018) показывает, что разделение учреждений здравоохранения на функциональные подсистемы позволя-

* Селами Йылдырым (selami27tr@yahoo.com), Бакинский государственный университет (г. Баку, Азербайджан); <https://orcid.org/0000-0002-7059-8365>

Малашенко Елена Александровна (malashenko@bseu.by), кандидат педагогических наук, доцент, Белорусский государственный экономический университет (г. Минск, Беларусь); <https://orcid.org/0000-0003-4472-9824>

ет не только детально анализировать каждый компонент системы, но и выявлять скрытые проблемы, которые могут оставаться незамеченными при использовании стандартных аналитических инструментов.

Научная новизна исследования заключается в комплексном подходе к оценке внутренней среды медицинских учреждений, который выходит за рамки традиционного анализа сильных и слабых сторон организации. В статье предложены современные методологические подходы, учитывающие работу функциональных подсистем медицинских учреждений, реализацию институциональных функций и их влияние на эффективность работы. Исследование также расширяет представление о стратегическом управлении в здравоохранении: в работе предложены инструменты для мониторинга и адаптации внутренней среды в условиях изменяющейся внешней среды.

Внутренняя среда как система взаимосвязанных подсистем

Внутренняя среда учреждений здравоохранения представляет собой совокупность взаимосвязанных подсистем, каждая из которых выполняет определенную функцию и влияет на общую эффективность организации. Изучение внутренней среды организаций является важным направлением в теории управления. Одним из ключевых подходов к анализу внутренней среды в здравоохранении является модель, предложенная Э. Калайджи, С. Дуру, Ч. Акюреком и Ш. Тойгаром (Kalayci, Duru, Akurek, Toygar, 2018). Авторы выделили 10 функциональных подсистем: управление, человеческие ресурсы, финансовая деятельность, маркетинг, клинические системы, институциональная структура, корпоративная культура, физические возможности, информационные системы, лидерство. Эти подсистемы не существуют изолированно, а взаимодействуют друг с другом, поэтому анализ внутренней среды требует комплексного подхода, учитывающего значение отдельных компонентов и их взаимосвязи. Такой подход позволяет упростить анализ внутренней среды медицинских учреждений и выявить ключевые факторы, влияющие на эффективность их функциониро-

вания. В табл. 1 приведены подсистемы, описанные Э. Калайджи и другими авторами, и ключевые факторы, которые необходимо учитывать в процессе оценки внутренней среды.

Роль и значение институциональных функций в эффективном управлении медицинскими учреждениями

Эффективное управление медицинским учреждением требует владения знаниями об институциональных функциях, которые представляют собой совокупность ключевых процессов, обеспечивающих стабильное функционирование и развитие организации. В контексте здравоохранения к ним относятся: *управление; координация; контроль; адаптация*. *Управление* как институциональная функция включает в себя планирование (постановку стратегических целей, разработку программ развития и распределение ресурсов для их достижения), организацию (создание эффективной структуры, обеспечивающей рациональное использование ресурсов и четкое распределение обязанностей между подразделениями) и контроль ресурсов. *Координация* обеспечивает слаженное взаимодействие между различными подразделениями медицинского учреждения (административными, медицинскими и вспомогательными службами), организацию взаимодействия между врачами, медсестрами, а также использование информационных систем для обмена данными. *Контроль* как функция направлен на мониторинг выполнения задач и соблюдение установленных стандартов. Функция контроля включает в себя оценку качества медицинских услуг на основе клинических протоколов и санитарных норм, выявление отклонений от планов и принятие корректирующих мер; обеспечивает соблюдение стандартов качества, минимизирует ошибки и способствует совершенствованию внутренних процессов. *Адаптация* характеризует способность медицинского учреждения реагировать на изменения внешней среды и сохранять стабильность (гибко реагировать на изменения в законодательстве, экономические кризисы, внедрение инноваций), а также разрабатывать стратегии, которые позволят

Факторы, используемые при оценке внутренней среды

ПОДСИСТЕМА	ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР
Менеджмент (управление)	Количество уровней управления, управленческие навыки, передача полномочий
Человеческие ресурсы	Численность персонала; проблемы, связанные с подбором персонала; производительность труда; текучесть кадров
Финансовая деятельность	Достаточность финансовых ресурсов, показатели финансовой деятельности, отклонения от бюджета
Маркетинг	Страховой статус и демографические характеристики пациентов, каналы предоставления услуг
Клинические системы	Количество и качество предоставляемых услуг, тип используемого для оказания услуг медицинского оборудования, внедрение новых методов лечения, уровень подготовки врачей
Институциональная структура	Наличие или отсутствие проблем во взаимодействии между различными отделами в анализируемом медицинском учреждении, формирование междисциплинарных связей
Корпоративная культура	Системы ценностей, поведенческие характеристики и их соответствие целям медицинского учреждения
Физические возможности	Физические ресурсы и возможность расширения существующей инфраструктуры в анализируемом медицинском учреждении
Информационные системы	Развитие компетенций персонала: владение знаниями о клинических, медицинских и финансовых информационных системах в медицинском учреждении
Лидерство	Соответствие стилей лидерства руководителей верхнего, среднего и нижнего уровней потребностям анализируемого медицинского учреждения

Источник. (Kalayci, Duru, Akyurek, Toygar, 2018).

учреждению оставаться конкурентоспособным.

Исследование (Scott, Ruef, Mendel, Caronna, 2000) подтверждает, что успешные медицинские организации активно развивают институциональные функции, чтобы оставаться конкурентоспособными в условиях меняющейся среды. В свою очередь, М. Портер (Porter, 1985) акцентирует внимание на *цепочке создания ценности* (value chain model), которая применяется для анализа деятельности организации с целью повышения ее конкурентоспособности и может быть также применена в области здравоохранения. Например, анализ внутренних процессов, таких как диагностика, лечение и послеоперационный уход, помогает выявить проблемные участки и улучшить качество услуг, предоставляемых медицинским учреждением.

Согласно М. Портеру, *ценность в общем смысле* означает сумму, которую клиент (пациент) готов заплатить за воспринимаемую выгоду от использования продукта или услуги. Для учреждения здравоохранения ценность определяется как

разница между доходом, полученным от продукта или услуги, и денежными затратами на ресурсы, необходимыми для их производства (Porter, 1985. P. 38). Соответственно, последовательность действий, начиная с поиска ресурсов и заканчивая их доставкой пользователям и предоставлением послепродажных услуг, представляет собой цепочку создания стоимости.

В 2006 г. М. Портер и Э. Тайсберг адаптировали свой подход, ориентируя его на создание ценности для пациента. Исследователи предложили сместить акцент с краткосрочных стратегий снижения затрат на конкуренцию, в центре которой находится «ценность, созданная для пациентов», подчеркивая, что конкуренция должна основываться не на объеме предоставленных услуг, а на конечном результате лечения (Porter, Teisberg, 2006. P. 4).

Таким образом, институциональные функции играют ключевую роль в управлении медицинским учреждением, что находит выражение в его эффективном функционировании в условиях постоянно

меняющихся внешних и внутренних факторов, способности эффективно минимизировать риски и достигать стратегических целей.

Концепция ценности и результата

Медицинские учреждения, ориентированные на предоставление услуг с учетом ценности для пациента, согласно выводам М. Портера и Э. Тайсберг, имеют больше возможностей для привлечения пациентов. Конкуренция, основанная на ценности, выгодна не только пациентам, но и страховщикам. В Турции, например, неудачное применение мер по контролю за расходами, в частности ограничение цен, введенное Институтом социального обеспечения (SGK), объясняется тем, что в системах оплаты приоритет отдается результатам. Несмотря на такие инициативы по снижению затрат, расходы на здравоохранение продолжают расти – в основном из-за моделей возмещения, которые вознаграждают объем производства, а не результаты, ориентированные на ценность для пациента. Больницы, столкнувшиеся с жестким ограничением цен, часто сокращают количество предоставляемых пациентам услуг, что затрудняет достижение благоприятных результатов. Чтобы решить эту проблему, страховым компаниям предлагается внедрить модели возмещения, основанные на результатах, вместо традиционных методов оплаты по принципу «плата за услуги» или «по случаю» (Porter, Teisberg, 2006. PP. 62–63).

Ценность медицинских услуг определяется их конечным результатом, а не объемом предоставляемых услуг. Если услуги не приводят к улучшению состояния здоровья пациентов, их ценность равна нулю (результат = 0) независимо от масштаба оказанной помощи. Поэтому руководителям необходимо ориентироваться на достижение результатов, а не на количественные показатели оказания услуг.

Анализ и совершенствование процессов предоставления услуг – важная институциональная тактика, она не может заменить достижение желаемых результатов (Porter, Guth, 2012. P. 27; Porter, 2010). Не существует единого конечного результата, который бы полностью отражал улучшение

состояния здоровья пациента. Конечный результат медицинской помощи представляет собой интегральный показатель, отражающий общее улучшение состояния здоровья пациента в процессе лечения. Его можно рассчитать путем суммирования взвешенных вкладов всех имеющихся результатов в рамках процесса оказания медицинской помощи.

Примерами индивидуальных результатов услуг или вмешательств являются показатели выживаемости, восстановление функционального состояния, долгосрочная устойчивость лечения. Действительная польза для пациента появляется только тогда, когда все индивидуальные результаты объединяются. Вопросы, которые задают пациенты, касаются не характера проведенных процедур, а достигнутых изменений в их состоянии, что подчеркивает важность комплексного подхода к оценке эффективности лечения. В соответствии с концепцией М. Портера конечный результат медицинской помощи структурирован в трехуровневую модель, позволяющую оценить согласованность и взаимосвязь различных компонентов лечения, что способствует формированию объективной методики анализа качества медицинских услуг и их влияния на здоровье пациентов.

В табл. 2 приведены примеры показателей результатов, связанных с двумя различными заболеваниями (состояниями здоровья).

Таким образом, концепция ценности и результата в здравоохранении подчеркивает важность ориентации медицинских учреждений на достижение оптимальных результатов для пациентов при минимальных затратах. Традиционные модели оплаты, основанные на объеме оказанных услуг, не способствуют улучшению качества медицинской помощи и могут приводить к росту расходов. Ключевым аспектом является понимание того, что ценность медицинских услуг определяется не количеством предоставленных процедур, а их фактическим «вкладом» в улучшение здоровья пациента. Все это требует комплексного подхода к оценке результатов, при котором учитываются такие показатели, как выживаемость, функциональное восстановление, устойчивость лечения и долгосрочные по-

Выборочные показатели результатов

Параметр	Рак молочной железы	Первичный острый остеоартроз коленного сустава, требующий протезирования
Выживаемость	Выживаемость (1 год, 3 года, 5 лет, более 5 лет)	Уровень смертности (стационарные больные)
Уровень здоровья или восстановления	Период восстановления Функциональный статус Защита груди Результаты операций по сохранению груди	Достигнутый функциональный уровень Достигнутый уровень боли Способность выполнять физические действия Возможность вернуться к работе
Время восстановления и возвращения к нормальной физической активности	Период восстановления	Продолжительность лечения Период восстановления (возвращение к физической активности) Период восстановления (возвращение к работе)
Неэффективность ухода или лечения (диагностические ошибки, неэффективный уход, дискомфорт, связанный с лечением, осложнения, побочные эффекты)	Госпитальная инфекция Тошнота или рвота Фебрильная нейтропения Ограничение движения Депрессия	Боль Продолжительная госпитализация пациента Инфекция Тромбоэмболия легочной артерии Тромбоз глубоких вен Инфаркт миокарда Срочный пересмотр Делириум
Устойчивость здоровья или защиты и рецидив	Рецидивирующий рак Последствия рецидива рака Устойчивость функционального состояния	Сохранение функционального состояния Способность выполнять повседневные задачи без посторонней помощи Необходимость ревизии или повторной операции
Долгосрочные последствия лечения (заболевания, вызванные медицинским обслуживанием)	Частота возникновения второго первичного рака Плечевая плексопатия Преждевременный остеопороз	Потеря подвижности из-за неадекватной реабилитации Риск сложных переломов Восприимчивость к инфекциям Ригидность коленного сустава вследствие неизвестного осложнения Региональный болевой синдром

Источник. Пример на основе (Porter, Guth, 2012).

следствия. Поэтому переход к системе, ориентированной на ценность, способствует не только повышению качества медицинской помощи, но и оптимизации использования ресурсов, что выгодно как пациентам, так и руководителям медицинских учреждений.

Концепция ценности и затрат

В здравоохранении важно соблюдать баланс между снижением затрат и повышением ценности услуг, ориентируясь на долгосрочные результаты для пациентов.

1. Стоимость услуг (cost) влияет на ценность (value), но их прямая связь не

всегда очевидна. Простое сокращение затрат может ухудшить качество услуг, что в долгосрочной перспективе приведет к причинению вреда пациенту или дополнительным расходам (например, на лечение осложнений). Такой подход ставит под угрозу качество обслуживания и часто приводит к «иллюзорной» экономии средств, которая не отражает реального сокращения общих расходов (Porter, Guth, 2012. P. 27).

2. Оптимизация затрат должна учитывать конечные результаты для пациента. Например, раннее вмешательство и профилактика могут увеличить первоначальные

расходы, но снизят общую стоимость лечения за счет уменьшения числа осложнений и повторных госпитализаций.

3. Акцент на общей стоимости всего процесса, а не на стоимости отдельных услуг, позволяет минимизировать неэффективные расходы, избежать дублирования процедур и улучшить координацию между этапами лечения. Такой подход способствует созданию ценности для пациента за счет повышения качества и доступности медицинской помощи, а также оптимизирует использование ресурсов системы здравоохранения в целом.

Работа медицинского учреждения включает в себя ряд различных, но взаимозависимых видов деятельности, которые способствуют достижению общей цели. Типичные виды операционной деятельности и услуг в больнице включают в себя осмотр пациентов, предоставление диагностических услуг (например, лабораторные анализы), стационарное лечение, наблюдение после выписки (контрольные осмотры и т. п.). Кроме того, неотъемлемой частью работы учреждения являются административные функции: техническое обслуживание, прием пациентов, закупки и снабжение материалами. В совокупности эти виды деятельности образуют так называемую цепочку создания стоимости. Чтобы генерировать большую, чем у конкурентов, стоимость, медицинское учреждение должно рассматривать свою деятельность как интегрированную систему.

Модель цепочки создания стоимости позволяет осуществлять комплексный анализ ресурсов и процессов медицинского учреждения, что способствует повышению их эффективности. Этот подход способствует как повышению качества медицинской помощи, так и укреплению конкурентных позиций учреждения (Porter, 1985. P. 33). Данная модель акцентирует внимание на оптимизации и реструктуризации ключевых процессов для формирования единой эффективной системы создания ценности. При этом цепочка создания стоимости в каждом медицинском учреждении обладает своими уникальными характеристиками, которые становятся основой их конкурентных преимуществ.

Суэйн, Дункан и Гинтер (Swayne, Duncan, Ginter, 2006. PP. 153–155) выде-

ляют три основные фазы деятельности в учреждениях здравоохранения: действия, выполняемые до оказания услуги; во время оказания услуги и после оказания услуги.

Согласно модели цепочки создания стоимости М. Портера, первичные функции состоят из пяти основных видов деятельности: 1) закупка исходных материалов, охватывающая процессы приобретения и управления ресурсами для оказания медицинских услуг; 2) предоставление услуг, предполагающее преобразование входных данных в выходные, начиная с приема пациента и включая все последующие медицинские процедуры; 3) дистрибуция, связанная с хранением, транспортировкой и подготовкой товаров к доставке; 4) маркетинг и продажи, направленные на продвижение услуг и реализацию инициатив по связям с общественностью; 5) послепродажное обслуживание, включающее поддержку пациентов после оказания первичной услуги (Porter, 1985. PP. 39–40). Содержание этих основных видов деятельности кратко изложено в табл. 3.

Итак, концепция ценности и затрат в здравоохранении свидетельствует о необходимости баланса между снижением расходов и обеспечением высококачественных услуг, ориентированных на долгосрочные результаты для пациентов. Простое сокращение затрат без учета конечных результатов может привести к ухудшению качества медицинской помощи и увеличению общих расходов в долгосрочной перспективе. Оптимизация затрат должна быть направлена на улучшение результатов лечения, что включает раннее вмешательство, профилактику и акцент на общей стоимости всего процесса, а не на отдельных услугах. Такой подход способствует созданию ценности для пациентов и повышению эффективности системы здравоохранения в целом. Медицинские учреждения функционируют как сложные системы, в которых различные виды деятельности взаимосвязаны и образуют цепочку создания стоимости. Модель цепочки создания стоимости, предложенная М. Портером, позволяет проводить комплексный анализ ресурсов и процессов, что

Определение компонентов цепочки создания стоимости

Компонент цепочки создания ценности	Описание
Предоставление услуг	Действия в цепочке создания ценности, непосредственно связанные с обеспечением доступа, предоставлением и последующим наблюдением за медицинскими услугами
До предоставления услуг	
Исследование рынка/маркетинг	Определение услуг, которые создают ценность до фактического предоставления медицинских услуг, и определение целевого рынка
Предлагаемые услуги/брендинг	Распространение информации среди текущих и потенциальных пациентов и других заинтересованных сторон о спектре и местоположении доступных услуг
Ценообразование	Установление тарифов на доступные услуги
Продвижение	Действия, обеспечивающие наличие всех необходимых элементов для предоставления медицинских услуг «в нужном месте и в нужное время»
Распределение/логистика	Действия и системы, облегчающие вход пациента/клиента в систему предоставления услуг, включая запись на прием и регистрацию
В момент предоставления услуг	
Клинические операции	Действия по предоставлению услуг, которые создают ценность в момент фактического оказания услуг
Качество	Действия, преобразующие человеческие и материальные ресурсы в медицинские услуги
Инновации процессов	Фактическое предоставление медицинских услуг отдельным пациентам
Маркетинг	Действия и набор мер, направленных на улучшение качества и количества медицинских услуг
Удовлетворенность пациентов	Действия, направленные на предложение новых продуктов, привлечение новых клиентов, улучшение предоставления услуг и повышение воспринимаемой ценности услуг
После предоставления услуг	
Последующее наблюдение (клиническое)	Действия, создающие ценность после того, как пациент получил медицинские услуги
Маркетинг	Действия, направленные на определение эффективности или удовлетворенности пациента полученными медицинскими услугами и облегчающие переход в другую цепочку создания ценности
Выставление счетов	Действия, помогающие определить, какие дополнительные услуги необходимо предоставить
Поддерживающие виды деятельности	Действия в цепочке создания ценности, направленные на обеспечение эффективного и результативного предоставления медицинских услуг
Организационная культура	Общая среда, в которой функционирует медицинская организация
Общие предположения	Предположения, которые разделяют сотрудники и другие участники организации, в отношении всех аспектов предоставления услуг (например, потребности пациентов, цели организации)
Общие ценности	Руководящие принципы, принятые в организации, включая «понимание» качества, готовность к риску и другие аспекты культуры
Нормы поведения	Ожидания и понимание норм поведения внутри организации, которые могут создавать ценность для пациентов
Организационная структура	Аспекты организационной структуры, способствующие созданию ценности для клиентов/пациентов
Функция	Структура, основанная на процессах или видах деятельности, используемых сотрудниками (например, хирургия, финансовая деятельность, кадровая политика)
Подразделение	Основные подразделения, работающие относительно автономно, но соблюдающие «общее политическое руководство» (например, больничное отделение, амбулаторное отделение)
Матрица	Двумерная структура, в которой одновременно действует более одной структуры управления (например, междисциплинарная команда с представителями медицины, сестринского дела, администрации)
Стратегические ресурсы	Финансовые, человеческие, информационные ресурсы и технологии, необходимые для предоставления медицинских услуг и создающие ценность
Финансовые ресурсы	Финансовые ресурсы, необходимые для обеспечения помещений, оборудования и специализированных компетенций, необходимых для предоставления медицинских услуг
Человеческие ресурсы	Люди с необходимыми навыками для предоставления медицинских услуг
Информационные ресурсы	Аппаратное и программное обеспечение, а также системы обработки информации, необходимые для поддержания предоставления медицинских услуг
Технологии	Помещения и оборудование, необходимые для предоставления медицинских услуг

Источник. (Porter, 1985).

способствует повышению эффективности и конкурентоспособности учреждений. Ключевые этапы цепочки включают деятельность по закупке ресурсов, предоставлению услуг в области маркетинга, продаж и послепродажного обслуживания. Оптимизация этих процессов, а также учет уникальных характеристик каждого учреждения, таких как организационная культура, структура и стратегические ресурсы, являются критически важными для достижения наилучших результатов. Однако, хотя модель цепочки создания стоимости М. Портера хорошо описывает традиционные процессы в здравоохранении 1980-х гг., ее интеграция с современными цифровыми технологиями (например, с искусственным интеллектом, телемедициной, блокчейном для управления данными) изучена недостаточно. Поэтому в ходе изучения проблемы у авторов появился ряд закономерных вопросов. Во-первых, как нынешняя цифровизация влияет на каждый этап цепочки создания стоимости в медицинских учреждениях согласно новым реалиям. Во-вторых, пациенты традиционно рассматриваются как получатели услуг, но их роль как активных участников процесса создания ценности недостаточно изучена. В-третьих, какие стратегии наиболее эффективны для повышения ценности в условиях ограниченных ресурсов (например, в сельских или малообеспеченных регионах)?

Оценка эффективности внутренней среды учреждений здравоохранения

Современные методы оценки эффективности в здравоохранении часто фокусируются на финансовых показателях, таких как *рентабельность* и *отклонения от бюджета*. В большинстве медицинских учреждений наблюдаются значительные отклонения от запланированных бюджетов, особенно в статьях расходов на закупку оборудования и лекарств: «В 2020 г. в ряде регионов наблюдались значительные отклонения от запланированных бюджетов на здравоохранение. Например, в одном из регионов России перерасход по статье «Медикаменты» составил 12%, что связано с ростом цен на лекарства и не-

обходимостью закупок в условиях пандемии COVID-19».

Уровень рентабельности медицинских учреждений варьируется в зависимости от их типа. Согласно данным исследований (Cylus, Papanicolas, Smith, 2016; Пожидаева, Шамраева, Федченко, 2020; Байгулова, Довлетов, 2023)¹, частные клиники демонстрируют более высокие показатели рентабельности (в среднем 10–12%), чем государственные больницы (2–4%). Это связано с тем, что частные клиники имеют возможность устанавливать более высокие цены на услуги и эффективнее управлять ресурсами, в то время как государственные учреждения работают в условиях ограниченного финансирования и высокой социальной нагрузки.

Однако, как отмечают Р. Каплан и Д. Нортон (Kaplan, Norton, 1996), такой подход не учитывает наличие нематериальных активов, таких как квалификация персонала или корпоративная культура, играющих важную роль в долгосрочной эффективности организации. Кроме того, методы, основанные исключительно на количественных данных, могут упускать такие важные аспекты, как удовлетворенность пациентов или уровень стресса среди медицинского персонала. Например, в исследовании (Arah, Westert, Hurst, Klazinga, 2006) подчеркивается необходимость использования смешанных методов (количественных и качественных) для более полной оценки эффективности. В предлагаемой методике количественные данные (финансовые отчеты, показатели производительности) дополняются качественными методами исследования (интервью с сотрудниками, анализ корпоративной культуры, оценка удовлетворенности пациентов). Такой подход позволяет не только выявить статистические закономерности, но и понять их причины, что особенно важно для разработки эффективных стратегий улучшения. Количественные данные включают: финансовые показатели (расходы на лечение, стоимость оборудования, зарплаты персонала); показатели производительности (среднее время пребывания в стационаре, уровень осложнений, текучесть кадров); статистику удов-

¹ Health at a Glance: 2021. DOI:10.1787/ae3016b9-en

летворенности пациентов. Качественные данные включают: интервью с сотрудниками для оценки их восприятия рабочей нагрузки, уровня поддержки и профессионального развития; анализ корпоративной культуры, включая коммуникацию между сотрудниками и руководством; оценку удовлетворенности пациентов через фокус-группы или глубинные интервью для понимания причин неудовлетворенности (например, длительное ожидание в очереди, недостаток времени на консультацию).

Рассмотрим, как такой подход может быть применен в контексте российского здравоохранения. Согласно опросам, проведенным Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 2022 году, 65% пациентов были удовлетворены качеством медицинских услуг. Однако 35% респондентов отмечали такие проблемы, как длительное ожидание в очереди и недостаток внимания со стороны персонала. Уровень удовлетворенности в поликлиниках (55%) значительно ниже, чем в стационарах (75%). Это связано с высокой нагрузкой на амбулаторные учреждения, длительным ожиданием приема (в среднем 30–60 минут) и ограниченным временем на консультацию (10–15 минут на одного пациента). В стационарах, напротив, пациенты получают более интенсивное и персонализированное внимание, что повышает уровень удовлетворенности. Кроме того, согласно отчету Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2022 год, среднее время пребывания пациента в стационаре составляет 7 дней, что соответствует установленным стандартам. Однако в 20% случаев наблюдаются осложнения, связанные с недостаточным послеоперационным уходом. В одной из больниц г. Омска внедрение новых протоколов лечения, включая стандартизированные чек-листы и увеличение частоты обходов врачей, позволило снизить уровень осложнений на 10%. Эти данные подчеркивают важность улучшения послеоперационного ухода для повышения качества медицинских услуг (Бухалков, Кузьмина, Шухорова, 2023).

Еще одной значимой проблемой, выявленной в отчетах Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2022 год,

является высокий уровень текучести кадров в медицинских учреждениях. Составив 15% в год, он превысил средний показатель по отрасли – 10%. Основными причинами являются низкая заработная плата и высокая нагрузка, особенно в отделениях интенсивной терапии, где текучесть кадров достигает 20%. В то же время 80% медицинского персонала имеют высшее образование, однако только 30% регулярно проходят курсы повышения квалификации. В 2021 г. федеральная сеть частных клиник г. Москвы «МЕДСИ» внедрила программу онлайн-обучения для медицинского персонала, что позволило повысить уровень квалификации на 15% за год. Программа включала курсы по современным методам диагностики и лечения, а также тренинги по коммуникации с пациентами. Это подчеркивает важность инвестиций в профессиональное развитие персонала. Инвестиции в профессиональное развитие персонала не только снижают текучесть кадров, но и повышают качество медицинских услуг (Там же).

В маркетинге качество определяется как «удовлетворение желаний и ожиданий клиентов», при этом особое внимание уделяется восприятию и потребностям клиентов. С этой точки зрения услуга считается качественной, если она обеспечивает удовлетворенность клиентов. Такой подход широко используется в Турции при оценке качества. Однако критики утверждают, что в этом случае игнорируются научные и технические аспекты медицинского обслуживания. В отличие от других услуг (например, гостеприимства или питания) пациенты, как правило, не могут оценить или выбрать ип медицинского обслуживания. Они оценивают только внешние факторы, такие как чистота помещений, отсутствие шума и поведение медицинских работников.

Полагаясь только на эти факторы при оценке качества, можно прийти к неточным выводам (Kavuncubaşı, Esatoplu, 1998). Например, если у пациентов низкие ожидания, то соответствие этим ожиданиям не обязательно будет свидетельствовать о высоком качестве предоставляемых услуг. Объективным показателем качества услуг является улучшение состояния здоровья

пациента, что отражает техническое качество. С этой точки зрения качество можно определить как степень соответствия услуги научным стандартам. Однако, если сосредоточиться только на техническом качестве, не учитывая социальные и психологические потребности пациентов, можно не получить целостное определение качества.

В. Омачону (Omachonu, 1990) предложил синтезированный подход, объединяющий техническое качество (соответствие диагностических и лечебных услуг современным достижениям медицинской науки и установленным стандартам) и искусство ухода (удовлетворение ожиданий пациентов посредством способа предоставления услуг), или искусство заботы (John, 1991; Haas-Wilson, 1994).

Согласно этой модели качество медицинского обслуживания определяется двумя компонентами: *Качество здравоохранения = техническое качество + искусство ухода.*

Техническое качество сосредоточено на соблюдении научных норм и стандартов, установленных университетами, профессиональными организациями и исследовательскими институтами. Эти нормы, согласно исследованию Д. Смита и А. Калужного, представляют собой коллективное мнение медицинских работников относительно исходных данных, процессов и результатов предоставления услуг и называются *нормативными критериями* (Smith, Kaluzny, 1975). Одной из широко распространенных схем оценки технического качества является подход «структура – процесс – результат», разработанный А. Донебедианом. Модель состоит из трех взаимосвязанных компонентов (Donebedian, 1966; 1980; 1995) и подчеркивает важность интеграции надежной инфраструктуры, эффективных процессов и благоприятных результатов для достижения высокого технического качества. Согласно трехэлементному подходу, высококачественные услуги являются результатом эффективного взаимодействия этих компонентов. «Сильная структура» (например, хорошо обученный персонал, современное оборудование) поддерживает эффективные процессы (например, точные диагнозы, эффективное лечение), которые,

в свою очередь, приводят к положительным результатам. При оценке технического качества недостаточно оценить каждый компонент отдельно; необходимо также проанализировать их взаимосвязь (Donebedian, 1995).

Эффективность в здравоохранении, как отмечают В. Сахней и Д. Уорден (Sahney, Warden, 1989. P. 30), должна учитывать не только соотношение затрат и результатов, но и качество, своевременность и экономическую эффективность. Согласно определению авторов, эффективность зависит не только от физического количества результатов. Повышение качества результатов, даже если их количество остается неизменным, также может привести к повышению эффективности. Эффективность отражает, насколько рационально учреждение использует свои ресурсы. В широком смысле она представляет собой соотношение между объемом продукции, производимой системой производства или оказания услуг, и затратами, необходимыми для ее производства. В этом контексте эффективность можно понимать как «оптимальное использование ресурсов при производстве различных товаров и услуг» (Kisa, 1999. P. 15). Методы Р. Секстона и Х. Шермана (Sexton, 1986; Sherman, 1984; 1986)², такие как анализ соотношений, регрессионный анализ и анализ развития данных, позволяют также измерить эффективность использования ресурсов.

Финансовая функция является важнейшим компонентом анализа внутренней среды любого медицинского учреждения. Финансы – это средства, капитал или денежные ресурсы, имеющиеся в распоряжении учреждения (Ağırbaş, 2014. P. 18; Kavuncubaşı, 2022. PP. 206–208). Управление финансами подразумевает приобретение финансовых ресурсов на благоприятных условиях и их эффективное использование для достижения целей учреждения. Финансовая функция не ограничивается получением и использованием средств. Она играет важную роль в повышении качества услуг, снижении затрат и увеличении об-

² ILO. 1992. Verimlilik Yönetimi. Ankara: MPM Yayınları.

щей стоимости предоставляемых услуг. Существует взаимная связь между финансовыми показателями и созданием стоимости (Fleming, Boles, 1994. PP. 11–17; Kavuncubaşı, 2022. PP. 206–208). Учреждения с высокими финансовыми показателями, как правило, добиваются лучших результатов, включая более высокое качество услуг, повышенную безопасность пациентов, положительный опыт пациентов и более низкие показатели реадмиссии (Encinosa, Bernard, 2005; Akinleye, McNutt, Lazariu, McLaughlin, 2019; Bazzoli, Clement, Lindrooth, Chen, 2007; Kavuncubaşı, 2022). Финансово благополучные больницы имеют больше возможностей для инвестирования в инфраструктуру, внедрения новых технологий и улучшения качества обслуживания. Напротив, больницы, испытывающие финансовые трудности, могут сократить расходы на инициативы по улучшению качества, чтобы снизить затраты. Такие меры по сокращению расходов часто включают в себя сокращение численности персонала (в первую очередь, медсестер) или отсрочку технологических инвестиций, что приводит к неблагоприятным последствиям. Например, снижение соотношения медсестер к пациентам приводит к увеличению смертности, частоты инфекций и других негативных медицинских последствий (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, Wilt, 2007; Kavuncubaşı, 2022). Таким образом, больницы, испытывающие финансовые трудности, часто идут на компромисс «с качеством обслуживания», чтобы сохранить свою деятельность (Dong, 2015; Kavuncubaşı, 2022). Стратегическое планирование требует понимания текущего и прогнозируемого финансового положения учреждения. Анализ финансовой деятельности, благодаря выделению сильных и слабых сторон, позволяет оценить способность учреждения эффективно использовать свои финансовые ресурсы. Для оценки финансовых показателей обычно используются такие инструменты, как балансовые отчеты и отчеты о прибылях и убытках.

Финансово сильные учреждения могут обеспечивать необходимое количество ресурсов на желаемом уровне, поддерживать сбалансированное сочетание заемных и соб-

ственных средств, а также обеспечивать операционный рост.

Анализ финансовой деятельности – это систематический процесс, в котором используются финансовые и операционные данные для оценки финансового состояния учреждения, надежности инвестиций и рисков. Такой анализ позволяет получить представление о результатах деятельности в прошлом и обосновать будущие решения по финансовому планированию и распределению ресурсов (Özgülbaş, 2005; Kavuncubaşı, 2022).

Показатели финансовой деятельности свидетельствуют о конкретных аспектах финансового состояния учреждения и могут сравниваться с контрольными показателями, средними показателями по отрасли, показателями конкурентов. Сравнительный анализ показателей (ликвидность, финансовая структура, финансовая эффективность, прибыльность) дает ценную информацию об относительном финансовом положении учреждения. Например, стоимость услуг в медицинском учреждении, превышающая аналогичные показатели у конкурентов, указывает на недостатки, требующие внимания.

В современном здравоохранении *информационные системы* незаменимы при выполнении, контроле и координации клинической и административной деятельности. Информационные системы как важный компонент внутренней среды обеспечивают сбор, обработку и анализ данных, а также координацию между подразделениями. Информационные системы в учреждениях здравоохранения можно разделить на четыре основные группы согласно моделям Д. Глэндона, Д. Смалтца, Д. Словенской, С. Кавунджубаши (Glandon, Smaltz, Slovensky, 2008. PP. 20–21; Kavuncubaşı, 2022. PP. 208–212): клинические и оперативные информационные системы; системы поддержки принятия стратегических решений; электронные сети и приложения для электронного здравоохранения (включая интеллектуальные и цифровые технологии здравоохранения); административные информационные системы.

Более точная оценка сильных и слабых сторон информационных систем учреждения может быть дана с точки зрения

успешности. Слабые стороны обычно определяются как факторы, препятствующие работе системы. Для измерения эффективности информационных систем необходима комплексная модель, учитывающая причинно-следственные связи между структурой системы и ее результатами. Одной из широко используемых моделей является *модель успеха информационных систем У. Делоне и Е. Маклина* (DeLone, McLean, 2003. PP. 9–30; Seddon, 1997. PP. 240–253; Yildirim, Kacak., Yildirim., Kavuncu-basi, 2019. PP. 60–66; Kavuncubaşı 2022. PP. 208–212). Применение этой модели обеспечивает структурированный подход к оценке успешности информационных систем, что позволяет учреждениям выявлять области, требующие улучшения, и эффективно использовать сильные стороны системы для достижения стратегических целей учреждения.

Таким образом, анализ внутренней среды медицинских учреждений с точки зрения эффективности и институциональных функций позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, современные методы оценки должны выходить за рамки традиционных финансовых показателей, таких как рентабельность и отклонения от бюджета. Необходимо внедрять смешанные подходы, сочетающие количественные данные (финансовые отчеты, показатели производительности) с качественными методами (интервью с сотрудниками, анализ корпоративной культуры, оценка удовлетворенности пациентов). Такой подход позволит не только выявлять статистические закономерности, но и понимать их причины, что особенно важно для разработки стратегий улучшения.

Во-вторых, ориентация на ценность для пациента, выраженная в достижении оптимальных результатов лечения при минимальных затратах, станет ключевым фактором повышения качества медицинских услуг. Это потребует перехода от моделей оплаты, основанных на объеме услуг, к системам, ориентированным на результаты, и будет стимулировать медицинские учреждения к повышению эффективности и улучшению состояния здоровья пациентов.

* * *

Эффективное управление медицинскими учреждениями требует комплексного подхода, учитывающего как материальные, так и нематериальные аспекты, включающего интеграцию всех элементов цепочки создания стоимости и акцент на клинические результаты и непрерывное совершенствование внутренних процессов. Особое внимание необходимо уделить внедрению цифровых технологий (искусственный интеллект, телемедицина и т. п.), которые будут способствовать оптимизации ключевых процессов и повышению эффективности системы здравоохранения.

Инвестиции в профессиональное развитие персонала и снижение текучести кадров играют решающую роль в обеспечении высокого качества услуг и конкурентоспособности учреждения в условиях растущих требований и ограниченных ресурсов.

Предложения исследователей, упомянутых выше, предоставляют надежную основу для анализа и оптимизации институциональных функций в учреждениях здравоохранения. Тем не менее интеграция этих концепций с современными технологиями, углубленное изучение организационной культуры, вовлечение пациентов в процесс принятия решений и адаптация к различным условиям остаются актуальными направлениями дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (REFERENCES)

Байгулова А.А., Довлетов А.Б. 2023. Эффективность частных медицинских организаций в системе здравоохранения России. *Теоретическая и прикладная экономика*. № 1. [Baigulova A.A., Dovletov A.B. 2023. Efficiency of Private Medical Organizations in the Russian Healthcare System. *Theoretical and Applied Economics*. No 1. DOI: 10.25136/2409-8647.2023.1.37514 (In Russ.)]

Бухалков М.И., Кузьмина Н.М., Шухорова Ю.А. 2023. Оценка удовлетворенности сотрудников учреждений здравоохранения организацией дистанционного обучения в условиях пандемии и постковидный период. *Международный научно-исследовательский журнал*. № 8. [Bukhalkov M.I., Kuzmina N.M., Shukhova Yu.A. 2023. Assessment of Healthcare Employees' Satisfaction with the Organization of Distance Learning during

the Pandemic and Post-COVID Period. *International Research Journal*. No 8. DOI: 10.23670/IRJ.2023.134.61 (In Russ.)]

Пожидаева Т.А., Шамраева М.А., Федченко А.А. 2020. Анализ экономической эффективности деятельности бюджетной медицинской организации. *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*. № 2. С. 75–89. DOI: 10.17308/econ.2020.2/2903 [Pozhidaeva T.A., Shamraeva M.A., Fedchenko A.A. 2020. Analysis of the Economic Efficiency of a Budgetary Medical Organization. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika i upravlenie*. No 2. PP. 75–89. DOI: 10.17308/econ.2020.2/2903 (In Russ.)]

Akinleye D.D, McNutt L.A., Lazariu V., McLaughlin C.C. 2019. Correlation Between Hospital Finances and Quality and Safety of Patient Care. *PLOS ONE*. Vol. 14. No 8. DOI: 10.1371/journal.pone.0219124

Ağırbaş İ. 2014. *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*. Ankara: Siyasal Kitapevi. 448 p.

Arah O.A., Westert G.P., Hurst J., Klazinga N.S. 2006. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol. 18. Iss. 1. PP. 5–13. DOI: 10.1093/intqhc/mzl024

Bazzoli G., Clement J.P., Lindrooth R.C., Chen H.-Fen. 2007. Hospital Financial Condition and Operational Decisions Related to the Quality of Hospital Care. *Medical Care Research and Review*. Vol. 64. Iss. 2. PP. 148–68. DOI: 10.1177/1077558706298289

Cylus J., Papanicolas I., Smith C.P. 2016. *Health System Efficiency: How to Make Measurement Matter for Policy and Management*. World Health Organisation. 242 p.

DeLone W.H.T., McLean E.R. 2003. The Delone and Mclean Model of Information Systems Success: A Ten Year Uptade. *Journal of Management Information Systems*. Vol. 19. Iss. 4. PP. 9–30. DOI: 10.1080/07421222.2003.11045748

Donebedian A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 44. No 3. Part 2. PP. 166–206. DOI: 10.2307/3348969

Donebedian A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press. 163 p.

Donebedian A. 1995. The Quality of Care: How Can It Be Assessed. *Quality in Health Care: Theory, Application and Evolution*. Maryland: Aspen Publication. 366 p.

Dong G.N. 2015. Performing Well in Financial Management and Quality of Care: Evidence from Hospital Process Measures for Treatment of Cardiovascular Disease. *BMC Health Services Research*. Vol. 15. Iss. 45. DOI: 10.1186/s12913-015-0690-x.

Encinosa E., Bernard D.M. 2005. Hospital Finances and Patient Safety Outcomes. *INQUIRY* Vol. 42. Iss. 1. PP. 60–72. DOI: 10.5034/inquiryjrnl_42.1.60

Fleming S.T., Boles K.E. 1994. Financial and Clinical Performance: Bridging the Gap. *Health Care Management Review*. Vol. 19. Iss. 1. PP. 11–17.

Glandon G.L., Smaltz D.H., Slovensky D.J. 2008. Austin and Boxerman's Information Systems for Healthcare Management. Chicago: Health Administration Press. 288 p.

Haas-Wilson D. 1994. The Relationships the Dimensions of Health Care Quality and Price: The Case of Eye Care. *Medical Care*. Vol. 32. No 2. PP. 175–182. URL: <http://www.jstor.org/stable/3766313>

John J. 1991. Improving Quality Through Patient-Provider Communication. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. 11. No 4. PP. 51–66.

Kalayci E., Duru S., Akyurek 3., Toygar Ş. 2018. Internal Environment Analysis in Health Institutions. *Health Sciences Research in the Globalizing World*. Publisher: St. Kliment Ohridski University Press. PP. 997–1007.

Kane R.L., Shamliyan T., Mueller C., Duval S., Wilt J.T. 2007. *Nurse Staffing and Quality Patient Care*. Agency for Health Care Research and Quality. Evidence Reports/Technology Assessments. 539 p.

Kaplan R.S., Norton D.P. 1996. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business Press. 322 p.

Kavuncubaşı Ş. 2022. *Hastane ve Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim*. Siyasal Kitapevi, Ankara. 520 p.

Kavuncubaşı Ş., Esatoplu A.E. 1998. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi. *Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.

Kısa A. 1999. *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Usta Matbaacılık. 152 p.

Omachonu V.K. 1990. Quality of Care: New Criteria for Evaluation. *Health Care Management Review*. Vol. 15. No 4. PP. 43–50. DOI: 10.1097/00004010-199001540-00006

- Özgülbaş N.** 2005. Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü ve Finansal Performansı Arttırmak için Kullanılacak Stratejiler. *Verimlilik Dergisi*. No 3. PP. 125–144.
- Porter M.E.** 1985. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press. 580 p.
- Porter M.E.** 2010. What is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*. Vol. 363. Iss. 26. PP. 2477–2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024
- Porter M.E., Guth C.** 2012. *Redefining German Health Care*. Springer Science and Business Media. DOI: 10.1007/978-3-642-10826-6
- Porter M.E., Teisberg E.O.** 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Harvard Business Press. 25 p.
- Sahney V.K., Warden, G.L.** 1989. The Role of Management in Productivity and Performance Management. *Productivity and Performance Management in Health Care Institutions*. Boston: American Hospital Publishing. 179 p.
- Scott W.R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C.A.** 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. University of Chicago Press. 452 p.
- Seddon P.B.** 1997. A Respecification and Extension on the DeLone and Mclean Model of Is Success. *Information System Research*. Vol. 8. Iss. 3. PP. 240–253. DOI: 10.1287/isre.8.3.240
- Sexton R.T.** 1986. The Methodology of Data Envelopment Analysis. *Measuring Efficiency: An Assessment of Data Envelopment Analysis*. San Francisco: American Evaluation Association, Jossey Bass, Inc. PP. 7–30. DOI: 10.1002/EV.1438
- Sherman H.D.**, 1986. Managing Productivity of Health Care Organizations. *Measuring Efficiency: An Assessment of Data Envelopment Analysis*. San Francisco: Jossey Bass, Inc. 110 p.
- Smith D.B., Kaluzny A.D.** 1975. *The White Labyrinth: Understanding, the Organization of Health Care*. California: McCutchan Publishing Company. 379 p.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M.** 2006. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Cornwall: Blackwell Publishing. 528 p.
- Yildirim C., Kacak H., Yildirim S., Kavuncubasi S.** 2019. Comprehensive Efficiency Assessment of Turkish Teaching Hospitals: Technical, Pure Technical and Scale Efficiencies with Data Envelopment Analysis. *Journal of Applied Business and Economics*. Vol. 21. No 3. DOI: 10.33423/jabe.v21i3.2087

INTERNAL ENVIRONMENT OF A HEALTHCARE INSTITUTION FROM THE PERSPECTIVE OF ANALYZING THE EFFECTIVENESS OF ITS INSTITUTIONAL FUNCTIONS

Yildirim Selami¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7059-8365>),

Elena Malashenko² (<https://orcid.org/0000-0003-4472-9824>)

¹ Baku State University of Economics (Baku, Azerbaijan),

² Belarusian State Economic University (Minsk, Belarus).

Corresponding author: Elena Malashenko (malashenko@bseu.by).

ABSTRACT. The article analyses the internal environment of medical institutions to enhance the efficiency of institutional functions. Key factors influencing the internal environment are identified. The authors examine existing theoretical models, and provide a comparative analysis of various methodologies for assessing the internal environment. The functional subsystems affecting the efficiency of medical institutions are also studied. The study identifies the main criteria of the internal environment and considers their interrelationships with external factors.

The results confirm the importance of using an integrated approach that includes the analysis of functional subsystems, resource management, and strategic planning. This integrated approach to assessing the internal environment optimises resource utilisation, improves the quality of medical services, and enhances the competitiveness of healthcare institutions.

KEYWORDS: internal environment, healthcare management, performance assessment, institutional functions, strategic planning.

JEL-code: I18, D46.

DOI: 10.46782/1818-4510-2025-1-78-92

Received 17.01.2025

In citation: Selami Y., Malashenko E. 2025. Internal Environment of a Healthcare Institution from the Perspective of Analyzing the Effectiveness of Its Institutional Functions. *Belorusskiy ekonomicheskiy zhurnal*. No 1. PP. 78–92. DOI: 10.46782/1818-4510-2025-1-78-92 (In Russ.)

