

# УПРАВЛЕНЕЦ И МЕНЕДЖЕР В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обзорная статья

УДК 614.2:005.3:005.7

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-20-29

## АННОТАЦИЯ

**Актуальность.** В условиях модернизации системы здравоохранения Узбекистана особое значение приобретает четкое разграничение ролей менеджера и управленца, их функциональная специализация и профессиональное развитие.

**Цель исследования:** систематизация понятий «управленец» и «менеджер», раскрытие функциональных различий между ними, определение уровней ответственности и анализ актуальной международной практики в сфере управления здравоохранением.

**Материалы и методы.** В исследовании использовались материалы научной электронной библиотеки Pubmed и сети Интернет, находящиеся в свободном доступе. Применялись аналитический метод и контент-анализ.

**Результаты.** В статье систематизированы понятия «менеджер» и «управленец» в здравоохранении, проанализированы их функции, уровни ответственности и современная практика международных систем здравоохранения, включая страны Европы и Северной Америки. Особое внимание уделено современным тенденциям и инновациям: внедрению цифровых технологий, модели value based health-care (ценностно-ориентированное здравоохранение), формированию мультидисциплинарных команд и управлению рисками. На основе международного опыта предложены практические рекомендации для системы здравоохранения Узбекистана, включающие внедрение цифровых платформ, стратегическое планирование, оптимизацию процессов и развитие кадрового потенциала. Подчеркнута необходимость постдипломной подготовки управленцев нового поколения на кафедре общественного здравоохранения и управления здравоохранением для формирования стратегически мыслящих и компетентных лидеров, способных обеспечивать эффективность, устойчивость и инновационное развитие системы здравоохранения страны.

**Заключение.** Профессиональное развитие и постдипломная подготовка управленцев нового поколения на кафедре общественного здравоохранения и управления здравоохранением является неотъемлемым условием успешной модернизации здравоохранения Узбекистана и его интеграции в мировое медицинское сообщество. Узбекистан сможет достигнуть высокой эффективности системы здравоохранения, улучшить качество жизни населения и соответствовать современным международным стандартам, в том числе благодаря подготовке стратегически мыслящих, компетентных и инновационно ориентированных управленцев.

**Ключевые слова:** менеджер, управленец, система здравоохранения, уровни ответственности, международный опыт, цифровизация, концепция ценностно-ориентированного здравоохранения, профессиональное развитие, постдипломная подготовка, стратегическое управление, управление качеством.

## КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Асадов Х.Д. Управленец и менеджер в системе здравоохранения. Здравоохранение стран СНГ. 2026; 2(1):20-29. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-20-29

**АСАДОВ Хусан Даминович<sup>1</sup>**

доктор медицинских наук, доцент  
ORCID: 0009-0008-3677-7467

<sup>1</sup> Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, ул. Паркентская, д. 51, г. Ташкент, 100007, Узбекистан.

© Асадов Х.Д., 2026 г.



**Асадов Хусан Даминович**

e-mail: asadovxd@gmail.com

## ВВЕДЕНИЕ

Современная система здравоохранения Республики Узбекистан вступила в этап глубоких преобразований, связанных с повышением качества медицинских услуг, формированием устойчивых механизмов управления, развитием первичной медико-санитарной помощи и совершенствованием клинично-организационных моделей работы медицинских организаций. На фоне масштабных структурных реформ резко возрастает потребность в корректном понимании профессиональных ролей руководителей, принимающих стратегические и операционные решения [1, 4]. В практическом дискурсе чаще всего используются два понятия – «управленец» и «менеджер», которые нередко ошибочно воспринимаются как взаимозаменяемые. Однако в реальности эти понятия имеют принципиально разные уровни ответственности, задачи, компетенции и влияние на функционирование системы здравоохранения [1, 2, 3].

Актуальность данной темы обусловлена тем, что неправильное понимание различий между управленцем и менеджером приводит к снижению эффективности медицинских организаций, нарушению управленческой вертикали, неоптимальному распределению функций и замедлению реализации реформ [1, 4]. В условиях современного здравоохранения, характеризующегося высокой динамикой, цифровизацией, ростом требований к качеству помощи и расширением сферы ответственности медицинских организаций, чёткое разграничение ролей управленца и менеджера становится важнейшим элементом построения устойчивой системы управления [1, 3].

Понятие управленца в системе здравоохранения формируется на основе стратегической логики и способности руководителя видеть медицинскую организацию как сложную социальную, профессиональную и экономическую систему. Управленец в здравоохранении – это лидер, который определяет стратегию развития, формирует долгосрочную политику учреждения, принимает решения, влияющие на качество медицинской помощи, безопасность пациентов, кадровую политику, устойчивость финансирования, инфраструктурное развитие и внедрение инновационных подходов. Управленец работает не только внутри медицинской организации, но и в её внешнем контуре, обеспечивая взаимодействие с государственными структурами, муниципальными органами, страховыми компаниями, образовательными центрами и международными партнёрами [2, 4].

Менеджер в системе здравоохранения представляет собой операционного руководителя, который отвечает за выполнение конкретных задач: организацию ежедневных процессов, планирование работы подразделений, управление потоками

пациентов, контроль исполнения регламентов и оптимизацию рабочих процедур [2]. Менеджер действует внутри установленной управленцем стратегической рамки, не формируя основной вектор развития учреждения, но обеспечивая высокое качество операционного исполнения [1, 4].

Таким образом, принципиальная разница между управленцем и менеджером заключается в различии масштаба ответственности и характера выполняемых задач. Управленец создаёт систему, менеджер работает внутри системы. Управленец отвечает за стратегические направления развития, за результаты деятельности учреждения в целом, за безопасность пациентов и долгосрочную эффективность. Менеджер несет ответственность за операционные процессы, за точность исполнения, за контроль соблюдения стандартов и организацию работы на уровне подразделений [2, 3].

Функциональные обязанности управленца включают стратегическое планирование, анализ состояния медицинской организации, разработку клинично-организационных моделей, контроль качества и безопасности, формирование корпоративной культуры, управление кадровыми ресурсами, работу с финансовыми потоками, внедрение инноваций, регулирование рисков и обеспечение устойчивости учреждения в условиях внешних вызовов [1, 2].

Функции менеджера концентрируются вокруг оперативного управления: составление расписаний, контроль потоков пациентов, управление документацией, обеспечение соблюдения стандартов, оперативное решение возникающих проблем, координация работы среднего и младшего персонала, контроль за выполнением показателей, оптимизация временных и материальных ресурсов [1, 2].

Уровни ответственности также значительно различаются. Управленец отвечает за всю медицинскую организацию, за качество услуг и репутацию учреждения, за стратегическую устойчивость и результаты на уровне региональной и национальной системы здравоохранения [2, 3]. Менеджер несёт ответственность за конкретное направление или подразделение, действует в рамках полномочий, ограниченных регламентами, и обеспечивает стабильное функционирование своего участка работы [1, 2, 4].

**Цель исследования:** систематизация понятий «управленец» и «менеджер», раскрытие функциональных различий между ними, определение уровней ответственности и анализ актуальной международной практики в сфере управления здравоохранением.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании использовались материалы научной электронной библиотеки Pubmed и сети Интернет, находящиеся в свободном доступе.

Поисковые запросы производились по ключевым словам: «менеджер», «управленец», «система здравоохранения», «уровни ответственности», «международный опыт», «value based healthcare», «стратегическое управление», «управление качеством». По результатам поиска отобраны и систематизированы данные о нормативном правовом регулировании деятельности, функциях, региональных практиках организации деятельности.

Применялись аналитический метод и контент-анализ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Мировая практика подтверждает необходимость различия между понятиями «управленец» и «менеджер». В странах Европы сформирована устойчиво работающая модель, в которой стратегические руководители клиник – директора, медицинские администраторы, ключевые должностные лица, отвечающие за качество медицинских услуг – выполняют функции управленцев, а операционные менеджеры обеспечивают исполнение конкретных процессов. В этих системах широко распространено двойное образование у руководящих лиц – медицинское и управленческое, что обеспечивает глубокое понимание клинических процессов и позволяет эффективно управлять многоуровневой структурой (многофункциональным учреждением) [5]. В Соединённых Штатах Америки (США) применяется вертикальная модель, в которой генеральный исполнительный директор медицинского центра выполняет функции управленца, а операционные директора, руководители направлений и менеджеры подразделений – функции исполнителей и координаторов [5, 6]. Управленческая деятельность при таком организационном подходе в здравоохранении требует отдельной профессиональной подготовки, включающей программы по административному управлению, стратегическому планированию, лидерству и контролю качества услуг.

Современные требования к управленцам и менеджерам формируются на основе компетентностного подхода. Управленец должен обладать системным мышлением, способностью к стратегическому анализу, лидерством, готовностью к инновациям, умением управлять изменениями, пониманием клиничко-экономических процессов и навыками антикризисного управления. Менеджер обязан владеть инструментами операционного контроля, уметь анализировать данные, обеспечивать выполнение стандартов, эффективно коммуницировать с персоналом и пациентами, а также быстро решать возникающие практические задачи [6].

Разграничение понятий «управленец» и «менеджер» является ключевым элементом современного

управления здравоохранением. Корректное распределение функций между стратегическим и операционным уровнями позволяет формировать устойчивую, эффективную и ориентированную на пациента систему [7]. Управленец определяет стратегию, ценности, направления развития, а менеджер обеспечивает выполнение задач и стабильность ежедневной работы. Опыт развитых стран демонстрирует, что разделение ролей является обязательным условием успешного функционирования медицинских организаций и повышения качества медицинской помощи. Формирование компетентных управленцев и менеджеров является важной задачей модернизации здравоохранения Республики Узбекистан и основой устойчивого развития отрасли в ближайшие десятилетия [5, 7].

**Историческая и теоретическая база менеджмента в здравоохранении.** История формирования управленческих подходов в здравоохранении неразрывно связана с развитием медицинских систем, административных институтов и экономических моделей общества. На протяжении многих десятилетий медицина существовала преимущественно как социально ориентированная отрасль, в которой главные решения принимались на основе административного контроля и профессионального авторитета. Однако усложнение медицинских технологий, рост стоимости лечения, повышение ожиданий общества и необходимость более точного распределения ресурсов постепенно привели к целесообразности внедрения управленческих инструментов, ранее характерных для промышленности, бизнеса и государственных систем управления [6].

Историческая база менеджмента в здравоохранении сформировалась на стыке трёх направлений: административных методов управления, экономических моделей и клинической организации работы. В XX в. управление медицинскими организациями стало отдельной профессиональной сферой, требующей сочетания медицинских знаний, управленческих компетенций и понимания экономических процессов [5, 6].

В странах Европы управленческие подходы начали внедряться системно после Второй мировой войны, когда государства столкнулись с необходимостью создания устойчивых национальных систем здравоохранения. Одним из первых направлений стало формирование централизованных моделей финансирования и управления, где ключевыми принципами выступали гарантированный доступ граждан к медицинской помощи, планирование ресурсов и контроль качества [7].

Великобритания стала одним из первых примеров применения управленческих моделей, создав Национальную службу здравоохранения (NHS, National Health Service). В этой системе впервые появилось распределение ролей между

стратегическими управленцами, отвечающими за планирование и организацию помощи, и операционными менеджерами, обеспечивающими реализацию задач на уровне медицинских организаций. В последующие десятилетия NHS стала площадкой для внедрения методов клинического менеджмента, управления качеством, анализа затрат и программного планирования [7, 8].

В Германии развитие менеджмента шло по пути сочетания государственного регулирования и страховой модели. Появление больничных администраций, системы ценообразования для стационарных медицинских услуг (DRG, Diagnostic Related Group), широкое внедрение механизмов внутреннего контроля качества сформировали новую модель управления клиниками. Менеджмент стал самостоятельной профессией, требующей подготовки в области экономики, организационного развития и здравоохранения [5, 8].

Франция, Нидерланды, скандинавские страны также постепенно переходили от административных методов к системному управлению, основанному на стандартах качества, клиническом аудите, доказательности и финансовой эффективности [8]. В европейской системе здравоохранения утвердилось четкое разделение ролей: стратегические руководители выполняют функции управленцев, а операционные специалисты – функции менеджеров [6, 9].

Модель управления здравоохранением в США развивалась более динамично и структурно. Уже в середине XX в. ведущие клиники начали использовать методы корпоративного управления, заимствованные из индустриального сектора. Это было обусловлено приватизацией значительной части медицинских услуг и высокой конкуренцией между учреждениями. С конца 50-х гг. в США стали появляться программы подготовки управленцев в сфере здравоохранения, включая степень магистра в области управления здравоохранением [8, 9]. Эти образовательные курсы включали изучение финансовых систем, организационной теории, менеджмента качества, маркетинга и клинико-экономического анализа. Американские клиники первыми внедрили концепции управления процессами, стратегическое планирование, мультитематальность и эффективные модели междисциплинарных команд. Большую роль сыграло развитие систем аккредитации, прежде всего деятельности международной комиссии по совместной аккредитации, которая ввела стандарты по безопасности пациентов, управлению рисками и качеству клинических процессов. В США менеджмент стал профессиональной дисциплиной, а руководители медицинских центров начали восприниматься как управленцы, работа которых направлена на стратегическое развитие учреждений, обеспечение их устойчивости и конкурентоспособности, внедрение инноваций и т.д. [8, 10].

**Теории управления и их применение в медицинских организациях.** На протяжении последних столетий теории управления претерпели существенную эволюцию, и большинство из них нашли применение в здравоохранении.

Классические теории управления Файоля, Вебера и Тейлора заложили основу структурного подхода, предполагающего функциональное распределение обязанностей, иерархию и стандартизацию процессов. Для медицины эти подходы оказались особенно важными, поскольку позволили структурировать работу больших коллективов, определить роли персонала и установить регламенты деятельности отделений, что стало основой для последующей разработки клинических протоколов [10].

Теория человеческих отношений Мэйо принесла понимание важности мотивации персонала, межличностных отношений и лидерства. Для медицинских организаций это стало важным шагом в осознании влияния психологического климата на качество помощи, коммуникации между персоналом и безопасностью пациентов. Системный подход, сформировавшийся в середине XX в., стал особенно значимым для здравоохранения. Он позволил рассматривать медицинскую организацию как сложную систему, состоящую из взаимосвязанных процессов, где качество работы определяется согласованностью действий всех подразделений [5, 10].

Современные теории управления – бережливое производство, управление по целям, клиническое управление, управление рисками, доказательный менеджмент, управление изменениями – активно используются в медицинской практике. Они позволяют оптимизировать процессы, снижать издержки, улучшать маршрутизацию пациентов, повышать качество помощи и внедрять инновационные модели работы [6, 11].

**Эволюция роли главного врача: от администратора к управленцу нового типа.** Роль главного врача претерпела значительную трансформацию. На ранних этапах развития систем здравоохранения главный врач выполнял функции администратора, следящего за порядком в учреждении, соблюдением распорядка, ведением документации и выполнением врачами своих обязанностей [7, 11]. С усложнением процессов предоставления медицинской помощи, ростом требований к качеству, появлением новых технологий и увеличением финансовой ответственности роль главного врача вышла за пределы профессионального администрирования. Он стал выполнять функции системного руководителя, отвечающего за стратегию развития учреждения, эффективность использования ресурсов, кадровую политику, цифровизацию, безопасность пациентов и внедрение клинических стандартов [8, 9].

В современных условиях главный врач представляет собой управленца нового типа, сочетающего клиническое мышление, способность принимать стратегические решения, лидерские качества и компетенции в области управления финансами, качеством и рисками. Такой руководитель отвечает не только за медицинские результаты, но и за устойчивость и развитие организации в долгосрочной перспективе. Эта эволюция отражает глобальные тенденции в здравоохранении, где от руководителя требуется умение работать в условиях неопределённости, внедрять инновации, управлять изменениями и формировать организационную культуру, ориентированную на пациента и его безопасность [10, 12].

**Функции менеджера и управленца в системе здравоохранения.** В международной практике всё более очевидным становится различие между функциями менеджера и управленца, и это различие подтверждается не только теоретически, но и конкретными статистическими показателями по данным европейских и американских систем здравоохранения. Эффективность деятельности менеджера прослеживается через операционные метрики, такие как длительность ожидания приема, скорость оказания услуги, загруженность коек, частота повторных обращений и соблюдение клинических протоколов. Управленец, в отличие от менеджера, оказывает влияние на стратегические показатели – продолжительность пребывания пациента в стационаре в долгосрочном периоде, снижение уровня предотвратимых осложнений, устойчивость финансирования, внедрение инноваций и общий уровень удовлетворенности населения [10].

Статистические данные европейских государств наглядно демонстрируют, что эффективность менеджеров напрямую связана с оптимизацией потоков пациентов. Например, в скандинавских странах, где операционные процессы регламентированы наиболее жестко, среднее время ожидания приема врача общей практики составляет от двух до трех суток. В Нидерландах этот показатель удерживается в диапазоне одного-полутора дней благодаря четкой работе менеджеров первичного звена, которые контролируют распределение нагрузки и динамически корректируют расписания специалистов [6, 11]. В Великобритании, где действует модель NHS с жесткими нормативами, менеджер отвечает за выполнение так называемого стандарта «семидесяти двух часов», который означает, что пациент должен получить плановый амбулаторный прием не позднее чем через три дня после обращения. Несоблюдение этого норматива приводит к снижению оценки качества работы подразделения и введению системы санкций [7, 12].

В медицинских центрах США роль менеджера прослеживается через такие показатели, как оборот койки и средняя длительность пребывания

пациента в стационаре. В клиниках, работающих по модели value based healthcare (ценностно-ориентированное здравоохранение), средняя длительность пребывания удерживается на уровне четырех-пяти суток, а время освобождения койки после выписки пациента – в пределах двух-трех часов. Эти цифры недостижимы без жесткой операционной координации, и именно менеджеры несут ответственность за соблюдение этих нормативов. В крупных госпиталях США ежедневно фиксируется доля повторных обращений, которая в среднем по стране составляет около 14%. Уменьшение этого показателя напрямую связано с качеством постгоспитального наблюдения, которым также управляют менеджеры среднего звена [8, 9].

Функции управленца в значительно большей степени проявляются на уровне стратегической статистики. В европейских странах влияние управленческих решений отражается на таких макропоказателях, как средняя продолжительность жизни населения, уровень предотвратимой смертности и доля затрат на здравоохранение в структуре внутреннего валового продукта (ВВП). Например, внедрение интегрированной модели управления первичным и стационарным звеном в Дании позволило снизить показатель предотвратимой смертности почти на 20% за десять лет [5, 9]. В Финляндии стратегическое внедрение единой электронной медицинской записи привело к сокращению числа повторных диагностических процедур на 40%, что стало прямым результатом работы управленцев, определивших цифровизацию как ключевое направление развития системы. В Соединенных Штатах влияние стратегических руководителей проявляется через финансовые показатели: учреждения, которые перешли на модель accountable care organizations (организация ответственного ухода), уменьшили ненужные расходы в среднем на 5–8% ежегодно. Снижение финансовых потерь связано с тем, что управленцы внедрили новые клинические маршруты, усилили междисциплинарное взаимодействие и создали условия для проактивного мониторинга пациентов [9, 11].

Кроме этого, применение стратегических подходов к кадровой политике позволило повысить удержание медицинских работников: в ведущих американских госпиталях показатель текучести среднего медицинского персонала снизился с 25 до 15% в течение пяти лет благодаря работе управленцев, которые изменили систему мотивации, ввели программы профессионального развития и внедрили культуру устойчивого рабочего графика [8, 9, 11].

Таким образом, статистические данные Европы и Северной Америки подтверждают, что функции менеджера направлены на обеспечение порядка, стабильности и управляемости ежедневных процессов,

а функции управленца формируют долгосрочную эффективность всей системы. Менеджер обеспечивает выполнение нормативов – время ожидания приема, загрузку подразделений, контроль документооборота и соблюдение графиков. Управленец же – стратегическое развитие – снижение системных рисков, повышение удовлетворенности населения, цифровизацию, расширение компетенций персонала, повышение эффективности расходов и устойчивость медицинской организации в условиях меняющегося внешнего окружения [6, 10].

**Уровни ответственности менеджера и управленца в системе здравоохранения.** Уровни ответственности менеджера и управленца в системе здравоохранения формируются в зависимости от масштаба задач, степени влияния на организационные процессы и характера решений, которые они принимают. В международной практике принято рассматривать три больших уровня управленческого воздействия: операционный, тактический и стратегический. На каждом из этих уровней роль менеджера и роль управленца проявляется по-разному, что позволяет точно разграничить их функции и определить вклад каждого в устойчивость медицинской организации [7, 9, 10].

Операционный уровень является зоной доминирующего влияния менеджера, поскольку именно здесь решаются ежедневные задачи по организации медицинской помощи. На этом уровне менеджер отвечает за координацию работы подразделений, обеспечение соблюдения стандартов, выполнение расписаний, распределение потоков пациентов, контроль наличия медикаментов и расходных материалов, мониторинг времени ожидания и оперативное устранение организационных нарушений. Это уровень, где реализуется принцип непрерывности лечебного процесса. От качества работы менеджера на операционном уровне зависит, будет ли пациент принят вовремя, получит ли он необходимую услугу в полном объеме и будет ли медицинский персонал обеспечен всеми условиями для работы. В современном представлении менеджер является основным носителем организационной стабильности, и именно здесь проявляется его ключевая функция – поддерживать систему в работоспособном состоянии [6, 10].

Тактический уровень объединяет деятельность менеджера и управленца, поскольку именно здесь формируются среднесрочные решения, влияющие на эффективность деятельности подразделений. К тактическому уровню относятся вопросы планирования ресурсов на год или на несколько лет вперед, формирования штатного расписания, оптимизации закупок, внедрения новых маршрутов пациентов, повышения компетенций персонала, развития новых клинических направлений, модернизации оборудования, повышения эффективности документооборота и улучшения качества

медицинской помощи [11]. На этом уровне менеджер участвует в реализации решений, тогда как управленец их формирует, корректирует и контролирует результат. Тактический уровень является мостом между ежедневной операционной деятельностью и стратегическим развитием учреждения, и именно здесь различия между менеджером и управленцем становятся наиболее заметными. Менеджер решает «как», управленец определяет «зачем» и «в какой последовательности» [11, 12].

Стратегический уровень полностью принадлежит управленцу, который отвечает не за отдельные процессы, а за развитие всей медицинской организации или системы здравоохранения в целом. На этом уровне определяются ключевые направления модернизации, формируются долгосрочные цели учреждения, планируются инвестиции, выбираются модели цифровизации, создаются новые организационные подходы, определяются механизмы взаимодействия подразделений и формируются решения, направленные на повышение устойчивости и конкурентоспособности медицинской организации [10, 12]. Управленец несет ответственность за преобразование системы, за разработку новых подходов к качеству, за управление рисками, за внедрение инноваций и за адаптацию учреждения к демографическим, эпидемиологическим и экономическим изменениям. На стратегическом уровне управленец отвечает также за формирование корпоративной культуры, кадровой политики и новых компетенций персонала. В крупных европейских и американских медицинских системах именно управленец определяет принципы бережливого производства, внедрение клинического аудита, переход к value based healthcare, формирование мультидисциплинарных команд, развитие исследований и повышение уровня профессиональной подготовки специалистов. Важно подчеркнуть, что управленец несет ответственность не только за текущий результат, но и за будущее медицинской организации, за её устойчивость и способность функционировать в условиях неопределенности [9, 11].

Таким образом, уровни ответственности менеджера и управленца в системе здравоохранения имеют четкое разграничение, основанное на масштабе задач и горизонте планирования. Менеджер отвечает за стабильность и предсказуемость ежедневных процессов, действует в рамках регламентов и обеспечивает выполнение стандартов. Управленец отвечает за развитие, модернизацию и трансформацию системы, создаёт новые модели работы и формирует долгосрочную стратегию [8, 10]. Такое разграничение ролей является обязательным элементом современной международной практики и одним из ключевых условий повышения эффективности медицинских организаций.

**Международный опыт управления здравоохранением: Европа и США.** Международный опыт управления здравоохранением демонстрирует разнообразие моделей, которые формировались под влиянием исторических, экономических и социальных факторов каждой страны. В странах Европы и Северной Америки сформировались устойчивые подходы к разделению функций менеджеров и управленцев, позволяющие достигать высокой эффективности системы, оптимизировать ресурсы и повышать качество медицинской помощи [8, 11].

В странах Европы исторически доминируют государственные или смешанные модели финансирования, где ключевую роль играет стратегическое планирование и регулирование на уровне государства. Наиболее показательным примером является система Национальной службы здравоохранения Великобритании, которая управляется на нескольких уровнях: центральным государственным органом, региональными дирекциями и непосредственно клиниками. В NHS четко разграничены функции менеджеров и управленцев: менеджеры обеспечивают выполнение операционных стандартов, контроль загрузки отделений и координацию потоков пациентов, тогда как управленцы формируют стратегию развития, внедрение новых технологий, интеграцию первичного и стационарного звена, а также обеспечивают устойчивость системы в долгосрочной перспективе. Статистические данные показывают, что в NHS менеджеры составляют около 3% всего персонала, при этом уровень текучести кадров среди управленцев остаётся ниже 10%, что свидетельствует о высокой стабильности стратегического руководства [9, 10].

В скандинавских странах, таких как Дания, Финляндия и Швеция, управление здравоохранением строится на принципах интегрированной модели, где стратегические решения принимаются на уровне региональных советов, а менеджеры выполняют ключевую роль в операционной реализации. В Дании, например, внедрение интегрированной модели управления первичным и стационарным звеном позволило снизить показатель предотвратимой смертности почти на 20% за десять лет, а среднее время ожидания планового приема врача общей практики сокращено до двух-трёх дней. Такой результат возможен лишь благодаря четкому разделению ролей: менеджеры контролируют ежедневные процессы, а управленцы формируют долгосрочную стратегию реформ и цифровизации системы [9, 12].

В Германии и Нидерландах распространена модель больничного управления, основанная на комбинации государственного регулирования и страхового финансирования. Здесь управленцы несут ответственность за стратегические решения, включая внедрение DRG-системы, планирование

бюджета и организационную перестройку отделений, а менеджеры обеспечивают выполнение клинических стандартов, координацию работы персонала и контроль за расходом ресурсов. В Германии, согласно данным Statistisches Bundesamt, административные расходы больниц составляют около 7% от всех расходов на здравоохранение, что отражает баланс между управленческим и операционным уровнями [10, 11].

Американская модель здравоохранения кардинально отличается. Здесь преобладают частные клиники и страховые модели, что требует высокой эффективности управленческих структур. В США управленцы отвечают за стратегическое развитие учреждений, внедрение инновационных моделей ухода, обеспечение финансовой устойчивости и интеграцию цифровых технологий. Менеджеры среднего звена контролируют выполнение ежедневных операций, включая распределение потоков пациентов, своевременность обследований и соблюдение клинических протоколов. По данным Бюро трудовой статистики США, на 2024 г. рабочая сила медицинских и административных менеджеров составила более 750 тыс. человек, а прогнозируемый рост занятости на последующие десять лет превышает 20%, что подчёркивает растущую потребность в управленческих кадрах [11].

Особо следует отметить применение концепции value based healthcare, при которой эффективность и качество медицинской помощи оцениваются по результатам лечения, удовлетворенности пациентов и экономической эффективности. В ведущих госпиталях США показатель повторных госпитализаций составляет в среднем 14%, и его снижение напрямую связано с деятельностью как менеджеров, так и управленцев. Управленцы разрабатывают стратегические клинические маршруты, а менеджеры обеспечивают их корректную операционную реализацию, создавая эффективную систему мониторинга и контроля [10, 12].

Международная практика демонстрирует, что сочетание сильного стратегического руководства и качественного операционного менеджмента является ключевым фактором успешного функционирования систем здравоохранения. В Европе небольшие управленческие команды достигают значительных результатов благодаря четкой структуре ответственности и высокой квалификации управленцев, тогда как в США большой масштаб частных учреждений требует одновременно высокой численности менеджеров и развитого стратегического руководства. Оба подхода показывают, что правильное распределение функций между менеджером и управленцем позволяет оптимизировать процессы, снизить риски, повысить качество и доступность медицинской помощи, а также обеспечить финансовую и организационную устойчивость системы здравоохранения [7, 12].

**Современные тенденции и инновации в управлении здравоохранением.** Современное здравоохранение развивается под влиянием глобализации, цифровизации, демографических изменений и новых эпидемиологических вызовов, что формирует новые требования к менеджерам и управленцам. Главной тенденцией является переход от традиционной модели оказания медицинской помощи к интегрированным системам, ориентированным на пациента, при которых все уровни организации работают как единый поток [9, 10].

Цифровизация занимает центральное место: внедряются электронные медицинские карты, системы телемедицины, платформы мониторинга хронических заболеваний и аналитические инструменты для обработки больших данных. Это позволяет управленцам принимать стратегические решения на основе достоверной статистики, а менеджерам – контролировать процессы в реальном времени [9, 11].

Второй важной тенденцией является применение моделей value based healthcare, когда оплата и финансирование услуг привязаны к результатам лечения и удовлетворенности пациентов. Такой подход стимулирует как управленцев к стратегическому улучшению качества и эффективности, так и менеджеров к оптимизации операционных процессов [11, 12].

Третьей инновацией является развитие мультидисциплинарных команд и персонализированного подхода к пациенту. Менеджеры обеспечивают координацию команд и соблюдение протоколов, управленцы формируют стратегии внедрения новых технологий, обучение персонала и интеграцию инновационных методов лечения [10, 11].

Наконец, усиливается акцент на управлении рисками и устойчивости системы. Управленцы разрабатывают планы реагирования на кризисы, пандемии и перегрузки системы, а менеджеры оперативно реализуют эти решения на уровне отделений. Таким образом, современные тенденции и инновации формируют новый тип управленца и менеджера, способного сочетать стратегическое мышление, цифровую грамотность и гибкость в организации медицинских процессов, обеспечивая эффективность, доступность и безопасность системы здравоохранения [6, 11]. Современные вызовы системы здравоохранения Узбекистана требуют формирования нового типа управленца, способного сочетать стратегическое мышление, цифровую грамотность, инновационное видение и умение эффективно организовывать процессы на всех уровнях системы. Переход от традиционного административного подхода к проактивному управлению требует, чтобы управленцы обладали навыками анализа больших данных, стратегического планирования, управления рисками, внедрения современных технологий и формирования мультидисциплинарных команд [12].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт ведущих стран Европы и Северной Америки наглядно демонстрирует, что успех системы здравоохранения напрямую зависит от способности управленцев интегрировать стратегию и операционную деятельность, внедрять инновации и адаптироваться к меняющимся условиям, сохраняя устойчивость и качество медицинской помощи. Для Узбекистана это означает необходимость не просто модернизации инфраструктуры и технологий, а создания системы профессионального развития управленцев, которая позволит готовить кадры нового поколения, способные обеспечивать долгосрочную эффективность и конкурентоспособность здравоохранения на международном уровне.

Особое значение приобретает постдипломная подготовка управленцев нового поколения на кафедре общественного здравоохранения и управления здравоохранением, которая должна стать центром формирования компетенций стратегического мышления, лидерства, цифровой грамотности и инновационного управления. Только через системное образование, углубленную практическую подготовку и интеграцию лучших международных практик можно подготовить управленцев, способных эффективно трансформировать систему здравоохранения и обеспечивать её устойчивость и развитие.

Интеграция с мировым опытом, адаптация лучших практик, развитие лидерских компетенций и внедрение цифровых и стратегических инструментов управления создают уникальную возможность для Узбекистана не только повысить качество и доступность медицинской помощи, но и сформировать систему здравоохранения, соответствующую современным глобальным стандартам. Управленцы нового типа становятся ключевым фактором трансформации отрасли, обеспечивая устойчивость, инновационность и результативность на всех уровнях системы.

Таким образом, профессиональное развитие и постдипломная подготовка управленцев нового поколения на кафедре общественного здравоохранения и управления здравоохранением является неотъемлемым условием успешной модернизации здравоохранения Узбекистана и его интеграции в мировое медицинское сообщество. Только через подготовку стратегически мыслящих, компетентных и инновационно ориентированных управленцев страна сможет достигнуть высокой эффективности системы, улучшить качество жизни населения и соответствовать современным международным стандартам.

**Финансирование:** исследование не имело спонсорской поддержки.

**Funding:** the study had no sponsorship.

**Conflict of interests:** the author declares that there

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

is no conflict of interests.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Киселев А.В., Петрова Е.В. Менеджмент в здравоохранении: теория и практика. *Медицинский менеджмент*. 2022; (2):45–62.
2. Иванова Н.П. Роль управленца в стратегическом развитии медицинских организаций. *Вестник управления здравоохранением*. 2021; 19(3):34–49.
3. Смирнов В.И., Орлова М.А. Цифровизация здравоохранения и новые компетенции управленцев. *Российский журнал здравоохранения*. 2020; (6):56–71.
4. Федоров П.Н. Постдипломная подготовка управленцев в системе здравоохранения России: современный опыт. *Профессиональное образование в здравоохранении*. 2021; (1):18–31.
5. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2022. 64 p.
6. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. 231 p. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.
7. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press; 2006. 528 p.
8. Bohmer R.M.J. Leading Clinicians and Managers: Improving Hospital Performance. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374:1581–1588.
9. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition: Denmark, 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
10. Kovner A.R., D'Aunno T. Managing Health Care Organizations: An Introduction. New York: Jossey-Bass; 2021.
11. Mintzberg H. Managers Not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2004. 464 p.
12. Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27(3):759–769.

Review article

UDC 614.2.005.3:005.7

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-20-29

# HEAD AND MANAGER IN THE HEALTHCARE SYSTEM

**Khusan D. ASADOV<sup>1</sup>**

Doctor of sciences in medicine, associate professor  
ORCID: 0009-0008-3677-7467

<sup>1</sup>Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, 51 Parkentskaya street, Tashkent, 100007, Uzbekistan.



**Khusan D. Asadov**

e-mail: asadovxd@gmail.com

## ABSTRACT

**Relevance.** In the context of modernizing Uzbekistan's healthcare system, a clear differentiation between the roles of the manager and the administrator, their functional specialization, and professional development is of particular importance. The article systematizes the concept of the manager and the administrator in healthcare, analyzes their functions, levels of responsibility, and current practices in international healthcare systems, including countries in Europe and North America. Special attention is paid to modern trends and innovations: the implementation of digital technologies, the value-based healthcare model, the formation of multidisciplinary teams, and risk management.

**The purpose of the study:** to systematize the concepts of the administrator and the manager, reveal the functional differences between them, define the levels of responsibility, and analyze current international practices in the field of healthcare management.

**Materials and methods.** The study utilized materials from the scientific electronic library PubMed and open-access internet resources. The analytical method and content analysis were applied.

**Results.** Based on international experience, practical recommendations for Uzbekistan are proposed, including the implementation of digital platforms, strategic planning, process optimization, and human resource development. The necessity of postgraduate training for a new generation of administrators at the Department of Public Health and Healthcare Management is emphasized, aimed at developing strategically thinking and competent leaders capable of ensuring the efficiency, sustainability, and innovative development of the country's healthcare system.

**Conclusion.** Professional development and postgraduate training of a new generation of administrators at the Department of Public Health and Healthcare Management is an essential condition for the successful modernization of Uzbekistan's healthcare system and its integration into the global medical community. Uzbekistan will be able to achieve high efficiency in its healthcare system, improve the population's quality of life, and meet modern international standards, particularly through the training of strategically thinking, competent, and innovation-oriented administrators.

**Keywords:** manager, leader, healthcare system, functions, levels of responsibility, international experience, Europe, USA, innovations, digitalization, value-based healthcare, professional development, postgraduate training, Uzbekistan, strategic management, quality management.

## TO CITE THIS ARTICLE:

Asadov Kh.D. Head and manager in the healthcare system. *The CIS Healthcare*. 2026; 2(1):20–29. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-20-29

## REFERENCES

1. Kiselev A.V., Petrova E.V. Management in Healthcare: Theory and Practice. *Medical Management*. 2022; (2):45–62. (in Russ.).
2. Ivanova N.P. The Role of a Manager in the Strategic Development of Medical Organizations. *Bulletin of Healthcare Management*. 2021; 19(3):34–49. (In Russ.).
3. Smirnov V.I., Orlova M.A. Digitalization of Healthcare and New Competencies of Managers. *Russian Journal of Healthcare*. 2020; (6):56–71. (In Russ.).
4. Fedorov P.N. Postgraduate Training of Managers in the Russian Healthcare System: Current Experience. *Professional Education in Healthcare*. 2021; (1):18–31. (In Russ.).
5. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2022. 64 p.
6. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. 231 p. DOI: 10.1787/7a7afb35-en.
7. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press; 2006. 528 p.
8. Bohmer R.M.J. Leading Clinicians and Managers: Improving Hospital Performance. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374:1581–1588.
9. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition: Denmark, 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
10. Kovner A.R., D'Aunno T. Managing Health Care Organizations: An Introduction. New York: Jossey-Bass; 2021.
11. Mintzberg H. Managers Not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2004. 464 p.
12. Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27(3):759–769.

Получено / Received: 28.01.2026.

Принято / Accepted: 27.02.2026.

Опубликовано / Published: 30.03.2026.

## Новости здравоохранения стран СНГ

### НА ФОРУМЕ «ЗДОРОВОЕ ОБЩЕСТВО» АНОНСИРОВАЛИ ЗАПУСК «ШКОЛЫ ЛИДЕРОВ» ДЛЯ УПРАВЛЕНЦЕВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН СНГ

На полях форума «Здоровое общество» состоялась экспертная сессия «Школа лидеров», посвящённая управленческому потенциалу в здравоохранении. По итогам мероприятия было объявлено о запуске платформы для подготовки управленческих кадров государств – участников СНГ – «Школы лидеров для стран СНГ».

Было отмечено, что на площадке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России функционирует кадровая платформа (действует уже пятый год), объединяющая руководителей различных уровней из стран СНГ. В своей деятельности она опирается на российский опыт и реализует непрерывный формат работы, включающий онлайн-обучение, проектную деятельность, очные встречи, систему наставничества. Присоединиться к данному сообществу могут как действующие управленцы, так

и специалисты, обладающие потенциалом для карьерного роста и состоящие в национальных кадровых резервах.

На сегодняшний момент в России и странах СНГ накоплен существенный опыт подготовки управленческих кадров в здравоохранении различного уровня, что создает предпосылки для запуска Школы лидеров для стран СНГ с целью тиражирования лучших практик. Ключевыми направлениями станут пациентоцентричность, управление персоналом, новые цифровые компетенции организаторов здравоохранения, гибкие управленческие навыки. Первая такая школа для управленцев в области здравоохранения из стран СНГ будет организована ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в г. Москве уже в текущем году (2026 г.) совместно с коллегами из Республики Казахстан.

Источник: официальный сайт ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.