



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



КАДРОВЫЙ ЦЕНТР

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ТРАЕКТОРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО
ЗВЕНА: СТАНДАРТЫ, СИСТЕМНЫЕ
ПРАКТИКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



МОСКВА 2023

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

**ПРОЕКТИРОВАНИЕ ТРАЕКТОРИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА:
СТАНДАРТЫ, СИСТЕМНЫЕ ПРАКТИКИ
И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2023

УДК 614.1
ББК 51.1

Рецензенты:

Зудин Александр Борисович, доктор медицинских наук, директор ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья» имени Н. А. Семашко»;

Мадьянова Виктория Вячеславовна, доктор медицинских наук, заместитель директора Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Авторы:

А. В. Ракова, А. И. Хрипун, А. В. Старшинин, Е. И. Аксенова, О. С. Русанова, Д. З. Албегова, И. Н. Морарь, П. И. Кузнецов, О. О. Аверкин, М. А. Гукасян, А. В. Русина, И. Г. Корсун, Е. В. Лапшина, М. А. Шендель, М. Э. Кушаева, Е. А. Синютина, Е. Н. Шерегова, В. В. Фролов, Е. В. Дуброва, Н. Н. Камынина, А. В. Гажева, Ю. В. Бурковская, Е. А. Чернова, В. М. Кураева, А. С. Тимофеева, А. В. Иванов, А. А. Кравчук, Н. А. Гречушкина, В. Э. Андрусков

Проектирование траектории профессионального развития медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена: стандарты, системные практики и перспективы (монография) / [Электронный ресурс]: / под редакцией А. В. Старшинина. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> - Загл. с экрана. - 150 с.

ISBN 978-5-907717-39-8

Работа «Проектирование траектории профессионального развития медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена: стандарты, системные практики и перспективы» содержит материалы и рекомендации, необходимые для выстраивания и поддержания процесса проектирования траектории профессионального развития медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, Кадровому центру Департамента здравоохранения города Москвы и организациям, осуществляющим образовательную деятельность на территории города Москвы.

Предназначена специалистам в области организации здравоохранения и общественного здоровья и медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

Данный документ может быть использован Департаментом здравоохранения города Москвы при разработке системы профессионального развития медицинских работников.

УДК 614.1

ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 20 июня 2023 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907717-39-8



9 785907 717398 >

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Ракова Анастасия Владимировна,
заместитель мэра в Правительстве Москвы по вопросам социального развития

Хрипун Алексей Иванович,
руководитель Департамента здравоохранения города Москвы

Старшинин Андрей Викторович,
заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Аксенова Елена Ивановна,
директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», доктор экономических наук, профессор

Русанова Оксана Сергеевна,
и.о. директора МЦАиПР ДЗМ

Албегова Диана Заурбековна,
начальник управления экспертизы и методологии МЦАиПР, врач – клинический фармаколог, кандидат медицинских наук

Морарь Иван Николаевич,
инструктор-методист РЦ ПМСП ДЗМ, врач общей практики (семейный врач)

Кузнецов Павел Игоревич,
методист ГБУЗ «ГП № 12 ДЗМ», врач-терапевт

Аверкин Олег Олегович,
главный специалист МЦАиПР ДЗМ, врач-хирург, кандидат медицинских наук

Гукасян Мхитар Амбарцумович,
главный специалист МЦАиПР ДЗМ, врач-эндокринолог

Русина Анастасия Валентиновна,
главный специалист МЦАиПР ДЗМ, врач-терапевт

Корсун Ирина Геннадиевна,
заведующий терапевтическим отделением № 1 – врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «ГП № 220 ДЗМ»

Лапшина Екатерина Владимировна,
заведующий терапевтическим отделением № 3 – врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «ГП № 220 ДЗМ»

Шендель Марина Александровна,
заведующий терапевтическим отделением – врач-терапевт ГБУЗ «ДКЦ № 1 ДЗМ»

Кушаева Миясат Эльдаровна,

заведующий филиалом № 3 – врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ»

Синютина Елена Александровна,

заведующий терапевтическим отделением № 1 – врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «КДЦ № 2 ДЗМ»

Шерегова Елена Николаевна,

заведующий терапевтическим отделением – врач-терапевт ГБУЗ «ДКЦ № 1 ДЗМ»

Фролов Василий Валерьевич,

заведующий терапевтическим отделением № 4 ГБУЗ «ГП № 11 ДЗМ»

Дуброва Екатерина Васильевна,

заведующий терапевтическим отделением № 9 – врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «КДП № 121 ДЗМ»

Камынина Наталья Николаевна,

заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», доктор медицинских наук, доцент

Гажева Анастасия Викторовна,

научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», кандидат медицинских наук, доцент

Бурковская Юлия Валерьевна,

научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Чернова Елена Анатольевна,

начальник отдела мониторинга научной деятельности ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Кураева Виктория Михайловна,

научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Тимофеева Алена Сергеевна,

младший научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Иванов Алексей Викторович,

научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», кандидат медицинских наук

Кравчук Анна Андреевна,

аналитик отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Гречушкина Наталья Александровна,

научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Андрусов Вадим Эдуардович,

научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»



Оглавление

Глава 1.

Нормативно-правовые основания проектирования траектории профессионального развития медицинских специалистов 8

Глава 2.

Международный опыт проектирования профессионального развития медицинских специалистов 18

Глава 3.

Подходы к проектированию профессионального развития медицинского специалиста: внешние и внутренние вызовы 32

Глава 4.

Управляющие принципы 46



Глава 5.

Фундамент для траектории профессионального развития
медицинского специалиста. Организационные модели для
формирования ценности здоровья 54

Глава 6.

Операционные процессы в деятельности организации
амбулаторно-поликлинического звена, имеющие значение для
проектирования траектории профессионального роста 60

Глава 7.

Ответственность и четкое распределение функционала
медицинского специалиста как ключевой фактор
результативности деятельности медицинской
организации 70

Глава 8.

Структурные элементы траектории профессионального
развития и их характеристика 90

Глава 9.

Методологические подходы к проектированию
профессиональной траектории медицинского
специалиста с уровня работодателя 100



Глава 10.

Ресурсное обеспечение для проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов. Опыт столичного здравоохранения 104

Глава 11.

Кадровый резерв в здравоохранении: основы формирования и управления в Москве 120

Глава 12.

Информационное сопровождение. Информационная безопасность процессов проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов 126

Глава 13.

Контроль качества проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов 132

Глоссарий 143

Список использованных источников 144



Глава 1.

Нормативно-правовые основания проектирования траектории профессионального развития медицинских специалистов



- «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ;
- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29 июня 2015 г. № 162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года № 23 «О правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов»;





- Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1060 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования, применяемых при реализации образовательных программ высшего образования, содержащих сведения, составляющие государственную тайну или служебную информацию ограниченного распространения»;
- Приказ Минобрнауки России от 29.10.2013 № 1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования»;
- Приказ Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 № 176н «О Номенклатуре специальностей специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;
- Приказ Минздрава России от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
- Приказ Минздрава России от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;



- Приказ Минобрнауки России от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Приказ Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»;
- Приказ Минздрава России от 28.10.2022 № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»;
- Приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1082н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе, формы свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе и технических требований к нему, а также порядка выдачи выписки о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста»;
- Приказ Минздрава России от 22.11.2021 № 1083н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»;
- Приказ Минтруда России от 12.04.2013 № 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов»;
- Приказ Минтруда России от 27.03.2017 № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый»;
- Приказ Минтруда России от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;
- Приказ Минтруда России от 05.06.2017 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-офтальмолог»;



- Приказ Минтруда России от 04.08.2017 № 612н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- Приказ Минтруда России от 07.11.2017 № 768н «Об утверждении профессио-нального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»;
- Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – аллерголог-иммунолог»;
- Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 140н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-кардиолог»;
- Приказ Минтруда России от 22.06.2018 № 409н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи»;
- Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 132н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-эндокринолог»;



● Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 142н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-дерматовенеролог»;

● Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – детский кардиолог»;

● Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 137н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-уролог»;

● Приказ Минтруда России от 31.10.2018 № 684н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-фтизиатр»;

● Приказ Минтруда России от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации»;

● Приказ Минтруда России от 20.11.2018 № 712н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нефролог»;

● Приказ Минтруда России от 26.11.2018 № 744н (ред. от 26.12.2018) «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинскому массажу»;

● Приказ Минтруда России от 26.11.2018 № 743н (ред. от 26.12.2018) «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург»;

● Приказ Минтруда России от 12.11.2018 № 698н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – травматолог-ортопед»;

● Приказ Минтруда России от 29.01.2019 № 49н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – детский эндокринолог»;

● Приказ Минтруда России от 29.01.2019 № 51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог»;

● Приказ Минтруда России от 29.01.2019 № 50н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-ревматолог»;

● Приказ Минтруда России от 17.06.2019 № 413н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гериатр»;





- Приказ Минтруда России от 11.02.2019 № 69н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог»;
- Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 161н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач ультразвуковой диагностики»;
- Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- Приказ Минтруда России от 11.02.2019 № 68н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гематолог»;
- Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач функциональной диагностики»;
- Приказ Минтруда России от 14.07.2021 № 471н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-эндоскопист»;
- Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог»;
- Приказ Минтруда России от 11.03.2019 № 141н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-токсиколог»;
- Приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 160н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-рентгенолог»;
- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»;
- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 476н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра по реабилитации»;
- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;
- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 479н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по организации сестринского дела»;



- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 480н «Об утверждении профессионального стандарта «Рентгенолаборант»;
- Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 481н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях»;
- Приказ Минтруда России от 13.01.2021 № 4н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – детский уролог-андролог»;
- Приказ Минтруда России от 02.06.2021 № 359н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-диетолог»;
- Приказ Минтруда России от 02.06.2021 № 358н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-остеопат»;
- Приказ Минтруда России от 19.04.2021 № 262н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – акушер-гинеколог»;
- Приказ Минтруда России от 02.06.2021 № 360н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-онколог»;
- Приказ Минтруда России от 22.11.2022 № 732н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-профпатолог»;
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 25 февраля 2022 г. № 172 «Об аттестации медицинских работников и фармацевтических работников в городе Москве»;
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 6 апреля 2016 г. № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения»;
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 08.10.2021 № 970 (ред. от 11.04.2022) «О присвоении статуса «Московский врач» (вместе с «Положением о порядке и условиях присвоения статуса «Московский врач», «Положением о нагрудном знаке «Московский





врач» и свидетельстве о статусе «Московский врач», «Положением о портфолио для участия в оценочных процедурах на присвоение статуса «Московский врач»);

● Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.08.2021 № 775 «О присвоении статуса «Московская медицинская сестра» (вместе с «Положением о порядке и условиях присвоения статуса «Московская медицинская сестра», «Положением о нагрудном знаке «Московская медицинская сестра» и свидетельстве о статусе «Московская медицинская сестра», «Положением о портфолио для участия в оценочных процедурах на присвоение статуса «Московская медицинская сестра»);

● Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 942 «О специальных квалификационных требованиях к должности и должностных обязанностях врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы применительно к нозологическим формам».

● Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 943 «О проведении оценки квалификации в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в городе Москве».

● Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 945 «О плановой аттестации врачей медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению в городе Москве».

● ГОСТ 1.1-2002 «Межгосударственная система стандартизации. Термины и определения»;

● ГОСТ Р 1.12-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Термины и определения»;





- ГОСТ Р 1.2-2020 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные Российской Федерации. Правила разработки, утверждения, обновления, внесения поправок и отмены»;
- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р ИСО 9004-2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации»;
- ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения»;
- Стандарты JCI для учреждений, оказывающих амбулаторную помощь.





Глава 2.

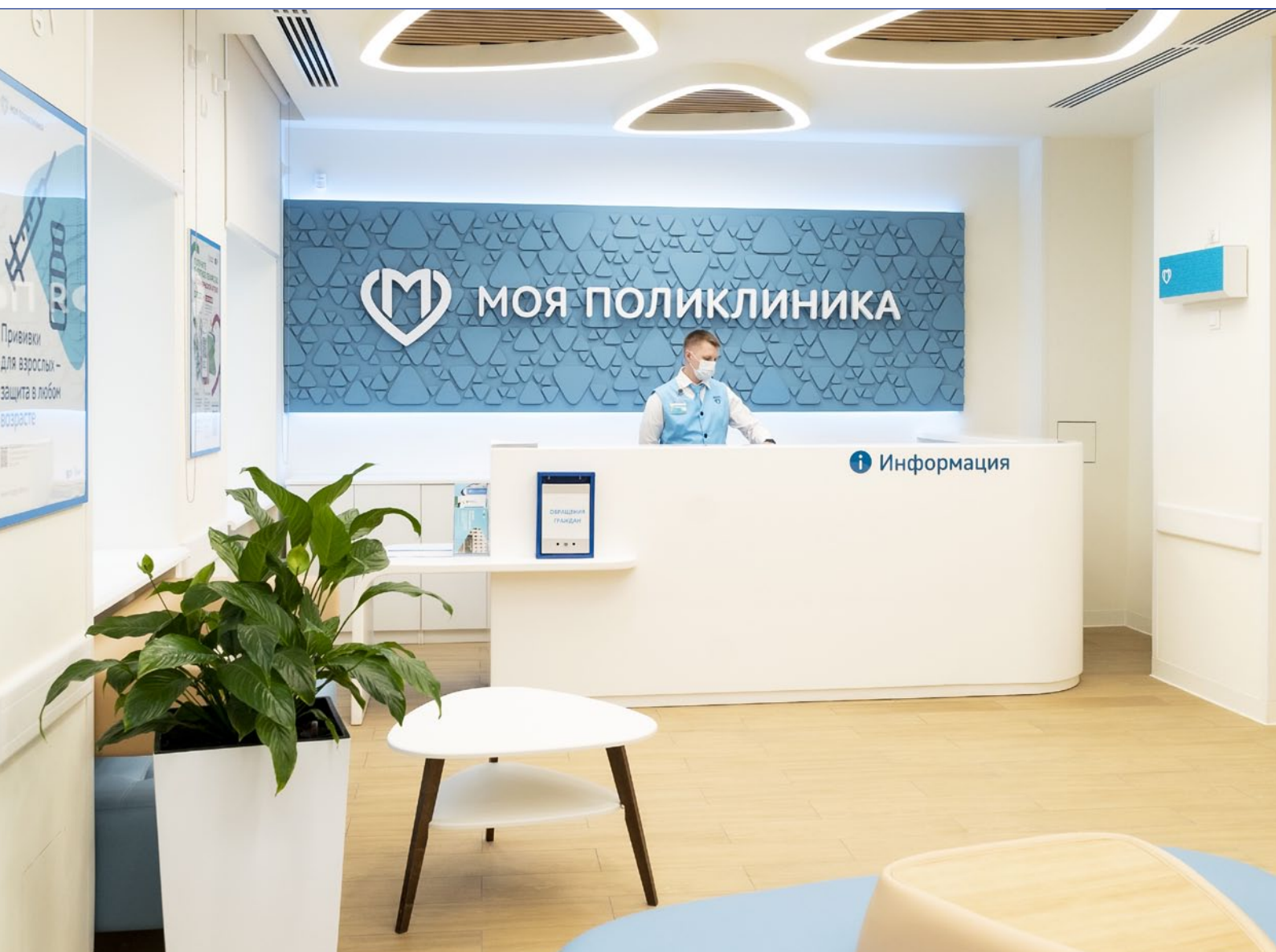
Международный опыт проектирования профессионального развития медицинских специалистов

Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников является основой для качественного оказания медицинской помощи населению и направлено на постоянное совершенствование знаний, умений и навыков, повышение профессионального уровня и расширение компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности.

Понятие «профессиональное развитие» может быть истолковано в широком и узком значении. В широком значении оно включено в понятие «профессионализация личности» и означает изменение психологических структур личности, связанное с усвоением человеком профессиональных знаний, умений, навыков, идеалов и ценностей, иными словами, профессиональных норм, необходимых для осуществления личностью успешной профессиональной деятельности.

Одну из наиболее популярных за рубежом теорий профессионального развития создал Д. Сьюпер, объединив в ней феноменологические концепции с дифференциальной психологией. Основные положения данной теории состоят в следующем:

- 1) Все люди характеризуются способностями, интересами и свойствами личности.
- 2) На этой основе каждый человек подходит ряду профессий, а профессия – ряду индивидов.
- 3) В зависимости от времени и опыта меняются как объективные, так и субъективные условия профессионального развития, что обуславливает множественность профессионального выбора.
- 4) Профессиональное развитие состоит из ряда последовательных стадий и фаз.
- 5) Особенности этого развития определяются социально-экономическим уровнем развития родителей, свойствами индивида, его профессиональными возможностями и т. д.
- 6) Профессиональное развитие есть управляемый процесс: на разных стадиях его осуществления им можно и нужно руководить.
- 7) Профессиональное развитие состоит в развитии и реализации Я-концепции – совокупности установок и ожиданий субъекта по отношению к миру труда и своему месту в нем.
- 8) Взаимодействие Я-концепции и реальности происходит при проигрывании и исполнении профессиональных ролей.
- 9) Удовлетворенность работой зависит от того, в какой мере индивид находит адекватные возможности для реализации своих способностей, интересов и других свойств личности в профессиональных ситуациях.



Центральным компонентом профессионального развития в теории Сьюпера выступают варианты профессионального пути (профессиональной судьбы), который определяется последовательностью выбираемых профессиональных позиций для реализации Я-концепции. По мнению исследователей, одной из основных особенностей концепции Сьюпера является представление профессионального развития как целостного процесса, включающего в себя ряд последовательных стадий, характеризующихся формированием психических новообразований (интересов и способностей) и развитием Я-концепции. Вышеуказанные положения конкретизируются Сьюпером в его стадиальной модели.



Рис. 1. Стадии профессионального развития по теории Сьюпера

Автор выделяет пять стадий профессионального развития, увязывая их с биологическим возрастом человека:

0-14

1) Стадия побуждения (от рождения до 14 лет) – Я-концепция развивается благодаря идентификации со значимыми для ребенка взрослыми; к концу данной стадии у субъекта появляются представления о профессиональных требованиях и профессиональном образовании.

15-24

2) Стадия исследования (15 лет – 24 года) – субъект пытается опробовать себя в различных профессиональных ролях, ориентируясь при этом на свои реальные профессиональные возможности.

25-44

3) Стадия консолидации (25 лет – 44 года) характеризуется стремлением обеспечить в найденном субъектом профессиональном поле устойчивую личную позицию.

45-64

4) Стадия сохранения (45 лет – 64 года) – профессиональное развитие индивида осуществляется в одном определенном направлении, без выходов за рамки найденного профессионального поля.

65+

5) Стадия спада (с 65 лет) связана с развитием новых ролей, частичным участием в профессиональной жизни и наблюдением за профессиональной деятельностью других людей.

Трудовую стратегию следует рассматривать не просто как продвижение по служебной лестнице, а гораздо шире – в разрезе личностно-профессионального становления и функционирования индивида в социуме, когда выстраивание модели профессионального роста – не просто выбор профессии и дальнейшая работа, а стиль жизни. И если раньше для успешного осуществления профессионального роста вполне хватало развития одного или нескольких конкретных умений и навыков, то в современных условиях этого уже недостаточно. Каждый отдельный профессиональный цикл обычно состоит из ряда мини-стадий профессионального становления и чередуется с краткими, но интенсивными периодами дополнительного обучения и/или переобучения.

Механизмы профессионального роста и выстраивания трудовой судьбы рассматриваются учеными на междисциплинарной основе с использованием подходов: теория человеческого капитала, теория карьеры, теория инфляции дипломов о профобразовании и др. К мерам, обеспечивающим развитие карьеры, ученые относят: 1) планирование: выявление ближайшего и отдаленного «круга допустимого» в профессиональной деятельности определенного профиля – как уже выбранного, так и потенциально возможного; помощь в выявлении (проектировании) тех конкретных шагов, которые необходимо осуществить для расширения этого круга, а также формирование умений их реализации начиная с минимального варианта (методом проб и ошибок) и заканчивая формиро-

В качестве содержательного компонента трудовой траектории ученые выделяют:

индивидуализацию для каждого отдельного специалиста его профессионального «маршрута» на основе понимания личностных особенностей, потребностей самореализации, условий социального окружения, ситуации на рынке труда; варианты возможного развития карьеры на этапе высоких (значимых) достижений в профессиональном мастерстве.

ванием долгосрочной программы собственных действий; 2) работа с информационными ресурсами: использование информации о возможностях дополнительного обучения (переобучения), об актуальных условиях развития рынка труда в конкретной сфере. Схожие по своей сути проблемы в этой сфере исследователи рассматривают на примере как своей страны, так и опираясь на опыт других государств.

Начиная трудовую деятельность, любой человек думает не только о том, в какой мере она удовлетворяет его потребности в данный момент, но и о том, что она может принести ему в перспективе, связывая ее с возможностями профессионального развития и деловой карьерой. Успешная траектория предполагает достижение признания, а также связанного с ним материального благополучия. Для разных профессий характерны свои специфические черты построения трудовой стратегии.

Планированием и реализацией профессионального роста занимается, как правило, сам работник. В учреждениях и организациях здравоохранения широко распространено представление о карьере как о служебном, «вертикальном» росте. Однако необходимо формирование более широкого представления как среди руководителей, так и среди врачебного и сестринского персонала о профессиональном развитии медицинского работника, которое может рассматриваться не только как должностной рост, но и рост профессионализма, а также возможность горизонтального профессионального роста, способствующего удержанию перспективного специалиста в том случае, когда возможностей для роста по служебной лестнице в ближайшее время в организации не предвидится.

Для медицинских специальностей горизонтальное развитие, т. е. профессиональный рост, часто занимает приоритетное положение, преобладая над вертикальным, и по другой причине. Врач чаще



Рис. 2. Непрерывное профессиональное развитие медицинского специалиста – горизонтальное профессиональное развитие

предпочитает приобретение новой специализации, новых навыков в научной деятельности, в коммуникативных навыках, чем вытеснение специфических врачебных функций административно-хозяйственными в случае вертикального карьерного роста. С учетом этой специфической особенности должны строиться и модели непрерывного медицинского образования.

Важна не только совокупность технологий и инструментов, составляющих информационную поддержку организационного процесса системы здравоохранения, но и цифровые платформы, помогающие врачам оптимально выстраивать свои профессиональные трудовые стратегии.

Международный опыт проектирования профессионального развития медицинских специалистов



Германия

Согласно государственной концепции «Карьерное сопровождение в течение жизни» [Career Guidance in the Life Course, 2011] профессиональное развитие осуществляется в рамках концепции непрерывного обучения. Карьерное консультирование представляется в качестве связующего звена между потребностями граждан и нуждами государства в сферах образования и рынка труда. Консультирование остается традиционно поделенным на консультирование в секторе образования и профессиональное консультирование в секторе занятости, однако эти различия постепенно стираются в поддержку концепции непрерывного обучения.

В высшем образовании почти во всех учебных заведениях есть центральная служба консультирования, которая предоставляет студентам информацию по всем относящимся к учебе вопросам: выбор вуза, специальности, программы, правила экзаменов, проблемы в обучении или личные проблемы, а также специальные курсы, например тайм-менеджмент, самоорганизация, подготовка к экзаменам.

Наконец, все больше вузов в Германии открывают карьерные центры и службы, предлагающие поддержку при выпуске из вуза и переходе на рынок труда, например, через ярмарки вакансий и другие мероприятия. Они сотрудничают с работодателями и службами занятости

и активно вовлекаются в реформирование учебных программ с целью их большего соответствия требованиям рынка труда.

Профессиональное развитие специалистов задается прежде всего индивидуальной карьерной траекторией, выбранной самостоятельно специалистом. При этом организации создают возможности для профессионального роста специалистов через траектории развития по должности и по специальности. Отдельно этот вопрос не структурирован на национальном уровне. И полномочия по формированию стратегий профессионального роста остаются в прерогативе работодателя.



Говоря о японской модели управления, нужно упомянуть, что в рамках данной модели сотрудник чувствует себя частью целого. Профессиональная идентичность себя с организацией позволяет организации достичь должного успеха. Для сотрудников, которые задействованы в японских организациях, идеи компании превыше индивидуальных идей. Такие сотрудники трудолюбивы и обладают высоким самообладанием, что делает компанию экономически успешной среди других компаний. Трудоустраиваясь на работу, японцы выстраивают профессиональный план так, что они намерены работать в данной организации до пенсионного возраста.

В рамках системы пожизненного найма есть как сильные, так и слабые стороны. Пожизненный найм способствует сохранению рабочей силы, вырабатывает у сотрудников чувство преданности, но лишает



управленческий процесс некой гибкости, так как не дает возможность быстро привлекать способных работников, поскольку в организации есть неэффективная рабочая сила.

В рамках японского подхода управления карьерой качество рабочей силы выступает как квалификация, которую сотрудник накапливает опытным путем, работая в организации. Накапливаемый опыт в организации позволяет совершать карьерные продвижения. Чтобы преодолеть слабые стороны данной модели, необходимо, чтобы сотрудники могли получить широкие познания в нескольких специализациях. Японская модель управления карьерой – это традиционная «система статусов», когда сотрудник в течение трудовой деятельности совершает передвижения от периферии к центру.



США



При реализации американской модели планирования карьеры главным критерием достижения успеха в карьере является продвижение вверх по иерархической лестнице аппарата управления. Чтобы добиться успеха в карьере, сотрудник меняет организации, потому что профессиональный успех – это выбор более престижного места работы. В американской модели фиксируется такая закономерность – молодой сотрудник за свою профессиональную деятельность получает денежное вознаграждение выше, чем сотрудник со стажем.

Американская модель управления карьеры состоит из 4 схем замещения должностей: молодые специалисты, которые трудятся в нижнем звене управления, специалисты, которые подбираются вне компании на различные должности, заполнение образовавшейся вакансии, сочетание ротации и ускоренного продвижения работника. Продвижение работников в рамках американской модели подразумевает такие действия, как проверка деловых качеств, квалификации, получение оценки своей деятельности и аттестация. Для того чтобы сотрудник смог занять должность в рамках нижнего звена, от него не требуется глубоких знаний. То есть руководитель самостоятельно утверждает его на должность. Если же речь идет о сотрудниках среднего или высшего звена, то здесь активную работу выполняют кадровые службы организации. Стоит отметить, что работа с кадрами высшего и среднего звена может осуществляться за счет реализации программ раннего выявления управляющих с высоким потенциалом к продвижению.

Обучение в течение всей жизни (lifelong learning)

За последние несколько десятилетий принцип обучения в течение всей жизни (lifelong learning) стал одной из главных руководящих основ политики в области образования и профессиональной ориентации. Одним из важных документов, задающих вектор развития принципа lifelong learning в Европейском союзе, является «Рекомендация о ключевых компетенциях, необходимых для обучения в течение всей жизни» – Recommendation of the European Parliament and of the Council. Целью данного документа является установление общего ориентира, способствующего проведению реформ на национальных уровнях. Рекомендация основывается на ранее принятых решениях, резолюциях, отчетах и других документах, главным из которых можно считать Лиссабонскую стратегию, обозначившую обучение в течение всей жизни одним из ключевых ответов на глобализацию и переход к наукоемкой экономике.

Одной из 8 ключевых компетенций, идентифицированных в «Рекомендации», является приобретение навыков обучения. Индивид должен уметь применять полученный учебный и жизненный опыт в разнообразных контекстах, организовывать свое образование, оценивать свою работу и обращаться при необходимости за советом, помощью и поддержкой.

Другие компетенции включают навыки, необходимые для получения образования (например, общение на родном и иностранных языках), органичного сосуществования в обществе и эффективной кооперации с другими людьми, а также для практического воплощения идей. В большинстве стран мира концепция lifelong learning остается одним из важнейших принципов внутренней политики.



Глава 3.

Подходы к проектированию профессионального развития медицинского специалиста: внешние и внутренние вызовы

Профессиональная карьера (рост знаний, умений, навыков) может идти по линии специализации (углубление в одной выбранной в начале профессионального пути линии движения) или транспрофессионализации (овладение другими областями человеческого опыта, связанное скорее с расширением инструментария и областей деятельности).

Для медицинского специалиста развитие в практическом здравоохранении не является единственной возможной траекторией профессионального развития. Многие сотрудники находят себя и в науке: участвуют в исследовательской научной деятельности, публикуют результаты научных исследований, представляют авторские методики, участвуют в разработке медицинских препаратов, инструментов, оборудования. Кто-то посвящает свою жизнь преподавательской дея-

тельности и формированию нового поколения квалифицированных кадров для российского здравоохранения. Достаточно распространенная практика для профессионального развития врача – это работа в проектах трансформации системы здравоохранения, врачом-методистом, организатором здравоохранения, аналитиком и пр.



Стоит отметить, что анализ траекторий профессионального роста медицинских специалистов показал, что абсолютное большинство специалистов развиваются по «горизонтальной» траектории, развивая свой профессионализм и углубляя знания в профессии.

Так, Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы в 2021–2022 годах было проведено социологическое исследование кадрового потенциала и карьерных предпочтений медицинских специалистов столичного здравоохранения.

В результате исследования было доказано, что вопросы управляемого проектирования траекторий профессионального роста со стороны работодателя являются важной и перспективной задачей. На сегодня каждый десятый медицинский работник не считает нужным повышать уровень своих знаний и навыков ни по своей, ни по смежным сферам деятельности. О том, что профессиональная стагнация – достаточно частое явление среди медицинских работников, свидетельствует исследование, проведенное кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» в 2022 году. Исследование на территории Российской Федерации выявило, что почти 41,3 % врачей, включая заведующих отделениями, и 60,3 % среднего медицинского персонала не планируют свой профессиональный рост на будущее.

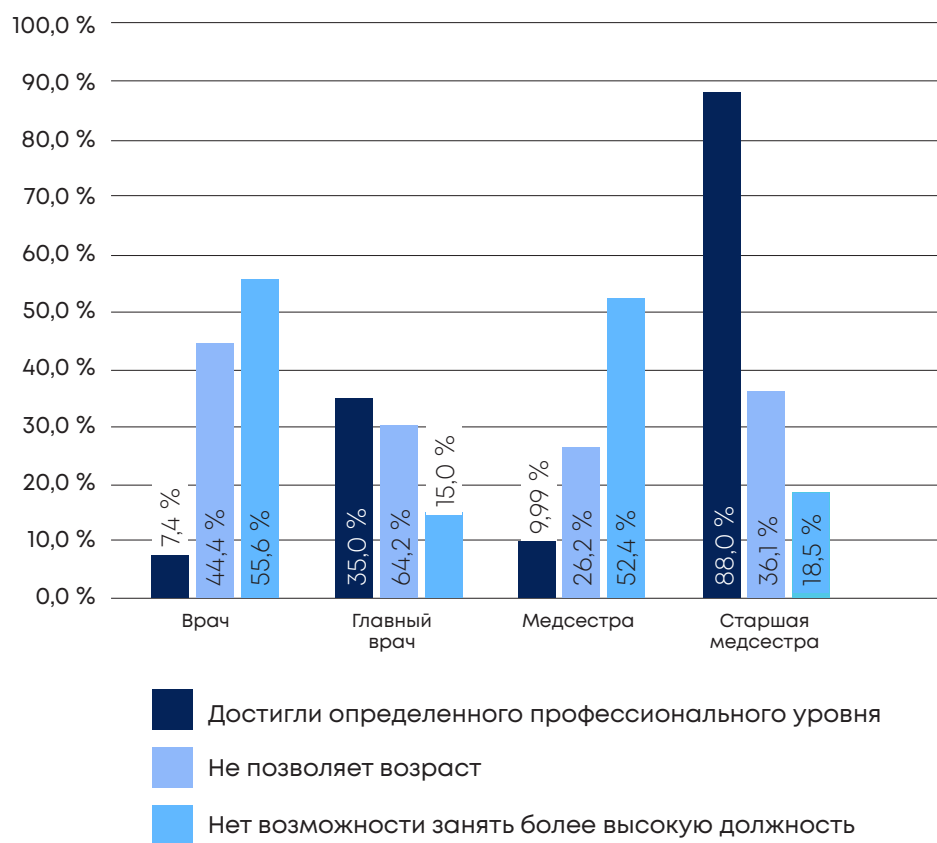


Рис. 3. Причины нежелания планировать свой профессиональный рост на будущее (на 100 лиц соответствующей должности) среди медицинских специалистов Российской Федерации

Основными причинами такого нежелания врачи чаще всего называют отсутствие возможности занять более высокую должность (55,6 %). Возраст является помехой для планов на будущее для 44,4 % респондентов-врачей. Интересен тот факт, что 7,4 % врачей, по их мнению, уже достигли определенного уровня.

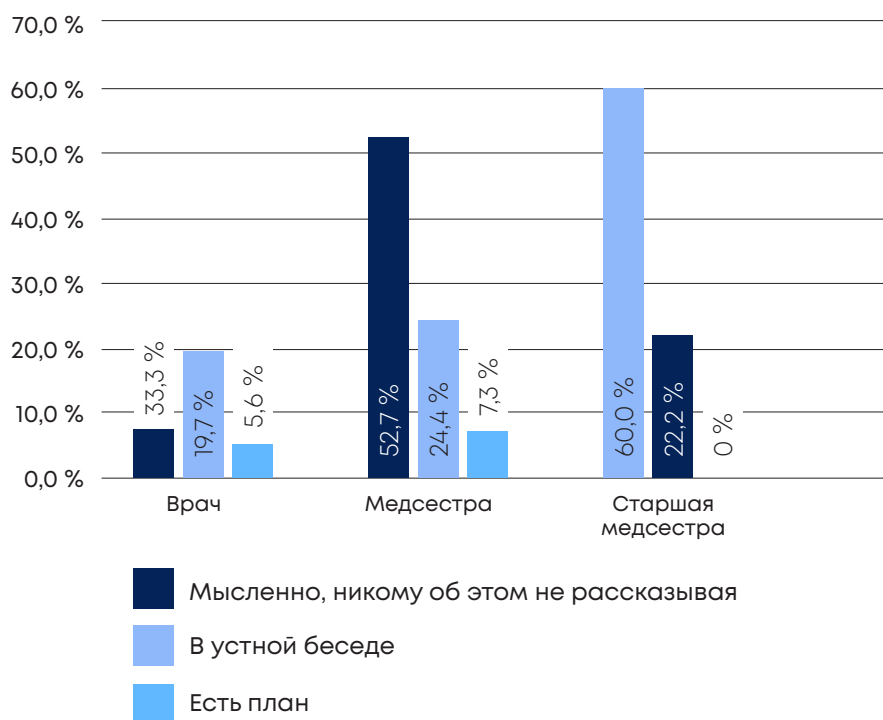


Рис. 4. Виды планирования профессионального роста (на 100 лиц соответствующей должности)

Официально закрепленный план профессионального роста сотрудника, утвержденный и подписанный руководителем, есть только у 5,6 % врачей и 7,3 % медицинских сестер. Старшие медицинские сестры таких планов не имеют.

То есть не у каждого работника сферы медицинского здравоохранения есть понимание, что карьера – это не только должностной рост, но и рост профессионализма и одно невозможно без другого.



К наиболее распространенным траекториям профессионального роста среди медицинских специалистов можно отнести следующие.

К первой траектории «двух стульев в одной организации» относятся сотрудники, предпочитающие максимально удовлетворять свои потребности при помощи ресурсов только своей организации. **Ко второй** траектории «двух стульев в разных организациях» относятся медицинские работники, которые не ограничиваются возможностями одной организации, считая верным выстраивать профессиональную деятельность сразу в нескольких учреждениях. **К последней – третьей –** траектории «одного стула» относятся все те, кто считает достаточным для себя иметь только одно место работы и только одну должностную позицию.

На построение таких «карьерных траекторий» в первую очередь влияет ряд индивидуальных факторов: социально-демографические (пол, возраст, семейное положение, наличие детей), профессионально-квалификационные, психологические (психоэмоциональные).

Врач и медицинская сестра – профессии, требующие сочетания ряда личных качеств, приобретенных навыков и опыта. Именно поэтому медицинские работники считают опыт работы по специальности одним из основных факторов, от которых зависит уровень профессионализма.

Значимость данного фактора отмечают 88,3 % медицинских работников, выстраивающих траекторию первого типа, 77,0 % респондентов, относящихся ко второй карьерной траектории, и 84,7 % – выстраивающих «карьерную траекторию» третьего типа.

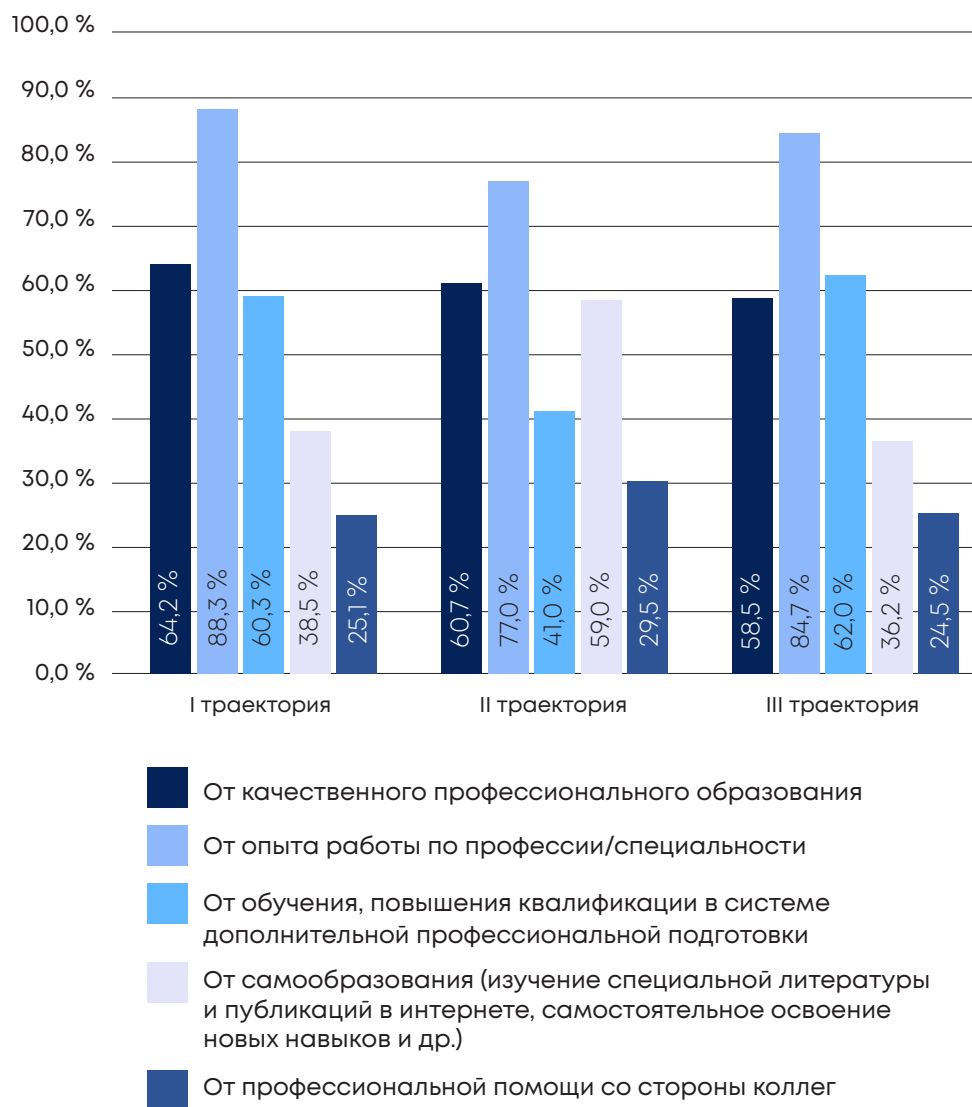


Рис. 5. Распределение ответов медицинских специалистов на вопрос «От каких факторов, на Ваш взгляд, зависит надлежащий уровень квалификации по Вашей специальности?» (в зависимости от выбранной траектории, % медицинских работников)

На первый взгляд карьерные траектории «двух стульев в одной организации» и «двух стульев в двух организациях» по своей смысловой нагрузке похожи, но при детальном рассмотрении были выявлены значительные отличия. Так, врачи и медицинские сестры при выборе места совместительства, руководствовались различными экономическими и неэкономическими стимулами.

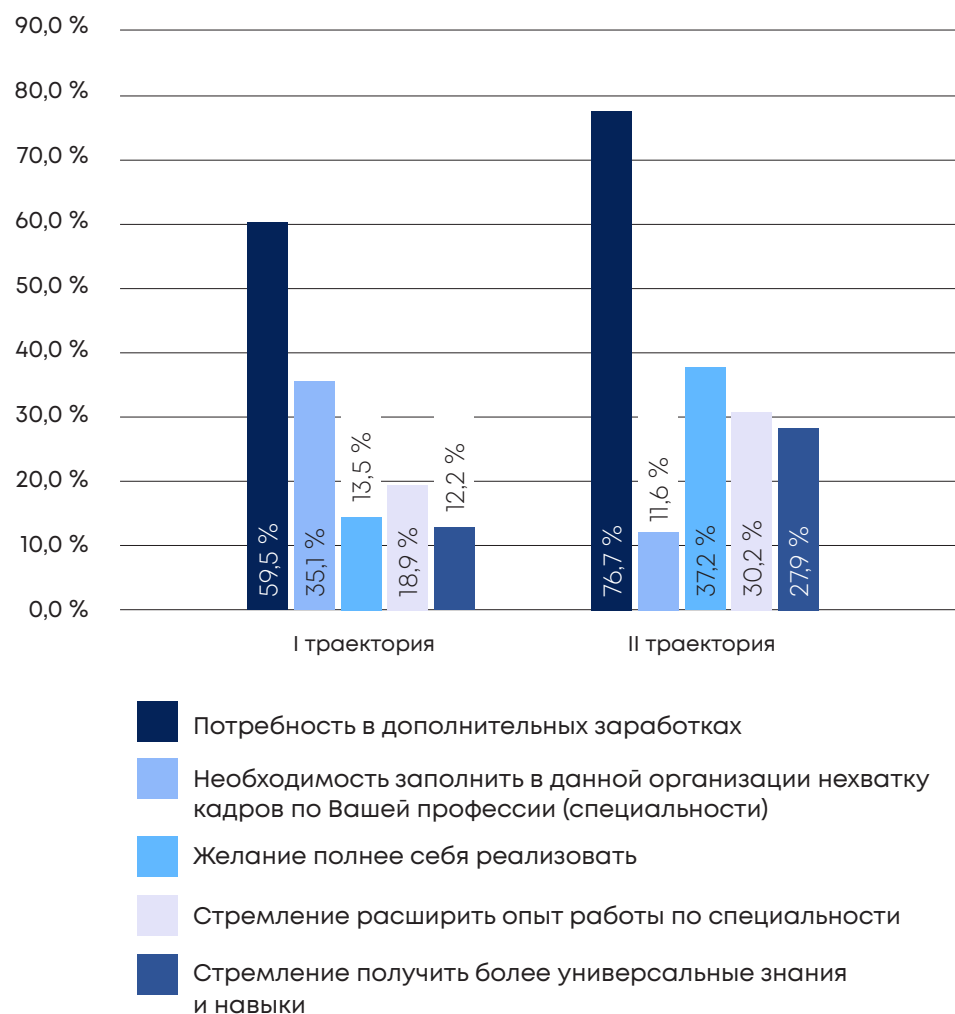


Рис. 6. Мотивация врачей при выборе траектории

Врачи, работающие в разных организациях, более мотивированы на дополнительные заработки, чем те, кто работает по совместительству только в своем учреждении (76,7 % и 59,5 % соответственно). Но в то же время врачи, принадлежащие ко второму типу построения карьерных траекторий, гораздо чаще среди причин совместительства указывали на стремление себя реализовать (37,2 % против 13,5 %), расширить опыт работы по своей специальности (30,2 % против 18,9 %) и получить более универсальные знания и навыки (27,9 % против 12,2 %). А вот осуществляют совместительство по альтруистическим соображениям (из-за необходимости заполнить в организации нехватку кадров по своей специальности) врачи, принадлежащие к первому типу построения карьерных траекторий (35,1 % против 11,6 %).

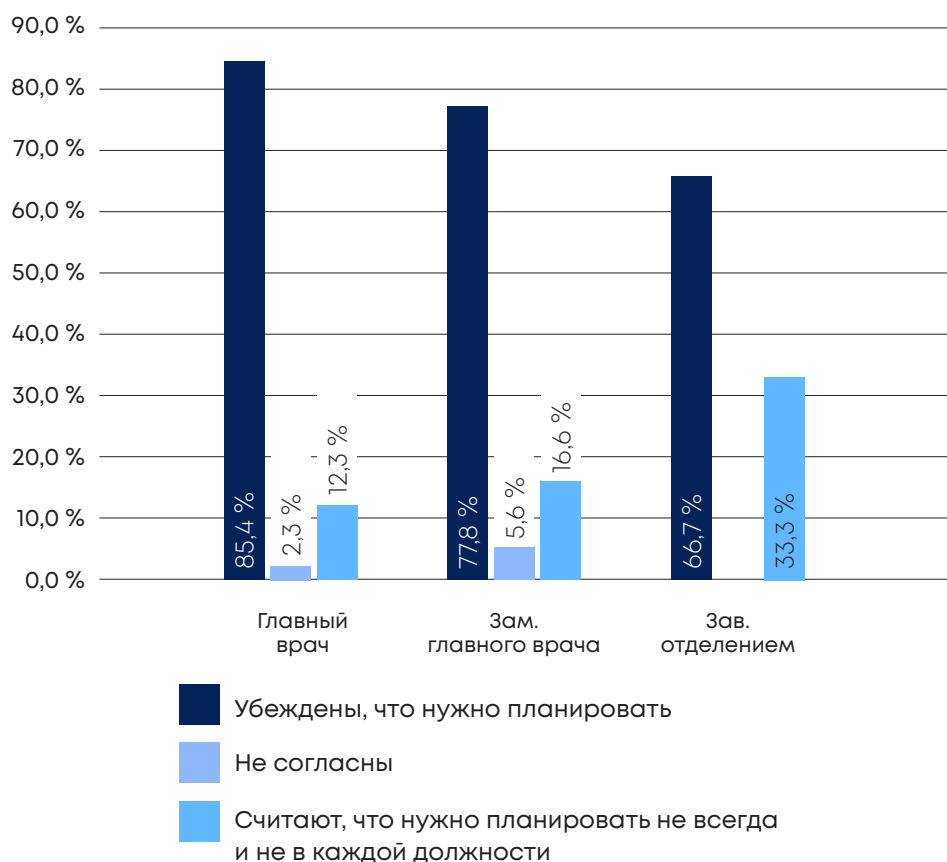


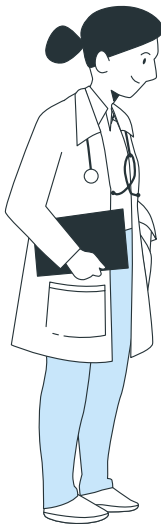
Рис. 7. Мнение руководителей о необходимости планирования профессионального развития медицинскими работниками (на 100 лиц соответствующей должности)

Не менее значимым фактором при построении «траекторий профессионального развития» является и управленческая философия руководителей организаций. Роль руководителей в развитии персонала чрезвычайно важна, насколько сам руководитель заинтересован в повышении профессионального и должностного уровня своих подчиненных, настолько дружественной будет и внутриорганизационная среда для построения различных карьерных траекторий работников.

Поэтому, говоря об управлении развитием российского медперсонала, следует рассмотреть мнение самих руководителей о возможности карьеры [57] для медицинского работника¹. Большинство участвовав-

¹ Выборочное исследование, проведенное кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова».

ших во всероссийском опросе (85,4 %) главных врачей считают, что медицинскому работнику необходимо планировать профессиональное развитие; 12,3 % из них полагают, что такое планирование возможно не для каждой должности, а 2,3 % убеждены, что медицинскому работнику планировать профессиональное развитие не требуется. Если говорить о заведующих отделениями, то за планирование профессионального развития медицинскими работниками высказались 66,7 % респондентов, это существенно меньше по сравнению с ответами руководителей учреждений. Треть (33,3 %) заведующих отделениями уверены, что планирование профессионального развития возможно не для каждого.



Развитие каждого медицинского работника должно быть индивидуальным и включать несколько этапов:

информирование о возможностях роста; оценку пожеланий, личностных характеристик и исходного уровня профессиональной квалификации; планирование развития сотрудника; реализацию плана развития и оценку его результатов. От результатов оценок потенциала и развития зависит положение сотрудника в матрице формируемого кадрового резерва и приоритет выбора при замещении вакантных руководящих должностей.

Для медицинских специальностей горизонтальное развитие карьеры часто занимает приоритетное положение, преобладая над вертикальным, и по другой причине. Врач чаще предпочитает приобретение новой специализации, чем вытеснение специфических врачебных функций административно-хозяйственными в случае вертикального карьерного роста. С учетом этой специфической особенности должны строиться и модели непрерывного медицинского образования.



Социологические исследования, посвященные анализу тенденций проектирования (планирования) карьеры медицинского профиля, выявили предпочтения следующих типов карьеры:

1
2
3

равномерное продвижение вверх (повышение в должности каждые 10–15 лет) – выбрала четверть респондентов;

продвижение по горизонтали (новые специальности, углубление знаний в специальности) – выделил каждый второй из опрошенных;

скачкообразное продвижение (2–3 резких повышения в должности в течение ближайших 10 лет) – обозначили возможным для себя четверть респондентов.

Управление карьерой врача в медицинских организациях как одной из составляющей кадровых ресурсов здравоохранения оказалось в центре внимания и других социологических исследований. Выявилось: индивидуальный (личный) план карьеры составляли только 3,5 % опрошенных. Они были «в голове» у примерно 57 %, их вообще не было – у 39 %. При этом респонденты расставили приоритеты принципов, которыми необходимо руководствоваться при управлении своей карьерой. На первое место вышло расширение познаний, приобретение новых навыков, подготовка к занятию более высокой должности; на второе – необходимость стать нужным инициативному, перспективному, оперативному руководителю; на третье – принятие решений в области карьеры на основе компромисса между желаниями и реальностью, между своими интересами и интересами организации.

Выявлены следующие тенденции:

более 40 % врачей, включая заведующих отделениями, и более 60 % представителей среднего медперсонала не планируют свой профессиональный рост на будущее. Основными причинами (55 %) нежелания врачи назвали отсутствие возможности занять более высокую должность. Более 80 % старших медсестер полагают, что уже достигли определенного профессионального уровня, 36 % считают, что им не позволяет возраст, а 18,5 % не видят возможности занять более высокую должность в своем учреждении.



Среди видов планирования профессионального роста заведующие отделениями указали повышение знаний, практических навыков, получение квалификационной категории. Врачи, помимо этого, выделили: повышение квалификационной категории, усовершенствование по специальности, учебу в аспирантуре.

Профессиональные и образовательные стратегии медицинских специалистов в немалой степени зависят от их установок на профессионально-квалификационный рост и карьерное продвижение. Сотрудники, обладающие такими установками, в отличие от прочих коллег имеют стремление их реализовать, как правило, проявляя большую готовность пополнить свой образовательный потенциал, накопить профессиональные компетенции и повысить таким путем должностной статус.



Доказано, что самым значимым индикатором готовности к профессиональной и должностной мобильности является стремление постоянно повышать квалификацию.

Отчасти это объясняется тем, что от уровня квалификации во многом зависят возможности и реализация творческого подхода и карьерного продвижения. Кроме того, инициативность в работе сдерживается значительной стандартизацией медицинской помощи, чрезмерность которой указана немалым числом специалистов (преимущественно врачей). Видимо, не без этой причины со-

ответствующий индикатор получил сравнительно скромную оценку респондентов. Что касается должностного продвижения, то на весьма слабый интерес к нему влияет специфика работы медицинских специалистов. Ввиду творческого (в принципе) характера работы карьерная мотивация у них не относится к числу доминирующих.

Квалификация медицинских специалистов в значительной степени зависит от стажа работы по специальности. Дело в том, что 76,2 % респондентов опроса (77,4 % врачей и 75,3 % медсестер) меняли место работы, в том числе со сменой профессии и специальности. Примерно к 10 годам работы по специальности, по крайней мере, большинство специалистов достигают высокой квалификации.

С точки зрения установок специалистов на профессиональное и карьерное продвижение серьезный интерес вызывают такие факторы привлекательности работы, как ее содержание, возможности профессионально-квалификационного роста, а также накопление профессионального опыта.





Глава 4.

Управляющие принципы

Основными принципами профессиональной деятельности медицинских работников Москвы являются:

- повышение качества оказания медицинской помощи
- новый подход к взаимоотношениям с пациентами
- лечение в комфортных условиях
- доброжелательная и позитивная обстановка
- взаимоуважительные отношения с пациентами
- новые форматы обратной связи с пациентами.

Главные ценности в работе медицинского работника, на которые он ориентируется при формировании общей корпоративной культуры, это уважение, командная работа, доверие, профессионализм, доброжелательность, пациентоориентированность.



Уважение



Профессионализм



Командная
работа



Доброжелательность



Доверие



Пациенто-
ориентированность



Придерживаясь их, медицинский работник совершенствует свои профессиональные навыки, находит общий язык с пациентами, придает большое значение взаимной вежливости и открытости. Это позволяет сделать взаимодействие наиболее эффективным.

Ценность: уважение



Медицинский работник поддерживает корректную форму общения, добрые взаимоотношения с пациентами и коллегами.

Принцип 1. Мы взаимодействуем в формате диалога, ищем и находим общий язык с коллегами и пациентами.

Принцип 2. Мы внимательны к потребностям пациентов и учитываем их при взаимодействии.

Принцип 3. Мы максимально точно и корректно формулируем вопросы для прояснения ситуации, не делаем быстрых суждений.

Принцип 4. Мы проявляем терпение при общении и взаимодействии с пациентом, даем понять, что его ситуация не безразлична для нас.



Ценность: командная работа



Медицинские работники работают как единый механизм. Все действия направлены на предоставление помощи пациенту.

Принцип 1. Мы помним о том, что командная работа – основа здоровья пациентов, а значит, нашего успеха.

Принцип 2. Мы настроены на обратную связь с пациентами, учитываем их мнение и вносим предложения по улучшению работы поликлиники.

Принцип 3. В случае необходимости мы запрашиваем помощь и поддержку более опытных коллег, в том числе из других учреждений и сфер.

Принцип 4. В случае возникновения спорных ситуаций мы ведем себя конструктивно, умеем совместно находить оптимальный выход для всех заинтересованных сторон.

Принцип 5. Мнение коллег и пациентов ценно для достижения совместного результата.

Ценность: доверие



Медицинский работник создает атмосферу доверия в поликлинике, ценит ее и работает так, чтобы пациенты доверяли.

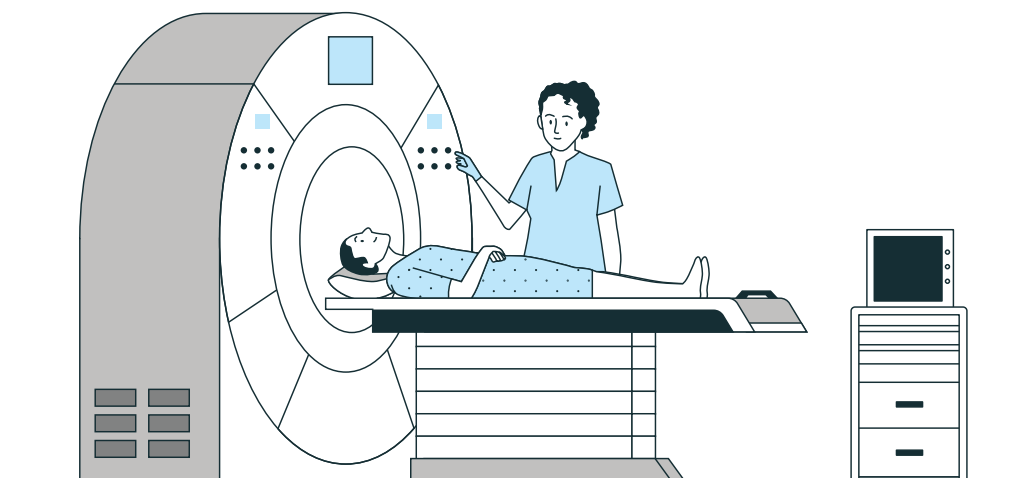
Принцип 1. Мы объясняем пациенту, что результат лечения – это совместные усилия пациента и врача.

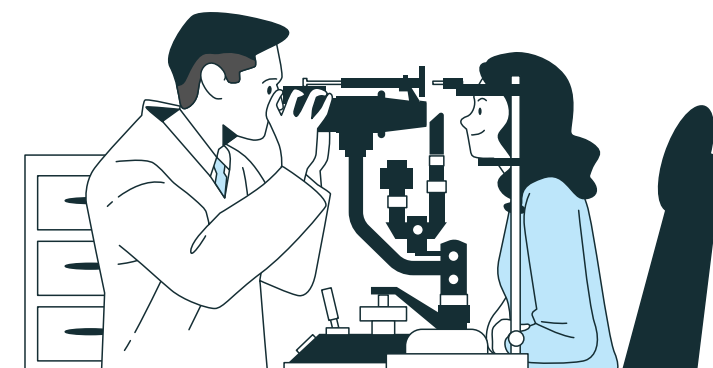
Принцип 2. Мы предоставляем полную и объективную информацию, строим искренние и честные отношения с пациентами.

Принцип 3. Мы отвечаем на вопросы пациентов максимально объективно и открыто, соблюдая нормы врачебной этики.

Принцип 4. Мы стремимся произвести приятное впечатление на посетителей поликлиники, ведь это необходимо для доверительных отношений с пациентами.

Принцип 5. Мы помогаем пациентам поверить в положительный результат. При необходимости мы делимся своим личным опытом для создания атмосферы доверия.





Ценность: профессионализм



Медицинский работник ответственно относится к своим профессиональным обязанностям, совершенствует необходимые знания и навыки, перенимая опыт у коллег, и с готовностью делится своим.

Принцип 1. Мы владеем стандартами оказания медицинской помощи, профессиональными знаниями и навыками, необходимыми для успеха в лечении пациентов.

Принцип 2. Мы предоставляем безопасное и качественное лечение, рассказываем о возможных вариантах и помогаем выбрать наиболее оптимальные для конкретного пациента.

Принцип 3. Главный принцип работы – «не навреди!». Прежде чем что-то сказать или сделать, мы хорошо это обдумываем.

Принцип 4. Мы четко понимаем свои профессиональные и должностные обязанности.

Принцип 5. Мы постоянно совершенствуемся для улучшения качества работы учреждения и в интересах пациента, умеем адаптироваться к изменениям и идем в ногу со временем.



Ценность: доброжелательность



Медицинский работник создает атмосферу, которая направлена на то, чтобы оставить хорошее впечатление от каждого посещения поликлиники. Решает вопросы эффективно и быстро, мысля и действуя позитивно.

Принцип 1. Мы взаимодействуем с пациентами в спокойной и вежливой манере.

Принцип 2. Мы заботимся о создании комфортной среды в нашей поликлинике.

Принцип 3. Мы стараемся контролировать свое эмоциональное состояние, в том числе в сложных ситуациях, даже при нехватке ресурсов и времени.

Принцип 4. Мы стремимся встречать пациентов с позитивным настроением, начинать взаимодействие с приветствия, демонстрируя желание помочь.

Принцип 5. Мы обращаемся к пациентам по имени-отчеству.

Ценность: пациентоориентированность



Медицинский работник действует в интересах пациента, обеспечивая максимально комфортные и удобные условия для предоставления своевременной медицинской помощи.

Принцип 1. Мы ценим время пациентов, стараемся проводить исследования, процедуры и лечение максимально эффективно и быстро.

Принцип 2. Мы внимательно слушаем пациента, стараемся понять суть проблемы и переживаний и помогаем в решении вопроса.

Принцип 3. Мы заинтересованы в здоровье пациента и результате его лечения, в скорейшем выздоровлении.

Принцип 4. Мы умеем работать со сложными эмоциональными состояниями людей, оказываем моральную поддержку пациентам, когда это необходимо.

Принцип 5. Мы объясняем, какую информацию дает исследование и почему его необходимо провести, детально расписываем план лечения пациента и рассказываем о нем на доступном и понятном языке.



Глава 5.

Фундамент
для траектории
профессионального
развития медицинского
специалиста.

Организационные
модели для
формирования
ценности здоровья

Медицинская организация работает гораздо лучше, когда каждый сотрудник и команда в целом понимают свою роль в создании ценности для пациентов, независимо и увлеченно работают над достижением общих целей, снижением текучки кадров, обучением и формированием корпоративной культуры.

Организационная структура описывает подотчетность в рамках медицинской организации, но мало что говорит о ее функционировании как целостной системы. Существующие модели показывают, как фактически работает организация, для кого она работает и как связаны между собой ее элементы.

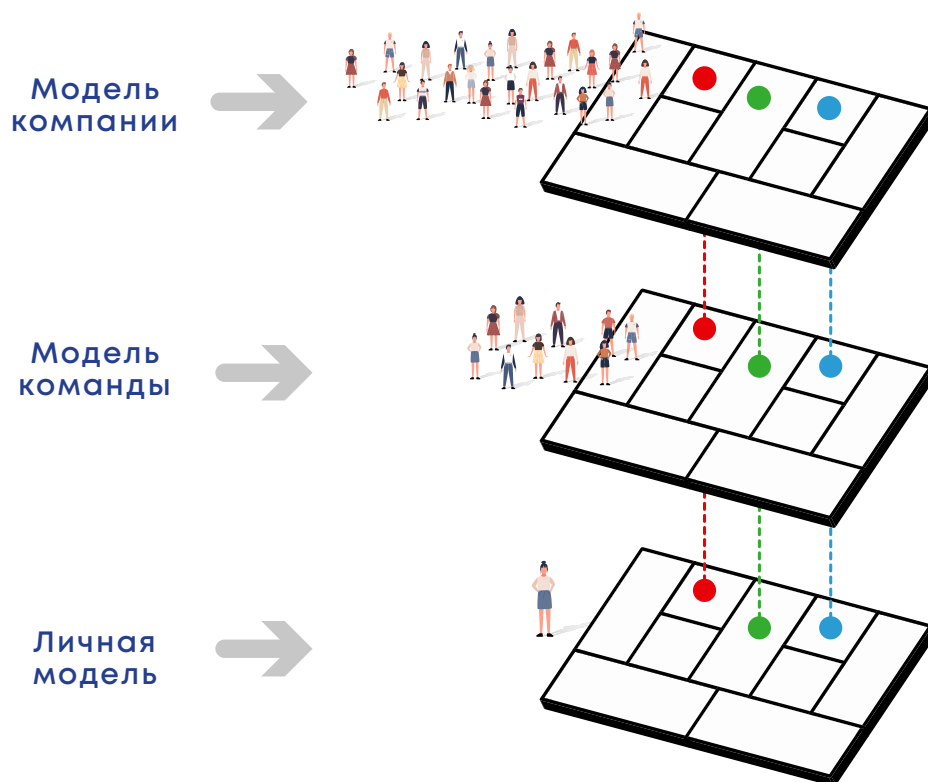


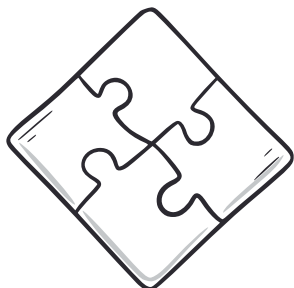
Рис. 8. Операционные процессы в деятельности медицинской организации

С помощью организационной модели, описывающей операционные процессы, можно системно взглянуть на три уровня организации: медицинскую организацию в целом, отдельные команды и сотрудников.

Модель организации показывает, как та создает и передает ценность внешним потребителям услуг (пациентам).

Модель команды демонстрирует создание и передачу ценности отдельным группам, зачастую внутри организации.

Личные модели специалистов отражают создание и передачу ценности конкретным человеком.



Организационная модель поликлиники, соответствующая «Новому московскому стандарту поликлиники», основана на следующих принципах:

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1) Пациентоориентированность, | 4) Командная работа, |
| 2) Профессионализм, | 5) Доверие, |
| 3) Доброжелательность, | 6) Уважение. |

Для реализации данных принципов необходима командная работа. Модель команды показывает создание и поставку ценности для отдельных групп, «клиенты» которых зачастую находятся внутри организации.

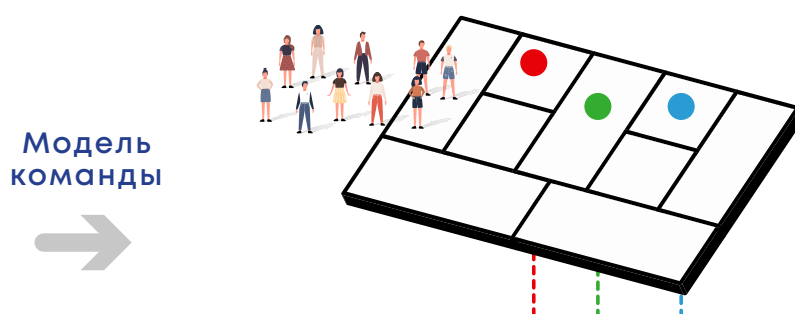


Рис. 9. Модель команды внутри медицинской организации

Каждый член команды должен делать свою работу качественно – помогать людям сохранять здоровье и улучшать качество жизни, получать вдохновляющую обратную связь и истинное удовлетворение от работы.

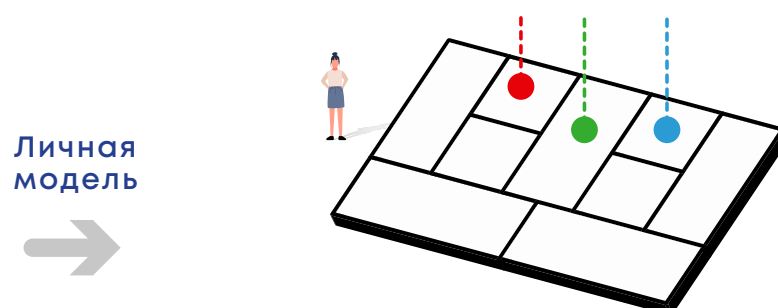


Рис. 10. Модель специалиста медицинской организации



Рис. 11. Модель организации работы, где «в центре находится человек»

В каждой медицинской организации здравоохранения применяются технологии командной работы, контроля качества, наставничество, распределение задач внутри отделения с учетом личных качеств сотрудника, расстановка приоритетов, организация системы контроля качества медицинской помощи, достижения целевых показателей.

Каждый член команды должен ответить на два вопроса: «Кому я помогаю?» или, иными словами, «Кто во мне нуждается?» Ответить на вопрос «Кто во мне нуждается?» очень важно: мало кто получает истинное удовлетворение, работая только для себя. В глубине души человек стремится помогать другим, и это активизирует один из четырех основных человеческих мотиваторов – чувство смысла.

К методам совершенствования командной работы можно отнести работу с личными и командными моделями.

1. Личные модели

С помощью шаблона личной модели сотрудники показывают, чем сейчас занимаются на работе и что хотят делать в будущем. Благодаря этому они выходят за пределы должностных обязанностей и видят, кому помогают. Это первый шаг к пониманию важнейших рабочих взаимосвязей, лежащих в основе качественного сотрудничества. Создавая текущую и будущую модели и делясь своими мыслями, участники начинают теснее общаться и замечать, где могут внести больший вклад. Это помогает улучшить командную работу.

2. Командные модели

Затем с использованием того же инструмента – шаблона – сотрудники вместе строят модель работы своей группы. Обычно это открывает людям глаза. Становятся видны цель команды, а также группы, которым она помогает, – связи на уровне организации. Команда и компания предстают как динамичные, зависящие от обратной связи системы, а не статичные «механизмы». Кроме того, моделирование и коллективное обсуждение помогает лучше понять текущую ситуацию, а это большой шаг к улучшению командной работы и самоуправлению.

Медицинская организация как структурная составляющая здравоохранения должна обладать рядом определенных качеств или свойств, позволяющих демонстрировать и поддерживать эффективность выполнения поставленных задач через слаженное функционирование всех ключевых звеньев или элементов.



Глава 6.

Операционные процессы
в деятельности
организации
амбулаторно-
поликлинического звена,
имеющие значение
для проектирования
траектории
профессионального
роста

Проектирование профессионального роста медицинских специалистов должно осуществляться работодателем исходя из реализации операционных процессов медицинской организации. Чем детальнее структурированы процессы, в которых принимают участие специалисты, тем выше четкость в описании требуемого функционала как отдельного медицинского специалиста, так и целой медицинской команды. Более того, появляется возможность планировать поэтапное развитие каждого специалиста в зависимости от расширения его функционала.

В столичном здравоохранении в 2023 году проведены работы по описанию операционных процессов медицинской деятельности в организации амбулаторно-поликлинического звена с целью детального распределения зон ответственности, прав и обязанностей каждого сотрудника. «Операционный процесс (цепочка) деятельности» включает в себя отдельные элементы, собранные в единую систему: знания, умения, действия, функциональные задачи, которые характерны для определенного уровня владения врача (табл. 1).



Каждый структурный элемент обладает определенной характеристикой и позицией в «Операционной цепочке деятельности».

Структурный элемент	Характеристика
Знания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Актуальные 2. Полные 3. Соответствовать выполняемой функции 4. Стандартизированы 5. Систематизированы
Умения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствовать стандартам 2. Высокое качество 3. Соответствовать выполняемой функции
Действия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствовать диагнозу 2. Соответствовать клинической ситуации 3. Соответствовать компетенции 4. Быть законными 5. Соответствовать стандартам
Функциональные задачи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соответствовать должности врача 2. Соответствовать клинической ситуации 3. Соответствовать компетенции врача

Таблица 1. Характеристики структурных элементов операционных цепочек



Важной характеристикой качественной работы врача при детальном описании всех операционных процессов должны быть:

- 1) Своевременность и надлежащее выполнение функциональных и должностных обязанностей врачом,
- 2) Дисциплинированность и исполнительность, оказание качественной лечебной и профилактической медицинской помощи,
- 3) Профессионализм, соблюдение этики и деонтологии, профессиональная ответственность врача,
- 4) Пациентоориентированность,
- 5) Умение работать в мультидисциплинарной команде.

Такой подход позволяет описать зоны ответственности каждого сотрудника в зависимости от функционала в операционной цепочке, а также правила его взаимодействия с участниками клинико-диагностического процесса в зависимости от состояния пациента.

«Операционную цепочку деятельности» можно рассматривать как горизонтально, так и вертикально. Участники операционной цепочки: лечащие врачи, врачи-специалисты, заведующий отделением.

В основу «операционной цепочки деятельности» положен принцип алгоритмизации и подробной детализации каждого вида деятельности не только лечащего врача, других специалистов, но и медицинской организации в целом.

Функциональная задача врача может быть рассмотрена с нескольких позиций:

3

Мой пациент (я – лечащий врач, веду «под ключ»)

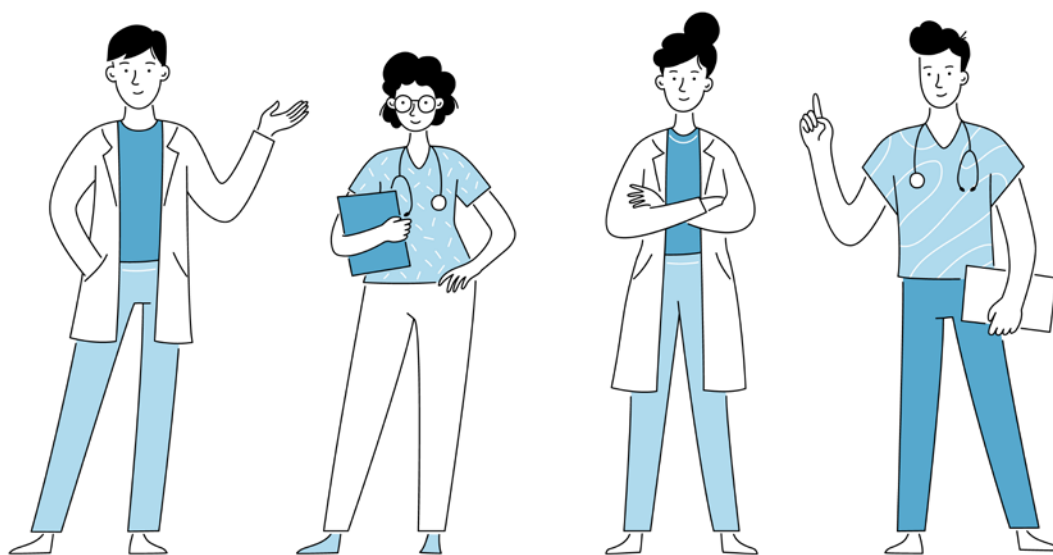
2

Веду пациента совместно с консультантом (я – лечащий врач, специалист – консультант)

1

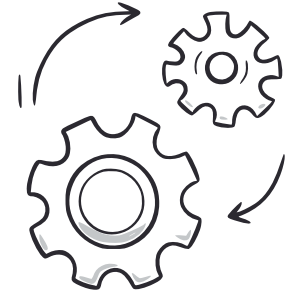
Передаю пациента другому врачу (я врач-консультант, специалист – лечащий врач)

3, 2, 1 – это КОД ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА – набор действий врача, который собран в код.



3 КОД ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

Мой пациент
(я – лечащий врач,
веду «под ключ»)



Врач-терапевт, являющийся лечащим врачом, проводит диагностику, объясняет патогенетические механизмы развития заболеваний, проводит дифференциальную диагностику, назначает и контролирует лечение пациента самостоятельно.

«Операционная цепочка деятельности» в данном случае выглядит следующим образом:

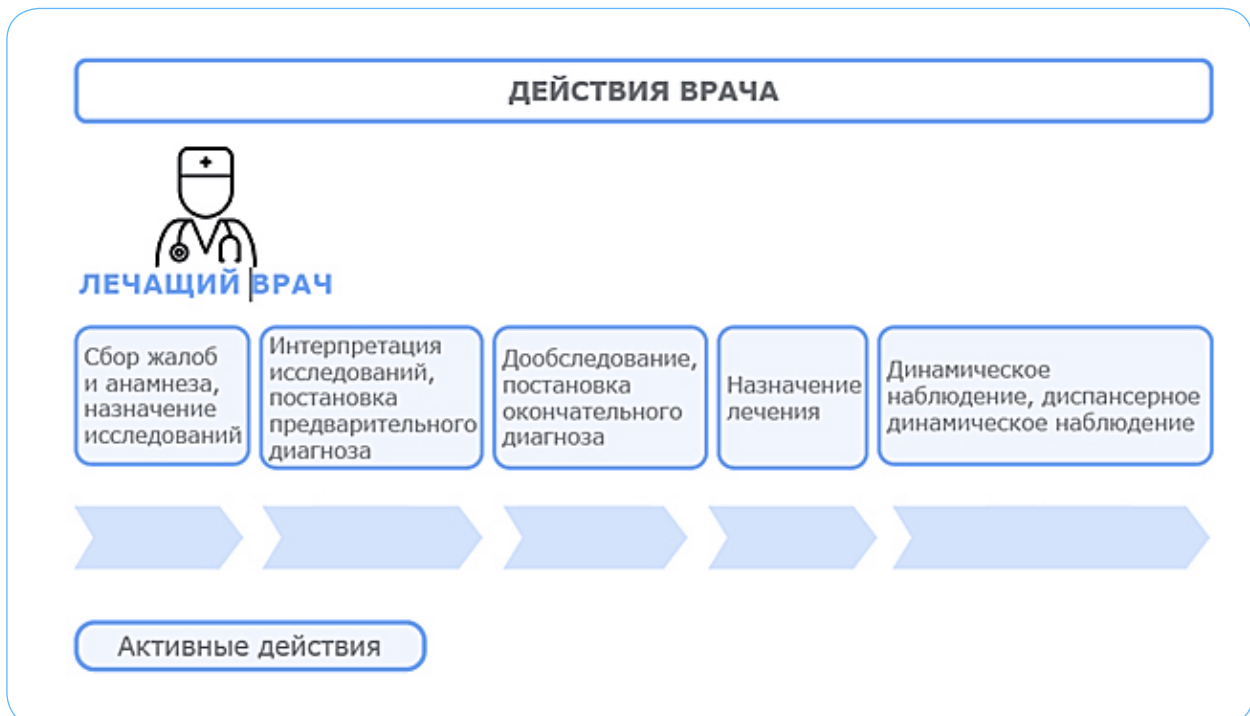


Рисунок 12. Код действий врача 3

2 КОД ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

Веду пациента совместно с консультантом (я – лечащий врач, специалист – консультант)

Врач-терапевт/ВОП, являющийся лечащим врачом, осуществляет лечение пациента совместно с врачом-специалистом, причем врач-специалист является консультантом, проводит оценку степени тяжести заболевания, определяет показания для проведения консультации специалиста, осуществляет динамическое наблюдение пациента.

«Операционная цепочка деятельности» на уровне команды выглядит иначе:

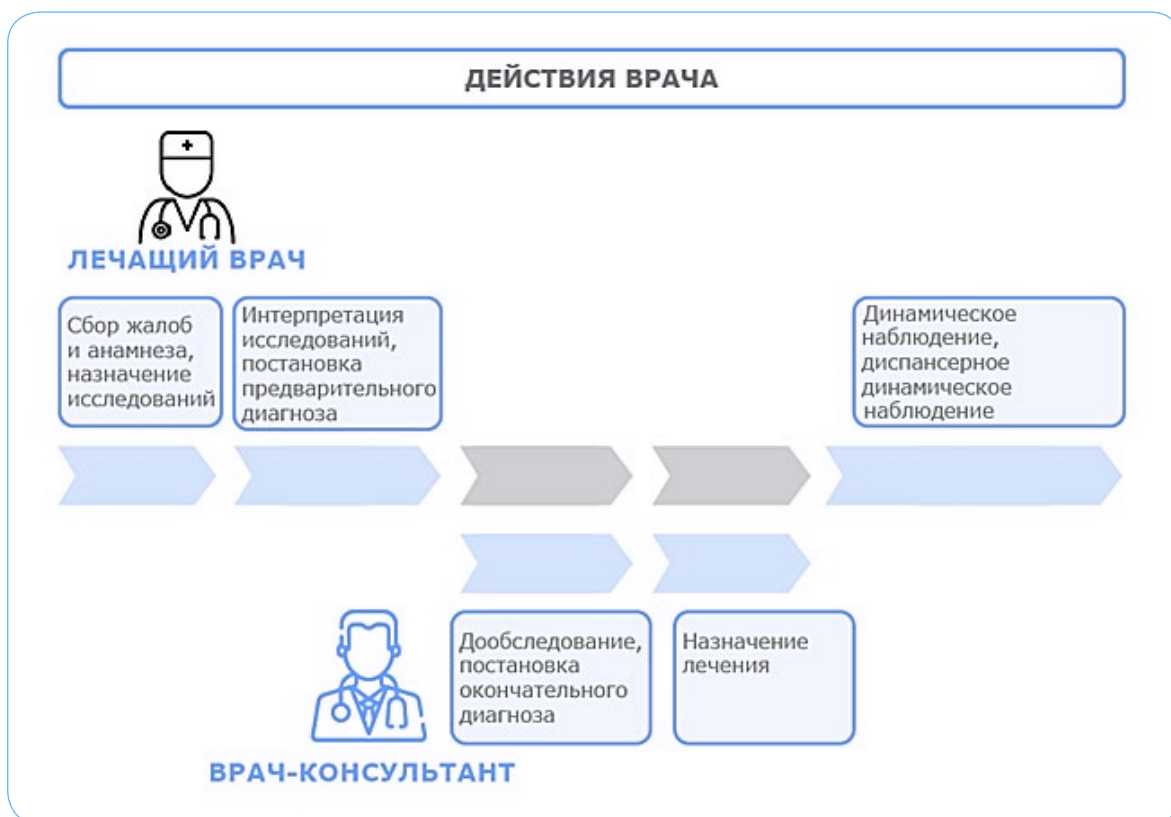


Рисунок 13. Код действий врача 2

1 КОД ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

Передаю пациента другому врачу (я врач-консультант, специалист – лечащий врач)

Врач-терапевт/ВОП не является лечащим врачом и передает пациента врачу-специалисту, который и становится лечащим врачом. Врач-терапевт/ВОП проводит оценку степени тяжести заболевания, определяет показания для консультации специалиста. Врач-специалист осуществляет динамическое наблюдение пациента, и в этом случае «операционная цепочка деятельности» будет отличаться от предыдущей:

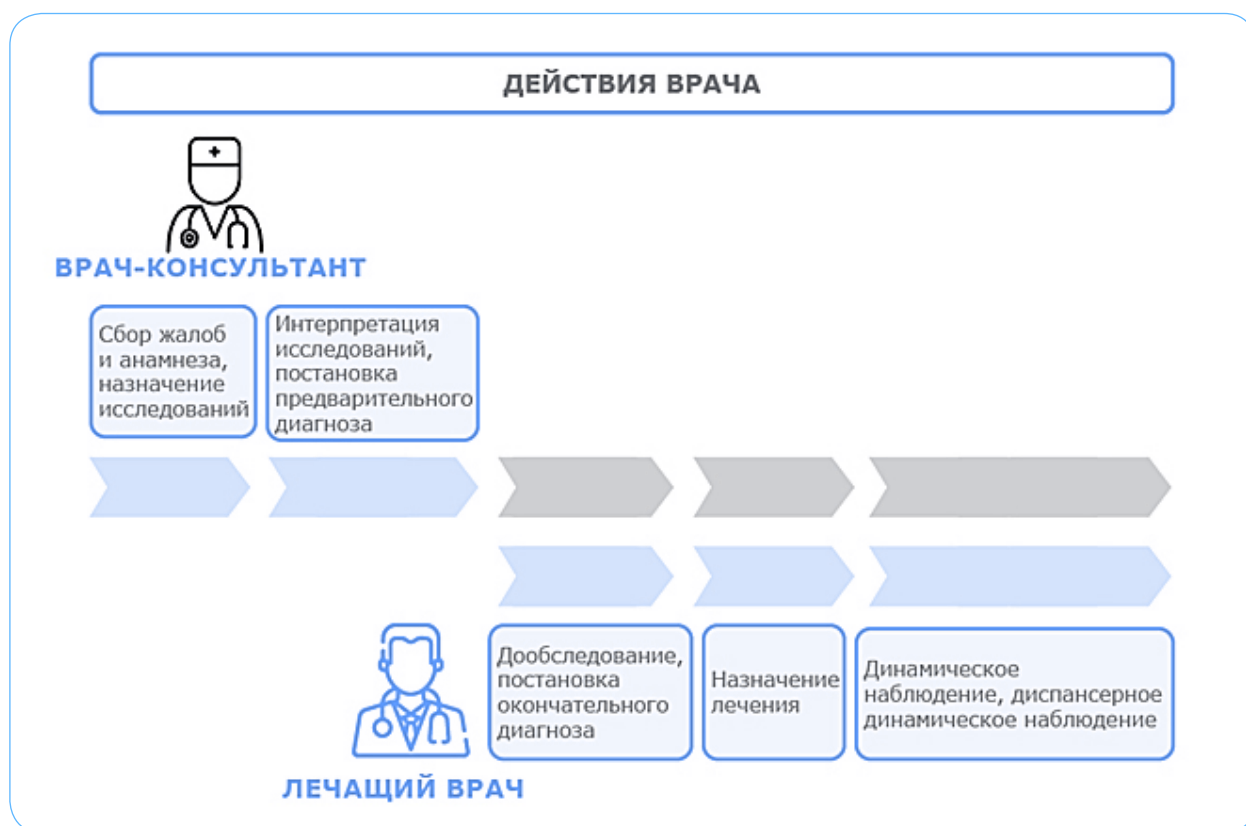
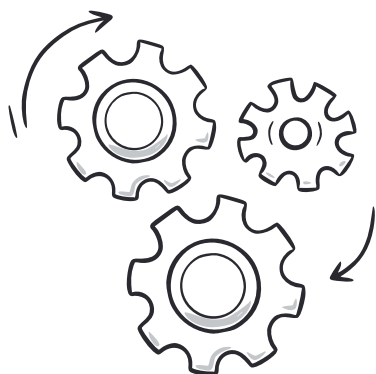


Рисунок 14. Код действий врача 1



Во всех перечисленных вариантах врачам необходимо иметь набор знаний и соответствующих умений, которые требуются при выполнении действий, связанных с функциональными задачами. Кадровый центр ДЗМ проводит обучение и последующий контроль знаний и умений всех сотрудников медицинских организаций столичного здравоохранения. Проверяет подготовку и помогает профессионально развиваться, тренирует практики, необходимые в повседневной профессиональной деятельности.



«Операционная цепочка деятельности» на уровне медицинской организации будет характеризоваться следующими элементами: знания, умения, действия, функциональные задачи на уровне медицинской организации должны реализовываться на вертикальном уровне: главный врач, заведующий отделением, врач-специалист, врач-терапевт.

Каждый из перечисленных участников «операционной цепочки» имеет свои функциональные задачи в соответствии с должностной инструкцией и профессиональным стандартом, которые регламентируют соответствующие знания и умения.



Положительные результаты «операционной цепочки деятельности»:

1. Определение зон ответственности между специалистами внутри каждой нозологии.
2. Ориентированность методологии на оценку знаний, умений, навыков, необходимых специалисту для соответствия должности.
3. Большая объективность оценки квалификации в четком соответствии с функциональными обязанностями (исключена вероятность оценочных заданий за пределами области компетенций специалиста).
4. Прозрачность оценочной процедуры, возможность опубликовать требования к квалификации специалиста на занимаемой должности в открытом доступе.
5. Возможность создания целевых программ обучения под конкретные задачи и потребности работодателя.

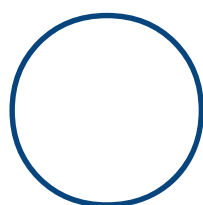
Преимущества для работодателя:

- 1) Упорядочивание работы терапевтов и смежных специалистов в медицинской организации.
- 2) Отбор лучших специалистов под актуальные задачи.
- 3) Повышение уровня квалификации специалистов и формирование кадрового резерва.



Глава 7.

Ответственность
и четкое распределение
функционала
медицинского
специалиста как
ключевой фактор
результативности
деятельности
медицинской
организации



дной из важнейших стратегических целей амбулаторно-поликлинического звена остается повышение качества оказания медицинской помощи пациенту в поликлиниках. Этого можно добиться с помощью индивидуализации всех процессов взаимодействия пациента с системой здравоохранения. На сегодняшний момент такая система включает в себя цифровые сервисы, например, в виде единой электронной медицинской карты, доступной пациенту и врачам в любой момент времени; технологии персонализированной медицины,

позволяющие проводить анализ больших данных; технологии машинного обучения для распознавания заболеваний; применение биомаркеров для диагностики и лечения; использование фармакогенетики и фармакогеномики при выборе лекарственной терапии. В этих изменениях медицинский персонал играет главную роль: медицинская помощь становится комплексной, требующей взаимодействия большого числа врачей различных специализаций на всем пациентском пути.

Современный пациентоориентированный подход «Медицинская организация для человека» кардинально меняет парадигму коммуникации с пациентом, с пациентом начинает работать целая команда специалистов. В Москве первыми в России начали применять такой подход.

В условиях медицины, основанной на ценности, команды медицинских специалистов обеспечивают управление здоровьем пациента. В практике российской медицины достаточно распространены коллективные формы ведения пациента (разбор клинических случаев, врачебные консилиумы), однако в новых условиях взаимодействие специалистов должно строиться на других принципах.

Во-первых, управление здоровьем на основе единой программы ведения пациентов. В команде выделяется врач, обычно это терапевт-участковый или врач общей практики, который обеспечивает основную коммуникацию с пациентом (на уровне первичного звена). Он ставит предварительно или уточняет диагноз, разрабатывает программу ведения пациента. При необходимости он направляет пациента к профильным специалистам (кардиологам, офтальмологам и пр.). Программа ведения пациента дополняется клиническими результатами,

полученными при взаимодействии с врачами профильных специализаций. Но при этом врач, который ведет пациента, составляет единую программу ведения пациента, а не каждый специалист отдельно. Это позволяет сократить количество визитов пациента в медицинскую организацию и значительно повысить качество оказываемой медицинской помощи, снизить риски лекарственной терапии, назначенной разными специалистами.

Во-вторых, в силу того, что здоровье человека на 80 % определяется его поведенческими и социально-экологическими условиями, потребуется уделять больше времени последующим вмешательствам, способствующим самообслуживанию, ведению хронических заболеваний и более здоровому образу жизни. Эта цель не может быть достигнута без работы специалистов разного профиля.

В-третьих, большинство новых открытий, используемых в медицине современности, сделаны в области биологии, физики, химии, инженерии. То есть выходят за пределы одного дисциплинарного поля. Поэтому включенность в команду медицинских организаций иных специалистов, помимо врачей, повышает производительность труда, эффективность лечебно-диагностического процесса, а значит, обеспечивает позитивный исход оказания медицинской помощи пациенту.

Такой подход к системе здравоохранения меняет не только формы коммуникаций врача и пациента, но и общие подходы к организации медицинской помощи. Потребуется изменение стандартных операционных процедур в медицинской организации, пересмотр функций и ролей медицинских специалистов, а также пересмотр профессиональной подготовки медицинских работников.



Рис. 15. Стратегические цели поликлиники

В команде важно сочетать разные способности специалистов, поэтому роли и функционал распределяются согласно имеющимся способностям каждого из участников. При этом распределение зон ответственности между членами команды должны быть четко определено и взаимоувязано с патологическими состояниями пациента. Наиболее четко это прослеживается на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Стратегическими целями деятельности организации амбулаторно-поликлинического звена являются снижение преждевременной смертности; повышение качества здоровой жизни (дожития); снижение бремени хронических болезней.

В Москве создается методология, направленная на повышение качества оказания медицинской помощи через определение зон ответственности специалистов в функционировании операционной цепочки клинико-диагностического процесса. Методология включает учет состояния здоровья пациента и установленный диагноз. На сегодняшний момент уже создан фундамент для формирования новых команд медицинских работников разного уровня, разработан алгоритм фиксации роли, ответственности и функционала для каждого специалиста в рамках операционных цепочек деятельности организации в привязке к конкретной нозологии и медицинской услуге. Руководители столичных организаций, структурных подразделений, каждый на своем месте, четко осознают важность и своевременность принимаемых организационных и профессиональных изменений.

Для достижения стратегических целей деятельности поликлиники должен быть задействован весь коллектив медицинской организации.

Не только ее руководитель и его заместители/заведующие, но и врач играют ведущую роль в их достижении. Все стратегические цели должны быть направлены на главного человека в поликлинике – пациента – и его первый и последующие визиты к врачу, по пути к которому пациента встречают и администратор, и медицинские сестры, способствующие тому, чтобы пациент дошел до врача, а не ушел из поликлиники, не получив необходимую помощь.

Функциональные задачи врача должны не только соответствовать всей действующей нормативно-правовой базе, но и раскрывать вопросы относительно определения границ ответственности врача.

В зону ответственности врача включены две важные функциональные задачи:

- 1. Организационная функция,** заключающаяся в работе в ЕМИАС со всеми регистрами, подрегистрами пациентов, электронной картой пациентов и т. д. и проведение медико-социальной экспертизы;
- 2. Лечебная функция,** включающая в себя работу в междисциплинарной команде, гранями которой становятся постановка предварительного и окончательного диагноза, динамическое наблюдение за пациентом, назначение и корректировка лечения на основании данного наблюдения, направление к профильному специалисту с последующим наблюдением.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ВРАЧА



Рис. 16. Приоритетные функциональные задачи врача в поликлинике

Необходимо четко определить границы ответственности терапевта/ВОП в его лечебной функции. Кроме того, при определении таких границ ответственности обязательно нужно решить все возникающие сопутствующие вопросы:

- в каких случаях врач должен всегда направлять пациента к профильному специалисту;
- в каких случаях врач должен всегда вести пациента «под ключ»;
- в каких случаях врач должен направить на консультацию к профильному специалисту, а потом снова сам наблюдать пациента.

Для того чтобы ответить на вопросы о том, что мы ожидаем от врача и за все ли он готов нести ответственность, следует определить область и границы ответственности врача в его лечебной, то есть основной, функции. А лечебная роль заведующего отделением вытекает из лечебной функции врача. Управление качеством начинается с повышения квалификации, поскольку профессионализм врача является главным инструментом достижения целей поликлиники.

Следует отметить различие между лечащим врачом (врачом-терапевтом) и врачом-консультантом:

- **лечащий врач** – врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения в медицинской организации, который берет на себя ответственность за достижение конечного результата в лечебном процессе
- **консультант** – это врач, который представляет экспертное мнение лечащему врачу в конкретном клиническом случае для определения дальнейшей тактики ведения пациента

Поэтому и назрело создание единой методологии определения зон ответственности между врачами при ведении пациента. В предлагаемом методологическом подходе зоны ответственности врача за пациента были разделены на 3 уровня ответственности.

3

**Мой пациент
(я – лечащий врач, веду «под ключ»)**

2

**Веду пациента совместно
с консультантом
(я – лечащий врач,
специалист – консультант)**

1

**Передаю пациента другому врачу
(я врач-консультант,
специалист – лечащий врач)**



Уровни характеризуются следующим набором функционала:

3 уровень – Мой пациент (терапевт – лечащий врач): врач умеет диагностировать, объясняет патогенетические механизмы развития заболеваний, проводит дифференциальную диагностику, лечит заболевание самостоятельно.

2 уровень – Ведем пациента вместе со специалистом (терапевт – лечащий врач, специалист – консультант): врач проводит оценку степени тяжести заболевания, определяет показания для консультации специалиста, осуществляет динамическое наблюдение.

1 уровень – Не мой пациент – передаю специалисту (специалист – лечащий врач): врач проводит оценку степени тяжести заболевания, определяет показания для консультации специалиста, динамическое наблюдение осуществляет специалист.

Четкие зоны ответственности между врачами позволяют минимизировать число внештатных ситуаций, потому что медицинские работники ответственно подходят к своим должностным обязанностям.

Зоной ответственности является область деятельности в организации, за эффективное функционирование которой отвечает конкретный сотрудник, в данном случае врач. В современном менеджменте понятие «зона ответственности» формулируется очень узко. На практике это приводит к тому, что падает эффективность работы, возникают проблемы и конфликты. В рамках одной компании полномочия и зоны ответственности могут противоречить друг другу. И, как следствие, далее достаточно сложно найти, кто в действительности виноват в том, что какая-либо задача не была решена или решена неудовлетворительно. Персонал начинает перекладывать вину друг на друга и искать оправдания. В результате неясно, кто действительно был виноват и кого нужно наказывать.

Для того чтобы не допускать такой ситуации, важно разграничить зоны ответственности не только в медицинской организации в целом, но и между службами, а также специалистами. В противном случае будут допускаться ошибки в деятельности с завидным постоянством.

Определение зоны ответственности поможет выделять того специалиста, от которого реально зависит решение задачи, то есть по функциональному признаку; расширять инициативность работников, которых можно направить на повышение экономической эффективности; четко определять круг ответственных сотрудников, их полномочия, грамотно работать над ошибками.

Одним из эффективных способов определения границ зон ответственности считается создание соответствующего Положения. Правильно разработанный документ поможет улучшить работу каждого специалиста. Благодаря этому проще ставить цели перед подразделениями и сотрудниками, а также контролировать процесс. В результате повышается производительность труда, а четкие правила взаимодействия сотрудников исключают ненужную напряженность в коллективе.

Главным условием врачебной деятельности является наличие у врача профессиональной компетентности. Врач должен постоянно совер-

шенствовать свои знания, ведь он в ответе за качество предоставляемой медицинской помощи. Врач вправе принимать самостоятельные медицинские решения, от которых зависит жизнь человека. Только наличие профессиональной компетентности наряду с четкой нравственной позицией, которая предполагает наивысшую требовательность к себе, дает на это врачу право.

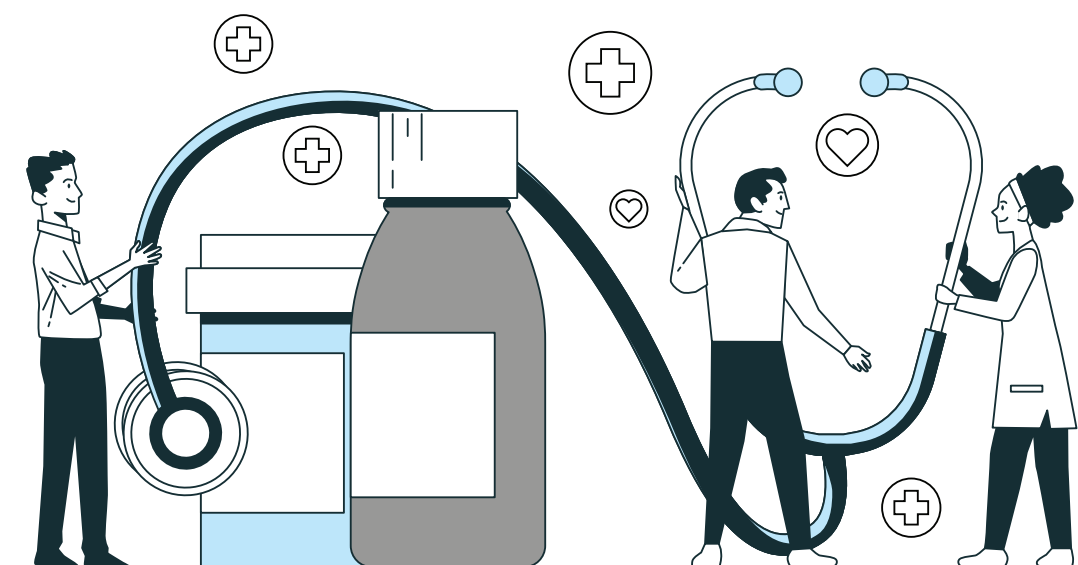
Поэтому за основу построения таблиц алгоритмов действия врача-терапевта и специалиста были взяты все действующие нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность медицинских работников – квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения², профессиональные стандарты³. В данных документах содержится полная информация о функциональных задачах врачей, которые складываются из соответствующих каждой врачебной специальности знаний, умений и навыков.

Кроме того, при определении зон ответственности каждого врача учитывались современные положения построения бизнес-моделей Тима Кларка, которые помогают совершенствовать командную работу⁴. Подробное описание дано в главе 6.

² Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 942 «О специальных квалификационных требованиях к должности и должностных обязанностях врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы применительно к нозологическим формам».

³ Профессиональные стандарты и квалификации. Справочная информация: Материал подготовлен специалистами КонсультантПлюс <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=NxB1bjTIN22mPiuU2&cacheid=20D70C52F2493FDE1AE987FDD954A292&mode=splus&rnd=NTqRFA&base=LAW&n=157436&dst=100034#9RE1bjTmyayLZYwa1>

⁴ Кларк Тим. Бизнес-модели для команд. Как работает ваша компания и какую роль (на самом деле) играет каждый сотрудник / Тим Кларк, Брюс Хейзен; пер. с англ. Василия Горохова — Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2021. — 272 с. : ил. — (Dream Team. Как создать эффективную команду).



Для каждого уровня определены функциональные задачи, соответствующие им должностные обязанности и специальные квалификационные требования, определенные приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 942 «О специальных квалификационных требованиях к должности и должностных обязанностях врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы применительно к нозологическим формам».

В качестве примера на рисунке 17 приведены связи специальных квалификационных требований, должностных обязанностей с функциональными задачами, решаемыми врачом при ведении пациента с артериальной гипертонией (код действий – 3).

Функциональные задачи

- Постановка диагноза (заключительного).
- Назначение терапии.
- Диспансерное наблюдение.

Должностные обязанности

- Сбор жалоб и анамнеза.
- Определение объема лабораторных и инструментальных исследований.
- Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.
- Ведение пациента в рамках диспансерного наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу).

Специальные квалификационные требования

- Знать этиологию и патогенез заболевания.
- Знать клиническую картину заболевания.
- Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований.
- Уметь проводить дифференциальную диагностику
- Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания.
- Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации.
- Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии.
- Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.

Рисунок 17. Связи специальных квалификационных требований, должностных обязанностей с функциональными задачами, решаемыми врачом при ведении пациента с артериальной гипертензией I10, I11.0, I11.9, I12.0, I12.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9 (кроме артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии, и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии) (код действий – 3).

В настоящий момент в столичном здравоохранении в рамках указанного выше методологического подхода четко обозначены 3 кода действий врача, возникающих при взаимодействии медицинских специалистов поликлиники.

Операционная цепочка включает в себя знания, умения, действия, функциональные задачи, которые характерны для определенного уровня компетенции врача. Пример такой цепочки приведен на рисунке ниже для 3-го уровня врача-терапевта при работе с пациентом с диагнозом «артериальная гипертензия 1–3 ст.».

Наполнение матрицы составлено с учетом специальных квалификационных требований⁵, включающих все необходимые компетенции, получаемые врачом в процессе основного и дополнительного профессионального обучения.

Точная верификация зон ответственности должна проводиться совместно с профильными специалистами на примере функциональных задач врача-терапевта в соответствии с установленными уровнями владения профессиональными компетенциями.

⁵ Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 18.09.2023 № 942 «О специальных квалификационных требованиях к должности и должностных обязанностях врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы применительно к нозологическим формам».

Функциональные задачи	Должностные обязанности	Специальные квалификационные требования
3 1. Постановка диагноза (окончательного). 2. Назначение терапии. 3. Диспансерное/динамическое наблюдение.	1. Сбор жалоб и анамнеза.	1. Знать этиологию, патогенез заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания (симптомы, синдромы, патогномоничные признаки). 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.
	2. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований.	
	3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.	
	4. Ведение пациента в рамках диспансерного/динамического наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу).	
2 1. Постановка диагноза (предварительного). 2. Направление на консультации к специалисту. 3. Назначение терапии и/или контроль за терапией, назначенной специалистом. 4. Диспансерное динамическое наблюдение.	1. Сбор жалоб и анамнеза.	1. Знать этиологию, патогенез заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания (симптомы, синдромы, патогномоничные признаки). 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.
	2. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований.	
	3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований.	
	4. Определение показаний для направления к врачу-специалисту.	
	5. Ведение пациента в рамках диспансерного/динамического наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу).	
	6. Реализация назначенного специалистом лечения.	

Таблица 2. Пример функциональных задач врача-терапевта по уровням профессиональных компетенций

Продолжение Таблицы 2

Функциональные задачи	Должностные обязанности	Специальные квалификационные требования
<p>1</p> <p>1. Постановка диагноза (предварительного).</p> <p>2. Направление на консультацию к специалисту.</p>	1. Сбор жалоб и анамнеза.	<p>1. Знать этиологию, патогенез заболевания.</p> <p>2. Знать клиническую картину заболевания (симптомы, синдромы, патогномичные признаки).</p> <p>3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>4. Уметь обосновать рабочую гипотезу по предварительному диагнозу.</p> <p>5. Уметь проводить дифференциальную диагностику.</p> <p>6. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.</p>
	2. Формулирование рабочей гипотезы по предполагаемому (предварительному) диагнозу.	
	3. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований.	
	4. Определение показаний для направления к врачу-специалисту.	



Для каждого конкретного клинического случая (нозологии) устанавливается зона ответственности врача-терапевта и врача-специалиста. Такая ответственность очерчена так называемыми «красными линиями», граница которых определяет функциональные задачи врача и выстраивает связку «уровень нозологического состояния пациента – уровень владения (компетенции) врача-терапевта/ВОП/специалиста – специалист, который должен работать с пациентом на данной стадии заболевания» или подразумевает госпитализацию пациента в стационар.

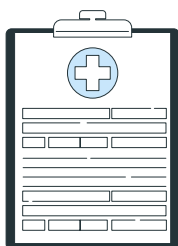
КОД	Уровни владения врача общей практики /врача-терапевта	Функциональные задачи	Должностные обязанности	Специальные квалификационные требования	
Артериальная гипертензия (кроме артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии, и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии)					
П10–П15.9	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постановка диагноза (заключительного). 2. Назначение терапии. 3. Диспансерное наблюдение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор жалоб и анамнеза. 2. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований. 3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. 4. Ведение пациента в рамках диспансерного наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знать этиологию и патогенез заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания. 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме. 	
Артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии, и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии					
П10–П15.9	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постановка диагноза (предварительного). 2. Направление на консультацию к специалисту. 3. Назначение терапии и/или контроль за терапией, назначенной специалистом. 4. Диспансерное наблюдение. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор жалоб и анамнеза. 2. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований. 3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. 4. Определение показаний для направления к врачу-специалисту. 5. Ведение пациента в рамках диспансерного наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу) 6. Реализация назначенного специалистом лечения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знать этиологию, патогенез заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания (симптомы, синдромы, патогномоничные признаки). 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме. 	
Артериальная гипертензия, резистентная к медикаментозной терапии, и (или) в сочетании с сахарным диабетом и (или) хронической болезнью почек С4 и выше стадии					
П10–П15.9	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постановка диагноза (заключительного). 2. Направление на консультацию к специалисту. 3. Смена специальности врача, осуществляющего диспансерное наблюдение (на кардиолога). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор жалоб и анамнеза. 2. Определение объема лабораторных и инструментальных исследований. 3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. 4. Определение показаний для направления к врачу-специалисту. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знать этиологию и патогенез заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания. 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме. 	

Таблица 3. Алгоритм действий врача-терапевта и узкопрофильного специалиста в рамках конкретной операционной цепочки.

Специалист	КОД	Функциональные задачи	Должностные обязанности	Специальные квалификационные требования
врач-кардиолог	110-115.9	1. Постановка диагноза (заключительного). 2. Назначение терапии.	1. Сбор жалоб и анамнеза. 2. Определение дополнительного объема лабораторных и инструментальных исследований. 3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. 4. Определение показаний для направления к врачу другой специальности. 5. Определение показаний для направления на стационарное лечение.	1. Знать этиологию и патогенез заболевания и его осложнений. 2. Знать клиническую картину заболевания. 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Планировать объем дополнительных обследований и консультаций врачами других специальностей. 10. Определять медицинские показания к направлению пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе для проведения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). 11. Формировать периодичность посещений в рамках диспансерного наблюдения (определять объем диагностических исследований и кратность визитов к врачу). 12. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.
врач-кардиолог	110-115.9	1. Постановка диагноза (заключительного). 2. Назначение терапии. 3. Диспансерное наблюдение.	1. Сбор жалоб и анамнеза. 2. Определение дополнительного объема лабораторных и инструментальных исследований. 3. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований. 4. Определение показаний для направления к врачу другой специальности. 5. Определение показаний для направления на стационарное лечение. 6. Ведение пациента в рамках диспансерного наблюдения (определение объема диагностических исследований и кратности визитов к врачу).	1. Знать этиологию, патогенез заболевания и осложнения заболевания. 2. Знать клиническую картину заболевания (симптомы, синдромы, патогномичные признаки). 3. Владеть методикой физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). 4. Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований. 5. Уметь проводить дифференциальную диагностику. 6. Знать механизмы действия, показания, противопоказания, дозы, побочные эффекты основных групп лекарственных препаратов, используемых для лечения данного заболевания. 7. Знать правила оформления временной и стойкой утраты нетрудоспособности, показания и противопоказания для медицинской реабилитации. 8. Знать и применять новые методы лечения и современные схемы терапии. 9. Планировать объем дополнительных обследований и консультаций врачами других специальностей. 10. Определять медицинские показания к направлению пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе для проведения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), интервенционного и хирургического методов лечения. 11. Формировать периодичность посещений в рамках диспансерного наблюдения (определять объем диагностических исследований и кратность визитов к врачу). 12. Уметь оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной форме.

На данный момент разрабатываемая методология описывает операционные цепочки, возникающие при взаимодействии медицинских специалистов с пациентами по 18 группам заболеваний, включающих в себя 313 нозологий. Работа активно продолжается путем расширения данного списка.

Клинические примеры, на основе которых раскрывается методологический подход по распределению зон ответственности медицинских специалистов в рамках конкретных операционных цепочек.



Пациент Петров Н., 31 год, обратился впервые на прием к врачу-терапевту с жалобами на эпизоды сухого приступообразного кашля, затрудненное дыхание не чаще 1 раза в неделю, ночные приступы не беспокоят. Самостоятельно применял ингаляции Сальбутамола с положительным эффектом. Данные жалобы отмечает на протяжении 6 месяцев.

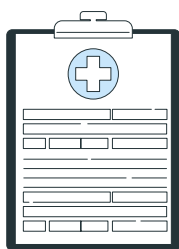
Из анамнеза известно, что у матери бронхиальная астма. Проведен осмотр и обследование пациента.

По данным осмотра: дыхание везикулярное, при форсированном выдохе единичные сухие свистящие хрипы, ЧД – 16/мин.

Инструментальные данные: рентген ОГК: без очаговых и инфильтративных изменений. Спирометрия: ОФВ1 – 80 %, после ингаляции бронходилататора ОФВ1 прирост 15 %, SpO₂ – 97 %.

Поставлен предварительный диагноз: бронхиальная астма, легкое (интермиттирующее) течение, впервые выявленная. ДН 0.

Зона ответственности врача-терапевта в данном случае – 2. Так как диагноз выставлен впервые, то по клиническим рекомендациям необходима консультация пульмонолога для верификации диагноза и определения алгоритма ведения данного пациента, назначения базисной терапии. Основной врач – терапевт, дальнейшее лечение и наблюдение у терапевта пожизненно. По показаниям – консультация пульмонолога, согласно приказу по диспансерному наблюдению № 168 от 15.03.2022. А также для возможности оформить региональную льготу 722 по бронхиальной астме, чтобы пациент смог получать бесплатные лекарства по бронхиальной астме.



Пациент Петров Н., 40 лет, обратился к терапевту с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, свистящее дыхание, ночные приступы затрудненного дыхания 3 раза в неделю, 4 раза за год получал стационарное лечение по поводу обострения бронхиальной астмы. Находится на терапии ИГКС/ДДБА в максимальных дозах, ДДАХ, КДБА.

При аускультации дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы с двух сторон, ЧД – 24/мин.

При обследовании на рентгене ОГК: без очаговых и инфильтративных изменений. ФВД ОФВ1 – 48 %, SpO₂ – 96 %.

Поставлен диагноз: бронхиальная астма, тяжелое течение; обострение средней степени тяжести. ДН 1.

Зона ответственности врача-терапевта в данном случае – 1. Большинство пациентов с тяжелой бронхиальной астмой отнесены к эозинофильному фенотипу, он характеризуется более тяжелым течением, повышенной частотой обострений и резистентностью к стандартной противовоспалительной терапии. Пульмонолог должен решить вопрос о необходимости коррекции терапии (о назначении таргетной терапии, направленной на нейтрализацию циркулирующих ИЛ-5. Пульмонолог должен нести ответственность за лечение столь тяжелого пациента.

Определение зон ответственности врача внутри нозологии позволяет конкретизировать следующие моменты:

- каждый врач-терапевт/ВОП понимает, в каких случаях он является лечащим врачом;
- лечащий врач понимает, в каких случаях требуется привлечение консультанта;
- консультант понимает, в каких случаях становится лечащим врачом для пациента, и дальше несет за него ответственность;
- пациенту гарантируется правильная маршрутизация, обследование в кратчайшие сроки, и, в случае необходимости, своевременная госпитализация.

Проблемы взаимодействия врача-терапевта и врача-специалиста, которые могут возникнуть при введении данной методологии, можно сформулировать следующим образом:

- врач-специалист проводит коррекцию лечения и обследования, но не берет пациента под свое наблюдение, отправляет обратно к терапевту, несмотря на тяжесть состояния пациента;
- при ухудшении состояния у пациента нет возможности сразу попасть на прием к профильному специалисту;
- специалист единолично принимает решение, кого он берет под наблюдение.

Учитывая важность сплоченной деятельности междисциплинарной команды, работе которой эффективно помогут алгоритмы взаимодействия специалистов при ведении пациентов, в настоящее время ведется активная работа по созданию новых алгоритмов и актуализации уже созданных.

Такие алгоритмы позволят:

- упорядочить маршрут пациента (клинический путь);
- снизить количество спорных ситуаций между специалистами в процессе ведения пациента;
- обеспечить преемственность между специалистами при ведении пациента и не допустить «отфутболивания пациента» от одного врача к другому;
- поддержать единый подход, в разработке которого непосредственно участвуют врачи.



Глава 8.

Структурные элементы траектории профессионального развития и их характеристика

Траектория профессионального развития медицинского работника – процесс, линия, маршрут движения специалиста от текущего уровня компетентности к максимально возможному соответствию целевой модели профессиональной компетентности для занимаемой должности/профессии.

В основе траектории профессионального развития лежит совершенствование знаний, умений, компетенций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данной профессии или специальности.



Проектирование траектории профессионального развития медицинского работника

может проходить на государственном (федеральном, региональном и муниципальном, организационном, личностном и индивидуальном) уровнях.

Под проектированием принято понимать процесс создания проекта, прототипа, прообраза предполагаемого или возможного объекта, явления или состояния. Характерной особенностью проектирования является создание и познание чего-либо нового, не существующего в настоящий момент, но могущего возникнуть в результате определенной целенаправленной деятельности в будущем. Применительно к траектории профессионального развития проектирование можно определить как способ ее гибкого построения, ориентированного на самореализацию личности специалиста путем развития его интеллектуальных возможностей и творческих способностей, на создание инновационной модели профессионального роста.

В процессе проектирования траектории профессионального развития медицинского работника определяются ключевые ближайшие и далекие жизненные перспективы как вехи достижения профессиональной цели с учетом уровня владения профессиональными компетенциями, а также личностных особенностей работника. Это является залогом успешного решения медицинским работником профессиональных задач на каждом этапе профессионального развития, достижением заданного (работодателем и лично работником) уровня профессионализма.

Профессиональное развитие охватывает период жизни специалиста длиной в 35–40 лет, меняется по некой траектории, делится на этапы или стадии, каждая из которых предполагает установление цели, определение ресурсов и сроков реализации. В целом траектория профессионального развития является долгосрочным планированием (программа, дорожная карта, план от 3 лет и более), связана со стратегическими государственными, организационными или личными целями и приоритетами, с осмыслением жизненной или профессиональной миссии, включает планы развития отдельных навыков и компетенций.



Траектория профессионального развития располагается между двумя точками:

1. **Отправной** (начало профессиональной деятельности) – имеющийся уровень развития профессиональных компетенций и/или личностных качеств специалиста в зависимости от того, к какому результату развития нужно прийти.
2. **Конечной, или целевой** (окончание профессиональной деятельности или переход на качественно новый уровень), – описание желаемого результата развития знаний, умений, навыков, компетенций, качеств – всего того, что хочется научиться делать лучше, на новом, более высоком уровне.

Между этими двумя точками специалист преодолевает путь от настоящего к новому уровню личностных и профессиональных компетенций.

В течение трудовой жизни человек проходит от одного до пяти этапов профессионального роста. Они не зависят от должности, стажа и возраста, а определяются скорее желанием развиваться. Эта модель нейтральна и не дает оценок. Она не определяет «правильный» или «неправильный» путь.

Одни специалисты (может, даже большинство) достигают только второго этапа. Другие проходят несколько этапов, а затем возвращаются на какой-то из них. Третьи преодолевают все пять, а далее начинают снова. Но каждый из этапов сопровождается некой оценкой, по результатам которой человек или окружающие могут судить о движении на следующую стадию своего профессионального развития.

Еще раз подчеркнем: модель не говорит, как должна сложиться карьера. Она скорее создает общий язык, чтобы конструктивно и без лишнего напряжения обсуждать профессиональный рост.

Пять стадий:

1

Проверь подготовку – если проверка прошла успешно, и человек пришел к выводу, что хорошо вписывается в коллектив, он будет стремиться перейти ко второму этапу: стать специалистом в конкретной области и заработать репутацию.

2

Стань специалистом – после оценки на данном уровне необходимо обратить внимание на систему поощрения, т. к. это позволяет повысить ценность данной категории сотрудников и усилить потенциал организации.

3

Руководи в своей специальности – организация и управление командой для повышения профессионального статуса, реализация проектов для достижения целей организации позволит врачу реализовать свои интересы в области управления.

4

Повысь сложность или выйди за рамки специальности – если третий этап был успешен и приносил удовлетворение, может появиться желание пойти дальше: управлять чем-то более сложным в своей специальности или выйти за ее рамки. Смысл работы на этом этапе – заниматься связями между разными командами специалистов, которые сотрудничают под руководством лидеров и при этом могут конкурировать за внимание и ресурсы.

5

Усложни или начни заново – в современных условиях динамично изменяющейся среды и постоянного приумножения научных знаний траектория профессионального роста любого специалиста не имеет рамок или возрастных ограничений. Человек, строящий «безграничную траекторию», выходит за рамки конкретной организации. Он лоялен к своей профессии, включен в межорганизационную социальную сеть и имеет также внерабочую деятельность.



Рис. 18. Стадии профессионального развития специалиста. Пять стадий

Каждая из пяти стадий профессионального развития медицинского работника включает следующие элементы:

- **целевой** (определение мотивов и потребностей, основных направлений профессионального совершенствования);
- **диагностический** (формирование системы диагностического сопровождения);
- **содержательный** (составление программы профессионального развития);
- **технологический** (выбор методов, методик, технологий для реализации программы профессионального развития);
- **организационный** (определение условий реализации программы профессионального развития, характеристик медицинского работника, формы аттестации и т. д.);
- **аналитический** (подведение итогов реализации, непрерывная рефлексия и корректировка программы).

Получив среднее специальное или высшее медицинское образование, освоив профессию врача, медицинского брата или медицинской сестры, медицинский работник начинает профессиональный путь специалиста, тем самым продолжая профессиональное развитие, начавшееся еще в юности.

На вертикальном уровне специалист может пройти путь от медицинского брата или медицинской сестры до главного врача, а на горизонтальном уровне – углублять или менять свои профессиональные статусы: быть специалистом, преподавателем, методистом, наставником, исследователем и пр.

Уровень развития профессиональных и личностных компетенций является предметом диагностики на протяжении всего профессионального пути медицинского работника.

Траектория профессионального развития медицинского работника города Москвы может быть рассмотрена с позиции работодателя как на горизонтальном, так и вертикальном уровнях.

Траектория профессионального развития медицинского специалиста включает такие элементы, как:



Цель – в основе любого планирования всегда лежит конечная точка, к которой должен прийти специалист. В данном случае цель профессионального развития задается работодателем совместно с работником с учетом нормативно-правовых ограничений; профиля медицинской деятельности и операционных цепочек, в которых участвует специалист; профессиональных компетенций специалиста; реализуемых и планируемых медицинской организацией проектов; предпочтений конкретного медицинского работника.



Временные рамки – каждый этап траектории профессионального развития должен быть ограничен во времени, отсутствие границ не мотивирует человека на действие. В столичном здравоохранении временным «лагом» для траектории профессионального развития является один календарный год.



Конкретные действия – список мероприятий, событий и задач, которые нужно посетить или выполнить для того, чтобы приблизиться к установленной цели.



Поддержка – наличие наставника, непосредственного руководителя или просто коллеги, который будет сопровождать сотрудника на всем его пути; однако, если отдельного человека для выполнения подобной функции нет, надлежащую поддержку обеспечивает и правильно организованная среда для обучения. В системе столичного здравоохранения этот этап обеспечивается централизованно на уровне Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы.



Оценка, контроль – конкретные оценочные процедуры, по которым можно отслеживать прогресс и корректировать траекторию развития. Этому структурному элементу уделяется особое внимание в системе столичного здравоохранения. На базе Кадрового центра создается централизованная система оценки компетенций медицинских работников.



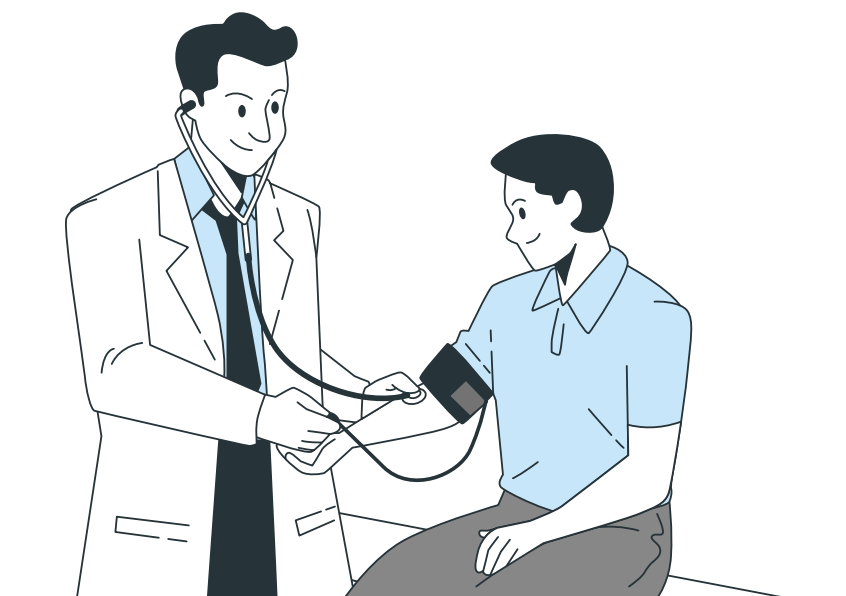
Результат – так называемая отметка о том, что специалист достиг намеченной цели и есть основание для корректировки траектории профессионального развития.

Для того чтобы медицинская организация как работодатель могла ответственно и с учетом стратегических целей деятельности поликлиники планировать траектории профессионального развития специалистов, важно совершить следующие действия:

1 Определить цель работодателя для развития медицинского специалиста. Индивидуальное обучение и непрерывное профессиональное развитие работников организации должно соответствовать приоритетам и направлениям развития поликлиники в целом и стратегическим задачам совершенствования столичного здравоохранения. Цель должна учитывать и необходимость формирования у работников корпоративной культуры, основанной на ценностях столичного здравоохранения и непрерывности их профессионального развития, обучения (это касается как формального, так и неформального обучения).

2 Оценить текущий уровень профессионального развития медицинских специалистов. Для этого в системе столичного здравоохранения разработана оценка компетенций (аттестация по инициативе работодателя). Структура подобной оценки включает тестирование; работу на симуляционных станциях Кадрового центра; решение ситуационных задач; выполнение проектов и формирование портфолио специалиста. Ключевыми критериями подобной оценки будут ее комплексность, независимость и однозначность. Оценивание проводится целой командой профессионалов Кадрового центра, которые обеспечивают равные возможности для всех участников.

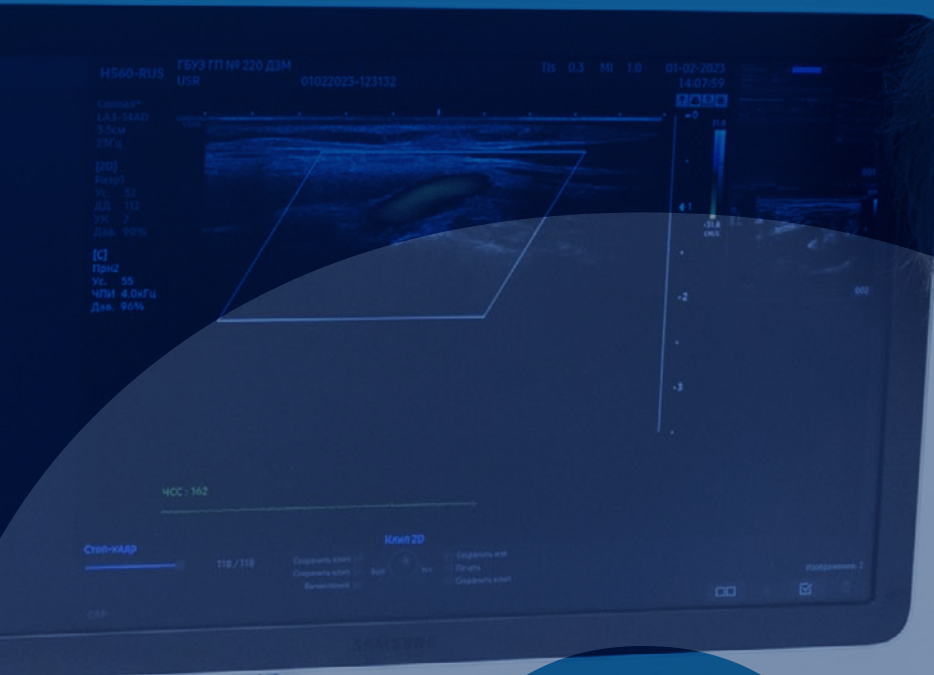
3 Задать ключевые показатели, которыми должен быть измерен необходимый и достаточный уровень компетенций медицинских специалистов, в зависимости от участия в реализации операционных цепочек деятельности ме-



дицинской организации. На этом этапе работодатель, помимо целей, определяет, какими именно качествами, навыками и знаниями должен обладать медицинский специалист, чтобы соответствовать стандартам системы столичного здравоохранения и поликлиники. В этом случае возможно количественно и качественно задать критерии, по которым можно отслеживать прогресс сотрудников и эффективность непрерывного профессионального обучения в целом. Такой набор качеств задает модель компетенций медицинской организации. В ней отражаются как метанавыки и soft skills, так и hard skills. Для этого с учетом операционных цепочек по всем компетенциям прописываются шкалы и поведенческие индикаторы, по которым можно оценивать текущее состояние и прогресс медицинского специалиста.

4

Разработка мероприятий для реализации траектории профессионального развития медицинского специалиста. В системе столичного здравоохранения работодатель (поликлиника) вырабатывает набор таких мероприятий для конкретных должностей и профиля медицинского специалиста под руководством Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы. А в течение года на базе Кадрового центра реализуются программы профессионального обучения, которые в полном объеме покрывают потребности работодателя для управления траекториями профессионального развития.



Глава 9.

Методологические подходы к проектированию профессиональной траектории медицинского специалиста с уровня работодателя

Важным элементом в проектировании и реализации траектории профессионального роста медицинского специалиста является наличие этапа оценки. Именно прохождение такого этапа вне зависимости от стадии позволяет получить достоверную информацию о достижении/недостижении запланированного уровня развития профессиональных компетенций медицинского работника и возможности его перемещения на следующий уровень.

Методология проектирования траектории профессионального роста, разрабатываемая в системе столичного здравоохранения, предполагает проведение такой оценки.



Для формирования оценочных материалов по каждой теме/нозологрии на уровне Кадрового центра определяется Автор. Автор формирует оценочные материалы с привлечением Консультанта для более точного понимания требований к знаниям, умениям, навыкам, компетенциям для амбулаторного звена в онкологии.

Формирование оценочных материалов происходит в формате заданных шаблонов.

Каждый вид оценочного материала должен относиться к каким-либо необходимым умениям по трудовым функциям медицинского специалиста в соответствии с профессиональным стандартом.

При разработке оценочных материалов авторы придерживаются следующих правил:

- 1) содержание заданий должно быть максимально приближено к реальной действительности;
- 2) задания должны способствовать выявлению знаний и умений в соответствии с существующими нормами, регламентами и правилами (клиентские пути, клинические рекомендации, правильная маршрутизация и т. д.);
- 3) основная часть задания должна быть предельно краткой и понятной;
- 4) ответы должны быть приблизительно одной длины;
- 5) номер места правильного ответа (для тестовых заданий) выбирается в случайном порядке;
- 6) ни один из дистракторов не должен являться частично правильным ответом;
- 7) в ответах нельзя использовать выражения «все», «ни одного», «никогда», «всегда», «кроме» и т. д.;
- 8) при формулировке дистракторов нельзя использовать выражения «ни один из перечисленных», «все перечисленные».

По каждому виду оценочных материалов определяется базовое плановое количество и плановое время прохождения. Для каждой темы/нозологии формируется база знаний в виде списка с указанием доступных ресурсов.

На следующем этапе Автор передает сформированные оценочные материалы Эксперту для согласования. Эксперт может вернуть оценочные материалы на доработку с указанием конкретных недостатков и сроков для устранения.

После согласования Эксперт передает оценочные материалы Рецензенту на утверждение. Рецензент может вернуть оценочные материалы Эксперту на доработку с указанием конкретных недостатков и сроков для устранения.

В этом случае оценочные материалы дорабатываются Автором совместно с Экспертом.

Процесс согласования оценочных материалов в целевой модели должен происходить в Единой системе обучения и оценки с соответствующей ролевой моделью.

С целью объективной оценки компетенций оценочные материалы должны находиться в актуальном состоянии. Для этого не реже 1 раза в год авторы, консультанты, эксперты и рецензент должны подтверждать актуальность оценочных материалов. Любой из участников процесса может дополнительно инициировать изменения, дополнения в оценочные материалы при наступлении обстоятельства для инициации, например, новые/измененные клинические рекомендации, новый/измененный нормативно-правовой акт, изменение процесса и т. д. В этом случае инициатором формируется предложение об актуализации с указанием тех оценочных материалов, которые подлежат изменению. Процесс изменения аналогичен процессу формирования.



Глава 10.

Ресурсное обеспечение для проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов.
Опыт столичного здравоохранения

В системе столичного здравоохранения создана уникальная инфраструктура для системной работы по развитию кадрового потенциала отрасли. Это Кадровый центр Департамента здравоохранения города Москвы.

Кадровый центр – единая точка обращений медицинских специалистов, руководителей медицинских организаций по трудовым вопросам и вопросам взаимодействия с персоналом, соискателей для трудоустройства в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

Кадровый центр представляет собой уникальную площадку, которая объединила основные этапы профессионального роста и развития медицинских работников, повышения квалификации по широкому перечню специальностей.

К основным направлениям деятельности Кадрового центра относятся:

- проведение государственных мероприятий (аккредитация специалистов);
- формирование кадрового резерва для медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы;
- платформа для международного сотрудничества и интеграции лучшего международного опыта;
- развитие кадрового потенциала здравоохранения.



Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», Кадровый центр осуществляет мероприятия для прохождения специалистами здравоохранения первичной специализированной аккредитации по 88 специальностям:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Акушерство и гинекология | 15. Дезинфектология |
| 2. Аллергология и иммунология | 16. Дерматовенерология |
| 3. Анестезиология-реаниматология | 17. Детская кардиология |
| 4. Бактериология | 18. Детская онкология |
| 5. Вирусология | 19. Детская урология-андрология |
| 6. Водолазная медицина | 20. Детская хирургия |
| 7. Гастроэнтерология | 21. Детская эндокринология |
| 8. Гематология | 22. Диетология |
| 9. Генетика | 23. Инфекционные болезни |
| 10. Гериатрия | 24. Кардиология |
| 11. Гигиена детей и подростков | 25. Клиническая лабораторная диагностика |
| 12. Гигиена питания | 26. Клиническая фармакология |
| 13. Гигиена труда | 27. Колопроктология |
| 14. Гигиеническое воспитание | 28. Коммунальная гигиена |
| | 29. Косметология |

30. Лечебная физкультура и спортивная медицина
31. Мануальная терапия
32. Медико-социальная экспертиза
33. Неврология
34. Нейрохирургия
35. Неонатология
36. Нефрология
37. Общая врачебная практика (семейная медицина)
38. Общая гигиена
39. Онкология
40. Организация здравоохранения и общественное здоровье
41. Ортодонтия
42. Оториноларингология
43. Офтальмология
44. Паразитология
45. Патологическая анатомия
46. Педиатрия
47. Пластическая хирургия
48. Профпатология
49. Психиатрия
50. Психиатрия-наркология
51. Психотерапия
52. Пульмонология
53. Радиационная гигиена
54. Радиология
55. Радиотерапия
56. Ревматология
57. Рентгенология
58. Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
59. Рефлексотерапия
60. Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
61. Сердечно-сосудистая хирургия
62. Скорая медицинская помощь
63. Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы
64. Стоматология детская
65. Стоматология общей практики
66. Стоматология ортопедическая
67. Стоматология терапевтическая
68. Стоматология хирургическая
69. Судебно-медицинская экспертиза
70. Судебно-психиатрическая экспертиза
71. Сурдология-оториноларингология
72. Терапия
73. Токсикология
74. Торакальная хирургия
75. Травматология и ортопедия
76. Трансфузиология
77. Ультразвуковая диагностика
78. Управление сестринской деятельностью
79. Урология
80. Физиотерапия
81. Физическая и реабилитационная медицина
82. Фтизиатрия
83. Функциональная диагностика
84. Хирургия
85. Челюстно-лицевая хирургия
86. Эндокринология
87. Эндоскопия
88. Эпидемиология

369 (112) ед.	→	Медицинского оборудования, в том числе уникального.
456 (110) ед.	→	Имитаторов медицинского оборудования, в том числе уникального.
27 (3) ед.	→	Фантомов, в том числе уникальных.
192 (56) ед.	→	Виртуальных симуляторов, в том числе уникальных.
43 (13) ед.	→	Роботов-симуляторов, в том числе уникальных.
4 ед.	→	Уникальных реалистичных манекенов.
13 (5) ед.	→	Моделей, в том числе уникальных.

Кадровый центр располагает 31 симуляционной станцией, 60 компьютерными кабинетами. Ряд манипуляций при прохождении специалистом аккредитации предполагает коммуникацию врача с пациентом. В роли последних в Кадровом центре выступают стандартизированные и симулированные пациенты. Люди, исполняющие роль стандартизированных и симулированных пациентов, проходят специальное обучение. Их главной задачей является детальное и достоверное воспроизведение ситуации, заложенной в сценарий той или иной манипуляции. Стандартизированный пациент исполняет роль пациента при выполнении задач, подразумевающих демонстрацию коммуникативных навыков, пациентоориентированности, взаимодействия при сборе жалоб и анамнеза, а также проведение предоперационного опроса.

Техническое оснащение Кадрового центра включает в себя симуляционное и медицинское оборудование: 1 104 единицы, включая 303 единицы уникального оборудования.



Например, знания и умения в области диагностики сердечно-сосудистых заболеваний проверяются на симуляторе с функцией 3D-визуализации патологических процессов.

Площадка подготовлена в соответствии с 89 врачебными специальностями. Оборудование позволяет определить не только шумы в сердце, но и изменения пульсовой волны, смещение сердечного толчка, а также изменения артериального давления.

По профилю ультразвуковой диагностики в центре представлен ряд реальных моделей медицинского оборудования, а также манекены с реалистичной анатомией и различными патологиями. Для медицинских специалистов хирургического профиля представлено высокотехнологичное оборудование с обратной тактильной связью, позволяющее работать в реалистичной виртуальной среде. Симулятор помогает отрабатывать и оценивать весь спектр хирургических навыков без риска для пациента. Специалист может не только видеть, но и чувствовать сопротивление тканей и внутренних органов пациента, с которыми он работает.

Существенное внимание уделено акушерству и гинекологии. Отработать различные сценарии, в том числе содержащие широкий спектр возможных осложнений во время родового процесса, позволяют роботы-симуляторы, медицинские показатели которых могут контролироваться и изменяться дистанционно. В педиатрическом и неонатальном блоках используются специальные манекены и роботы-симуляторы пациентов разных возрастов. Они позволяют имитировать ряд физиологических и патологических состояний, характерных для детей и подростков.

Всего в Кадровом центре насчитывается более 1 100 единиц новейшего симуляционного и медицинского оборудования, на котором можно усовершенствовать практические навыки не только в индивидуальном порядке, но и в группах.

На площадке центра специалистам системы столичного здравоохранения доступны образовательные программы по нескольким направлениям:

1. Дополнительное профессиональное образование;
2. Социально-психологические и управленческие тренинги;
3. Открытые тренинги для отработки практических навыков.

Обучение включает дебрифинги, групповые дискуссии и практические занятия с использованием новейшего симуляционного оборудования.

Программы повышения квалификации для врачей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина», «Науки о здоровье и профилактическая медицина» помогут приобрести новые знания и развить имеющиеся навыки. Обучение осуществляется как на бюджетной основе (для врачей-специалистов, работающих в системе ДЗМ), так и за счет физических и юридических лиц. Обучение состоит из теоретической части, где участники обсуждают современные методы диагностики и лечения заболеваний, а также в рамках групповых дискуссий разбирают реальные клинические случаи практической части, где навыки отрабатываются в имитационной среде на симуляционном оборудовании. Занятия проводятся с применением дистанционных образовательных технологий, электронного обучения и симуляционных технологий. На теоретических занятиях происходит изучение современных методов диагностики и лечения заболеваний, патологий, групповые дискуссии в рамках разбора реальных клинических случаев, диалоговые тренажеры. На практике применяются техники «мозгового штурма» (брифинга), происходит разбор ситуационных задач, отрабатываются практические навыки на симуляторах.

Программы профессионального обучения и тренинги помогут повысить эмоциональную устойчивость, справиться со стрессом и избежать профессионального выгорания, а программы повышения квалификации и тренинги для руководителей в сфере здравоохранения помогут повысить управленческие компетенции.

Часть курсов основана на междисциплинарном взаимодействии. Специалисты отрабатывают навыки оказания помощи пациентам не только по своему профилю, но и по смежным направлениям, что способствует обмену опытом между врачами разных специальностей. Программы повышения квалификации Кадрового центра разрабатываются практикующими врачами-специалистами под кураторством главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Москвы.

Деятельность медицинского работника требует большого запаса знаний, навыков и психологических ресурсов. Кроме дополнительного профессионального обучения, Кадровый центр предлагает специалистам линейку социально-психологических и управленческих тренингов. Они нацелены на профилактику эмоционального выгорания, развитие стрессоустойчивости, а также отработку коммуникативных навыков. Посещать тренинги могут врачи, средний медицинский персонал и администраторы медицинских организаций.

Одно из направлений деятельности Кадрового центра – подбор персонала для медицинских организаций столичного здравоохранения, консультирование, а также информационная поддержка соискателей и действующих сотрудников. Кадровый центр занимается подбором административного и медицинского персонала различного уровня для амбулаторно-поликлинического звена и стационаров. К настоящему времени собран обширный кадровый резерв, который постоянно поддерживается и обновляется.

Департамент здравоохранения города Москвы уделяет особое внимание организации социально-культурной и досуговой деятельности медицинского персонала, а также стремится создать максимально комфортные условия для повседневной работы и адаптации новых сотрудников.

Одним из ярких примеров является фестиваль «Формула жизни». Ежегодный фестиваль «Формула жизни» – это проект, призванный сплотить московское медицинское сообщество. Фестиваль предоставляет дополнительную возможность для обмена опытом, знаниями и новыми идеями, способствует повышению престижа профессии медицинского работника. В рамках фестиваля проводятся профессиональные и творческие конкурсы, в том числе для выпускников и преподавателей медицинских образовательных организаций. Центральное событие – спартакиада по различным видам спорта, где в неформальной обстановке и в здоровом спортивном состязании создается общий командный дух работников московского здравоохранения.

Департамент здравоохранения города Москвы поддерживает молодых специалистов с самого начала их профессионального пути. Быстрее адаптироваться к работе, а также повысить уровень профессиональной подготовки выпускников медицинских вузов и ординаторов помогает проект «Школа профессионального роста».

С его помощью будущие врачи знакомятся с работой современной медицинской организации, отрабатывают на практике навыки проведения обследований и медицинских манипуляций, в том числе действия при неотложных ситуациях. Структура программы состоит из углубленных теоретических и практических занятий по выбранной специальности. Участники проекта посещают лекции, тренинги, проходят стажировки в поликлиниках и стационарах. По итогам обучения специалисты проходят итоговую аттестацию и получают сертификат об окончании «Школы профессионального роста», который дает им право на гарантированное трудоустройство в медицинские организации города Москвы сроком на 2 года. Также участники проекта получают ежемесячную стипендию в размере 25 000 рублей. В проекте принимают участие студенты 6-го курса столичных медицинских вузов и ординаторы 2-го года обучения.

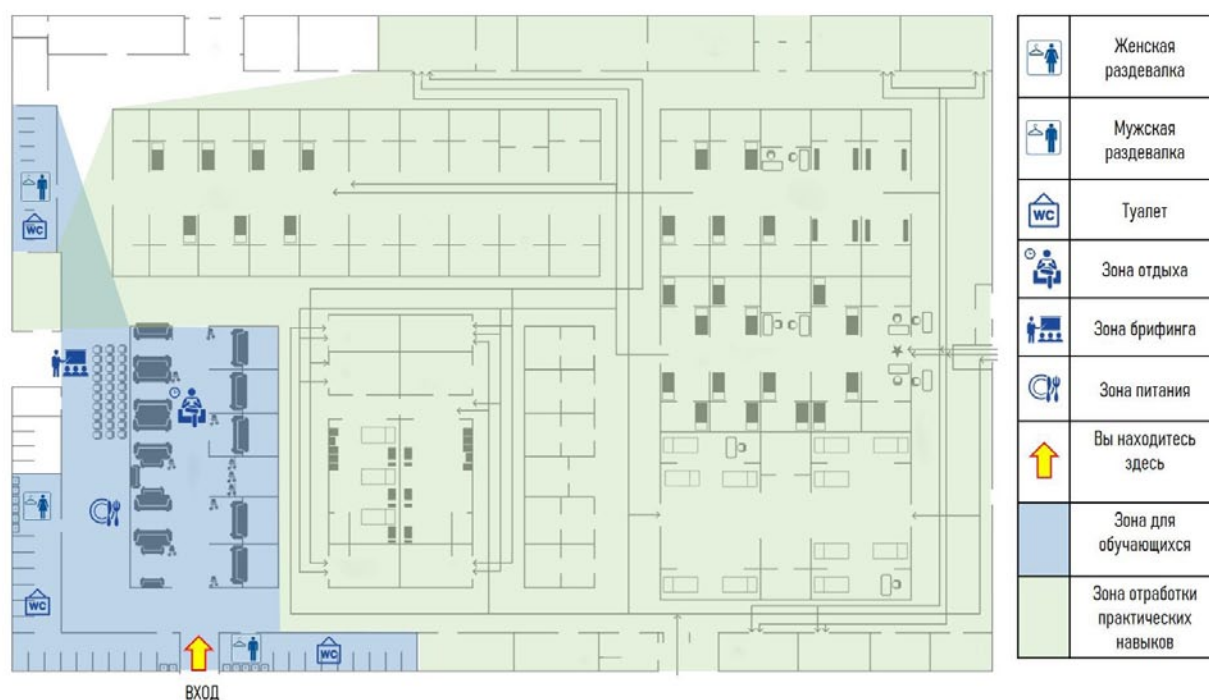


Рис. 19. План учебного полигона в Сокольниках

В 2022 году команда Кадрового центра при совместной работе с семью московскими стационарами осуществила запуск учебного полигона в Сокольниках. Тренировочный полигон для отработки единых алгоритмов действий скоропомощных команд в соответствии с новым стандартом экстренной помощи был создан в корпусе А резервного госпиталя конгрессно-выставочного центра «Сокольники». Учебный полигон «Сокольники» – тренировочная площадка площадью 3 500 кв. м. Полигон разделен на две основные зоны. Первая предназначена для отработки практических навыков, представляет собой непосредственно структуру комплексов, а вторая – зона для обучающихся, включающая места для отдыха и брифинга.

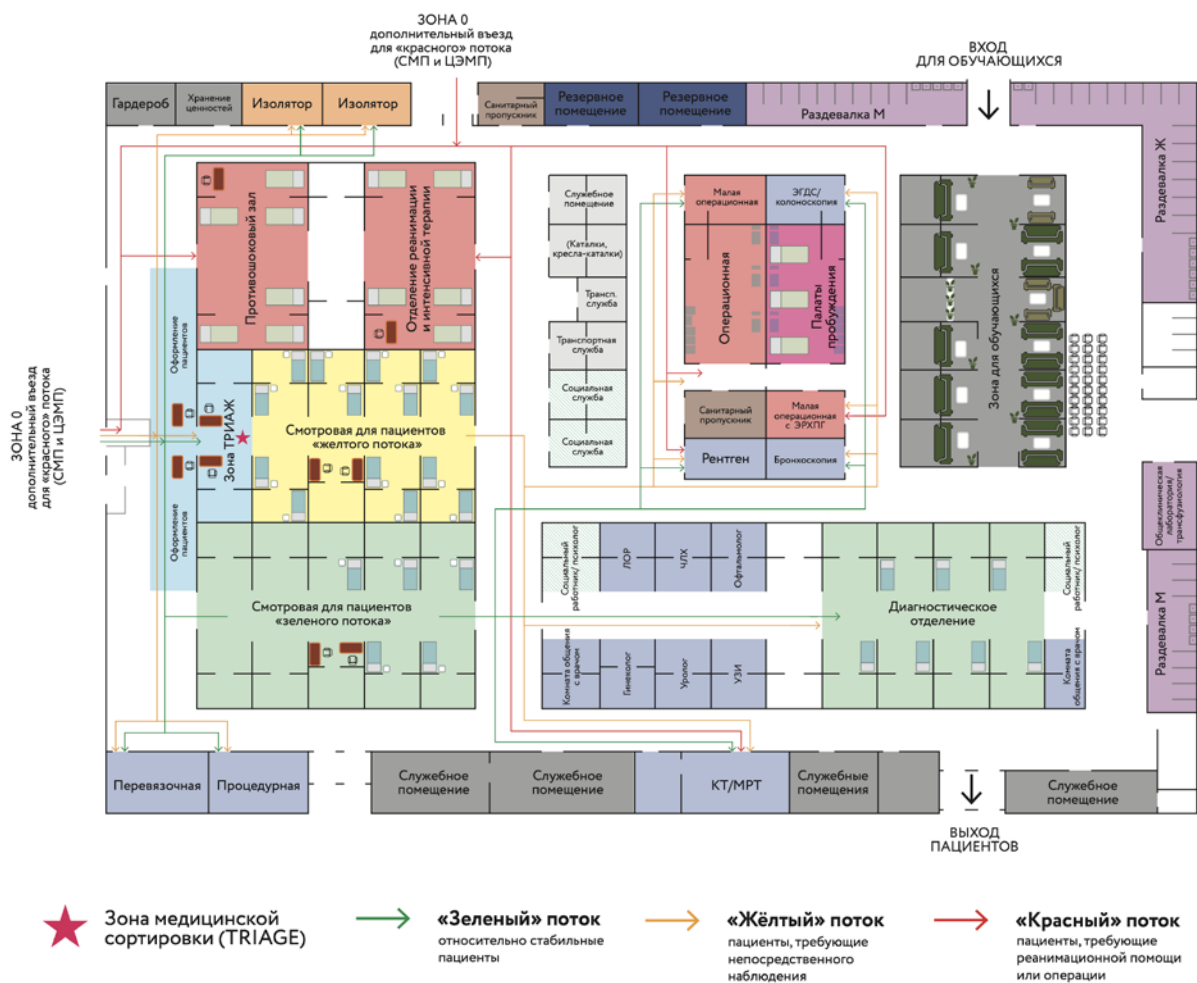


Рис. 20. План учебного полигона в Сокольниках по системе «Триаж»

Для отработки практических навыков – алгоритма поступления пациентов и работы по системе «Триаж» были построены специальные помещения. Среди них противошоковый зал на 6 мест (113 кв. м), реанимация на 6 мест (113 кв. м), две большие смотровые для «желтого» и «зеленого» потоков пациентов (по 209 кв. м), 10 диагностических кабинетов, таких как КТ, рентген-кабинет, ЭГДС и кабинеты колоноскопии, бронхоскопии, УЗИ, ЧЛХ, лор-кабинет, офтальмолога и смотровые гинеколога и уролога (общей площадью 246,1 кв. м); 1 большая операционная (56,6 кв. м), 1 малая операционная (16 кв. м), 1 операционная с ЭРХПГ (13 кв. м); а также диагностическое отделение (179,5 кв. м), лаборатория-трансфузиология, процедурный и перевязочный кабинеты и изоляторы.



Рис. 21. Рабочая зона, оснащенная АРМ



Рис. 22. Навигация на площадке

Каждая рабочая зона оснащена АРМ (автоматизированное рабочее место) с доступом к необходимой единой системе данных (ЕМИАС, ЕРИС, ЛИС, ТРИАЖ, АС-стационар).

Навигация на площадке осуществляется с помощью информационных табличек и напольных линий распределения потока пациентов по степени тяжести: красный – тяжелые больные, желтый – средней тяжести и зеленый – легкая степень тяжести.



Рис. 23. Медицинское оборудование на площадке



Рис. 24. Имитация кабинета на площадке

На полигоне используется современное медицинское оборудование (более 200 единиц). Это многофункциональные реанимационные кровати, аппараты ИВЛ, дефибрилляторы, различное эндоскопическое оборудование, компьютерный томограф, операционные столы, а также профильное оборудование для диагностических кабинетов.

Роль пациентов на обучении выполняют не только актеры, но и роботы-симуляторы, с помощью которых можно создать практически любую клиническую ситуацию, вести динамическое наблюдение за показателями и проводить реанимационные мероприятия.

Рис. 25. Имитация операционного зала на площадке





Рис. 26. Робот-симулятор

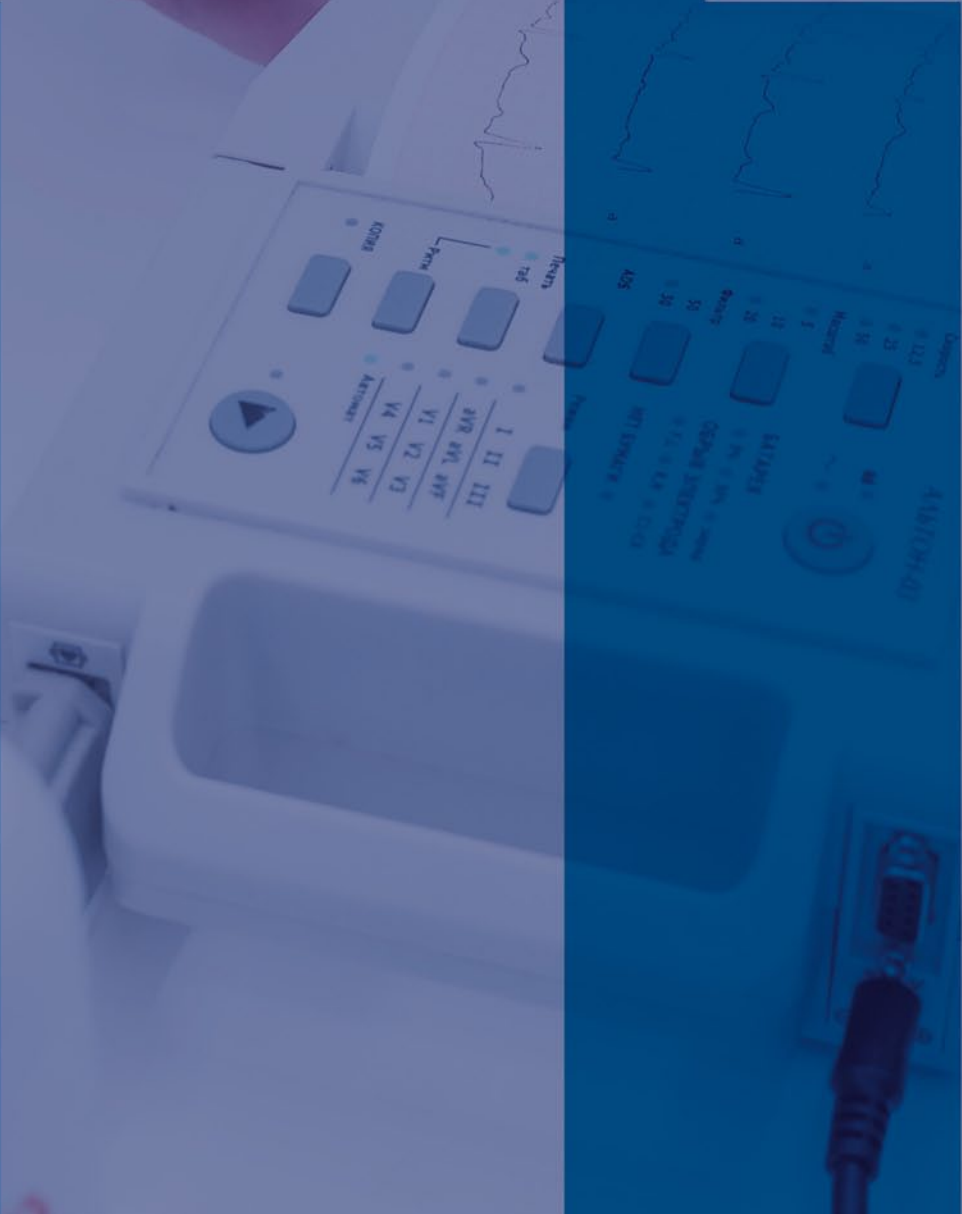


Планировка полигона рассчитана как на отработку поступления пациентов в штатном режиме, так и на массовые поступления.

Кадровый центр Департамента здравоохранения Москвы не имеет аналогов как в России, так и в других странах Восточной Европы. На площади более 4 тыс. кв. м идет непрерывное профессиональное образование, проводят государственные мероприятия для специалистов столичной системы здравоохранения. Центр оснащен более чем 1,1 тыс. единиц высокотехнологичного симуляционного и медицинского оборудования. На 31 симуляционной станции ежедневно отрабатывают практические навыки и решают ситуационные задачи по реальным клиническим случаям.

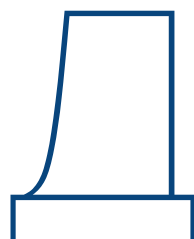
Кадровый центр объединяет специалистов, систематизирует образование, а те технологии, которые применяются в центре, позволяют вывести образование специалиста на самый высокий уровень. Спроектирована система, которая позволила специалисту по-другому подготовиться и взглянуть на самого себя с точки зрения дальнейшего профессионального совершенствования.





Глава 11.

Кадровый резерв в здравоохранении: основы формирования и управления в Москве



Для создания единого цикла развития кадрового потенциала системы здравоохранения важно создавать кадровый резерв специалистов. Департамент здравоохранения города Москвы прорабатывает возможные сценарии проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов с включением по определенным принципам работников в кадровый резерв.

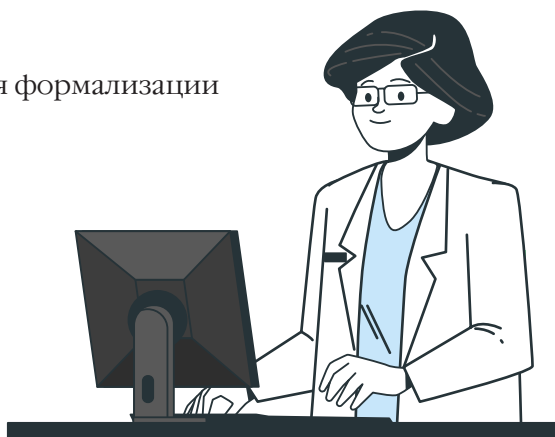
Программы кадрового резерва –

это возможность для начинающих специалистов выйти за рамки непосредственной трудовой функции, обогатить свой опыт за счет участия в проектной работе, а также прохождения дополнительного обучения в соответствии с индивидуальными потребностями.

Кадровый резерв будет формироваться на базе Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы. Планируемый срок участия в программе – 3 года. Основным принципом вхождения в кадровый резерв планируется признать оценку компетенций работника. Это новая практика, которая позволит выявить специалистов с максимальным уровнем знаний и навыков, чтобы пригласить их в программу подготовки кадрового резерва Москвы. Такой подход обеспечит максимально высокий стартовый уровень профессиональных компетенций претендентов на входе в программу. Участие является добровольным, в результате будет сформирована группа лояльных высокомотивированных сотрудников для поддержки и внедрения пилотных проектов и инициатив Департамента здравоохранения города Москвы.

Включение работника в кадровый резерв состоит из следующих этапов:

1. Оценка профессионального уровня компетенций работника (плановая аттестация).
2. Глубинное интервью с претендентом для выявления индивидуальных потребностей (обучение, график и т. д.) (Employee value proposition).
3. Подготовка индивидуального плана развития (с участием Кадрового центра).
4. Оформление документации для формализации взаимных обязательств сторон.





Для каждого участника программы кадрового резерва необходимо создать траекторию профессионального роста и соответствующий ей индивидуальный план развития. Он может содержать следующие мероприятия:

- Развивающие поручения – решение рабочих задач, направленных на развитие организаторских способностей работника.
- Участие в развивающих проектах – формирование проектных рабочих групп под управлением работников, входящих в кадровый резерв.
- Наставничество. Участие в развивающих проектах – формирование проектных рабочих групп под управлением работников, входящих в кадровый резерв.
- Временные замещения – получение нового (в том числе управленческого) опыта при временном исполнении работником обязанностей (вышестоящего руководителя).
- Обучение на опыте других – получение необходимого опыта от более опытного коллеги или руководителя в совместной работе.
- Участие в рабочих группах / страт-сессиях / конференциях ДЗМ – повышение статуса и признание коллегами по медицинскому сообществу.
- Командировки в МО ДЗМ и региональные МО для обмена опытом.
- Медиаактивность: профессиональные группы, экспертные сообщества – среда для профессиональной самореализации и признания экспертизы.



Индивидуальный план профессионального развития (ИПР) составляется сроком на 1 год. План обсуждается и после согласования утверждается. Участники обсуждения: работник, его руководитель, куратор программы со стороны Кадрового центра. После утверждения работник реализует план. Планируется по окончании периода, состоящего из 6 месяцев, проводить встречу для контроля актуальности плана и его корректировки (если применимо).

Подготовка и личностно-профессиональное развитие лиц, включенных в кадровый резерв, осуществляются в следующих формах: участие в специальных программах подготовки, включая образовательные программы, стажировки; планируемые должностные перемещения; участие в конференциях, форумах; участие в проектной и экспертной деятельности; индивидуальное и групповое консультирование (коучинг); участие в наставнической деятельности; самоподготовка и другие формы подготовки.

Для лиц, включенных в кадровый резерв, определены такие централизованные возможности, как участие в научно-практических и образовательных мероприятиях Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы; стажировках, организуемых Департаментом здравоохранения города Москвы, а также учет достижений при согласовании кандидата на вышестоящую должность.





Глава 12.

Информационное
сопровождение.
Информационная
безопасность процессов
проектирования
траектории
профессионального
роста медицинских
специалистов

Информационное сопровождение профессионального развития медицинских работников

Информационное сопровождение процессов – это использование информационных систем и иных средств ИТ для успешной реализации конкретного процесса. Информационное сопровождение профессионального развития должно представлять собой целостный и непрерывный процесс информационно-технологического обеспечения. Условия, необходимые для обеспечения реализации возможностей информационного сопровождения профессионального развития: системность и динамичность в реализации задач информа-

ционного сопровождения профессионального развития; мотивация работников к взаимодействию с информационными технологиями сопровождения его профессионально-личностного роста, техническая и технологическая обеспеченность информатизации образовательной деятельности, подготовленность субъектов образовательного процесса к использованию информационных технологий; дидактическое обеспечение информационного сопровождения.

Важную роль при информационном сопровождении процессов играют интегрированные информационные системы. Сегодня Правительство города Москвы старается поддерживать и развивать единое информационное пространство в медицинских организациях для повышения качества управления медицинскими организациями и оказываемой медицинской помощи. Успешно решать данный вопрос ему позволяют различные интеграционные платформы, способные объединять не только разрозненные ИС, но и медицинскую технику и инженерное оборудование.

Одним из элементов крупной информационной системы является образовательная информационная система, включающая в себя автоматизированные системы ведения образовательной деятельности и системы электронного обучения. Такие системы функционируют в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе и Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы.

Помимо этого, в систему информационного сопровождения профессионального развития можно включить определение уровня подготовленности медицинских кадров к ведению медицинской деятельности. Например, тестирования, проводимые в рамках добровольной оценочной процедуры на присвоение статуса «Московский врач» и «Московская медсестра», которые, помимо прочего, направлены на стимулирование непрерывного и целенаправленного профессионального развития медицинских работников, работающих в системе столичного здравоохранения.



Рис. 27. Единая информационная система медицинских организаций

Элементом информационного сопровождения могут служить различные информационные платформы, позволяющие знакомиться специалистам с различной информацией, как связанной непосредственно с их профессиональной деятельностью, так и позволяющей расширять их кругозор. Например, проведение научных исследований и подготовка и написание статей по результатам их деятельности и проведенным научным исследованиям.

Значимую роль в информационном сопровождении профессионального развития медицинских работников играет Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы. Профессиональная деятельность в новых условиях информатизации здравоохранения предъявляет повышенные требования к медицинским работникам в области владения базовыми компьютерными навыками и практического использования ЕМИАС. Аналитическая система активно используется как инструмент создания цифрового контура московского здравоохранения, когда информация о пациенте передается исключительно в цифровом формате, и как инструмент информирования медицинских работников по различным вопросам организации здравоохранения и обучения медицинского персонала, поскольку к ней подключено 100 % государственных медицинских организаций города Москвы.

Информационная безопасность

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», защита информации представляет собой принятие правовых, организационных и технических мер, направленных на:

- 1) обеспечение защиты информации от неправомерного доступа, уничтожения, модифицирования, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий в отношении такой информации;
- 2) соблюдение конфиденциальности информации ограниченного доступа;
- 3) реализацию права на доступ к информации.

Под конфиденциальностью информации понимается обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определенной информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия ее обладателя. Следовательно, конфиденциальной информацией является та, в отношении которой установлены соответствующие требования о неразглашении.

Согласно 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществлении медицинской и иной деятельности в сфере охраны здоровья. Обработка персональных данных в информационных системах в сфере здравоохранения производится с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и с соблюдением врачебной тайны.



Защита информации представляет собой принятие правовых, организационных и технических мер, направленных на:

- 1) обеспечение защиты информации от неправомерного доступа, уничтожения, модифицирования, блокирования, копирования, предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий в отношении такой информации;
- 2) соблюдение конфиденциальности информации ограниченного доступа;
- 3) реализацию права на доступ к информации.

Департаментом здравоохранения города Москвы проводится постоянное исследование внешних потенциальных угроз и их подавление.

Осуществляется повышение уровня грамотности работников учреждений здравоохранения города Москвы в сфере информационной безопасности, в том числе в вопросах функционирования городских информационных систем.



Глава 13.

Контроль качества проектирования траектории профессионального роста медицинских специалистов

В соответствии с основными принципами стандартизации в Российской Федерации, иными компонентами раздела настоящего стандарта «1. Нормативные ссылки», в части контроля качества проектирования траектории профессионального развития медицинских работников Москвы используются следующие принципы.

ГОСТ 1.1-2002 «Межгосударственная система стандартизации. Термины и определения» (пункт 2.2.) установлено, что объектами стандартизации могут быть продукция, процесс, услуга. Процесс может быть стандартизован (пункт 5.5.) в виде стандарта, устанавливающего требования, которым должен удовлетворять процесс, с тем чтобы обеспечить соответствие процесса его назначению. При этом методы, способы, приемы, методики проведения испытаний, измерений и/или анализа, описываемые стандартами, имеют наименование «методы контроля» (пункт 5.7).

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» (пункт 3.4.1.) установлено, что процесс – это совокупность взаимосвязанных и (или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата. В самом общем плане среда организации – это процесс (пункт 2.2.3.), в рамках которого определяются факторы, которые влияют на намерение, цели и устойчивость организации. При этом учитываются такие внутренние факторы, как ценности, культура, знания и результаты деятельности организации. В этом самом общем процессе учитываются также такие внешние факторы, как правовые, технологические, конкурентные, рыночные, культурные, социальные и экономические условия.

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования» (пункт 0.23.1.) установлено, что процессный подход включает в себя систематическое определение и менеджмент процессов и их взаимодействия таким образом, чтобы достигать намеченных результатов в соответствии с политикой в области качества и стратегическим направлением организации.

В частном случае медицинских организаций дополнительные рекомендации установлены ГОСТ Р 53092-2008 «Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» и распространяются на процессы медицинской организации в целом. Основное внимание в ГОСТ Р 53092-2008 сосредоточено на достижении постоянного улучшения деятельности, измеряемого степенью удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон. Например, термин «потребитель» в рамках ГОСТ Р 53092-2008 включает в себя другие термины, в том числе термины «пациент» (лицо, являющееся объектом оказания медицинской помощи), «клиент» (лицо, пользующееся услугами

профессионалов), иные основные потребители медицинских услуг, семья, группа лиц, конкретная популяция. При этом любой пациент является клиентом, но не любой клиент является пациентом.

ГОСТ Р 53092-2008 устанавливает (пункт 8.2.1.1), что используются следующие методы контроля:

- прослеживание удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон;
- внутренние аудиты;
- измерение финансовых показателей;
- самооценка.

1. Уровни контроля качества.

Для контроля качества проектирования траектории профессионального развития медицинских работников Москвы используются следующие уровни:

медицинский работник;

**подразделение (команда)
медицинской организации;**

**медицинская организация
в целом.**



На каждом уровне разрабатываются, внедряются, поддерживаются процессы, группы процессов, которые анализируются на соответствие критериям оценки.

2. Контролируемые группы процессов.

Для контроля качества проектирования траектории профессионального развития медицинских работников Москвы используются следующие группы процессов:

- обеспечивающие поддержание «Нового московского стандарта поликлиники»: пациентоориентированность; профессионализм; доброжелательность; командная работа; доверие; уважение (разделы настоящего стандарта «4. Управляющие принципы», «8. Операционные процессы в деятельности врача медицинской организации (поликлиники)»);
- обеспечивающие достижение стратегической цели (сохранение здоровья прикрепленного населения) и решение задач: оказание качественной, своевременной первичной медико-санитарной помощи; приоритет профилактической помощи; снижение смертности; улучшение качества жизни (раздел настоящего стандарта «8. Операционные процессы в деятельности врача медицинской организации (поликлиники)»);
- обеспечивающие операционные цепочки (процессы) деятельности медицинских работников: собранные в единую систему знания, умения, действия – которые характерны для определенной специальности и/или должности медицинского работника (раздел настоящего стандарта «8. Операционные процессы в деятельности врача медицинской организации (поликлиники)»);
- входящие в комплексную оценку знаний и умений медицинских работников посредством оценочных мероприятий (раздел настоящего стандарта «8. Операционные процессы в деятельности врача медицинской организации (поликлиники)»);
- обеспечивающие решение функциональных задач и границы ответственности медицинского работника (раздел настоящего стандарта «6. Ответственность»);

- обеспечивающие компоненты структуры индивидуальной траектории профессионального развития медицинского работника: целевой (мотивы, потребности, направления профессионального совершенствования); содержательный (индивидуальная программа профессионального развития); технологический (способы реализации индивидуальной программы профессионального развития); диагностический (система диагностического сопровождения); организационный (условия реализации индивидуальной программы профессионального развития); аналитический (подведение итогов реализации, непрерывная рефлексия, корректировка индивидуальной программы профессионального развития) (раздел настоящего стандарта «9. Структурные элементы и их характеристика»);
- обеспечивающие информационное сопровождение, не входящее в операционные цепочки (процессы) деятельности медицинских работников (раздел настоящего стандарта «10. Информационное сопровождение, информационная безопасность»).

3. Критерии оценки.

Для контроля качества проектирования траектории профессионального развития медицинских работников Москвы используются следующие группы критериев для анализа процессов, групп процессов.

По ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования» (пункт 4.4.1.):

- требуемые входы и ожидаемые выходы;
- последовательность и взаимодействие;
- доступность требуемых ресурсов;
- распределение обязанностей, ответственности, полномочий в отношении процессов;
- управление рисками процессов.



По ГОСТ Р 53092-2008 «Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» (пункт 8.1.1.):

- возможности;
- достижение целей;
- удовлетворенность потребителей и других заинтересованных сторон.

Примеры критериев (требуемые входы и ожидаемые выходы) могут быть рассмотрены на общепонятных примерах из группы процессов, входящих в комплексную оценку знаний и умений медицинских работников посредством оценочных мероприятий (раздел настоящего стандарта «8. Операционные процессы в деятельности врача медицинской организации (поликлиники)»).

Процесс (группа процессов) «Отбор экзаменаторов».

Критерии отбора (единый для всех групп кандидатов – «имеется»):

- наличие у кандидата в экзаменаторы клинической практики;
- сотрудники Кадрового центра («Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения»), имеющие высшее медицинское образование, прошедшие специальное обучение;
- работники медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы в должности не ниже заведующего отделением, прошедшие специальное обучение;
- сотрудники Департамента здравоохранения города Москвы в должности не ниже начальника управления.

Процесс (группа процессов) «Контроль фонда оценочных средств (материалов)».

Критерий результата (единый для разных групп оценочных средств (материалов) – «допущен – полное соответствие чек-листу»):

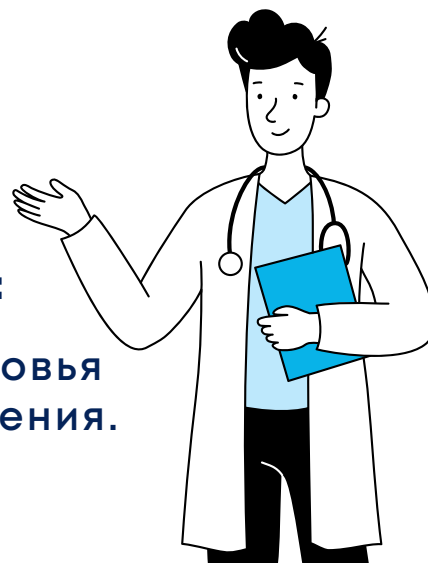
- фактологические тесты – «участник оценочных процедур знает»; клинические (контекстные) тесты – «участник оценочных процедур знает, как»;
- выполнение in vitro (объективный структурированный клинический экзамен) – «участник оценочных процедур показывает, как»;
- выполнение in vivo (симулированный пациент, реальный пациент) – «участник оценочных процедур делает».

Этапы	Особенности коммуникации	На протяжении всего приема поддерживать контакт глаз и обращаться к пациенту по имени-отчеству минимум три раза
Установление контакта	Приветствие пациента фразой «Добрый день». Доброжелательная интонация и выражение лица. Корпус развернут в сторону пациента	
Определение цели визита. Сбор информации о пациенте	Управлять разговором с помощью вопросов. Задавать вопросы пациенту на понятном языке. Слушать и слышать пациента. Обращать внимание на то, как реагирует пациент на предоставляемую информацию	
Осмотр	Давать инструкцию пациенту на понятном языке. Комментировать свои действия. Исключать оценочные высказывания	
Работа с пациентом/ документами	Объяснять смысл назначения на понятном для пациента языке. Делать назначение на языке пользы: объяснять, какой эффект даст препарат и что пациент для себя получит. Формировать корректные ожидания относительно обследований и/или назначений, предоставлять достоверную информацию	
Резюме по приему	Убедиться, что пациент правильно понял предоставленную информацию	
Завершение приема	Завершить прием фразой «Всего доброго» в доброжелательной интонации	

Таблица 4. Особенности коммуникации с пациентом

Перед медицинскими организациями города Москвы стоят задачи:

- 1) Повышение качества лечения пациентов с онкологическими заболеваниями на основе нового стандарта онкологической помощи.
- 2) Оптимизация диспансерного наблюдения за пациентами с двумя и более хроническими заболеваниями: единая программа диспансерного наблюдения. Индивидуальная программа наблюдения, в которой зафиксированы плановые диспансерные приемы, обязательные исследования и консультации специалистов, а также лекарственные назначения.
- 3) Развитие проекта проактивного диспансерного наблюдения москвичей с хроническими заболеваниями, внедрение персонализированного подхода к лечению пациентов (с девятью нозологиями: сердечной недостаточностью, сахарным диабетом второго типа, гиперхолестеринемией, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда, фибрилляцией и трепетанием предсердий, острым нарушением мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезнью легких, язвенной болезнью).
- 4) Развитие цифровой трансформации московского здравоохранения и внедрение искусственного интеллекта в рутинную медицинскую практику, интеграция информации в электронную медкарту.
- 5) Формирование у пациентов с хроническими заболеваниями культуры заботы о своем здоровье, помощь в выработке привычки своевременно проходить необходимые исследования, без пропусков принимать лекарства, следить за изменениями состояния.



Стратегические цели и задачи поликлиники:

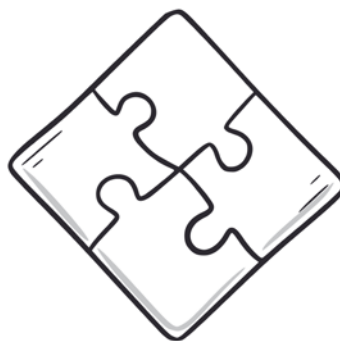
Цель: сохранение здоровья прикрепленного населения.

Задачи

- 1** Оказание качественной и своевременной первичной медико-санитарной помощи.
- 2** Профилактическая помощь.
- 3** Снижение смертности.
- 4** Пациентоориентированность.
- 5** Улучшение качества жизни.

Таким образом, ожидается увеличение активной продолжительности жизни пациента с обязательным вовлечением самого пациента, повышение осознанности его подхода к своему здоровью и доверия к врачу и медицинской организации. Назначение лечебных мероприятий пациенту в соответствии с установленным диагнозом, действующими стандартами и в полном объеме. Повышение удовлетворенности пациентов доступностью и объемом профилактических мероприятий.

Для реализации концепции необходима предварительная подготовка (обеспечение ресурсной базы):



1. Ремонт поликлиник (приведение к общему стандарту внутренней инфраструктуры и технического оснащения).
2. Обучение персонала (предварительно разработка программ обучения организацией, обеспечивающей обучение).
3. Организация единой информационной сети ЕМИАС (интеграция медицинских организаций).
4. Разработка стандартов лечения и диагностики.
5. Разработка проактивного диспансерного наблюдения.
6. Разработка инструментария нормативного регулирования.
7. Разработка московского стандарта раннего выявления заболеваний (павильоны «Здоровая Москва»).

Три уровня представляют собой иерархию с моделью компании наверху, что позволяет проследить существующие взаимосвязи между отдельными работниками и командами. Их начинают чувствовать и те, кто привык оперировать категориями должностей, не выходя за рамки группы или функции. Сотрудники открывают для себя истинные принципы работы компании и понимают свое место в ней.

Глоссарий

ВРАЧ-КОНСУЛЬТАНТ

- врач, который представляет экспертное мнение лечащему врачу в конкретном клиническом случае для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

- перечень действий врача при выполнении им своей трудовой функции, которые направлены на решение функциональных задач.

КОД ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

- набор действий врача, который собран в коды 1, 2, 3.

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ

- врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения в медицинской организации, который несет ответственность за достижение конечного результата в лечебном процессе.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ЦЕПОЧКА

- последовательность действий врача применительно к конкретной нозологии.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

- требования к профессиональным знаниям и умениям, необходимым для исполнения должностных обязанностей в рамках трудовой функции применительно к конкретным нозологическим формам.

ТРУДОВАЯ ФУНКЦИЯ

- в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации, конкретный вид поручаемой работы.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА

- задача, связанная с трудовой функцией врача, для решения которой врач совершает определенный перечень действий.



Список использованных источников

1. Аликперова, Н. В. Факторы влияния на карьерный рост работников здравоохранения / Н. В. Аликперова // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Том Выпуск 7. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 78-84. – EDN КОМСУQ.
2. Аликперова, Н. В. Факторы формирования карьерных траекторий медицинских работников в России / Н. В. Аликперова, А. В. Ярашева, К. В. Виноградова // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2020. – Т. 10, № 6. – С. 81-92. – DOI 10.26794/2226-7867-2020-10-6-81-92. – EDN JYFSXH.
3. Ангел, О. Ю. Современные тенденции планирования карьеры: как следить за трендами и найти новый карьерный путь / О. Ю. Ангел // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2021. – № 4. – С. 203-207. – DOI 10.22394/2079-1690-2021-1-4-203-207. – EDN TPTGMR.
4. Ангеловский, А. А. Профессиональное развитие личности: психолого-педагогические и социально-философские факторы становления профессионала / А. А. Ангеловский // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2011. – Т. 13, № 2-3. – С. 512-521. – EDN OORUIV.
5. Волнухин, А. В. Факторы, определяющие приверженность медицинского персонала негосударственной поликлинике / А. В. Волнухин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2017. – № 1(41). – С. 110-118. – DOI 10.21685/2072-3032-2017-1-12. – EDN YTPMTZ.

6. Доровская, А. И. Кадровые ресурсы медицинских организаций: состояние управления карьерой врачей / А. И. Доровская, Н. Г. Коршевер, В. А. Решетников // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 232-233. – EDN VTUJUL.
7. Киргизова, О. С. Исследование особенностей профессионального выбора старшеклассников с нарушением слуха / О. С. Киргизова, Л. И. Окунева // Молодежь в XXI веке: философия, право, педагогика и менеджмент: сборник научных статей VI Международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 08 декабря 2014 года / Уральский государственный педагогический университет; Под научной редакцией И. А. Симоновой. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2015. – С. 173-180. – EDN UOBFQD.
8. Колокольцева, О. В. Реализация процессного подхода в системе менеджмента качества образовательной организации / О. В. Колокольцева // Базис. – 2017. – № 2(2). – С. 53-56. – EDN ZWSKNB.
9. Комолова, О. А. Образование и карьера медицинских работников / О. А. Комолова // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е. И. Аксеновой. Том Выпуск 1 (11). – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2022. – С. 42-50. – EDN CLKZON.
10. Максимцева, Я. А. Применение информационных технологий при защите конфиденциальной информации / Я. А. Максимцева // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сборник статей по материалам ССXXXV международной научно-практической конференции, Москва, 01 ноября 2021 года. Том 40 (235). – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Интернаука», 2021. – С. 52-56. – EDN EPNPHR.
11. Манерова, О. А. Актуальные вопросы подготовки медицинских кадров: к 140-летию со дня рождения Н. А. Семашко / О. А. Манерова,

Д. М. Дрыгин, П. К. Давыдов // История медицины. – 2014. – № 3(3). – С. 30-37. – EDN TABMJX.

12. Манерова, О. А. Нужны ли инвестиции в профессиональное развитие медицинских кадров XXI века / О. А. Манерова // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 4. – С. 5-12. – EDN JKANEN.

13. Манерова, О. А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы / О. А. Манерова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – № 2(4). – С. 77-83. – EDN OJMZOP.

14. Марков, А. М. Развитие личности в профессиональной деятельности инженера: взгляд на проблему через призму времени / А. М. Марков // Актуальные проблемы развития личности в современном обществе: Материалы международной научно-практической конференции, Псков, 11–13 апреля 2019 года / Под редакцией Д. Я. Грибановой. – Псков: Псковский государственный университет, 2019. – С. 97-103. – EDN MUMCYB.

15. Матан, В. В. Взаимосвязь личностных ресурсов и типов профессиональной карьеры врачей / В. В. Матан // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2019. – № 3. – С. 48-52. – DOI 10.31363/2313-7053-2019-3-48-52. – EDN MREWGK.

16. Махрова, О. Н. Образование и трудовые стратегии медицинских работников / О. Н. Махрова // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Том Выпуск 7. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 95-100. – EDN NXIRJZ.

17. Медицинское право. Учебное пособие / В. Н. Кирсанов, Г. Р. Колоколов, Е. Е. Новикова, К. В. Сибикеев. – Саратов: Научная книга, 2012. – 920 с. – EDN RAYKWL.

18. Мокиевская, Н. Е. Проектирование индивидуальных образовательных траекторий для студентов высшего образования /

Н. Е. Мокиевская, Е. М. Гнилоухова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2021. – № 10. – С. 57-60. – EDN HKNGTW.

19. Новости в сфере медицинского права за 2018 год [Электронный ресурс]. Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/77678410/paragraph/1:0> (Дата обращения 21.07.2023)

20. Организация дистанционного дневного стационара с использованием цифровых технологий для реабилитации детей с психоневрологической патологией / Т. Т. Батышева, О. В. Быкова, Ю. А. Климов [и др.] // Премия города Москвы в области медицины: Сборник тезисов научных работ, представленных на присуждение премии в 2020 году, Москва, 13 ноября 2020 года. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 22-24. – EDN YNVJZI.

21. Организация дистанционного дневного стационара с использованием цифровых технологий для реабилитации детей с психоневрологической патологией: Временное методическое руководство. Том 70. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2020. – 115 с. – EDN VPRBNJ.

22. Попова, Е. А. Профессиональное развитие государственных и муниципальных служащих в условиях пандемии: проблемы и перспективы / Е. А. Попова, Е. М. Медякова, А. И. Морозова // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2021. – № 4. – С. 43-47. – DOI 10.22394/2079-1690-2021-1-4-43-47. – EDN LXUHKQ.

23. Психолого-педагогические основы формирования личности будущего профессионала / В. М. Семьшева, М. В. Семьшев, Г. И. Куцебо, Е. В. Андрющенок // Вестник Брянской государственной сельскохозяйственной академии. – 2016. – № 1(53). – С. 86-91. – EDN VKDROT.

24. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения / Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, Н. В. Аликперова [и др.]. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2019. – 244 с. – ISBN 978-5-907251-15-1. – EDN DVHZTQ.
25. Распоряжение ПАО «Газпром» от 23.01.2020 № 26 «Об утверждении Плана мероприятий по применению профессиональных стандартов в ПАО «Газпром», его дочерних обществах и организациях на 2020 год». [Электронный ресурс]. Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/73560918> (Дата обращения 21.07.2023)
26. Сейтбатталова, А. С. Сущность, особенности и структура информационного сопровождения профессиональной подготовки педагога-психолога / А. С. Сейтбатталова // Информация и образование: границы коммуникаций. – 2011. – № 3(11). – С. 221-223. – EDN RSXPMS.
27. Словарь терминов, используемых в законодательстве Российской Федерации. – М.: Издание Государственной Думы (Электронное), 2013. – 800 с.
28. Соколова, А. С. Профессиональная карьера и «образование для карьеры» в современном социуме / А. С. Соколова, М. Г. Сергеева // Профессиональное образование и общество. – 2016. – № 1(17). – С. 195-265. – EDN VTLIFZ.
29. Соломахин, А. Н. Основные направления и задачи совершенствования и развития системы профессионального развития государственных гражданских служащих / А. Н. Соломахин, Е. В. Шоларь // Регион: государственное и муниципальное управление. – 2018. – № 1(13). – С. 7. – EDN YWOVKW.
30. Справочник квалификационных требований к специальностям, направлениям подготовки, знаниям и умениям, которые необходимы для замещения должностей государственной гражданской службы с учетом области и вида профессиональной служебной деятельности государственных гражданских служащих. [Электронный ресурс].

Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС «Система ГАРАНТ». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71610924/> (Дата обращения 21.07.2023).

31. Справочник по образованию // Московская медицина. – 2016. – № 4(11). – С. 88-91. – EDN ZEGNHT.

32. Тавер, Е. И. Введение в управление качеством: Учебное пособие / Е. И. Тавер. – Москва: Машиностроение, 2013. – 368 с. – ISBN 978-5-94275-666-6. – EDN RYRXEJ.

33. Тимошевский, А. А. Формирование профессиональных компетенций и трудовых функций кадров высшей квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» / А. А. Тимошевский, Н. В. Потемкина // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Том Выпуск 7. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 113-118. – EDN DNYVDS.

34. Унифицированные формы документов по организации учебного процесса в структурных подразделениях СВФУ, реализующих дополнительные профессиональные программы [Электронный ресурс] / [Сост.: О.М. Чоросова, Р.Е. Герасимова]. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2018. – 1 электрон. опт. диск.

35. Шестакова, И. В. Изменение карьер-ориентированных векторов в медицине / И. В. Шестакова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2017. – № 6. – С. 87-89. – EDN YFUUJV.

36. Шипова, В. М. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций / В. М. Шипова. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 136 с. – ISBN 978-5-9704-3001-9. – EDN TTBPXR.

37. Berezhnaya, I. F. Stages of Constructing an Individual Trajectory of Specialist's Professional Development in Higher Education Process / I. F. Berezhnaya // Science prospects. – 2011. – № 5(20). – P. 161-163. – EDN OZPGXV.

Научное электронное издание

Ракова Анастасия Владимировна,
Хрипун Алексей Иванович, **Старшинин** Андрей Викторович и др.

**ПРОЕКТИРОВАНИЕ ТРАЕКТОРИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА:
СТАНДАРТЫ, СИСТЕМНЫЕ ПРАКТИКИ
И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Корректоры И. Д. Баринская, Н. А. Макарова

Дизайнер-верстальщик С. В. Сафонова

Объем данных 9,0 МБ

Дата подписания к использованию: 25.08.2023.

URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/monografii/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



МОСКВА 2023