

А. В. СТАРШИНИН, Е. И. АКСЕНОВА, И. Б. НАЗАРОВА, О. А. АЛЕКСАНДРОВА, Н. В. АЛИКПЕРОВА,
Ю. В. БУРДАСТОВА, О. А. КОЛЕННИКОВА, О. А. КОМОЛОВА, С. В. КРОШИЛИН, Д. И. МАРКОВ, Е. И. МЕДВЕДЕВА,
М. С. ТОКСАНБАЕВА, А. В. ЯРАШЕВА

КАДРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ

МОНОГРАФИЯ



ЭКОСИСТЕМА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



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

КАДРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ

МОНОГРАФИЯ

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2024

УДК 614.2:331.1

ББК 51.1

Рецензенты:

Камынина Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Русских Сергей Валерьевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко».

Авторы:

А. В. Старшинин, Е. И. Аксенова, И. Б. Назарова, О. А. Александрова, Н. В. Аликперова, Ю. В. Бурдастова, О. А. Коленникова, О. А. Комолова, С. В. Крошилин, Д. И. Марков, Е. И. Медведева, М. С. Токсанбаева, А. В. Ярашева

Кадры медицинских организаций в системе здравоохранения Москвы: монография [Электронный ресурс] / [А. В. Старшинин и др.]; отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. И. Б. Назарова. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 158 с.

ISBN 978-5-907805-68-2

Настоящая монография содержит результаты научных исследований по состоянию и развитию кадров в системе здравоохранения г. Москвы, выполненных в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в 2019–2024 гг. Монография посвящена изучению насущных проблем профессионалов в системе столичного здравоохранения и поиску возможностей создания оптимальных условий труда, оказания медицинской помощи, взаимодействия с коллегами и пациентами.

Издание предназначено для специалистов в области организации здравоохранения, руководителей медицинских организаций, работников науки и образования.

УДК 614.2:331.1

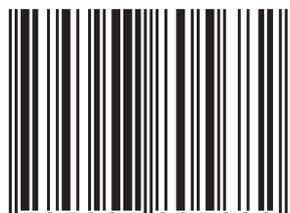
ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 8 от 15 октября 2024 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 978-5-907805-68-2



9 785907 805682 >

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1. Развитие кадрового потенциала: динамический ракурс	9
Глава 2. Интеллектуальный потенциал медицинских организаций.....	31
Глава 3. Формирование и развитие управленческого корпуса системы здравоохранения	54
Глава 4. Формирование установок молодых специалистов к неформальному профессиональному развитию.....	78
Глава 5. Профессиональное выгорание: причины и способы купирования	90
Глава 6. Самоохранительное поведение: направления работы для здравоохранения	111
Заключение	136
Список источников	138
Информация об авторах.....	152
Термины и определения	154
Перечень сокращений и обозначений.....	156

Введение

Москва является примером и локомотивом в системе здравоохранения России. Высокие результаты столичного здравоохранения достигнуты не столько благодаря возможностям столичной медицины и высокому уровню оснащения, сколько профессионализму врачей и грамотной кадровой политике¹. Немалый вклад в развитие кадров системы здравоохранения внес коллектив Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы (НИИОЗММ), который в 2024 г. отметил 30-летие своей работы. В последнее десятилетие НИИОЗММ стал полноценной экосистемой для профессионалов столичного здравоохранения, одной из ведущих научных и экспертных организаций Москвы, выполняющих координирующую и интеграционную функции в системе столичного здравоохранения.

Работа продолжается. Внедряются передовые технологии в управлении системой здравоохранения, организации работы медицинских организаций и профессионалов.

Команда специалистов – основа системы здравоохранения. В своей работе врачи и медицинские сестры руководствуются ценностями московских поликлиник:

- пациентоориентированность;
- профессионализм;
- доброжелательность;
- командная работа;
- доверие;
- взаимное уважение.

Именно от специалиста зависит здоровье населения в целом и каждого человека, который обратился за помощью. Решать такие ответственные и сложные вопросы может специалист высокого уровня, получивший лучшие знания, ответственный, заинтересованный в результате, откликающийся на проблемы пациентов. В системе столичного здравоохранения принимаются значительные усилия для подготовки и привлечения в свои ряды именно таких врачей, медицинских сестер и других членов команды, способных поднять оказание медицинской помощи в Москве на уровень лучших мировых практик.

Вместе с тем значительная ответственность и нагрузка на врача, медицинскую сестру приводят к профессиональному выгоранию специалистов. Это требует детального изучения проблемы и поиска возможностей сохранить каждого профессионала, создать условия работы и отдыха,

¹ Старшинин А. В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. – 2023. – № 4 (56). – С. 14–19. – EDN: UBEJWV

которые будут способствовать профессиональному развитию работников, сохранению здоровья специалиста на любом рабочем месте.

В настоящее время российская система здравоохранения претерпевает процессы модернизации, которые связаны не только с трансформацией форм и способов оказания медицинской помощи, но и с самой системой управления кадрами. Современные подходы оказания медицинской помощи все чаще связаны с использованием новейших технологий, применением аппаратно-программных средств и новых приборов для диагностики, от эффективности которых зависит качество получения медицинской помощи. Подвержены изменениям и принципы организации самого процесса предоставления медицинских услуг, форм, форматов, методов и стандартов. Все чаще используются прогрессивные технологии лечения, применяются базы знаний и экспертные системы, накапливаются значительные объемы медицинской информации, информации о пациенте. Электронная регистрация, запись на прием к специалистам и электронные карточки используются во всех медицинских организациях Москвы и Московской области. Видоизменяются медицинские информационные системы, в том числе местного, регионального и федерального уровня (ЕМИАС, портал «Здоровье» на mosreg.ru и т. п.). В итоге повышаются требования к подготовке и переподготовке медицинских специалистов, старшего и среднего медицинского персонала². Оснащенность современной техникой, возможность использования информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях становится одной из важных составляющих в оказании эффективной медицинской помощи на всех уровнях (в первичном звене, стационарах и специализированных медицинских центрах)³.

Все это предопределяет необходимость применения новых подходов к оценке интеллектуального капитала каждого сотрудника и интеллектуального потенциала медицинской организации в целом, так как напрямую влияет на возможности развития и инновационной модернизации как конкретной медицинской организации⁴, так и структуры оказания медицинской помощи⁵.

Проблемы, связанные с оценкой интеллектуального потенциала организаций, существовали всегда, так как достаточно сложно оценить имеющиеся знания, информационные возможности и технологические решения, а также реализуемый спектр новаций. Особую актуальность решения обозначенной задачи приобрело в настоящее время, когда появились разнообразные методологические подходы и варианты исследований для обоснования возможностей при принятии управленческих решений. Область медицины не стала исключением.

Монография посвящена изучению насущных проблем профессионалов в системе столичного здравоохранения и поиску возможностей создания оптимальных условий труда, оказания медицинской помощи, взаимодействия с коллегами и пациентами.

² Крошили С. В., Медведева Е. И., Макар С. В. Искусственный интеллект в медицинских чат-ботах: векторы развития // Дискуссия. – 2023. – № 3(118). – С. 116–126. – DOI 10.46320/2077-7639-2023-2-117-116-126

³ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошили С. В. Чат-боты – современная реальность консультирования в медицине // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, № 5. – С. 403–410. – DOI 10.47470/0044-197X-2023-67-5-403-410

⁴ Медведева Е. И., Крошили С. В., Авачева Т. Г., Медведева О. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренд на развитие и инновационную модернизацию // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 915–935. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-4-915-935

⁵ Медведева Е. И., Крошили С. В. Зарубежный опыт оценки интеллектуального потенциала в медицине // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2023. – № 4(76). – DOI: 10.24412/1999-2645-2023-476-18

ЭМПИРИЧЕСКАЯ БАЗА

Материалы настоящей монографии основаны на сочетании количественных и качественных данных, данных официальной статистики, что обеспечивает триангуляцию научных выводов.

Статистические данные – данные официальной статистики в отношении кадрового состава системы здравоохранения. В частности, использованы данные, собранные по форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (ФФСН № 30 ДЗМ. Раздел II. Таблица 1100 «Должности и физические лица медицинской организации»).

Панельное исследование «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг. с использованием метода опроса медицинских работников системы здравоохранения г. Москвы. База данных 2019 г. основана на опросе 551 специалиста. В 2023 г. в базе данных ответы 1,5 тыс. респондентов – врачей и медсестер московских организаций (МО).

В 2019 г. научным коллективом был разработан оригинальный инструментарий, который позволил изучить мнения работников столичного здравоохранения в отношении требований к работе, системы повышения квалификации и переподготовки кадров в рамках непрерывного медицинского образования. Полученная по результатам исследования информация позволяла проанализировать мотивацию медицинских работников, состояние их профессионально-квалификационного потенциала и его развития на основе непрерывного медицинского образования, качество трудовой жизни медицинских работников, особенности трудовой мобильности. При формировании выборки в генеральную совокупность анкетного опроса были включены специалисты высшей и средней квалификации – врачи и медицинские сестры, которые непосредственно оказывают медицинскую помощь населению в амбулаторных и стационарных условиях.

Исследование 2019 г. позволило заложить основу панельного исследования кадрового потенциала здравоохранения столицы. В 2023 г. опросный инструментарий был расширен, в него вошли информационные блоки, позволяющие исследовать работу специалиста в конкретной организации, оценить квалификацию специалиста, траекторию в системе профессионального образования, определить отношение к телемедицине и искусственному интеллекту, особенности самосохранительного поведения и отношение к здоровому образу жизни.

Данные 2019 и 2023 гг. позволяют выявить тренды в динамике некоторых параметров кадрового потенциала столичного здравоохранения путем сопоставления информации с пятилетним временным лагом, обнаружить взаимосвязи основных характеристик работников системы здравоохранения. Такое сравнение предполагает изучение квалификационно-образовательного и трудового потенциала, трудового поведения, трудовой мобильности и условий труда в МО, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (ДЗМ), в современных условиях.

Со стороны руководства НИИОЗММ была оказана всесторонняя поддержка в организации и проведении исследования. Для участия в исследовании со стороны каждой МО было привлечено 6 врачей (любой специальности) и 4 медицинских сестры (любой специальности).

В результате была сформирована выборка, в которую вошли МО, подведомственные ДЗМ: более 200 организаций различного типа, в том числе 32 городские поликлиники, 36 детских городских поликлиник, 23 городские клинические больницы, 4 детские городские клинические больницы, 32 стоматологические поликлиники, 20 детских стоматологических поликлиник, госпитали для ветеранов войн (2), детские санатории (5), детские бронхолегочные санатории (2), психиатрические клинические больницы (4) и др. В опросе приняли участие сотрудники консультативно-диагностических центров (4), а также других центров со специализацией в различных обла-

стях. Такой подход позволил получить первичный массив данных (репрезентативную выборку около 1,5 тыс. респондентов) по результатам опроса медицинских работников.

Выборка представлена специалистами различных МО, среди них 46,9 % в возрасте от 41 до 55 лет, 26,4 % – 31–40 лет, молодые специалисты 20–30 лет – 14,5 %, в возрасте старше 56 лет – 12 %. Большинство опрошенных – женщины (83,5 %).

Более половины (65,5 %) опрошенных имеют высшее образование, из них 27,1 % закончили ординатуру, пятая часть (20,9 %) – интернатуру, 15,0 % – специалитет, а 2,4 % – бакалавриат. Среднее профессиональное образование у 39,3 % опрошенных, 4,8 % респондентов обучались в аспирантуре (докторантуре).

Значительная часть опрошенных респондентов (68,6 %) – это медицинские работники поликлиник. Представители больниц и/или клинических больниц составили 17,1 %, работники госпиталей – 3,3 %, работники диагностических (клинико-диагностических, консультативно-диагностических) центров, научно-исследовательских (научно-практических) организаций и/или специализированных медицинских центров – 2 %. Чуть более 1 % опрошенных представляют диспансеры и санатории, менее 1 % – хосписы, родильные дома, станции скорой медицинской помощи, женские консультации и центры планирования семьи.

Треть участников исследования имеют опыт работы не только в организации, в которой проходил опрос, но и в другой медицинской организации, подведомственной ДЗМ (33,3 %), треть – в других организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (32,0 %). Практически каждый десятый (13,6 %) работает в МО после окончания интернатуры, ординатуры, каждый десятый (10,1 %) – после окончания медицинского училища, колледжа, 7,0 % – сразу после медицинского вуза, 2,1 % – перешли на работу в МО из других сфер деятельности.

Пятая часть (18,1 %) имеет общий стаж работы более 30 лет. Треть сотрудников работают в МО от 10 до 20 лет (28,6 %), практически столько же – 28,4 % – от 20 до 30 лет. Десятая часть (11,2 %) – молодые сотрудники со стажем до 5 лет, 13,7 % имеют общий стаж от 5 до 10 лет. Из всех опрошенных в данной МО проработали менее 5 лет 34,8 %. Практически четверть в текущей МО работают от 5 до 10 лет (26,7 %) и 25,5 % – от 10 до 20 лет. Значительное число участников исследования (90 %) ответили, что их устраивает работа в своей МО.

Опрос проводился с использованием анкеты в электронном виде. Для исследования 2023 г. специально разработан и апробирован инструментарий для массового панельного опроса медицинских работников системы здравоохранения г. Москвы, реализованный впервые на основе применения технологии CAWI через цифровую платформу сайта НИИОЗММ. К основным преимуществам CAWI-метода можно отнести:

- отсутствие интервьюера, который может повлиять на выбор ответа;
- заполнение формы анкеты в любой момент времени;
- возможность заполнения анкеты поэтапно и/или в случае необходимости завершить заполнение анкеты и продолжить в любой момент;
- привязка к электронной форме и возможность автоматизированной проверки исключает ошибки при вводе данных в анкету опрашиваемого, а также при их внесении в электронную базу;
- отсутствие ограничений при выборе географии (регионов) исследования целевой аудитории;
- промежуточные и основные результаты доступны для изучения в режиме реального времени (по мере ответов респондентов).

Качественное исследование «Трудовой потенциал медицинских работников Москвы (качественное исследование, 2024 г.)» основано на данных 49 полуструктурированных глубинных тематических интервью с экспертами различного уровня – сотрудниками МО ДЗМ. Интервью проведены с июня по сентябрь 2024 г. с руководителями разного уровня: 5 главными врачами, 8 заведующими отделениями, 3 главными медсестрами. Свое мнение представили врачи различных специальностей: терапевты, врачи общей практики, кардиолог, уролог, эндокринолог, дерматолог, гастроэнтеролог (и др.). Стаж работы участников исследования: от одного года до 37 лет. Представлены поликлиники и больницы государственного здравоохранения г. Москвы.

В диалоге практических работников и исследователей были обсуждены особенности работы специалистов в сфере московского здравоохранения, позволяющие исследовать важные вопросы, связанные с развитием кадров системы, касающиеся основных ценностей московских поликлиник и путей их распространения, а также вопросы профессионального выгорания медработников и возможности его нивелирования; возможность включения специалистов с немедицинским образованием в систему оказания медицинской помощи; применение телемедицинских технологий в МО.

Молодые специалисты (9 специалистов) высказались о возможностях развития карьеры, роли наставничества в подготовке молодых врачей, медицинских сестер, о мотивации работы в системе государственного здравоохранения г. Москвы.

На вопросы о развитии профессионализма ответили эксперты, обеспечивающие подготовку специалистов к аккредитации и профессиональное развитие в системе столичного здравоохранения. Вопросы развития кадрового потенциала представлены сотрудниками, которые специализируются на исследованиях дополнительного профессионального образования и повышения квалификации медицинских специалистов. Это позволило изучать достоинства и недостатки работы традиционных институтов оценки квалификации, а именно аккредитации и аттестации на квалификационную категорию, а также сравнительно новых институтов аттестации на звание «Московский врач» и «Московская медицинская сестра». Мнение специалистов, представляющих различные организации и специальности, позволили получить глубокий информативный материал, который выступил в качестве яркой иллюстрации количественного исследования.

Глава 1. Развитие кадрового потенциала: динамический ракурс

Введение. В кадровый потенциал организаций входит такая важнейшая компонента, как совокупный профессионально-квалификационный потенциал сотрудников этих организаций. Ключевой характеристикой их потенциала выступает уровень квалификации, что в полной мере относится к организациям системы здравоохранения и основным профессиональным группам, а именно к медицинским специалистам – врачам и среднему медицинскому персоналу, включая медицинских сестер. Повышение квалификации специалистов адекватно профессиональному развитию, которое напрямую влияет на качество медицинской помощи пациентам. Вопросам этого развития посвящены научная аналитика, научно-практические разработки и их внедрение в медицинскую практику.

Одним из аспектов данных исследований выступает перманентное формирование профессионально-квалификационного потенциала медицинских специалистов, которое изучается в ходе анализа работы институтов оценки квалификации (аккредитации, аттестации на квалификационную категорию и др.)⁶, непрерывного медицинского образования, тесно сопряженного с институтами оценки квалификации⁷, института наставничества⁸. Особое внимание уделяется институту аккредитации и непрерывному медицинскому (и фармацевтическому) образованию (НМО), поскольку они сравнительно недавно внедрены в практику и продолжают проходить обкатку. Определяются недостатки и недоработки этих институтов, которые нуждаются в корректировке. Так, например, в программах НМО отмечаются отклонения от профессиональных стандартов как обязательных ориентиров обучения, выявленные в ряде частных образовательных организаций, а также чрезмерное использование дистанционного обучения, по мнению многих специалистов, уступающего по качеству очной подготовке⁹.

⁶ Коленникова О. А., Токсанбаева М. С. Проблемы системности институтов оценки квалификации медицинских специалистов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30(S). – С. 1027–1032. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1027-1032. – EDN: MWKXUX

⁷ Чеснокова И. И. Первые итоги внедрения новой модели непрерывного повышения квалификации в систему постдипломного повышения квалификации врачей // Развитие образования. – 2020. – № 1(7). – С. 25–28. – DOI: 10.31483/r-64109. – EDN: JVVKMХ; Пивень Д. В., Кицул И. С. Перспективы и возможные варианты развития непрерывного медицинского образования // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 4–9. – DOI: 10.21045/1811-0185-2022-7-4-9. – EDN: MJHQEY

⁸ Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В. и др. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности / отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. Ю. В. Бурдастова. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 145 с. – EDN: HJKQMA

⁹ Пивень Д. В. Повышение квалификации врачей: основные вызовы сегодня и что делать // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 4–13. – DOI: 10.21045/1811-0185-2022-2-4-13. – EDN: HTLCBB

Меньшим интересом пользуется работа института аттестации, несмотря на то что, судя по убывающему количеству медицинских специалистов с категорией, этот институт дает сбои. В отличие от института аккредитации, участие в котором носит обязательный характер, институт аттестации базируется на принципе добровольности и стимулах специалистов участвовать в нем. Практика показывает, что эти стимулы работают недостаточно успешно¹⁰. Даже высказываются соображения, что данный институт целесообразно упразднить. Вместе с тем многие исследователи считают необходимым сохранить аттестацию (с учетом корректировки), так как именно на нее возложена основная функция профессионального развития кадров и их движения по квалификационным уровням¹¹.

Еще один аспект широко проводимых исследований проблематики профессионального развития кадров в организациях здравоохранения относится к использованию профессионально-квалификационного потенциала сотрудников, предполагающего создание таких условий для трудовой деятельности, которые способствуют квалификационному росту. Эти условия также должны служить своего рода стимулами названного роста. Среди них большинство исследователей выдвигают на первое место величину оплаты труда, недостаточную для стимулирования и получения качественных результатов трудовой деятельности и заинтересованности специалистов в повышении квалификации¹². Меньшее, но тоже немаловажное значение придается организации труда, качеству медицинского оборудования, режимам работы и пр.

Недостаточно изученным аспектом проблемы профессионального развития в организациях здравоохранения остается анализ специфики этого процесса в динамическом ракурсе, который создает более полные возможности вскрывать уязвимые места механизмов данного развития. Такой анализ, предпринятый в настоящем исследовании, предполагает выявление особенностей формирования и использования профессионально-квалификационного потенциала медицинских специалистов и факторов их квалификационного роста, обеспечивших его динамику за пятилетний период (2019–2023).

Чтобы структурировать вопросы формирования и использования профессионально-квалификационного потенциала медицинских специалистов, анализ проведен под углом зрения трудовой мобильности, разделения ее внешних и внутренних форм. Исследование внешней формы, представленной межфирменной мобильностью, точнее, установками на нее, позволяет выявлять, устраивает ли специалистов текущая занятость или, наоборот, стимулирует их желание сменить место работы. Изучению также подлежат факторы, обуславливающие ту или иную готовность к межфирменным перемещениям. В определенной мере она характеризует внутрифирменную среду, от которой зависят условия использования профессионально-квалификационного потенциала. Внутренняя форма трудовой мобильности чаще всего осуществляется через профессионально-квалификационный рост, формирующий соответствующий потенциал специалистов, а в совокупности кадровый потенциал медицинских организаций.

¹⁰ Чернецкий В. Ю. Повышение квалификации сотрудников медицинских организаций как элемент трудовой мотивации // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2022. – № 5. – С. 136–142. – DOI: 10.34773/EU.2022.5.27. – EDN: RWYYZU

¹¹ Шишкин С. В., Темницкий А. Л. Роль аттестации медицинских специалистов в повышении трудовой мотивации // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2019. – № 2. – С. 141–167. – EDN: YFYLYE; Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В. и др. Организационно-кадровые механизмы повышения эффективности работы медицинских организаций / отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. О. А. Александрова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 205 с. – EDN: UVVDEU

¹² Манаков Л. Г. К проблеме мотивации профессиональной деятельности в здравоохранении // Вопросы науки и образования. – 2019. – № 28(77). – С. 14–23. – EDN: BPTBAD

В исследовании использовались нормативные материалы Министерства здравоохранения РФ и Правительства Москвы. Статистическая база представлена информацией Росстата, эмпирическими данными двух выборочных анкетных опросов (2019 и 2023 гг.) и экспертного опроса (2022–2023) медицинских специалистов, выполненных под эгидой НИИОЗММ при участии авторов.

УСТАНОВКИ И ФАКТОРЫ МЕЖФИРМЕННОЙ МОБИЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Трудовую мобильность традиционно подразделяют на внутреннюю (внутрифирменную) и внешнюю (межфирменную), включающую следующие виды: профессионально-квалификационную, территориальную, отраслевую (межотраслевую, межсекторальную). Профессионально-квалификационные изменения в основном происходят на внутрифирменном уровне, при этом отчасти они могут совпадать с межфирменными, когда, например, смена профессии сопровождается территориальными перемещениями и/или переходом в другую отрасль.

Особенностью территориальной трудовой мобильности в российской столице является не столько отток медицинских специалистов в другие регионы и поселения, сколько их приток в Москву ввиду больших возможностей трудоустройства, доступа к дополнительному профессиональному образованию и к сравнительно привлекательным заработкам. Эти процессы не только способствуют уменьшению городского дефицита кадров, но и существенно их обновляют.

По информации анкетного опроса врачей и среднего медицинского персонала (СМП), проведенного в 2019 г., обновление кадрового состава в предшествующее опросу десятилетие происходило в основном за счет приезжих специалистов¹³. Поэтому основой оттока кадров из МО выступает межфирменная мобильность, которая осуществляется преимущественно в пределах города. Но поскольку Москва – самый крупный российский мегаполис и его районы по численности жителей превосходят многие субъекты РФ, межфирменная мобильность, особенно если она сопровождается переходом в организации в других районах столицы, отчасти сопоставима с территориальными перемещениями.

В целом потоки межфирменной мобильности столичных медицинских кадров сравнительно невысоки, о чем свидетельствуют данные Росстата об их обороте (рис. 1.1).

¹³ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – 244 с. – EDN: DVHZTQ

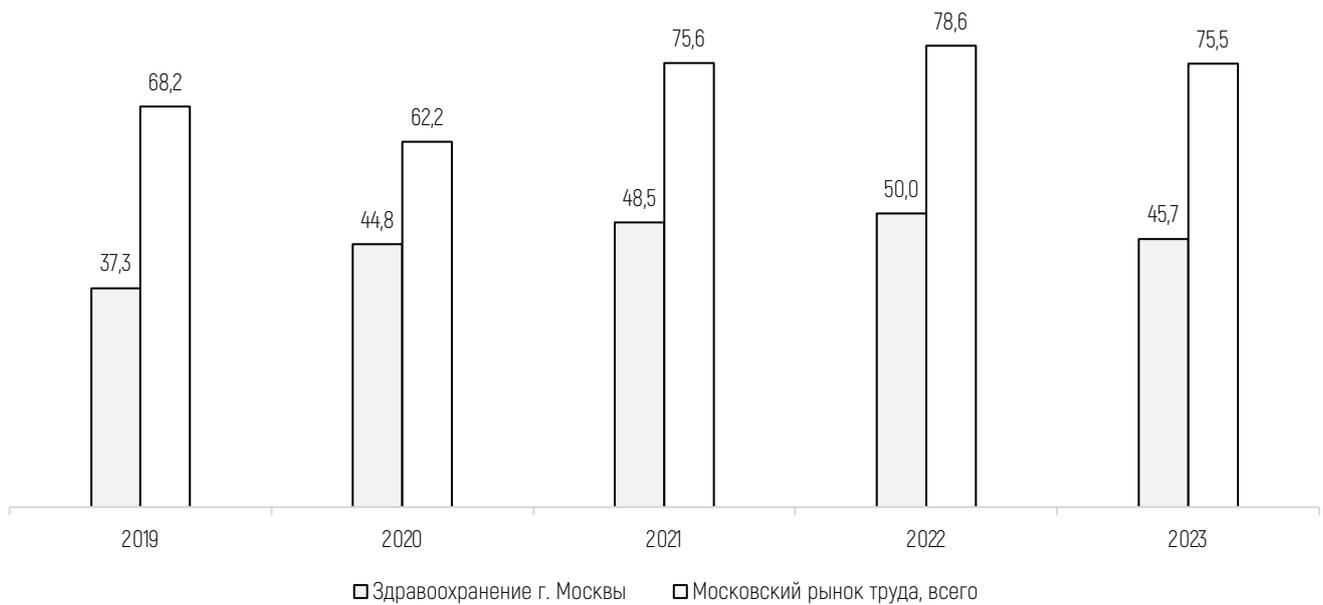


Рис. 1.1. Оборот кадров в организациях Москвы, в том числе в организациях здравоохранения (2019–2023), процент к списочной численности

Источник: Данные Росстата.

Отраженный на рис. 1.2 невысокий оборот работников здравоохранения характерен не только для Москвы, так как в РФ кадры в сфере медицины наряду с кадрами в сфере образования отличаются самой низкой межотраслевой мобильностью¹⁴. Ее потоки складываются из приема и выбытия сотрудников, динамика которых в здравоохранении Москвы за рассматриваемое пятилетие показана на рис. 1.2.

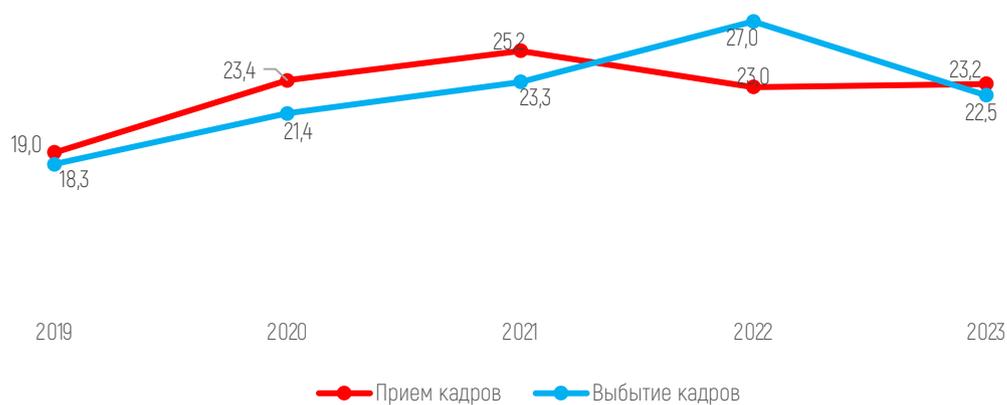


Рис. 1.2. Прием и выбытие кадров в организациях здравоохранения Москвы (2019–2023), процент к списочной численности

Источник: Данные Росстата.

¹⁴ Вакулenco Е. С. Сравнительный анализ межрегиональной и межсекторной мобильности в России // Экономика региона. – 2020. – Т. 16. № 4. – С. 1194–1207. – DOI: 10.17059/ekon.reg.2020-4-13. EDN: FUOSPF

На рис. 1.2 видна меняющаяся динамика потоков оборота кадров в столичном здравоохранении, которая в рассмотренный период в основном была обусловлена эпидемиологическим фактором. В годы эпидемии коронавируса прием работников заметно повысился, в том числе по информации экспертного опроса специалистов, за счет привлечения вышедших на пенсию сотрудников. К практическому завершению эпидемии прием пошел на спад, а выбытие, наоборот, возросло. В 2023 г. оба этих процесса изменили динамику, сближаясь с данными в период, предшествующий эпидемии. В целом за рассмотренные годы прием работников незначительно, но опережал их выбытие, и это соотношение характерно прежде всего для медицинских специалистов – врачей и среднего медицинского персонала (СМП).

Каковы установки медицинских специалистов на смену работы, показали анкетные опросы в 2019 г. и 2023 гг. Информация этих опросов отражена в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Распределение ответов респондентов на вопрос «Входит ли в ваши планы смена работы» (2019 и 2023 гг., %)

Показатель	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
Не хочет менять работу	75,7	68,1	68,6	76,0
Не может или не надеется найти другую работу	3,3	6,2	4,4	5,1
Собирается перейти на другое место в данной организации	2,5	2,6	1,8	1,8
Хочет перейти в другую МО	2,9	8,1	6,9	6,0
Хочет перейти в другую сферу деятельности	1,7	8,4	1,5	6,5
Хочет вообще оставить работу (уйти на пенсию и др.)	2,9	4,2	2,9	2,9
Другое	11,0	2,4	13,9	1,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Согласно табл. 1.1, более 80 % респондентов (вместе с теми, кто не может или не надеется найти другую работу) не готовы к новому трудоустройству, что является одним из существенных факторов низкой межфирменной мобильности специалистов здравоохранения. При этом большинство потенциальных межфирменных «мигрантов» в оба рассмотренных года были настроены остаться в сфере медицины. Но в 2023 г. в их составе скачкообразно повысилась доля желающих уйти в другую сферу деятельности (в сравнении с 2019 г. у врачей рост почти в 5 раз, у СМП – в 4,3 раза). Таковых на врачей пришлось 44 % потенциальных «мигранта», на СМП – 45,4 %. Учитывая проблему дефицита кадров в здравоохранении, в том числе в российской столице, это является настораживающим симптомом.

Желание сменить работу зависит от удовлетворенности ею в организациях, в которых трудятся специалисты. В свою очередь, эта удовлетворенность характеризует условия трудовой деятельности, или рабочей среды, призванной способствовать профессиональному развитию медицинских специалистов. Соответствующие оценки, по данным анкетных опросов, приведены в табл. 1.2.

Таблица 1.2

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «Устраивает ли вас работа в данной организации?» (2019 и 2023 гг., %)

Устраивает ли работа в организации	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
Вполне устраивает	45,7	46,6	45,5	52,4
Скорее, устраивает	41,4	42,5	37,5	36,9
Скорее, не устраивает	5,7	6,2	4,7	4,8
Совсем не устраивает	1,9	1,4	1,2	1,3
Затруднились ответить	5,3	3,3	11,3	4,6
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Совокупные оценки удовлетворенности работой (работа вполне и, скорее, устраивает) у респондентов достаточно высоки: в основном свыше 80 % и у врачей, и у сестринского персонала (среди опрошенных в составе СМП с большим отрывом преобладают медицинские сестры) (см. табл. 1.2). Более того, за пятилетие эти оценки в обеих профессиональных группах улучшились, в том числе за счет оценок «вполне устраивает». В то же время фактически не выявлено снижения долей респондентов, негативно оценивших удовлетворенность работой (ответы «скорее и совсем не устраивает»), но эти доли весьма скромны.

Несмотря на получение высоких значений индикатора удовлетворенности работой, важно остановиться на проблемах, которые возникают у медицинских специалистов на внутрифирменном уровне и осложняют профессиональное развитие, а значит, качественное выполнение работы, а также содействуют установкам на межфирменную мобильность. По информации одного из опросов московских врачей, проведенного группой исследователей (2017), к факторам рабочей среды, создающим наибольшие проблемы в профессиональной деятельности специалистов, относятся (в порядке значимости) недостаточный размер заработной платы, ограниченность времени на прием пациентов, значительные затраты сил и рабочего времени на оформление документов, усталость к концу работы и, как нередкое следствие, эмоциональное выгорание¹⁵. Для подтверждения значимости данных факторов они рассмотрены по материалам анкетных опросов 2019 и 2023 гг. Прежде всего это фактор размера оплаты труда (табл. 1.3).

¹⁵ Забелина О. В., Мирзабалаева Ф. И. Предпосылки профессиональной и межотраслевой мобильности российских работников // Экономика труда. – 2020. – Т. 7. № 8. – С. 659–676. – DOI: 10.18334/et.7.8.110727. – EDN: RUNVRC

Таблица 1.3

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «Удовлетворяет ли вас размер оплаты труда?» (2019 и 2023 гг., %)

Удовлетворяет ли размер оплаты труда	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
Вполне удовлетворяет	23,2	19,2	20,2	18,6
Скорее, удовлетворяет	48,5	47,4	39,3	39,2
Скорее, не удовлетворяет	14,9	22,4	21,3	25,7
Совсем не удовлетворяет	3,8	6,6	5,1	8,8
Затруднились ответить	9,6	4,4	14,1	7,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Исходя из данных табл. 1.3, в 2019 г. размер заработной платы в целом удовлетворял почти 72 % респондентов-врачей, а в 2023 г. этот индикатор снизился до 67 %. Такой уровень удовлетворенности заработками, несмотря на его уменьшение, нельзя назвать низким. Но необходимо отметить: доля неудовлетворенных оплатой труда повысилась и в большей мере по группе совсем не удовлетворенных. У сестринского персонала индикаторы удовлетворенности заработками в оба года не достигли 60 % и за пятилетие тоже уменьшились. А доля не удовлетворенных в 2023 г. подросла до трети медсестер. Это не вызывает удивления, поскольку, по информации Росстата за 2023 г., средняя заработная плата СМП среди специалистов средней квалификации всех исследованных отраслей заняла удручающее последнее место.

У врачебного персонала средний заработок тоже вряд ли можно считать достойными, поскольку оплата их труда должна быть заметно выше, чем в среднем по группе специалистов высокой квалификации. У врачей срок получения формального образования и накопления специфического капитала, нужного для выхода на пик профессиональных компетенций, отличается повышенной длительностью, что обычно позитивно сказывается на квалификационном потенциале. Однако, по информации Росстата, в профессиональной группе высококвалифицированных специалистов врачи по величине заработков не являются лидерами. Этим можно объяснить сравнительно невысокие оценки врачами, а также медсестрами справедливости оплаты труда (ее соответствия трудовому вкладу): в 2019 г. негативные оценки дала четверть обеих категорий специалистов, а в 2023 г. – уже выше трети.

Еще одним фактором, осложняющим профессиональное развитие, выступает загруженность персонала на основной работе. Если она высокая, то продуцирует ограниченность времени на обслуживание пациентов, на дополнительную профессиональную подготовку и вызывает серьезную усталость от работы. О степени трудовой нагрузки респондентов дают представление данные табл. 1.4.

Таблица 1.4

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «Как вы оцениваете свою загруженность на основной работе?» (2019 и 2023 гг., %)

Степень загруженности на основной работе	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
Очень загружены, работаете на пределе сил	18,6	19,1	16,9	10,1
Довольно загружены, очень устаете	54,0	52,1	43,4	42,3
Нормально загружены, работаете в меру своих сил	27,4	28,1	39,7	47,6
Не очень загружены, могли бы работать больше	0,0	0,7	0,0	0,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Трудовая нагрузка врачебного и сестринского персонала, более весомая у врачебного персонала, хотя и несколько снизилась за пятилетие, но по-прежнему весьма значительна (см. табл. 1.4). Свыше половины респондентов отметили в совокупности, что они очень загружены (работают на пределе сил) и довольно загружены (очень устают). По некоторым оценкам, такая напряженность работы ведет к эмоциональному выгоранию. Полагаем, под более надежную оценку угрозы эмоционального выгорания все-таки подпадает работа на пределе сил, хотя нельзя исключать, что этот феномен проявляется и у части тех, кто сильно устает.

У респондентов также выяснялись причины загруженности по основному месту работы. Из-за некоторого расхождения опросных материалов анкетных опросов в 2019 и 2023 гг. корректно сопоставить рассчитанные цифры не представляется возможным. Но при этом основные ответы в обоих опросах практически одинаково ранжируются по количеству респондентов. Для наглядности приведена информация опроса в 2023 г. по схожим ответам (рис. 1.3).

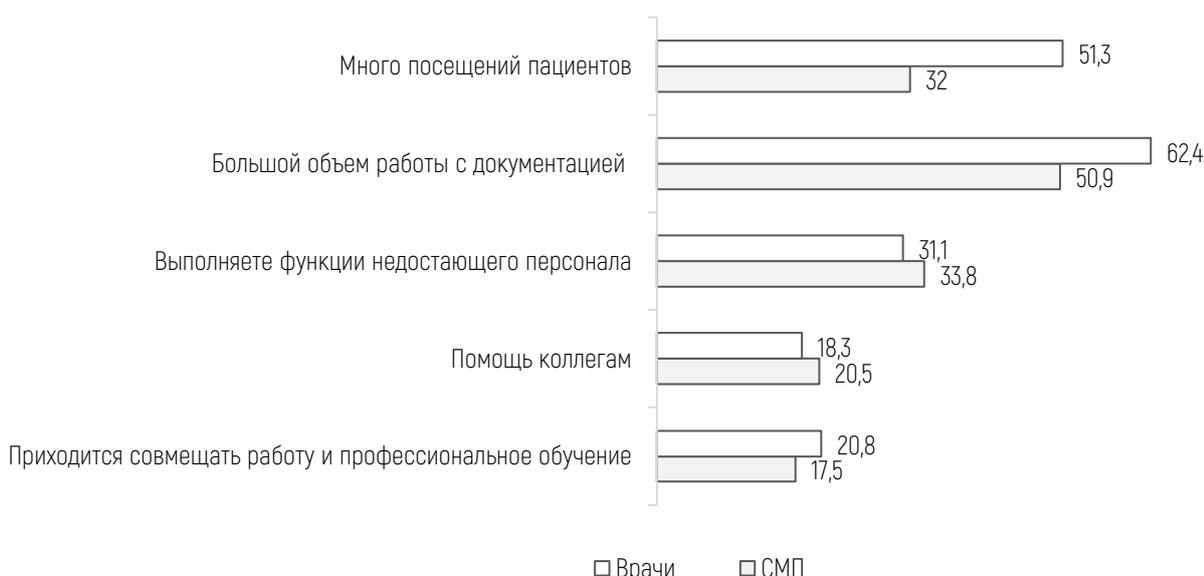


Рис. 1.3 Распределение респондентов анкетного опроса по ответам на вопрос «С чем связана ваша загруженность на основной работе?» (2023), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

На рис. 1.3 по сумме ответов, как и в 2019 г., на первое место выходит работа с документацией, на второе – солидный объем медицинской работы, в основном по обслуживанию пациентов, на третье – необходимость выполнять функции недостающего персонала. Материалы анкетного опроса подтвердили мнения респондентов экспертного опроса: основными причинами значительной трудовой нагрузки являются компенсация нехватки кадров и большой объем непрофильных обязанностей (работа с документами и пр.). Особенно напрягает специалистов работа с документацией, а также из-за дефицита требуемых кадров обслуживание чрезмерного для них количества пациентов и выполнение функций недостающего персонала. Разумеется, такая нагрузка не может не вызывать у специалистов сильную усталость и не влиять на качество профильной работы. Следует также добавить, что среди медицинских специалистов распространена дополнительная занятость, усугубляющая проблему загруженности на работе. В 2023 г. подрабатывали 21,8 % врачей и 19,8 % врачей и медсестер, что заметно меньше, чем в 2019 г. Но основным мотивом для подработок по-прежнему остались материально-денежные факторы, что косвенно свидетельствует о недостаточной удовлетворенности размером заработной платы.

Несмотря на перечисленные проблемы, удовлетворенность работой у медицинских специалистов выше, чем в среднем у всех российских специалистов высокой и средней квалификации, о чем говорят данные Росстата (Комплексное наблюдение условий жизни – КОУЖ-2022). Чтобы уточнить, с чем связан высокий уровень этого индикатора, по информации обоих анкетных опросов рассмотрены факторы, удерживающие специалистов на текущей работе (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «Что удерживает вас в данной организации» (2019 и 2023 гг.), %

Что удерживает в организации	Врачи *		СМП *	
	2019	2023	2019	2023
Стабильность рабочего места	48,0	55,8	55,8	52,1
Стабильность оплаты труда	53,2	60,3	58,2	53,8
Размер оплаты труда	23,9	20,7	18,4	16,3
Содержание работы	16,3	20,4	6,9	17,4
Возможности профессионально роста	22,3	21,4	12,2	12,7
Возможности должностного (карьерного) роста	25,1	11,3	15,3	6,8
Возможности работать на современном оборудовании и с современными материалами, препаратами	43,9	10,9	38,3	7,1
Отношения в коллективе	35,4	47,6	26,2	46,3
Близость работы к дому	14,1	37,8	27,4	44,1

*** Итог больше 100 %, так как респонденты могли дать несколько ответов.**

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

По результатам табл. 1.5 с отрывом лидируют факторы стабильности рабочего места и оплаты труда. Они отмечены не менее чем половиной и врачей, и медсестер. Данные факторы характерны для бюджетной сферы, к которой принадлежит абсолютное большинство МО, и являются ее определенным преимуществом. На втором месте факторы, отражающие комфортность условий работы (в 2023 г. их отметили около и свыше 40 % обеих групп специалистов). В состав названных факторов вошли отношения в коллективе и близость работы к дому. В той или иной

степени они ограничивают межфирменную мобильность, поскольку присущи многим городским МО, а устроиться на работу по специальности, близкую к месту жительства, не составляет большого труда ввиду насыщенности города данными организациями. Третье место занял фактор размера оплаты труда, на значимость которого тоже влияют особенности бюджетной сферы, сдерживающие межфирменную дифференциацию зарплаток.

Факторы, относящиеся к профессиональному развитию (содержание работы, возможности профессионального роста), отмечены меньшим количеством респондентов. При этом значение фактора должностного роста, тесно связанного с профессиональным развитием, не только снизилось, но и оказалось в 2023 г. на самых низких позициях. Из этого следует, что механизмы профессионального совершенствования и движения по карьерной лестнице действуют недостаточно результативно, ограничивая профессионально-квалификационную мобильность.

В целом анализ показал, что для столичного региона характерна сравнительно небольшая межфирменная мобильность в сфере здравоохранения, так как, по данным анкетного опроса, доминирующую часть опрошенных медицинских специалистов работа у текущего работодателя устраивает. Однако было бы преувеличением считать, что высокая удовлетворенность работы связана только с ее достоинствами, хотя они имеют немаловажное значение. Прежде всего достоинства относятся к параметрам стабильности рабочих мест и трудовых доходов, присущих бюджетной сфере и поэтому отличающихся значительной унифицированностью. Но в то же время они ограничивают действие рыночных механизмов в области более оптимального распределения трудовых ресурсов по объектам занятости, которые, как правило, стимулируют профессионально-квалификационную мобильность. Соответственно готовность кадров к этой мобильности сдерживается.

УСТАНОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КВАЛИФИКАЦИОННУЮ МОБИЛЬНОСТЬ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

Формирование профессионально-квалификационного потенциала медицинских специалистов тесно связано с механизмами использования этого потенциала. Для оказания качественной диагностической и лечебной помощи важно правильное размещение медицинских кадров в системе рабочих мест, что подразумевает соответствие квалификации работников тем требованиям, которые определены на конкретных должностных позициях. Отклонение квалификации в ту или иную сторону нежелательно. Если сотрудники обладают чрезмерной для текущей работы квалификацией, то их трудовой потенциал не используется в полной мере. Это чревато нарастанием неудовлетворенности работой (прежде всего содержанием труда), ослаблением стимулов к дальнейшему профессиональному росту или формированием установок на смену работы.

Но опаснее дефицит квалификации, последствия которого проявляются в оказании ненадлежащей медицинской помощи. В этом случае требуется постоянный надзор за выполнением работником должностных обязанностей, что оборачивается дополнительной нагрузкой на кураторов. Подобную ситуацию специалисты нередко связывают с приходом в организацию не обладающих достаточным практическим опытом выпускников медицинских учебных заведений и новичков, которым нужно время, чтобы освоиться на рабочем месте, с внутрифирменными перемещениями (в том числе на руководящие должности), с необходимостью адаптации после прохождения

переквалификации. В этих случаях нехватку знаний и навыков у сотрудников рекомендуют компенсировать в рамках подходящих моделей наставничества¹⁶.

По данным анкетных опросов, в 2019 г. около 3/4 врачебного и сестринского персонала выполняли работу, которая соответствовала их квалификации, а каждый четвертый респондент указал на ее несоответствие (выше или ниже) либо затруднился с оценкой (табл. 1.6).

Таблица 1.6

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «Соответствует ли выполняемая вами работа в данной организации вашей квалификации?», %

Соответствие квалификации выполняемой работе	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
Квалификация выше	12,2	16,1	8,6	16,2
Примерно соответствует	75,2	68,7	72,7	61,1
Квалификация ниже	0,4	1,5	0,7	2,6
Затруднились ответить	12,2	13,7	18,0	20,1
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

В 2023 г. данное рассогласование существенно выросло как у врачей, так и СМП. Хотя большинство работало «на своем месте» (более 2/3 опрошенных врачей и 61,1 % специалистов среднего звена), но 17,6 % врачей и 18,8 % СМП указали на несоответствие квалификации. Разбалансировка проявилась по всем направлениям: увеличилось число сотрудников как с нехваткой, так и с избытком квалификации. Значительно выросло и число затруднившихся с ответом, что в данном контексте подразумевает наличие каких-либо несостыковок, в числе которых избыток одних компетенций и нехватка других. По мировым меркам такое квалификационное несоответствие медперсонала представляется высоким¹⁷.

В 2023 г. большинство указавших на нехватку квалификации не относилось к категории молодых специалистов или недавно прошедших переквалификацию. Так, стаж медицинской работы менее трех лет имел среди них только каждый пятый врач и каждая седьмая медсестра, а стаж работы по специальности в пределах трехлетнего периода был у 32 % врачей и 19 % СМП. Таким образом, дефицит профессиональных знаний и навыков в большей мере присущ медицинским специалистам с опытом работы.

Если говорить о наличии сверхквалификации на занимаемых должностях, то в динамике она выросла на треть у врачебного персонала, а среди СМП удвоилась. Это означает, что ситуация как с избытком, так и с дефицитом квалификации носит весьма сложный характер и вызвана более широким, чем традиционно принятым к рассмотрению, кругом факторов.

Несоответствие квалификационного уровня и должностных обязанностей, помимо недостатков в организации дополнительного профессионального образования, усугубляют последствия структурной оптимизации кадров и, как было выше сказано, растущий дефицит кадров. Этот де-

¹⁶ Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В. и др. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности.

¹⁷ Health Workforce Policy in OECD countries: the right jobs, the right skills, the right places, OECD Health Policy Research. Paris: OECD Publishing House, 2016. – URL: <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>

фицит вынуждает руководство по возможности компенсировать недостающих специалистов наличным персоналом. Сказываются и дефекты функционирования социальных лифтов в отдельных организациях и межфирменной мобильности в рамках системы ДЗМ. Кроме этого, воздействие оказывает и внедрение нового института оценки квалификации – аккредитации. Переход к аккредитации сопровождается изменением требований к нормативному уровню квалификации, у медицинских специалистов вызывая переосмысление всего комплекса знаний и навыков и соответствующее изменение поведения, прежде всего в части образовательной подготовки.

Институционализация аккредитации еще не завершена. В 2017–2020 гг. масштабы аккредитации были незначительными, поскольку ограничивались первичной и первичной специализированной формами, охватывая только выпускников медицинских вузов и колледжей, окончивших ординатуру и прошедших профессиональную переподготовку. С подключением периодической аккредитации, предназначенной для оценки соответствия надлежащему уровню квалификации основного медперсонала, численность аккредитованных стала быстро расти, и к началу 2024 г. достигла половины кадрового состава московского здравоохранения. Прохождение аккредитации требовало заблаговременного включения медицинских специалистов в введенную для этого НМО, что и фиксировалось соответствующим ростом зарегистрированных пользователей портала НМФО. Эти новации привели к серьезной модернизации условий, в которых наращивается квалификационная составляющая трудового потенциала медицинских коллективов.

В связи с этим выяснялось, каковы взгляды у медицинских специалистов на механизм формирования надлежащего уровня квалификации, а главное – как изменилась их точка зрения на данный механизм (табл. 1.7).

Таблица 1.7

Распределение респондентов анкетных опросов по ответам на вопрос «От каких факторов зависит надлежащий уровень квалификации по вашей специальности?» (не более трех наиболее важных), %

Варианты ответа	Врачи		СМП	
	2019	2023	2019	2023
От качественного профессионального образования	65,6	77,4	56,5	59,9
От опыта работы по специальности	84,4	80,2	84,7	81,7
От качества дополнительного профессионального образования	58,2	52,7	58,5	38,3
От приверженности к самообразованию	54,9	59,2	28,2	29,8
От профессиональной помощи со стороны коллег	21,7	30,5	27,2	30,0
Другое	0,4	0,6	0,7	1,5

*** Итог больше 100 %, так как респонденты могли дать несколько ответов.**

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Как видно из табл. 1.7, структура факторов, определяющих уровень квалификации, имеет в общем виде три уровня значимости. Наиболее ценными у опрошенных врачей являются опыт работы по специальности и основное медицинское образование, менее значимы по сравнению с ними дополнительное профессиональное образование и самоподготовка, наконец, на третьем месте помощь более компетентных коллег. У среднего медперсонала эта структура имеет несколько иной вид: наиболее важным считается приобретение практического опыта, вторыми по значимости идут основное и дополнительное медицинское образование, на третьем месте профессиональная помощь коллег и самообразование.

Структура факторов, определяющих должный уровень профессионализма, за 2019–2023 гг. у врачей и СМП сохранила устойчивость. Однако восприятие отдельных составляющих изменилось, но по большей части схожим образом. Ощутимо выросла ценность качественного базового медицинского образования и помощи со стороны коллег (больше у врачей). Уменьшилась, напротив, значимость дополнительного профессионального образования (особенно сильно среди сестринского персонала). Отчасти снизилась важность накопления профессионального опыта, а среди врачей усилилась роль самообразования.

При таких изменениях важно понять, в какой мере медицинские специалисты заинтересованы в повышении квалификации не формально, а на деле. С этой целью идентифицированы респонденты анкетного опроса (2023), в структуре трудовой мотивации которых высокие позиции занимали такие ценности, как приверженность к непрерывному повышению квалификации, инициативность, творческий подход к работе или стремление к карьерному росту. Данные установки были выявлены у 60 % опрошенных врачей и 44 % специалистов среднего звена. Таким образом, хотя и не доминирующее, но большинство врачей ориентировано на профессионально-квалификационное развитие. В отличие от врачей у среднего медперсонала аналогичная ориентированность не является типичной (их доля менее половины). Данный факт свидетельствует об их ослабленной мотивации к профессионально-квалификационному росту, что, к слову сказать, вызывает тревогу, поскольку не в полной мере соответствует современным требованиям к медицинскому специалисту. Стоит также добавить, что повышенная доля нацеленных на профессиональный рост выявлена среди врачей, закончивших аспирантуру или докторантуру (77 %), а также у медсестер с высшим медицинским образованием (64 %), которые опережали в этом плане средний показатель по врачебному персоналу.

Оказалось, что у нацеленных и, напротив, не нацеленных на профессиональный рост взгляды на достижение должного квалификационного уровня различаются. Основное расхождение лежит не в области получения качественного базового медицинского образования и накопления специфического капитала на рабочем месте (их значимость высока и поддерживается большинством врачей и среднего медперсонала). Отличает их прежде всего подход к самообразованию, обучению в системе дополнительного образования и получению знаний от более опытных коллег.

По мнению врачей с активными установками, перманентное самообразование так же важно для поддержания надлежащего уровня квалификации, как и базовое образование по специальности (медвуз, ординатура, интернатура), и совершенствование навыков на рабочем месте (рис. 1.4).

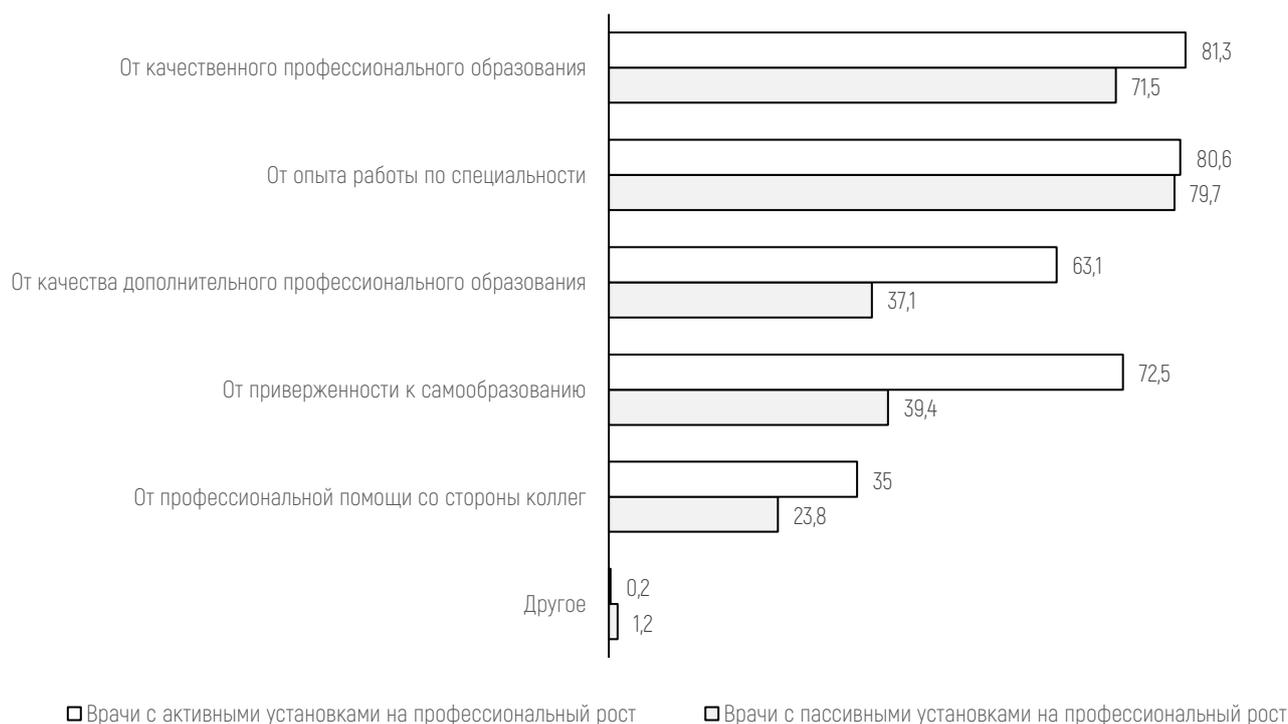


Рис. 1.4. Распределение респондентов-врачей с активными и пассивными установками на профессиональный рост по ответам на вопрос «От каких факторов зависит надлежащий уровень квалификации по вашей специальности?» (не более трех наиболее важных), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Как видно на рис. 1.4, весомость качественного формального и неформального обучения в рамках системы дополнительного профессионального образования оценена респондентами высоко, однако ниже, чем самообразования. Это свидетельствует об его отставании от индивидуальных потребностей медицинских специалистов. Однако если сравнить врачей с активными и пассивными установками в плане квалификационного роста, то врачи, нацеленные на профессиональное совершенствование, в 1,7 раза больше ценят качественное дополнительное образование и в 1,5 раза помощь опытных коллег.

Средний медперсонал с активными установками в меньшей мере, чем врачи, полагается на самообразование, зато примерно так же на помощь опытных коллег. Но, по сравнению с имеющими пассивные установки, они в 2,4 раза выше ценят самообразование, в 1,7 раза дополнительное профессиональное образование и 1,5 раза передачу практического опыта от коллег (рис. 1.5).

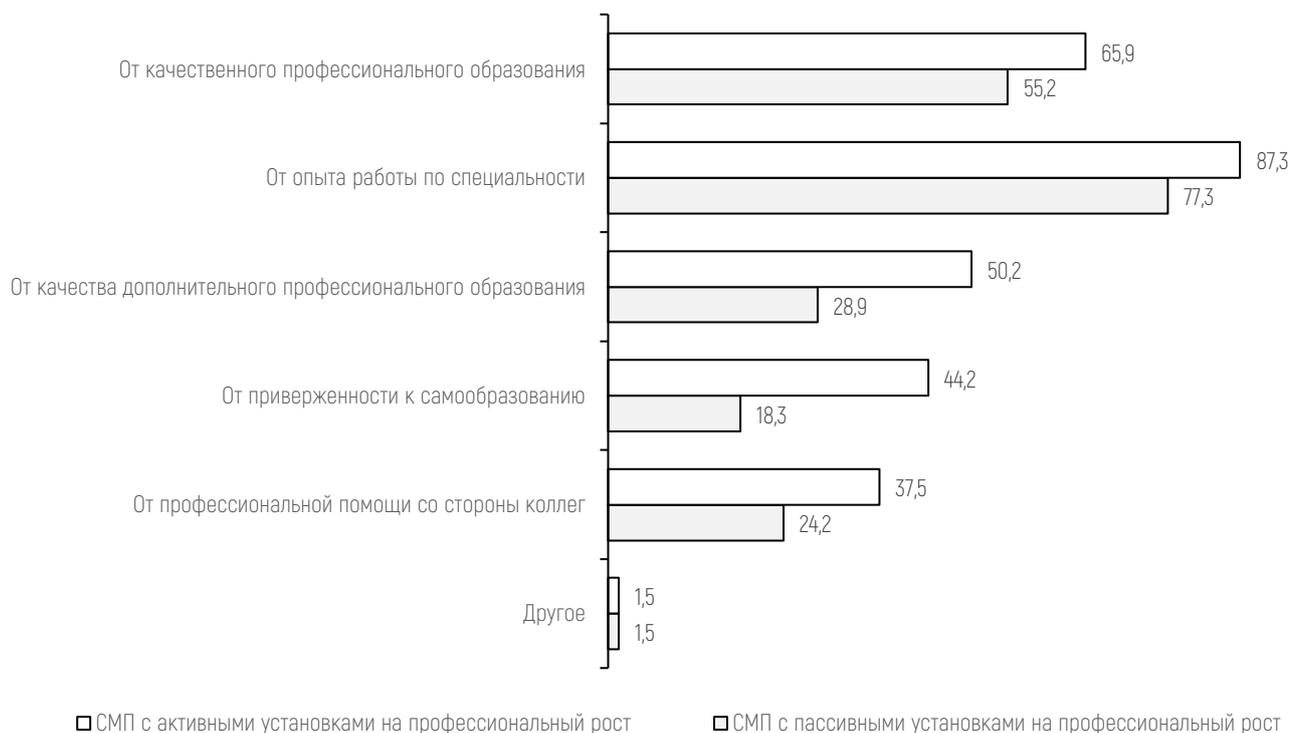


Рис. 1.5. Распределение респондентов СМП с активными и пассивными установками на профессиональный рост по ответам на вопрос «От каких факторов зависит надлежащий уровень квалификации по вашей специальности?» (не более трех наиболее важных), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Хотя СМП, в отличие от врачебного, куда больший вес придает совершенствованию квалификации в ходе ежедневной работы, чем знаниям и навыкам, полученным в стенах учебного заведения, однако для каждого второго, ориентированного на профессиональный рост, примерно так же важно и качество дополнительной подготовки по специальности.

Указанные выше различия в установках отражаются на реальном поведении медицинских специалистов: приоритетность квалификационного роста воплощается во всех формах формального и неформального образования, но особенно сильно в части самообразования (рис. 1.6).

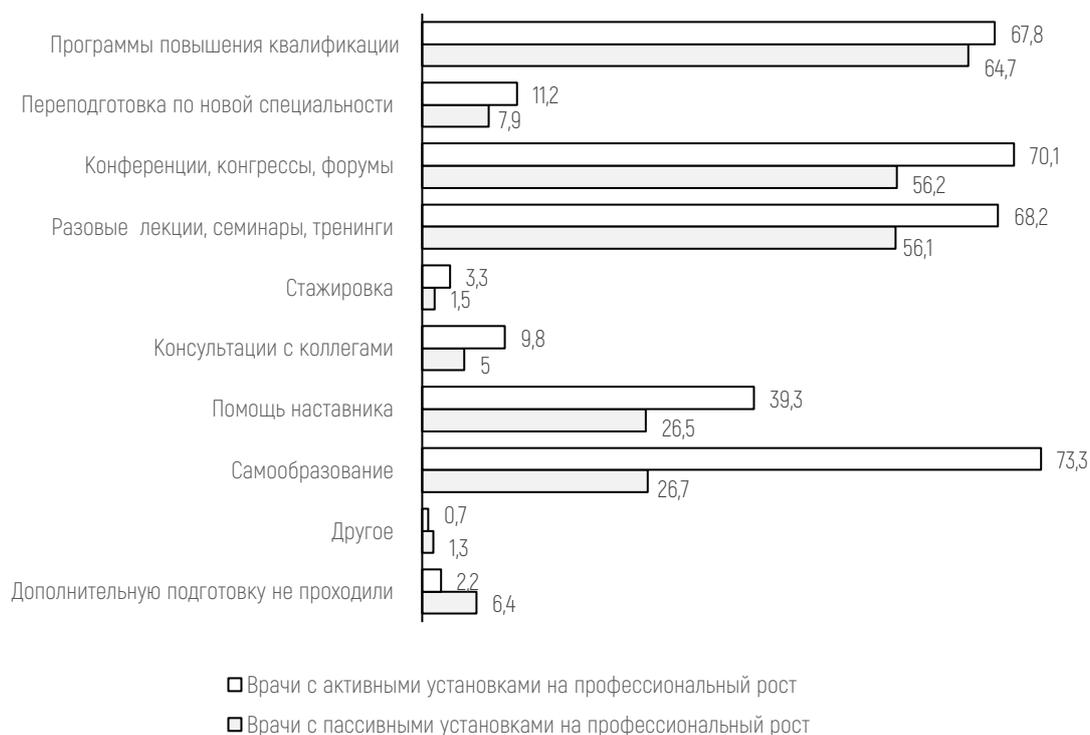


Рис. 1.6. Распределение респондентов-врачей с активными и пассивными установками на профессиональный рост по ответам на вопрос «В каких образовательных мероприятиях вы приняли участие за последний год?» (все подходящие варианты), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Из рис. 1.6 видно, что среди опрошенных врачей с активными установками подавляющее большинство занимается самообразованием, в то время как среди респондентов с пассивными установками, напротив, меньшинство. Первые, в отличие от вторых, чаще проходят стажировку (в 2,2 раза), консультируются по сложным вопросам с коллегами (в 2 раза), имеют наставника (1,5 раза), проходят переквалификацию (на 42 %), участвуют в конференциях, семинарах и т. п. (на 22–25 %). Минимально различается лишь обучение по стандартным программам повышения квалификации.

У среднего медицинского персонала, так же как у врачей, основные отличия связаны не с обучением по программам повышения квалификации, а с теми видами подготовки, где в большей мере требуется индивидуальный подход и инициатива (рис. 1.7).

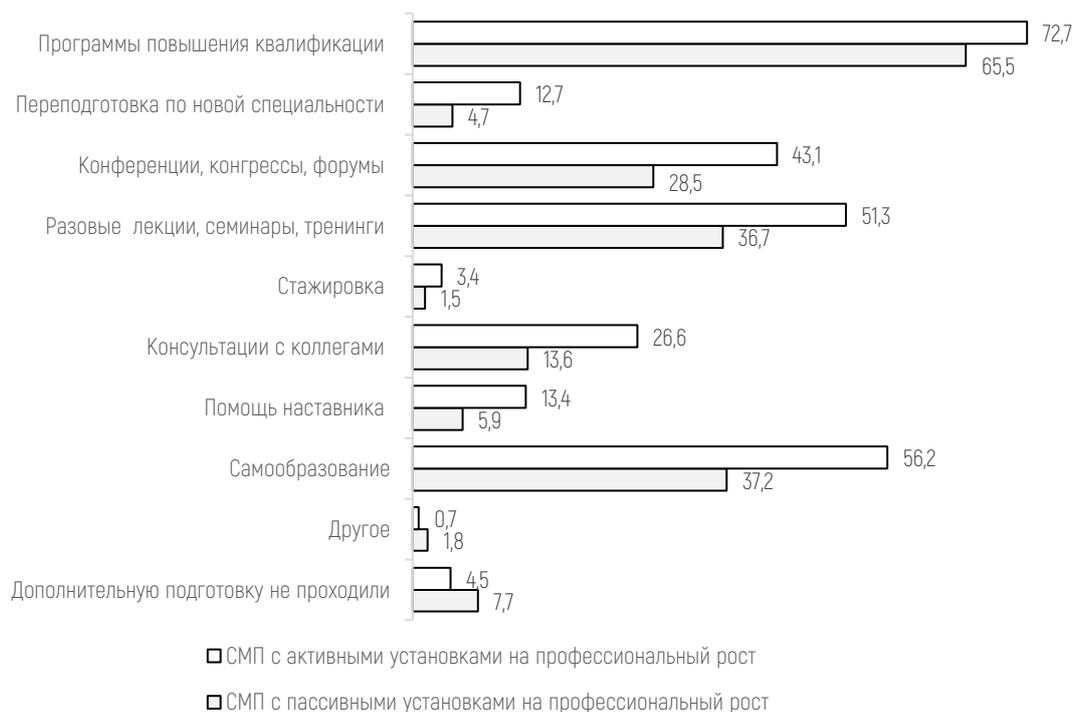


Рис. 1.7. Распределение респондентов СМП с активными и пассивными установками на профессиональный рост по ответам на вопрос «В каких образовательных мероприятиях вы приняли участие за последний год?» (все подходящие варианты), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

СМП с активными и пассивными установками особенно различается в части переподготовки по новой специальности. Инициативные сотрудники чаще проходят обучение для получения более подходящей, прежде всего в материальном плане, специальности. Переквалификация порой инициируется и руководством, однако не только требует согласия сотрудника, но, как правило, выбор падает на тех, кто готов к изменениям в профессиональном статусе.

Даже больше, чем врачи, ориентированные на повышение квалификации, медицинские сестры стараются обучаться в ходе взаимодействия с более опытными коллегами и с помощью наставника, т. е. в рабочей обстановке. Чему, как правило, способствует непосредственное руководство, формируя соответствующим образом график рабочих смен.

Более интенсивное участие в дополнительной профессиональной подготовке респондентов, нацеленных на профессионально-квалификационный рост, сопровождается и большей их потребностью в получении знаний и навыков. Повышенная нехватка компетенций касается не сферы специальности, по которой они работают, а широкого спектра компетенций, включая управленческие, социальные и личностные. У респондентов-врачей выше потребность в знаниях по большому кругу медицинских вопросов, навыках работы с современным оборудованием, с отработкой практических навыков (в 1,6–1,7 раза), а также в сфере управления и работы с персоналом, в умении взаимодействовать в команде специалистов и в иностранных языках (в 1,6–2 раза).

Средний медицинский персонал, нацеленный на профессиональный рост (в отличие от не нацеленного на него), чаще ощущает нехватку знаний по широкому кругу медицинских вопросов (в 1,9 раза), в смежных с основной специальностью областях медицинских знаний и в техниче-

ской работе с медицинским оборудованием (в 1,6–1,7 раза), нехватку опыта командной работы (в 2,5 раза).

Выяснилось также, что для реализации своих установок на квалификационный рост опрошенным врачам и среднему медицинскому персоналу чаще приходится прибегать к оплате дополнительного образования (рис. 1.8).

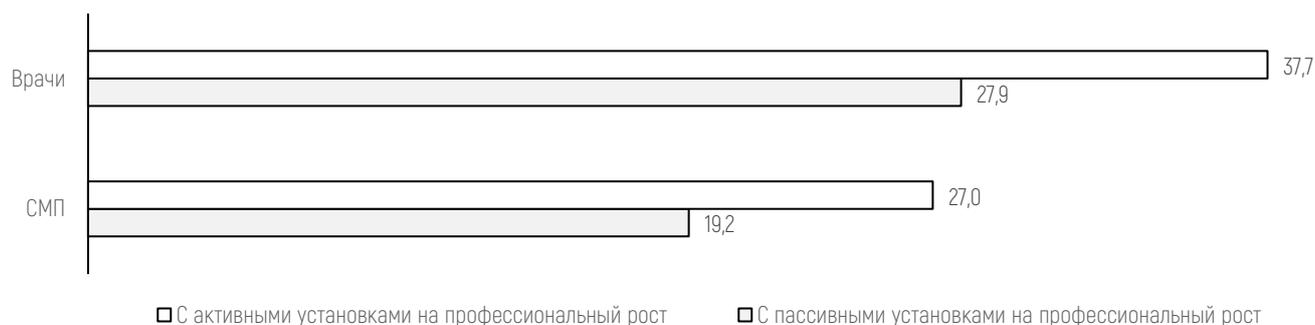


Рис. 1.8. Респонденты, прибегавшие в последний год к оплате образовательных мероприятий в рамках дополнительного профессионального образования, %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Помимо необходимости нести дополнительные затраты в ходе образовательной деятельности, они критичнее относятся к организации системы НМФО на сегодняшнем этапе ее внедрения в части возможностей отработки практических навыков и необходимости самостоятельной организации ряда форм обучения, по которым желательно содействие руководства.

Таким образом, по авторской методике на основе данных анкетного опроса определено, что установками на профессионально-квалификационную мобильность обладает большинство врачебного, но меньшинство сестринского персонала, и для их обладателей характерны повышенный интерес к способам профессиональной подготовки, которые требуют индивидуальных инициатив и охватывают освоение не только профессиональных, но и надпрофессиональных (soft skills) компетенций.

Значительные масштабы врачебного и особенно СМП с ослабленной мотивацией к квалификационному росту актуализируют вопросы повышения эффективности стимулов к профессиональному развитию сотрудников. Эти функции возложены на систему институтов оценки квалификации. За обеспечение надлежащего базового уровня квалификации отвечает аккредитация медицинских специалистов; а для стимулирования профессионального развития выше базового уровня предусмотрены добровольные оценочные процедуры с получением квалификационного статуса, прежде всего аттестация на получение квалификационной категории¹⁸. Поскольку, в отличие от обязательной аккредитации, последняя действует на принципах добровольности, выяснялось, в какой мере она позволяет реализовывать установки на профессиональный рост.

¹⁸ Коленикова О. А., Токсанбаева М. С. Проблемы системности институтов оценки квалификации медицинских специалистов.

Согласно статистическим данным, интерес к аттестации падает: в 2019 г. имели категорию 28,4 % врачей и 39,8 % СМП, а в 2021 г. их число сократилось до 25,1 и 37,1 % соответственно¹⁹. Аттестованного СМП больше, чем врачей, что в первую очередь связано с меньшим размером оплаты труда и поэтому большей значимостью дополнительных выплат за категорию. Наблюдается и дальнейшее снижение числа имеющих категорию после снятия временных ограничений (на проведение аттестации с продлением срока действия полученной категории), введенных в период коронавирусной пандемии. Время покажет, неблагоприятная тенденция продолжится и дальше или, напротив, ситуация в последующие годы будет в целом улучшаться. Пока среднегодовые темпы сокращения участвующих в аттестации на категорию весьма высокие и среди врачей выше, чем у СМП.

Анкетные опросы проливают свет на ситуацию в разных подразделениях. В больницах имели категорию вдвое больше респондентов, чем в первичном звене. Большие различия выявились по аттестованным на высшую категорию. Даже при объективных различиях в уровне квалификации специалистов в амбулаторных и стационарных подразделениях такой разрыв представляется чрезмерным. Главными причинами снижения заинтересованности в категории являются высокая загруженность работой и нехватка времени на подготовку и прохождение экзаменационных процедур, низкие поощрительные доплаты или их отсутствие, а также падение престижа медицинского специалиста с категорией. Хотя выплаты за категорию остаются главным стимулом аттестации, но в поликлиниках гарантии выплат чаще не соблюдались, а их уровень не устраивал большинство респондентов в обоих типах подразделений.

В целом дисфункция института аттестации сильнее проявилась в первичном звене, тем самым разрыв в численности аттестованных в поликлиниках и стационарах в последнее время нарастал, поскольку в первичном звене респонденты острее ощущали чрезмерную рабочую нагрузку и отсутствие должного материального поощрения за категорию.

В любом случае охват медицинского персонала этим социальным институтом, созданным с целью стимулировать профессиональное развитие, сужается, и важно выяснить, каким изменениям подвергается структура медицинских специалистов по квалификационным категориям.

Общая численность врачей в системе московского здравоохранения растет, однако этот рост сопровождается увеличением численности неаттестованных на категорию, что лишь частично объясняется притоком молодых врачей, не имеющих права участвовать или еще не готовых к прохождению экзаменационных процедур. Поскольку сильнее сокращается число врачей с первой и второй категорией (чем с высшей), то процесс носит весьма непростой характер. С одной стороны, падает заинтересованность в подтверждении уже имеющейся категории, а с другой – уменьшается число желающих получить категорию на начальных этапах (вторая и первая категории), прежде всего у молодых врачей, что ведет к дальнейшему сужению числа аттестованных на высшую категорию. У СМП схожие с врачами процессы в отношении уменьшения числа аттестованных наблюдаются на фоне процесса общего сокращения кадров и большего высвобождения неаттестованного персонала.

По данным анкетных опросов в 2019 и 2023 гг., ни у врачей, ни у СМП наличие активных образовательных установок не сказывалось на получении ими квалификационной категории. Теоретически работники с нацеленностью на профессиональный рост должны доминировать в прошедших аттестацию группах, однако в реальности аттестованный и не аттестованный персонал

¹⁹ Коленникова О. А., Токсанбаева М. С. Особенности функционирования институтов оценки квалификации в амбулаторных и стационарных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 31(5). – С. 1207–1212. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1207-1212. EDN: UDHCCS

в этом плане практически не отличается. Отсюда вытекает вывод о том, что институт аттестации на квалификационную категорию частично работает в автономном режиме, т. е. оторван от выполнения своей главной функции – стимулировать профессиональное развитие медицинских специалистов.

Поскольку дисфункция института аттестации на категорию имеет пролонгированный характер, то для ее преодоления требуются специально разработанные меры по повышению действенности системы стимулов к профессиональному развитию медицинских специалистов. К тому же профессиональная подготовка в рамках этого института оценки квалификации проводится инициативно только в отдельных организациях, а должностной рост почти не связан с присвоенной квалификационной категорией. Поэтому специалисты с активными установками в большей мере, чем не обладающие ими, прибегают к самообразованию и подработкам, дающим возможность лучше себя реализовать в профессии.

Значительно больший интерес вызывает у опрошенных новый региональный институт оценки квалификации на получение звания «Московский врач» и «Московская медицинская сестра / медицинский брат», функционально аналогичный аттестации на квалификационную категорию. Желание получить этот статус выразили существенно больше врачей и медицинских сестер, ориентированных на профессиональное развитие, по сравнению с не нацеленными на него (рис. 1.9).

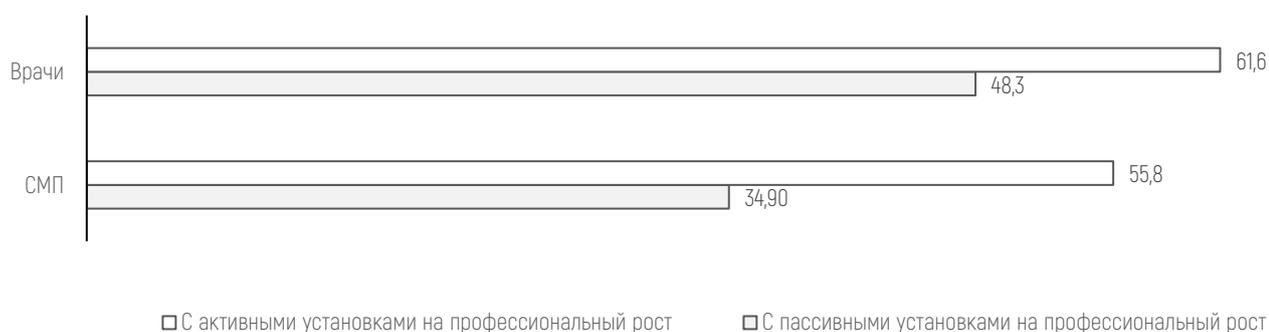


Рис. 1.9. Респонденты, высказавшие желание получить звание «Московский врач» / «Московская медицинская сестра» (2023), %

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2019 и 2023 гг., расчет авторов.

Однако ввиду сравнительного короткого периода работы, прошедшего с внедрения данного социального института, особенно в отношении сестринского персонала, его результативность в полной мере можно будет оценить лишь со временем.

Резюмируя, можно сказать, что формирование и использование профессионально-квалификационного потенциала медицинских специалистов являются ключевыми направлениями их профессионального развития и, как следствие, улучшения качества медицинской помощи населению. Разумеется, этот потенциал уже создан, основные институты сложились, но он продолжает совершенствоваться, что должны «подпитывать» механизмы его использования. Однако некоторые особенности этих механизмов не только способствуют повышению квалификации кадров, чего нельзя отрицать, но и осложняют данный процесс. Разделяем мнение многих исследователей, что не самую благовидную роль в этом отношении играет распределение заработной платы и прежде всего несоблюдение ее стимулирующей функции, основанной на адекватности оплаты труда уровню квалификации. Характеристики этого распределения за рассматриваемое пятиле-

тие почти не изменились, а значит, подрыв трудовых стимулов, формируемых заработками, носит весьма устойчивый характер.

Успешность процесса повышения квалификации зависит от установок специалистов на квалификационный рост, которые обоснованы как активные и пассивные. На примере активного контингента установлено, что, помимо участия в институтах оценки квалификации, для них важны самообразование и взаимодействие с опытными коллегами. При этом институт аттестации на квалификационную категорию остается недостаточно привлекательным для специалистов и с активными, и с пассивными установками, т. е. проблемы его дисфункции не преодолены. В этом отношении внимания заслуживает институт аттестации на звание «Московский врач», который у активного врачебного персонала вызывает повышенный интерес.

Заключение. В ходе анализа выявлен ряд факторов, которые, с одной стороны, продуцируют установки на смену работы, а с другой – сдерживают профессионально-квалификационную мобильность. К их числу относится значительная трудовая нагрузка на основном месте работы, отмеченная большинством респондентов и усугубленная подработками. Среди причин этой нагрузки дефицит кадров и переложение функций недостающих работников на наличный персонал, большой объем непрофильной работы (оформление документов и пр.) и множественная занятость, в большинстве случаев обусловленная относительно скромными заработками. Такая нагрузка является фактором, сдерживающим профессионально-квалификационный рост, который требует времени и сил на дополнительную профессиональную подготовку. При этом данный фактор также характерен для бюджетного здравоохранения, а потому слабо устраняется за счет межфирменной мобильности.

Что касается профессионально-квалификационной мобильности, то по авторской методике на основе данных анкетного опроса определено: установками на нее обладает большинство врачебного, но меньшинство сестринского персонала. Для обладателей активных установок характерны повышенный интерес к способам профессиональной подготовки, которые требуют индивидуальных инициатив и охватывают освоение не только профессиональных, но и надпрофессиональных (soft skills) компетенций.

В системе институтов оценки квалификации медицинских специалистов базовый уровень знаний и навыков по специальности обеспечивается институтом аккредитации и обучением по программам НМО, а для реализации профессионально-квалификационного, а также должностного роста предназначен институт аттестации на квалификационную категорию. Однако профессиональная подготовка в рамках этого института проводится инициативно только в отдельных организациях, а должностной рост почти не связан с присвоенной квалификационной категорией. Поэтому специалисты с активными установками в большей мере, чем не обладающие ими, прибегают к самообразованию и подработкам, дающим возможность лучше реализовать себя в профессии.

Учитывая, что профессионально-квалификационная мобильность медицинских специалистов серьезно ограничена, необходимо совершенствовать действие института аттестации на квалификационную категорию. Следует разрабатывать программы профессиональной подготовки, ранжированной по квалификационным категориям, а также увязать эти категории с возможностями должностного продвижения, что в настоящее время недооценивается. Без этого перекрываются социальные лифты для специалистов, имеющих активные установки на профессионально-квалификационный и должностной рост. Поскольку должностная лестница у врачебного и сестринского персонала невелика (особенно у работающих в амбулаторных условиях), необходимо также повысить категориальные доплаты.

Вопрос о том, надо ли повышать межфирменную мобильность медицинских специалистов, представляется дискуссионным и заслуживает отдельного изучения. В любом случае необходимо принимать меры по уменьшению их трудовой нагрузки, без чего сложно расширять и углублять профессиональную подготовку в рамках института аттестации. И, разумеется, требуется увеличивать оплату труда медицинских специалистов, которая, по информации Росстата за 2023 г., пока даже ниже, чем у специалистов в сфере торговли и общественного питания. В совокупности это способствует оттоку кадров из здравоохранения как социально значимой отрасли, который ведет к диспропорциям в их распределении в территориальном разрезе и стал больше провоцировать нежелание выпускников вузов и колледжей работать по полученной специальности.

Глава 2. Интеллектуальный потенциал медицинских организаций

Введение. Во всех сферах трудовой деятельности наблюдается значительное увеличение доли интеллектуализации труда, который базируется на умственных функциях индивида при выполнении профессиональных обязанностей. Это требует пересмотра многих подходов, которые связаны с подготовкой и переподготовкой персонала, постоянным процессом получения и обогащения знаниями человека, с использованием интеллектуальных способностей и формирования интеллектуально значимого опыта. Это приводит к новым подходам в определении и оценке (с учетом новых вызовов) такого понятия, как «интеллектуальный капитал»^{20, 21}. Медицина всегда являлась одной из самых наукоемких и высокотехнологичных областей деятельности человека, где применяются новейшие технологии, научные открытия и ноу-хау. Оказание высокотехнологической медицинской помощи, применение технологически сложной диагностики и новых форматов учета информации в глобальных медицинских информационных системах (МИС) требует обновленных компетенций медицинских работников^{22, 23}. Особенно ценными становятся имеющиеся у работников знания, накопленный опыт и информация, так как являются составляющими элементами интеллектуального капитала отдельного работника и всей МО.

Сегодня новые подходы к управлению интеллектуальным капиталом признаются необходимой составляющей развития и успешного функционирования²⁴, а также в аспекте повышения эффективности деятельности МО²⁵. К скрытым возможностям развития МО можно отнести две основ-

²⁰ Надточий Ю. Б., Будович Л. С. Интеллектуальный капитал организации: сущность, структура, подходы к оценке // Российский технологический журнал. – 2018. – Т. 6, № 2. – С. 82–95.

²¹ Эдвинссон Л., Мэлоун М. Интеллектуальный капитал. Определение истинной стоимости компании // Новая постиндустриальная волна на Западе: Антология / под ред. В. Л. Иноземцева. – М.: Academia, 1999. – С. 429–447.

²² Медведева Е. И., Крошилин С. В., Авачева Т. Г. Необходимость развития информационных компетенций при подготовке студентов в медицинских вузах // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2023. – Т. 14, № 1(49). – С. 66–78. – DOI 10.33029/2220-8453-2023-14-1-66-78.

²³ Медведева Е. И., Крошилин С. В. Трансформация процесса управления кадрами: рестайлинг обязанностей немедицинских работников // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 60–72. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2;60-72.

²⁴ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренды в России и зарубежные практики: Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 42 с.

²⁵ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренды в России и зарубежные практики: Экспертный обзор.

ные группы факторов: структурный и человеческий капитал (рис. 2.1), которые входят составляющими в интеллектуальный капитал²⁶.

Саму категорию «Интеллектуальный капитал», которая в большей степени характеризует коммерческую составляющую деятельности, все чаще изучают в приложении к некоммерческому сектору²⁷. Это понятие используют на разных уровнях управления. Даже в военной сфере. Хотя по своей природе информация и знания отличаются от других видов ресурсов, таких как финансовые, трудовые, технические. Сложно переоценить значение в развитии организации интеллектуальных активов, представляющих собой совокупность специальных знаний и профессионального опыта сотрудников, которые и являются новым источником «богатства организаций»²⁸ в нашем информационном обществе.



Рис. 2.1. Скрытые возможности современного развития МО

Источник: составлено авторами на основе анализа открытых источников.

В современном информационном обществе, обществе знаний главным ключом к успеху развития организации становятся и «Нематериальные активы». Обычно выделяют пять групп нематериальных активов. В состав ценных ресурсов и приобретений входят навыки и неформальные знания сотрудников, используемые технологии, формализованные знания, общие моральные

²⁶ Брукинг Э. Интеллектуальный капитал: пер. с англ. / под ред. Л. Н. Ковалик. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.

²⁷ Стюарт Т. А. Интеллектуальный капитал. Новый источник богатства организаций: пер. с англ. В. А. Ноздриной. – М. : Поколение, 2007. – 368 с.

²⁸ Андрессен Д., Тиссен Р. Невесомое богатство. Как определить реальную стоимость вашей компании в будущем мире нематериальных активов. – М. : Олимп-Бизнес, 2004. – 304 с.

ценности коллектива. Данный перечень зависит от первичных процессов (руководства, специфики контроля за обменом информацией, структуры управленческой информации) и методов осуществления менеджмента в МО. Навыки и неформализованные знания включают использование новаций (ноу-хау) в различных сферах и компетенциях. Под технологиями и формализованными знаниями принято понимать патенты, модели руководства и процедуры принятия решений. К области общих моральных ценностей относится «ориентация на пациента» (применение пациентоцентричной модели), надежность диагностических услуг, эффективность, качество лечения и др.

Следует отметить: навыки и «неформализованные знания» являются активами медицинских работников (индивида). Сегодня растет число организаций, которые стремятся управлять «формализованными знаниями» и использовать их потенциал для повышения эффективности деятельности. Вектор развития направлен на стремление «превратить» свой интеллектуальный капитал в источник конкурентных преимуществ, а для коммерческих организаций – в источник дохода. С точки зрения организационного менеджмента значительный объем знаний заложен и в первичных (основополагающих) процессах трудовой деятельности. Сами сотрудники все чаще используют интеллектуальный капитал организаций. Это становится основополагающей тенденцией в развитии (создании) корпоративной культуры, в которой особое место отводится знаниям²⁹. Таким образом, современная организация не только использует накопленные знания, но и создает их, распространяя внутри МО на медицинские услуги, тиражируя позитивные наработки на другие организации, подтверждая свой имидж и участвуя в бенчмаркинге. В основе такого направления развития лежит прежде всего человеческое знание, два типа которого представлены на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Два типа человеческих знаний в МО

Источник: составлено авторами на основе анализа открытых источников.

²⁹ Нонака И., Такеучи Х. Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах: пер. с англ. А. Трактинского. – М. : ЗАО «Олимп-Бизнес», 2011. – 384 с.

Необходимо констатировать, что именно неформализованные знания являются наиболее важным компонентом для развития организации и формирования коллективного человеческого поведения. Оба типа знаний можно рассматривать только как взаимодополняющие компоненты, которые и стимулируют создание общих знаний организации (банка идей). Этот процесс можно сравнить с раскручиванием спирали. Нематериальные активы являются одной из составляющей интеллектуального капитала, которую сложнее всего «активировать»: это совокупность духовных и материальных потенциалов (возможностей и способностей сотрудников), находящихся в распоряжении МО.

Потенциал организации с точки зрения человеческих знаний кроется³⁰:

в сотрудниках, работающих в МО (знаниях и навыках, культуре общения);

в социальном окружении (в людях, которые связаны с МО);

в способе установления взаимоотношений и общения с пациентами, партнерами, поставщиками оборудования, фармацевтами, а также в доступе к их знаниям и навыкам;

в организационной структуре МО: потенциале технических и информационных возможностей, диагностическом оборудовании, применяемых материалах, методах лечения, средствах связи и информационном менеджменте;

в используемых МО общественных ресурсах: системе образования, аккредитации, профессиональной подготовки и переподготовки, социальных сетях, открытых ресурсах сети Интернет, информационных базах³¹, телемедицинских сервисах³², технологиях искусственного интеллекта (чат-ботах)³³.

Достаточно часто нематериальные активы отождествляют и подменяют другими понятиями, такими как «интеллектуальные активы», «неосязаемый капитал», «активы, базирующиеся на знаниях». Последнее понятие (knowledge based assets)³⁴ можно использовать для характеристики всех активов, из которых организация может извлекать полезность для достижения своих целей. Коммерциализация его тождественна термину «капитал знаний» (knowledge capital) или «интеллектуальный капитал». В данном аспекте необходимо понимать под активом любую составляющую, которая находится в собственности организации. Главное, что основным источником таких активов являются работники организации, которые обладают знаниями и профессиональными навыками. Эти знания принадлежат самому работнику и не могут стать собственностью организации.

Наиболее наглядно соотношение и взаимное влияние обозначенных понятий «интеллектуальная собственность», «нематериальные активы» и «интеллектуальный капитал» можно изобразить с помощью диаграммы Эйлера (рис. 2.3).

³⁰ Фридаг Х. Р., Шмидт В. Сбалансированная система показателей: пер. с нем. М. В. Лапшинова. – М.: Омега-Л, 2006. – 144 с.

³¹ Медведева Е. И., Крошилин С. В. Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – № 3. – С. 79–86. – DOI 10.25742/NRIPH.2023.03.013

³² Медведева Е. И., Александрова О. А., Крошилин С. В. Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2022. – Т. 15, № 3. – С. 200–222. – DOI 10.15838/esc.2022.3.81.11

³³ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Чат-боты – современная реальность консультирования в медицине.

³⁴ Букович У., Уильямс Р. Управление знаниями: руководство к действию: пер. с англ. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 504 с.



Рис. 2.3. Взаимовлияние понятий «интеллектуальная собственность», «нематериальные активы» и «интеллектуальный капитал»

Источник: составлено авторами на основе анализа открытых источников.

Таким образом, понятие «интеллектуальный капитал организации» можно определить как совокупность знаний, опыта, информации, квалификации и мотивации персонала, организационных возможностей, каналов и технологий коммуникации, способных создавать добавленную стоимость и обеспечивающую конкурентные преимущества организации на рынке³⁵. Особо следует подчеркнуть способность интеллектуального капитала включать в свой состав нематериальные активы и интеллектуальную собственность. С практической точки зрения интеллектуальный капитал – это прежде всего знания, которыми обладает организация и все ее работники.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КАПИТАЛА

Структура интеллектуального капитала организации, представленная Э. Брукингом, состоит из четырех частей: внешних (рыночных) активов, внутренних активов (интеллектуальной собственности, научных открытий, ноу-хау), человеческих и инфраструктурных (рис. 2.4)³⁶.

Внешние (рыночные) активы – это нематериальные активы, связанные с собственными (оригинальными) методами лечения, уникальными и передовыми подходами к диагностике, обеспечивающие узнаваемость МО, ее имидж (бренд). Учитывается и сотрудничество, соглашения с внешними МО, которые могут обеспечить организации конкурентные преимущества при оказании медицинских услуг. К внутренним активам относится интеллектуальная собственность, научные разработки и открытия (ноу-хау), имеющиеся у МО патенты, авторские права, зарегистрированные методы лечения, программные и аппаратные решения, т. е. все то, что приобретено МО в результате умственной деятельности и защищено на законодательном уровне. Это считается интеллектуальной собственностью организации (интеллектуальными активами) и является важной

³⁵ Гапоненко А. Л., Орлова Т. М. Управление знаниями. Как превратить знания в капитал. – М.: Эксмо, 2008. – 400 с.

³⁶ Брукинг Э. Интеллектуальный капитал.

составляющей конкурентного преимущества, оказывающего значительное воздействие на эффективность деятельности.



Рис. 2.4. Основные составляющие интеллектуального капитала МО

Источник: составлено авторами на основе источника (Брукинг Э. Интеллектуальный капитал: пер. с англ. / под ред. Л. Н. Ковалик. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.).

Человеческие активы (качества, присущие людям) представляют собой совокупность коллективных знаний сотрудников организации, их творческие способности, умения решать проблемы, лидерские качества, профессиональные и управленческие навыки. Под инфраструктурными активами МО подразумеваются технологии, методы и процессы, которые позволяют оптимально осуществлять работу организации. Они формируют среду, в которой сотрудники организации работают и общаются друг с другом³⁷.

Интеллектуальный капитал организации объединяет научные и профессиональные знания работников, интеллектуальную собственность и накопленный опыт, коммуникации и организационную структуру, информационные ресурсы и имидж организации³⁸ (рис. 2.5). По сути это все, что имеет стоимость для организации (включая работников) или возникает из производственных процессов, систем или организационной культуры³⁹.

³⁷ Стюарт Т. А. Интеллектуальный капитал. Новый источник богатства организаций.

³⁸ Букович У., Уильямс Р. Управление знаниями.

³⁹ Надточий Ю. Б. Определение сущности и структуры интеллектуального капитала высшего учебного заведения // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. – 2017. – № 10 (ч. 1). – С. 66–69.



Рис. 2.5. Структура интеллектуального капитала (на основе подхода Т. Стюарта)

Источник: составлено авторами на основе источника (Стюарт Т. А. Интеллектуальный капитал. Новый источник богатства организаций: пер. с англ. В. А. Ноздриной. – М.: Поколение, 2007. – 368 с.).

Можно охарактеризовать интеллектуальный капитал и иным определением: стоимость совокупных и имеющихся у организации интеллектуальных активов, включая интеллектуальную собственность, природные и приобретенные интеллектуальные способности, и навыки персонала, а также накопленные организацией знания и взаимоотношения с другими субъектами. Главная функция интеллектуального капитала состоит в способности достижения целей организации за счет формирования и реализации системы знаний, услуг и отношений, которые обеспечивают его высокоэффективную деятельность. В отличие от интеллектуальных способностей, которые сложно измерить (выразить цифрами), интеллектуальная собственность может быть оценена как функционально, так и экономически и может быть применена на практике при выполнении определенных задач. Интеллектуальный капитал – это не просто умственные способности работников, это прежде всего результат, грамотные решения и технологические достижения. Это система капитальных устойчивых интеллектуальных преимуществ организации, которые позволяют быть ей более эффективной и конкурентоспособной в своей сфере деятельности⁴⁰, например, при оказании медицинской помощи и услуг диагностики населению.

С точки зрения теории⁴¹ интеллектуальный капитал – это стоимость нематериальных активов (знаний, умений, навыков, опыта), создаваемых интеллектуальным трудом, где под интеллектуальным трудом понимается «...труд, при осуществлении которого рабочим органом, создающим продукт, является мозг, преобладают затраты умственной энергии, продуктом труда является изложенная на бумаге мысль (идея), для передачи другим или воплощенная в чем-то»⁴². То есть речь идет о «создаваемых», а «не уже кем-то созданных» знаниях, которые накапливаются у индивида в течение всей жизни человека, в том числе при осуществлении своей трудовой деятельности. Интеллектуальный капитал – это продукт интеллектуальной/мыслительной деятельности человека. Интеллектуальная деятельность – это особое свойство и способность человека, состоящая из освоения исторического опыта и знаний и на их основе получение новых знаний. Результатами интеллектуальной деятельности работников организации является создание и накопление интеллектуального ресурса и интеллектуального капитала, из которых складывается интеллектуальный потенциал организации.

⁴⁰ Леонтьев Б. Б. Цена интеллекта. Интеллектуальный капитал в российском бизнесе. – М.: Издательский центр «Акционер», 2002. – 196 с.

⁴¹ Надточий Ю. Б. Определение сущности и структуры интеллектуального капитала высшего учебного заведения.

⁴² Экономический словарь / отв. ред. А. И. Архипов. – М.: РФ-Пресс, 2017. – С. 266.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В современном представлении под потенциалом организации необходимо понимать совокупность материально-технических и организационно-экономических возможностей организации: размер и территориальное размещение, отраслевую принадлежность, профиль деятельности, объем оказываемых услуг, состояние основных фондов и технический уровень оснащения, организационные формы трудового процесса, эффективный менеджмент персонала, численность и качество работников, наличие ведущих специалистов, известность организации, репутацию, имидж и традиции. Другими словами, это все виды ресурсов, имеющихся у организации, которые могут быть задействованы для достижения поставленных целей.

Под интеллектуальным потенциалом организации понимается совокупность интеллектуальных способностей работников (знаний, умений, информации, ценностей, навыков и т. д.) и возможностей их раскрытия, развития и использования⁴³. Можно сказать, что это внутренние и внешние возможности организации, состоящие из человеческого капитала организации, инфраструктурного, информационного («корпоративной памяти»), интеллектуального, инновационного и научного (рис. 2.6). Многие составляющие перечисленных составляющих могут пересекаться и иметь взаимное влияние друг на друга.

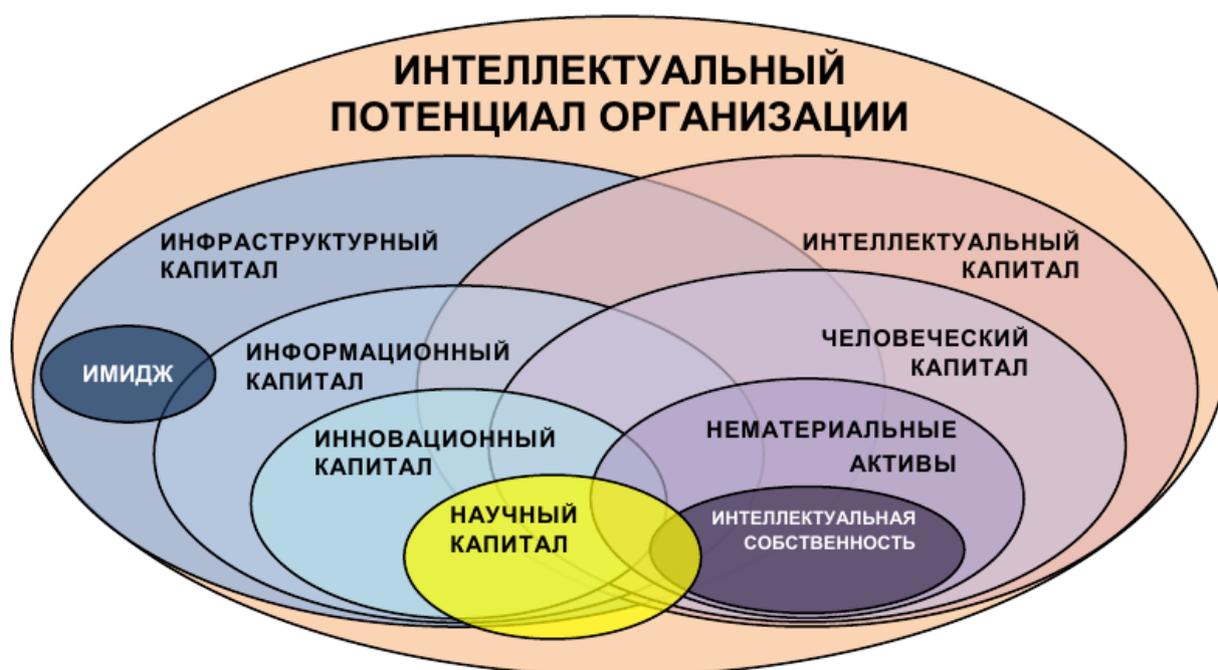


Рис. 2.6. Составляющие интеллектуального потенциала организации

Источник: составлено авторами.

Интеллектуальный потенциал представляет собой совокупность возможностей, часто еще не раскрытых, формально не зафиксированных, но реально существующих для выполнения какого-ли-

⁴³ Помазанский В. В. Потенциал организации как основа ее конкурентоспособности // Сборник научных трудов SWorld. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 77–79.

бо действия⁴⁴. Интеллектуальный потенциал – показатель состояния интеллектуального капитала и эффективности его использования⁴⁵.

Остановимся более подробно на основных составляющих интеллектуального потенциала организации.

Интеллектуальный капитал – это все, что имеет определенное значение (стоимость) для организации и заключено в сотрудниках МО или возникает в процессе осуществления профессиональной деятельности, оказании медицинских услуг, реализации системы менеджмента и организационной культуры. Интеллектуальный капитал организации – это знания, навыки и профессиональный опыт конкретных людей, а также нематериальные активы, включающие патенты, базы данных, программное обеспечение, узнаваемость (имидж) и др. В этот капитал также входят нематериальные активы и интеллектуальная собственность (они были описаны выше).

Человеческий капитал – это запас навыков, знаний, мотивации, опыта, который имеется у персонала МО, его профессиональные умения, социальные, культурные и психологические свойства, используемые в оказании медицинских услуг для того, чтобы достичь высокого результата работы. Как правило, он представляет собой конгломерат формализованных и неформализованных знаний, которые имеются у сотрудников.

Инфраструктурный капитал организации – это технологии, метод и процессы, менеджмент, обеспечивающие функционирование организации и находящиеся в процессе непрерывного совершенствования. К нему можно отнести корпоративную культуру, методы оценки рисков, метод управления персоналом, финансовую структуру, базы данных и знаний по медицине, информацию о рынке медицинских услуг в целом и отдельным пациентам, коммуникационные системы взаимодействия и реализацию пациентоцентричной модели. Может также включать стоимость бренда (известность) и/или гудвилл (англ. Goodwill) – деловую репутацию, узнаваемость, наработанные деловые связи, имидж.

Информационный капитал – это собираемая, накапливаемая, обрабатываемая и используемая информация в процессе осуществления своей деятельности. Она представляет ценность для организации, которая закреплена на материальных носителях и находит выражение в информационных системах и технологиях. Он базируется на существующих информационных ресурсах (внешних и внутренних) и информационных активах МО.

Инновационный капитал – это капитал, отражающий возможность более эффективной работы организации за счет развития инновационной деятельности и приобретения особого статуса, обусловленного динамикой инновационного потенциала как институции, способной к превращению в капитал в результате синергетического эффекта взаимодействия экономических субъектов в процессе инновационного развития. В структуру инновационного потенциала входит три компонента: внутренний потенциал, ресурсный потенциал и результативная компонента деятельности.

Научный капитал организации – это форма капитала, которая объединяет все научные и передовые разработки, социальные и культурные ресурсы, связанные с наукой. Он включает весь опыт,

⁴⁴ Славянов А. С., Соколов Н. А. Интеллектуальный капитал и потенциал предприятия. Подходы к совершенствованию понятийного аппарата // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. – № 6(64). – С. 233–238. – DOI 10.24411/2411-0450-2020-10565

⁴⁵ Селезнев Е. Н. Интеллектуальный потенциал – показатель состояния интеллектуального капитала и эффективности его использования // Финансовый менеджмент. – 2004. – № 5. – С. 122–129.

который влияет на научную идентичность организации, участие в научной деятельности, а также все работы по НИОКР.

Сегодня можно утверждать, что любая МО обладает определенными интеллектуальными ресурсами, они становятся основополагающими при оценке деятельности, определяющими компонентами в конкурентной борьбе и эффективности оказания медицинской помощи. В практическом менеджменте с учетом большого количества текущих (рутинных) задач руководство МО не всегда уделяет достаточное внимание подобным ресурсам. На новом этапе технических возможностей и технологического развития организации вынуждены искать новые источники конкурентного преимущества⁴⁶. Интеллектуализация труда позволяет значительно повысить эффективность использования уже имеющегося технического оснащения (материальных ресурсов МО) и развивать/реализовывать новые подходы к решению уже имеющихся задач.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Современные МО можно отнести к инновационно активным, сложным адаптивным системам⁴⁷, где материально-техническая база (ресурсы), технологические (методологические) и технические возможности активно взаимодействуют с имеющимися у организации интеллектуальными ресурсами и организационными способностями, предопределенными активами знаний (информационным, инновационным и научным капиталом) и возможностям по их использованию: человеческими (человеческий капитал) и организационными знаниями (инфраструктурный капитал), а также нематериальными активами (см. рис. 2.6).

Для наукоемких и технологически сложных отраслей экономики, в которую включена медицина, накопленные и имеющиеся в распоряжении у персонала знания представляют весомую долю в оценке потенциальных возможностей. Однако их не всегда возможно выразить точно количественно, тем не менее их необходимо учитывать⁴⁸. Один из подходов к оценке интеллектуального потенциала организации, который основан на знаниях и анализе инновационной деятельности (новациях), представлен на рис. 2.7⁴⁹.

⁴⁶ Платонов В. В., Воробьев В. П., Тихомиров Н. Н. Системы управления интеллектуальным капиталом на новом этапе технико-экономического развития: методологический аспект // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. – 2012. – № 2. – С. 7–15.

⁴⁷ Платонов В. В., Рогова Е. М., Воробьев В. П. Интеллектуальные активы и инновации: проблемы оценки, учета и управления. – СПб: СПбГУЭФ, 2008. – 161 с.

⁴⁸ Медведева Е. И., Крошилин С. В., Авачева Т. Г., Медведева О. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренд на развитие и инновационную модернизацию.

⁴⁹ Соколова Е. Э., Платонов В. В., Воробьев В. П. Исследование интеллектуального потенциала инновационно активных предприятий в рамках ресурсно-ориентированного подхода // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 426.

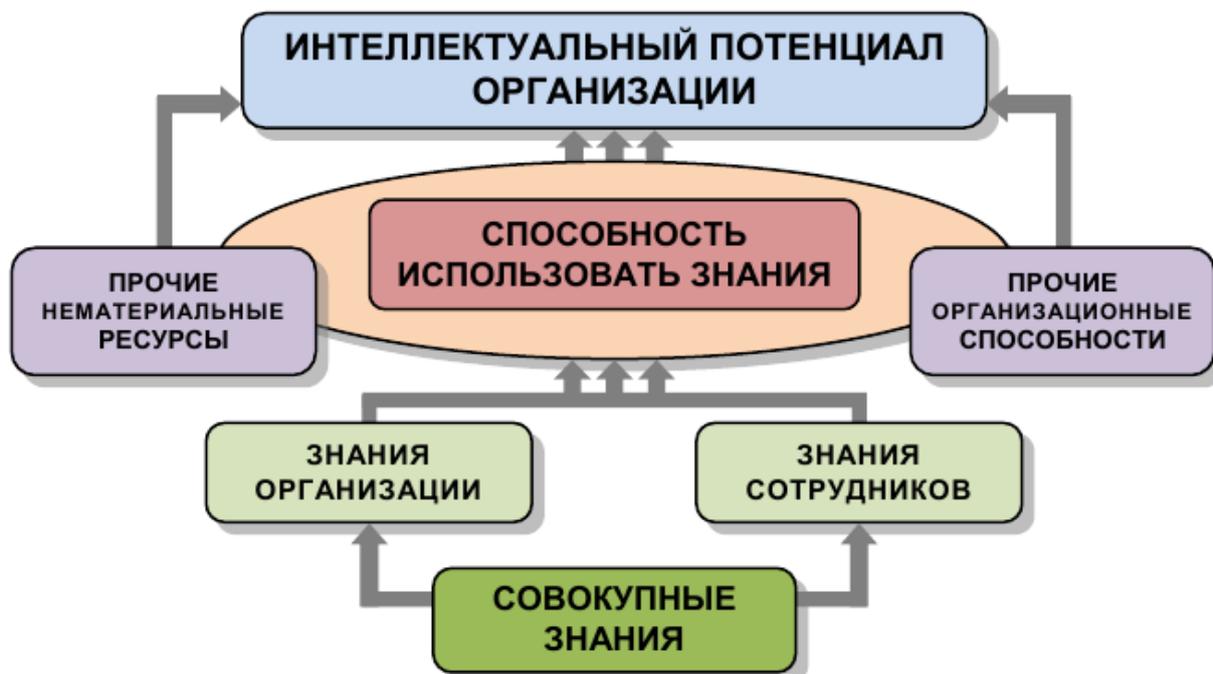


Рис. 2.7. Подход к оценке интеллектуального потенциала организации, основанный на ресурсном анализе (знаниях и инновациях)

Источник: составлено авторами.

На рис. 2.7 приведена схема, опирающаяся на ресурсный подход. Аналогичный вариант можно применять и при оценке интеллектуального потенциала медицинских организаций (ИПМО). Сложность обозначенной оценки заключается в том, что сложно осуществить точную градацию между активами, компетенциями и способностями. Анализировать данные понятия достаточно сложно, так как они могут включать личные компетенции каждого отдельного сотрудника, которые можно использовать или не использовать при выполнении своих профессиональных обязанностей. Очевидно, что способности индивида зависят от его личных активов, накопленных компетенций, знаний, умений и навыков, а также от возможности – материальной, технической, технологической, информационной – данные активы реализовывать. Например, медицинский работник может соответствовать требованиям для работы на аппарате УЗИ (имеет уровень подготовки и сертификат переподготовки). Но если в МО нет данного аппарата, то компетенция данного работника не может быть раскрыта и реализована. Все индивидуальные компетенции медицинских работников и отдельные ресурсы МО должны объединяться в инновационный потенциал организации⁵⁰ (см. рис. 2.7).

Важно отметить, что для раскрытия индивидуальных компетенций работников необходимо организовать условия, при которых инициатива (предложения) снизу не будет подавляться, а ноу-хау и новации, основанные на личных знаниях сотрудников, должны всесторонне поддерживаться. Важной составляющей в организации менеджмента персонала является ориентированность на объединение индивидуальных компетенций и знаний всех сотрудников в аспекте разработки и реализации информационных механизмов для формирования единой совокупности знаний в области развития ИПМО.

⁵⁰ Козлов В. А., Поляков Б. А., Мушников Д. Л. [и др.]. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики // Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6, № 3. – С. 138–145. – DOI 10.17709/2409-2231-2019-6-3-13

При оценке интеллектуального уровня МО целесообразно использовать следующие показатели⁵¹.

Имеющийся объем знаний медицинских работников, где можно количественно и качественно оценить следующие параметры: новизну оказываемых медицинских услуг; новизну используемых диагностических, лабораторных, медицинских технологий; возможности использования новейшего медицинского оборудования в МО⁵².

Интеллектуальный уровень медицинских работников: уровень квалификации руководства МО, врачей, среднего медицинского персонала⁵³.

Уровень (масштаб) инновационной деятельности: инновационность и сложность выполняемых медицинских задач; объем и качество применяемых инновационных подходов в лечении⁵⁴.

Очевидно, что базой развития интеллектуального потенциала являются профессионализм сотрудников, их опыт, знания и умения, которые зависят от уровня квалификации и желания/возможности дальнейшего обучения для получения иных компетенций, знаний, умений, навыков, технологий оказания помощи⁵⁵. Согласно такому подходу, необходим анализ факторов микросреды МО, которые позволяют рассмотреть вопросы и технологические возможности, а также оценить эффективность работы персонала и удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых услуг. Это однозначно позволит определить форматы развития в будущем и способность выдерживать все возрастающую нагрузку влияния инноваций. Если интеллектуальный потенциал определяет потенциальную возможность достижения конкретных целей развития, то понятие «интеллектуальный капитал» в большей степени базируется на имеющихся показателях деятельности, которые влияют на эффективность всех составляющих интеллектуального потенциала⁵⁶.

Базируясь на данных проведенного анализа по вопросу существующих подходов⁵⁷, можно выделить несколько групп методов, позволяющих осуществлять оценку ИПМО.

Методика Navigator (Лейф Эдвинссон и Майкл Мэлоун)⁵⁸ основана на использовании двух групп факторов: человеческого и структурного капитала (см. рис. 2.1). Человеческий представляет собой совокупность знаний, навыков и творческих способностей работников, а также моральные ценности, культуру труда и общий подход в аспекте выполнения текущих задач. Структурный (инфраструктурный) базируется на техническом и программном обеспечении, организационной структуре, патентах, а также на всех составляющих, которые позволяют сотрудникам реализовать свой потенциал.

⁵¹ Rumizen M. C. The complete idiot's guide to knowledge management. DK Publishing, 2001. – 336 p.

⁵² Stewart T. A. Intellectual capital: The New Wealth of Organizations. Intellectual Capital. 1997. – 240 p.

⁵³ Giannetto K., Wheeler A. Knowledge Management Toolkit: A Resource for Creating Policy and Strategy, with Practical Guidance for Managing Knowledge at All Levels within the Organization. Aldershot: Gower Publishing 2000. – 134 p. – DOI:10.1108/oir.2001.25.3.214.4

⁵⁴ Козлов В. А., Поляков Б. А., Мушников Д. Л. [и др.]. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики.

⁵⁵ Медведева Е. И., Крошилин С. В., Авачева Т. Г., Медведева О. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренд на развитие и инновационную модернизацию.

⁵⁶ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренды в России и зарубежные практики: Экспертный обзор.

⁵⁷ Медведева Е. И., Крошилин С. В. Зарубежный опыт оценки интеллектуального потенциала в медицине.

⁵⁸ von Weizsäcker E. U., Lovins A. B., Lovins L. H. Factor Four: Doubling Wealth—Halving Resource Use: A New Report to the Club of Rome. In: von Weizsäcker, E. (eds) Ernst Ulrich von Weizsäcker. SpringerBriefs on Pioneers in Science and Practice. 2014;28:127-141. – DOI 10.1007/978-3-319-03662-5_11.

Методика IAM (Intangible Assets Monitor, автор Свейби)⁵⁹ базируется на правилах финансового учета и на понятии «нематериальные активы». Основной акцент сделан на инвестиции как в материальные (оборудование, аппаратные решения), так и в нематериальные активы. Последние делятся на компетенции сотрудников, внутреннюю и внешнюю структуру организации. К компетенциям относятся знания, умения, навыки, накопленный опыт, образование. Внешняя среда ориентирована на отношения с элементами микро- и макросреды. Внутренняя структура может состоять из патентов, авторских прав, баз знаний, административных систем, научных исследований и разработок. Каждый нефинансовый показатель оценивается с точки зрения роста и инноваций, эффективности и стабильности.

IC Index (авторы Бреннер и МакГвайр)⁶⁰. В данном случае индекс рассчитывается исходя из экономических показателей стоимости интеллектуального капитала. Основой данного подхода является анализ четырех категорий интеллектуального капитала: человеческий капитал, организационный (инфраструктурный), потребительский (см. рис. 2.5) и инновационный.

Система показателей Д. Нортон и Р. Каплана⁶¹. Данный подход к оценке деятельности позволяет проанализировать эффективность как всей организации, так и отдельных структурных подразделений. В этом случае рассматривается четыре типа показателей: с позиций пациентов, с точки зрения организации процессов оказания помощи внутри МО (структурный капитал), с позиции возможности для персонала в обучении и развитии (человеческий капитал), в аспекте оценивания экономических показателей эффективности (см. рис. 2.1).

Метод А. Пулика⁶² определяет эффективность использования трех типов ресурсов организации добавленной стоимости физического капитала, добавленной стоимости человеческого капитала, добавленной стоимости структурного капитала (см. рис. 2.4). Чем выше значение данного показателя, тем более значим потенциал организации, а также способность создавать добавленную стоимость.

Skandia Navigator (Л. Эдвин)⁶³. В данном методе используется матрица, позволяющая выявить и увеличить интеллектуальный капитал в отдельной структуре организации. Навигатор показывает, как человеческий капитал создает/влияет на финансовые показатели деятельности организации. Модель базируется на пяти составляющих: экономических показателях деятельности, пациентах (количественные и качественные показатели), менеджменте процессов внутри организации, стратегии развития организации, человеческом капитале как сумме знаний и навыков сотрудников организации, их стремлении к нововведениям и способности к выполнению новых задач (см. рис. 2.4).

На практике выбор необходимого метода оценки ИПМО достаточно сложная задача, так как необходимо учесть много параметров, которые связаны с отбором необходимых показателей для анализа. Современные организации самостоятельно актуализируют необходимые методики для оценки интеллектуального потенциала, придерживаясь определенных правил.

⁵⁹ Sveiby K.-E. The Intangible Assets Monitor // Journal of Human Resource Costing & Accounting. – 1997. – No 2(1). – P. 73–97. – DOI: 10.1108/eb029036

⁶⁰ Bontis N. National Intellectual Capital Index: A United Nations initiative for the Arab region, Journal of Intellectual Capital. 2004;5(1): 13-39. – DOI 10.1108/14691930410512905.

⁶¹ Kaplan R. S., Norton D. P. The balanced scorecard : translating strategy into action. – Boston, Mass. : Harvard Business School Press. 1996. – 322 p.

⁶² Pulic A. MVA and VAIC™ Analysis of Randomly Selected Companies from FTSE 250. Austrian Intellectual Capital Research Center, Graz-London. 2000;1:1-44.

⁶³ Andriessen D. G., Tissen R. Weightless wealth : find your real value in a future of intangible assets. London : Financial Times Prentice Hall. 2000. – 197 p.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ЭТАПЫ И ПОДХОД К РАСЧЕТУ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ

В условиях интеллектуализации труда медицинских работников в МО, происходящей модернизации всех уровней, внедрения новейших технологий диагностики, роста инновационных решений и методик в лечении пациентов, развития аппаратных и программных решений актуализируется запрос на оценку, постоянный мониторинг и анализ ИПМО. Этот показатель зависит прежде всего от качественных и количественных характеристик медицинских работников, их возможности генерировать и использовать имеющиеся знания. В данном случае целесообразно говорить о потенциальной возможности врачей и медицинских сестер осваивать и понимать принципы изменяющейся работы, а также о возможностях обучения в динамично изменяющихся условиях для получения большего синергетического эффекта от внедрения нововведений⁶⁴.

При выборе и реализации подходящей методики измерения интеллектуального потенциала МО первоначально целесообразно выполнять следующие этапы (последовательность) действий, которые позволят сформировать инструментарий для оценки, мониторинга и анализа ИПМО (рис. 2.8).

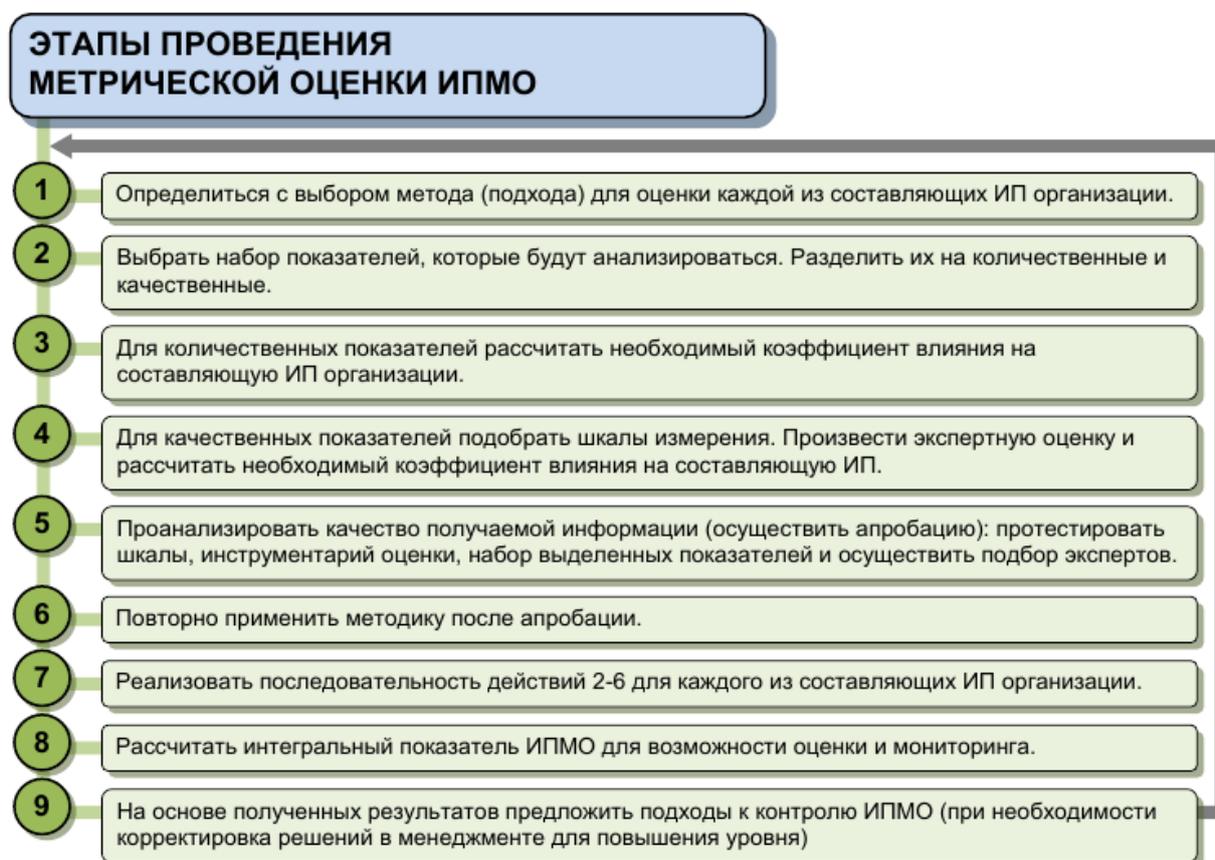


Рис. 2.8. Последовательность действий при проведении метрической оценки ИПМО

Источник: составлено авторами.

На схеме приведены этапы, которые необходимо реализовать для каждой составляющей, входящей в ИП организации. Прежде всего необходимо определиться с тем, что именно будет предметом оценки (см. рис. 2.6). В зависимости от типа МО многие показатели могут присутствовать

⁶⁴ Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилилин С. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренды в России и зарубежные практики: Экспертный обзор.

или отсутствовать. Затем необходимо проанализировать метод (подход) для оценки каждой из составляющих ИП организации, которая будет включена в итоговую интегральную оценку ИПМО. Далее происходит выбор показателей для анализа. Источники показателей различны (см. Приложение 1, 2). Именно поэтому существует необходимость приведения их к определенным коэффициентам / безразмерным показателям, которые бы позволили их сопоставить. Для этого можно использовать шкалирование и проверку взаимного влияния друг на друга (корреляцию) количественных показателей.

Для расчетов коэффициентов корреляции по значению количественного показателя можно воспользоваться математическим аппаратом программного обеспечения SPSS Statistics⁶⁵ или MS Excel (Модуль «Анализ данных», «Поиск решений»)⁶⁶. Данные программы позволяют получить парный коэффициент корреляции Пирсона. Обозначенный статистический аппарат возможно применять, когда анализируемые переменные представлены метрическими шкалами. Формула (1) для вычисления коэффициента корреляции⁶⁷:

$$R_{K_{i(кол)j}} = \frac{\sum_{j=1}^G [(x - \bar{x}) \cdot (y - \bar{y})]}{G \cdot S_x \cdot S_y}, \quad (1)$$

где x и y – средние значения пары переменных; S_x и S_y – стандартные отклонения пары переменных; G – количество значений.

Коэффициент корреляции Пирсона ($R_{K_{i(кол)j}}$) позволяет зафиксировать, в какой степени рассматриваемая пара переменных (x и y) одновременно отклоняется от средних значений. Таким образом, коэффициент корреляции Пирсона учитывает линейность между данными переменными. Значение коэффициента может колебаться от -1 (отрицательная связь или обратная) до +1 (положительная связь или прямая). Нулевое значение коэффициента свидетельствует только об отсутствии линейной зависимости, но очевидно, что при исследовании социологических данных зависимость между показателями может быть и не линейной, а носить более сложный характер.

Следующим этапом целесообразно осуществить математические расчеты коэффициентов для выделенных составляющих ИП организации. Сложнее оценивать качественные характеристики деятельности МО. Можно использовать подбор шкал, которые позволят сопоставить достаточно разные по природе происхождения параметры. При такой оценке экспертное мнение ориентировано на получение данных и в дальнейшем на возможность расчета необходимых коэффициентов влияния на составляющую ИП. После выполнения перечисленных этапов проводится анализ качества получаемой информации (апробация). Прежде всего осуществляется под-

⁶⁵ SPSS для социологов / В. В. Пациорковский, В. В. Пациорковская; РАН, Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения. – М.: РИЦ ИСПЭН РАН, 2005. – 432 с.

⁶⁶ Эконометрическое исследование на основе многомерного линейного моделирования / С. В. Крошилин, Е. И. Медведева. – Коломна: Коломенский государственный педагогический институт, 2006. – 40 с.

⁶⁷ Айвазян С. А. Метод эконометрики. Московская школа экономики, МГУ им. М. В. Ломоносова. – М.: Магистр, 2010. – 512 с.

бор необходимых шкал (границ попадания в доверительные интервалы), анализ применяемого инструментария, а также оценка набора выделенных показателей и выбор экспертов.

Можно воспользоваться экспертным методом и/или методом взвешенных оценок на основе SWOT-анализа, который позволяет интерпретировать качественную информацию и представлять ее в форме количественных данных на основе балльных оценок. Он основывается на множестве альтернатив специально подобранных критериев выбора и шкал. При сведении размерной шкалы переменных (показателей) в безразмерную используется преобразование вида (2)⁶⁸:

$$I_{K_{i(кач)}s} = \frac{K_{i(кач)}s - K_{\min}}{K_{\max} - K_{\min}}, \quad (2)$$

где $I_{K_{i(кач)}s}$ – удельный индекс показателя $K_{i(кач)}$ параметра (качественного показателя), отраженного в статистическом наблюдении; $K_{i(кач)}$ – значение качественного показателя в наблюдении; K_{\max} – максимальное значение качественного показателя; K_{\min} – минимальное значение качественного показателя.

Еще одним способом, который позволяет преобразовать качественные параметры в количественные, является трансформация значений в перечисляемый тип $I_{K_{i(кач)}s}$. Его можно осуществить следующим образом (3)⁶⁹:

$$I_{K_{i(кач)}s} = \begin{cases} 0, & \text{если } I_{K_{i(кач)}s} \in [\text{интервал } 0] \\ 1/s, & \text{если } I_{K_{i(кач)}s} \in [\text{интервал } 1] \\ \dots & \\ 1, & \text{если } I_{K_{i(кач)}s} \in [\text{интервал } s] \end{cases} \quad (3)$$

В этом случае $I_{K_{i(кач)}s}$ фактически является нормированной балльной оценкой по параметру $K_{i(кач)}s$.

Основная проблема заключается в определении границ интервалов. В нашем случае для оценки качественных показателей можно использовать пятибалльную шкалу: 5 – «очень высокий», 4 – «высокий», 3 – «средний», 2 – «низкий», 1 – «очень низкий» показатель. При необходимости следует скорректировать применяемый инструментарий и критически отнестись к отобранным параметрам. Повторное применение методики для оценки ИПМО нацелено на получение итогового значения расчетного показателя.

Перечисленные действия на этапах 2–6 следует реализовать для каждого из отобранных составляющих для метрической оценки ИПМО. После определения значений всех составляющих (их количество может быть при необходимости скорректировано путем добавления/удаления некоторых параметров) рассчитывается интегральный коэффициент оценки уровня ИПМО. На данном этапе можно осуществить коррекцию весовых составляющих каждого из итогового параметра, усилив и/или понизив значимость какого-либо в соответствии поставленными задачами.

⁶⁸ Айвазян С. А. Метод эконометрики. Московская школа экономики, МГУ им. М. В. Ломоносова.

⁶⁹ Айвазян С. А., Мхитарян В. С. Прикладная статистика. Основы эконометрики: В 2 т. – М.: ЮНИТИ, 2001. – 656 с.

Расчет интегрального показателя учитывает все составляющие интеллектуального потенциала медицинской организации (согласно схеме на рис. 2.6), т. е. состоит из восьми выделенных групп показателей. Каждый коэффициент включает параметры / коэффициенты подгрупп, которые необходимо рассчитать по количественным и качественным показателям. Итоговое вычисление возможно реализовать на основе расчета средней взвешенной оценки всех составляющих:

интеллектуального и человеческого капитала;

инфраструктурного капитала МО, в который входит составляющая имиджа МО;

информационного, инновационного и научного капитала;

нематериальных активов и интеллектуальной собственности, имеющейся у МО.

Схема расчета для медицинской организации приведена на рис. 2.9.



Рис. 2.9. Схема вычисления оценки интегрального показателя уровня ИПМО

Источник: составлено авторами.

Согласно схеме (см. рис. 2.9) последовательно рассчитываются все значения коэффициентов, которые характеризует выделенные группы (в нашем случае 8 шт.). Далее возможно рассчитать искомый интегральный показатель уровня ИПМО. В общем виде формула расчета следующая (см. формулу 4):

$$I_{ИПМО} = \frac{1}{N} \cdot \sum_{i=1}^N [\varphi_i \cdot K_i], \quad (4)$$

где N – количество выделенных групп составляющих ИПМО; φ_i – показатель весового значения, коэффициент i-й выделенной группы составляющих ИПМО; K_i – итоговый коэффициент i-й выделенной группы в ИПМО.

В результате проведенных расчетов будет получен интегральный индекс оценки уровня ИПМО, который является суммой балльных оценок всех параметров (коэффициентов групп). Особенностью предложенного алгоритма является возможность классификации итоговой оценки интеллектуального потенциала медицинских организаций, осуществляемой по пятибалльной шкале: 5 – «очень высокий», 4 – «высокий», 3 – «средний», 2 – «низкий», 1 – «очень низкий» показатель. Таким образом, у МО появляется реальный инструмент для метрической оценки показателей интеллектуального потенциала на основе вывода общего интегрального значения, опираясь на расчеты основных параметров коэффициентов выделенных групп и подгрупп.

Завершающим этапом расчета интегрального показателя ИПМО может быть получение итогового значения на основе суммирования результатов оценочных характеристик ИПМО. Он заключается в разработке подходов к дальнейшему контролю и мониторингу динамики расчетного значения ИПМО для корректировки процесса управления медицинскими кадрами, менеджмента отдельных процессов, оказания услуг, а также для усиления контроля над составляющими интеллектуального потенциала организации.

Заклучение. Интеллектуальный потенциал организации является одним из важнейших элементов и составляющих стратегического развития. Возможность оценки, управления и повышения его уровня может позволить находить новые варианты развития МО. Это критически важно при необходимости постоянного совершенствования подходов в управлении, для выполнения задач по повышению эффективности от использования материальных и трудовых ресурсов в медицине на всех уровнях оказания помощи населению, а также для определения долгосрочной перспективы стратегического развития и конкурентных преимуществ каждой конкретной организации и российского здравоохранения в целом. Именно интеллектуальный потенциал позволяет быть неким драйвером развития кадрового потенциала, так как от возможностей персонала (потенциальных и реальных) зависит успешность существования, реализация нововведений и выбор формата опережающего развития. Именно поэтому необходимость разработки такого инструментария для анализа эффективности работы МО достаточно актуальна. Новейшие технологии, аппаратные и программные решения в медицине заставляют менять не только подходы к обучению медицинских работников, производить своевременную оценку интеллектуальных возможностей, от которых в конечном итоге зависит качество предоставляемых медицинских услуг, но и ориентироваться на развитие новых форматов оказания медицинской помощи и в целом развивать пациентоцентричную систему здравоохранения.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 2

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИПМО

№	Группа / Подгруппа	Источники
1	Перечень должностей и физических лиц медицинской организации	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ II 1. (т. 1100)
1.1	Врачи	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 1
1.2	Специалисты с высшим немедицинским образованием	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 128
1.3	Провизоры	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 143
1.4	Средний медицинский персонал	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 151
1.5	Фармацевты	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 217
1.6	Младший медицинский и фармацевтический персонал	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 22
1.7	ИТ-специалисты	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 231
1.8	Прочий персонал	Ф № 30 (т. 1100) Стр. 227
2	Перечень показателей для оценки человеческого капитала	Ф № 30 и отчетность МО
2.1	Доля персонала с ученой степенью (званием)	Ф № 30 и отчетность МО
2.2	Доля персонала с высшим образованием	Ф № 30 и отчетность МО
2.3	Доля немедиков с образованием в сфере ИТ	Ф № 30 и отчетность МО
2.4	Доля работников, которые используют ПК в своей работе	Ф № 30 и отчетность МО
2.5	Средний возраст персонала	Ф № 30 и отчетность МО
2.6	Удельный вес персонала, который занимается обучением (повышением квалификации, переподготовкой)	Ф № 30 и отчетность МО
2.7	Показатель общего оборота персонала (количество выбывших и принятых к среднесписочной численности)	Ф № 30 и отчетность МО
3	Оснащенность компьютерным оборудованием	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ VII. (т. 7000)
3.1	Персональные компьютеры (моноблоки, системные блоки, терминалы, ноутбуки)	Ф № 30 (т. 7000). Стр. 1
3.2	Серверное оборудование	Ф № 30 (т. 7000). Стр. 2
3.3	Печатающие устройства и МФУ	Ф № 30 (т. 7000). Стр. 3
3.4	АРМ, подключенные к МИС медицинской организации или государственной ИС в сфере здравоохранения субъекта РФ	Ф № 30 (т. 7000). Стр. 4
3.5	Количество точек подключения к сети Интернет по типам подключения	Ф №30 (т. 7000). Стр. 5
3.6	Число ФАП и ФП, подключенных к сети Интернет	Ф №30 (т. 7000). Стр. 6
4	Число кабинетов медицинской статистики, имеющие доступ к высокоскоростным каналам передачи данных	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ VII. (т. 7001). Стр. 1
4.1	к сети Интернет по типам подключения: коммутируемый (модемный)	Ф №30 (т. 7001). Стр. 2

№	Группа / Подгруппа	Источники
4.2	широкополосный доступ к технологии xDSL	Ф №30 (т. 7001). Стр. 3
4.3	VPN через сеть общего пользования	Ф №30 (т. 7001). Стр. 4
5	Число медицинских работников, работающих в медицинской информационной системе или государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, обеспеченных усиленной квалифицированной электронной подписью, всего	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ VII. (т. 7002). Стр. 1
5.1	врачей	Ф №30 (т. 7002). Стр. 2
5.2	среднего медицинского персонала	Ф №30 (т. 7002). Стр. 3
6	Наименование централизованной подсистемы государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ VII. (т. 7003)
6.1	Управление скорой и неотложной медицинской помощью (в том числе санитарной авиации)	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 1
6.2	Управление льготным лекарственным обеспечением	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 2
6.3	Управление потоками пациентов (электронная регистратура)	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 3
6.4	Интегрированная электронная медицинская карта	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 4
6.5	Телемедицинские консультации	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 5
6.6	Диагностические исследования (Центральный архив медицинских изображений)	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 6
6.7	Лабораторные исследования	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 7
6.8	Организация оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 8
6.9	Организация оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 9
6.10	Организация оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология» (Мониторинг беременных)	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 10
6.11	Организация оказания профилактической медицинской помощи (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры)	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 11
6.12	Региональная медицинская информационная система	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 12
6.13	Медицинская информационная система медицинской организации	Ф № 30 (т. 7003). Стр. 13
7	Применение телемедицинских технологий	ФФСН № 30. РАЗДЕЛ VII. (т. 7004)
7.1	Количество проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий, ед.	Ф № 30 (т. 7004). Стр. 1
7.2	Количество проведенных консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований, ед.	Ф № 30 (т. 7004). Стр. 2
7.3	Число пациентов, получивших медицинскую помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях с применением телемедицинских технологий, всего чел.	Ф № 30 (т. 7004). Стр. 3
7.4	Число пациентов, находившихся на дистанционном наблюдении за состоянием здоровья с применением телемедицинских технологий, чел	Ф № 30 (т. 7004). Стр. 4

№	Группа / Подгруппа	Источники
7.5	Количество проведенных консультаций/оценка, интерпретация и описание результатов исследования с применением телемедицинских технологий, у пациента с онкологическими заболеваниями, чел.	Ф № 30 (т. 7004). Стр. 5
8	Объекты интеллектуальной собственности	Отчетность МО
8.1	Объекты права промышленной собственности	
8.1.1	Изобретения	Отчетность МО
8.1.2	Полезные модели	Отчетность МО
8.1.3	Промышленные образцы	Отчетность МО
8.1.4	Торговые марки (знаки)	Отчетность МО
8.1.5	Географические обозначения	Отчетность МО
8.1.6	Фирменные наименования	Отчетность МО
8.2	Объекты авторского права и смежных прав	
8.2.1	Компьютерные программы	Отчетность МО
8.2.2	Базы данных	Отчетность МО
8.3	Нетрадиционные объекты интеллектуальной собственности	
8.3.1	Научные открытия	Отчетность МО
8.3.2	Рационализаторские предложения	Отчетность МО
8.3.3	Топография интеллектуальных схем	Отчетность МО
8.3.4	Коммерческие тайны	Отчетность МО

Примечание. Приведены некоторые из показателей. Список показателей может быть скорректирован в зависимости от целей и задач исследования, а также от наличия/отсутствия необходимых данных.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИПМО

№	Группа / Подгруппа	Источники
1	Персонал (уровень квалификации, восприятие инноваций, человеческий потенциал)	Опрос персонала
1.1	Квалификация	Анкета
1.2	Повышение квалификации / Самообразование	Анкета
1.3	Сколько времени работает в данной МО	Анкета
1.4	Участие в конференциях	Анкета
1.5	Публикационная активность	Анкета
1.6	Регистрация объектов интеллектуально собственности (ПО, изобретения, полезные модели)	Анкета
1.7	Самообразование	Анкета
1.8	Доступ к источникам новой информации	Анкета
1.9	Оценка восприятия инноваций	Анкета
1.10	Оценка технической оснащенности	Анкета
1.11	Уровень владения ИКТ	Анкета
1.12	Оценка программной оснащенности МО	Анкета
1.13	Оценка удобства рабочего места	Анкета
1.14	Оценка реализуемой корпоративной культуры МО	Анкета
1.15	Оценка управления кадрами	Анкета
1.16	Оценка уровня удовлетворенности	Анкета
2	Материально-техническое оснащение (информационные, коммуникационные технологии, аппаратные и программные решения)	Опрос экспертов
2.1	Уровень научно-технического оснащения МО	Топ гайд
2.2	Уровень использования ИКТ	Топ гайд
2.3	Уровень использования МИС	Топ гайд
2.4	Уровень программного обеспечения	Топ гайд
2.5	Уровень информационной безопасности	Топ гайд
2.6	Уровень аппаратного обеспечения	Топ гайд
2.7	Уровень диагностического оборудования	Топ гайд
2.8	Уровень использования инноваций	Топ гайд
2.9	Уровень научной активности	Топ гайд
2.10	Уровень создания ноу-хау, новых методов	Топ гайд
3	Качество оказания медицинской помощи (имидж и конкурентоспособность МО)	Опрос экспертов
3.1	Уровень узнаваемости МО	Топ гайд
3.2	Оценка имиджа МО	Топ гайд

№	Группа / Подгруппа	Источники
3.3	Использование инноваций в обслуживании (CRM-система, чат-боты и т. п.)	Топ гайд
3.4	Оценка эффективности организации работы с пациентами	Топ гайд
3.5	Оценка уровня доступности информации для пациентов	Топ гайд
3.6	Оценка удобства сайта МО	Топ гайд
3.7	Оценка организации внутреннего пространства (удобство, комфорт, чистота, ремонт и т. п.)	Топ гайд
3.8	Оценка уровня удовлетворенности пациентов	Топ гайд
3.9	Оценка эффективности диагностики	Топ гайд
3.10	Оценка новизны используемых методов лечения	Топ гайд
3.11	Оценка сложности и инновационности оказываемых медицинских услуг	Топ гайд
3.12	Оценка уровня научно-исследовательской деятельности	Топ гайд
3.13	Оценка эффективности организации работы (менеджмента) в целом	Топ гайд

Примечание. Приведены выборочные показатели. Список переменных может быть скорректирован в зависимости от целей и задач исследования, а также от наличия/отсутствия необходимых данных.

Глава 3. Формирование и развитие управленческого корпуса системы здравоохранения

Введение. Управленческие кадры являются одним из ключевых элементов в системе здравоохранения. Не случайно о них регулярно говорится в документах международных организаций, связанных со здоровьем населения. Например, в опубликованной под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Повестке дня в области медицинских кадров» указывается на их роль в оказании первичной медико-санитарной помощи – одного из основных элементов достижения провозглашенных ООН Целей устойчивого развития в области здравоохранения⁷⁰. В Глобальной стратегии по кадровым ресурсам здравоохранения до 2030 г. указывается на имеющийся в здравоохранении серьезный объем непроизводительно расходуемых средств, что обусловлено слабостью руководства МО, соответственно делается вывод о том, что, наряду с потребностью в квалифицированных клиницистах, система здравоохранения нуждается в профессиональных управленцах⁷¹. И в целом вне зависимости от страновой специфики организации медицинской помощи населению необходимость специальной подготовки управленцев в области здравоохранения является общепризнанной⁷². Дискуссионным остается лишь вопрос о целесообразности назначения руководителями медицинских организаций менеджеров, не имеющих медицинского образования⁷³.

В последнее десятилетие внимание к управленческим кадрам медицинских организаций усилилось и в России, что обусловлено радикальным переустройством системы здравоохранения в рамках реформы бюджетных учреждений, стартовавшей с принятием Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ⁷⁴. На фоне наделения государственных МО гораздо большей хозяйствен-

⁷⁰ Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals. Biennium report 2016–2017. WHO health workforce. – URL: https://www.who.int/hrh/resources/bienium-report_16-17/en/ (дата обращения: 17.09.2024).

⁷¹ Health workforce 2030. A Global strategy on human resources for health. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1> (дата обращения: 24.09.2024).

⁷² Сибурина Т. А., Мирошникова Ю. В., Лохтина Л. К. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития // Социальные аспекты здоровья. – 2014. – № 3 (37). – С. 12.

⁷³ Rider E. A., Gilligan M. A., Osterberg L., Branch W. T. Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice. – URL: https://www.researchgate.net/publication/325031279_Healthcare_at_the_Crossroads_The_Need_to_Shape_a_n_Organizational_Culture_of_Humanistic_Teaching_and_Practice (дата обращения: 16.09.2024).

⁷⁴ Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (ред. от 27.11.2017) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_100193/ (дата обращения: 02.10.2024).

ной самостоятельностью, а также усиления в их работе коммерческого начала кадровое обеспечение новых организационно-правовых форм МО было объявлено «важнейшим вопросом текущего момента», а управленческие навыки, предприимчивость и творческая инициатива обозначены как приоритетные качества руководителей МО⁷⁵, в том числе указывалось на особую актуальность подготовки менеджеров-организаторов всех уровней здравоохранения⁷⁶.

Представленная в главе информация призвана помочь составить требования к компетенциям управленческих кадров здравоохранения, выработанные на глобальном уровне, в рамках транснациональной компетентности и с учетом российской специфики; направления профессионального развития работников руководящего звена, а также подходы к формированию резерва управленческих кадров. Информационной основой являются документы наднациональных и международных организаций, российские нормативные правовые акты, научные публикации, результаты социологических исследований, в том числе реализованные с участием авторов. С учетом того что в рамках настоящей монографии акцент сделан на столичном регионе, там, где речь идет о российском здравоохранении, дополнительное внимание уделяется информации, касающейся управленцев, занятых в московских МО.

РУКОВОДСТВО МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ СООТВЕТСТВИЯ

Как уже отмечалось, стартовавшая в начале 2010-х гг. реформа бюджетных учреждений, затронувшая и систему здравоохранения, поставила вопрос о соответствии новым реалиям имеющегося управленческого корпуса. В связи с этим были проведены многочисленные исследования, которые касались, с одной стороны, количественной обеспеченности управленческими кадрами, направлений оптимизации их численности, обоснования численности кадрового резерва, а с другой – профессионального личностного портрета руководящего корпуса (оценки его соответствия новым условиям работы), функционирования системы повышения квалификации и переподготовки управленческих кадров, вопросов формирования кадрового резерва⁷⁷.

Так, комплексный статистический анализ выявил, что в целом по России в период, предшествовавший началу реформы, в МО муниципального уровня была не занята каждая десятая руководящая должность. На момент исследования (2012) на фоне оптимизации сети учреждений здравоохранения общая численность руководителей МО, включая их заместителей, составила 28,1 тыс. человек (в среднем по стране на 100 врачей приходилось около четырех руководителей). При этом наиболее заметно снижалась численность руководителей муниципальных МО⁷⁸.

⁷⁵ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3 (15). – С. 9.

⁷⁶ Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 20.09.2024).

⁷⁷ Александрова О. А., Комолова О. А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения. Часть 1. Кадровый состав руководства медучреждений и проблемы его формирования в преддверии реформы здравоохранения // Труд и социальные отношения. – 2019. – Т. 30. № 2. – С. 5–18.

⁷⁸ Сибурина Т. А., Мирошникова Ю. В., Лохтина Л. К. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития..

Что касается социально-демографических и профессиональных характеристик управленческих кадров, то, согласно проведенным исследованиям⁷⁹, в начале упомянутых реформ среди главврачей преобладали женщины (70,7 %) и работники старших возрастов (в возрасте 40–50 лет – 53,3 %; 50 лет и старше – 34,7 %). Только четверть главврачей закончили вуз по специальности «организация здравоохранения», еще половина получила соответствующий сертификат, каждый десятый получил диплом о втором высшем образовании, в основном юридическом. Сочетание, с одной стороны, новизны роли (многие занимали эту должность лишь несколько лет), а с другой – возраста, не самых лидерских особенностей характера (63 % признавались в нерешительности, импульсивности, неорганизованности, половина – в недостаточной инициативности), а также недостаточного внимания к своему психофизическому состоянию приводило к проблемам со здоровьем. Личностно-деловые качества главврачей характеризовались стойким интересом к работе, целеустремленностью, умением воздействовать на подчиненных, а к наиболее значимым результатам своей работы они относили выполнение государственных заданий, планов и программ. В то же время ценности саморазвития и самосовершенствования оказались у них на четвертом месте, а задаваемые новыми реалиями задачи сокращения внутренних издержек, привлечения внебюджетных средств и т. д. – на втором и третьем плане. Доминирование подобных личностных и деловых характеристик и отсутствие желания менять стереотипы поведения исследователи квалифицировали как тормоз на пути эффективной реализации организационно-экономических новаций⁸⁰.

Похожие результаты были получены в рамках проведенного на старте реализации Федеральной программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения (2011–2014)» исследования управленческой компетентности руководителей и заместителей главврачей медучреждений в ряде регионов Урала и Сибири⁸¹. Выяснилось, что большая часть управленцев имеют адекватную самооценку; требовательны к себе; готовы нести ответственность за свои решения и своих подчиненных, внедрять новое; достаточно высоко оценивают свое умение управлять людьми. В то же время у большинства руководителей обнаружилось неумение управлять собой, дефицит ряда лидерских качеств. Нередко они были склонны отождествлять руководство с организацией, элементарным администрированием, из чего исследователи сделали вывод о необходимости не только получения руководством МО новых управленческих знаний (руководители выражали готовность обучаться современным технологиями менеджмента, но, правда, сомневались в возможностях применения этих знаний в сложившихся реалиях), но и переопределения содержания деятельности и роли руководителя⁸².

Исследования, проведенные в 2016 г., спустя 6 лет после принятия Федерального закона № 83-ФЗ, вновь зафиксировали тенденции, диссонирующие с требованиями времени. Так, согласно самооценке, у руководителей МО, особенно в возрасте старше 40 лет, присутствовали такие деловые и личностные качества, как интерес к работе, целеустремленность, коммуникабельность, уверенность в себе, но оказались в дефиците востребованные в условиях радикальной перестройки условий функционирования системы здравоохранения креативность, стратегическое мышление и готовность к риску (эти качества расценивались ими как второстепенные по важности). Нужные

⁷⁹ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров. (Полученные данные коррелируют с результатами других исследований, в частности, проведенных в Красноярской государственной медицинской академии.)

⁸⁰ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров.

⁸¹ Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 20.09.2024).

⁸² Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения.

для управления МО как бизнесом качества в большей степени ценили молодые управленцы⁸³. Полученные данные приводили исследователей к выводу, что половозрастной состав руководителей, составляющих ядро управленческого корпуса, не соответствует решению задач модернизации здравоохранения и соответственно требуется «постепенная замена руководителей, являющихся по сути лишь ответственными исполнителями, ...руководителями новой формации, обладающими творческим потенциалом и расширенными возможностями принятия управленческих решений, адекватных вызовам и неопределенностям внешней среды». При этом подчеркивалось, что решающую роль в формировании корпуса именно таких управленцев должен сыграть институт резерва управленческих кадров⁸⁴.

Обобщая результаты других исследований, проведенных в преддверии и в первые годы после начала реформы, можно указать на следующие отмечавшиеся учеными проблемные или требующие учета аспекты:

традиция занятия должности руководителя МО поднявшимся до этого поста врачом, не всегда сочетающим высокий профессионализм в области медицины со знаниями и навыками, необходимыми управленцу, притом что, по различным оценкам, в общей структуре качеств, необходимых для эффективного управления МО, профильные медицинские знания и навыки значимы не более чем на 15–20 %^{85, 86};

типичные для сложившейся системы управления медицинской отраслью иерархичность, бюрократизированность, строгое подчинение вышестоящим звеньям, что не вполне сочетается с расширением полномочий руководства МО в области финансово-хозяйственной и т. п. деятельности⁸⁷;

назначение на руководящие посты руководителей, отбираемых по критерию лояльности, а не профессиональной компетентности⁸⁸;

попытки механического переноса зарубежных концепций управления МО в принципиально иной институциональный контекст с отказом от собственного, советского, опыта организации работы с руководящими кадрами⁸⁹;

отсутствие четких представлений о профессионально-личностном образе руководителя, осуществляющего управленческие функции в МО в новых условиях⁹⁰;

⁸³ Князев А. А., Лохтина Л. К., Мирошникова Ю. В. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 5 (51). – DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-8

⁸⁴ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров.

⁸⁵ Винслав Ю. Б. Управленческая деятельность: исторические и логические предпосылки структурирования, рекомендации для практики менеджмента // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2011. – № 2. – яс. 4–20.

⁸⁶ Вялков А. И., Кучеренко В. З., Сырцова Л. Е. О квалификационной характеристике специалиста по общественному здоровью и управлению здравоохранением // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 48–51.

⁸⁷ Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 20.09.2024).

⁸⁸ Вахитов Ш. М., Блохина М. В. Подготовка и использование управленческих кадров в здравоохранении как актуальная проблема // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 5. – С. 46–48.

⁸⁹ Кириллова А. Л., Кириллов А. В. О возможностях реализации американского опыта в российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 3. – С. 30–38.

⁹⁰ Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya> (дата обращения: 20.09.2024).

неэффективность работы кадровых служб, отсутствие у них нацеленности на ранний отбор, личностное и профессиональное развитие кадрового резерва руководителей МО с последующим обеспечением его представителям приоритета при выдвижении на руководящую должность⁹¹.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО РЕЗЕРВА

Выявленное в ходе исследований несоответствие качественных характеристик руководителей МО вызовам времени связывалось исследователями с отсутствием целенаправленной подготовки управленцев для здравоохранения. Отмечалось, что, хотя имеются и осознание такой необходимости, и нормативные правовые акты, регулирующие создание и подготовку резерва управленческих кадров, соответствующая работа не является системной и не гарантирует занятия руководящих должностей тщательно отобранными и хорошо подготовленными кандидатами⁹² (справедливости ради следует отметить, что и в большинстве стран мира руководство кадрами в системе здравоохранения является самым слабым местом⁹³).

Согласно данным, полученным в ходе одного из достаточно масштабных исследований⁹⁴, кадровый резерв руководителей МО нередко создавался для галочки или вообще не формировался, а назначения на должность производились спонтанно, на основе далеко не всегда понятных критериев. Порядка половины главврачей и трети заместителей главврачей пришли из других МО; нередко назначаемые перепрыгивали через одну или две должностных ступени. Почти 40 % из опрошенных 330 главврачей были назначены неожиданно для них (только треть руководителей осознанно стремились к этой должности), в результате только каждый четвертый ощущал себя готовым к новому посту, еще две трети оценили свою готовность как частичную. Это неизбежно сказалось на протекании адаптационного периода: согласно полученным данным, только 20 % вновь назначенных руководителей легко адаптировались к новой должности (каждый шестой подчеркнул ощутимую тяжесть, а 2 % и вовсе кризис). При этом у 41,7 % руководителей МО адаптационный период длился до 3 мес., а у четверти – до одного года. Примечательно, что среди тех, кому в процессе адаптации требовалась психологическая и профессиональная поддержка (а в целом таковых было 60 %), чаще оказывались руководители моложе 40 лет⁹⁵.

Что касается работы со сформированным резервом управленческих кадров, то, согласно полученным исследователями данным, в большинстве случаев она велась формально и практически прекращалась после зачисления в резерв, притом что низкая последующая востребованность зачисленных в резерв кандидатов снижает мотивацию совершенствования профессиональных и личностных качеств. Отмечалась и недостаточная проработанность программ подготовки и пе-

⁹¹ Черепанова И. С. Современные методы повышения эффективности труда руководителей // Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Вып. 6. – СПб., 2001. – С. 25–27.

⁹² Князев А. А., Лохтина Л. К., Мирошникова Ю. В. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rabota-s-rezervom-kak-sposob-povysheniya-potentsiala-rukovodyaschih-kadrov> (дата обращения: 18.09.2024).

⁹³ Кадровые ресурсы: ежегодный доклад. Доклад Секретариата. ВОЗ. Исполнительный Комитет. EB117/21. Сто семнадцатая сессия, 16 января 2006 г. – URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB117/EB117_21-ru.pdf (дата обращения: 21.09.2018).

⁹⁴ Князев А. А., Лохтина Л. К., Мирошникова Ю. В. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров.

⁹⁵ Князев А. А., Лохтина Л. К., Мирошникова Ю. В. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров.

реподготовки зачисленных в кадровый резерв – эта работа в основном велась с уже назначенными на руководящую должность⁹⁶.

Стоит отметить, что, судя по полученным данным, слабость работы с резервом управленческих кадров была, скорее, общей практикой, нежели исключением: так, каждый десятый опрошенный главврач признал, что работа не ведется, а каждый пятый оказался не знаком с составом своего кадрового резерва. Основным направлением работы кадровой службы был назван учет и прогноз потребности в кадрах, а также планирование прохождения сотрудниками МО курсов повышения квалификации. Если же кадровый резерв и формировался, то оперативный, а не стратегический (нацеленный на многоступенчатое развитие управленческих кадров вплоть до кандидатов в руководители органов управления здравоохранением). Не случайно полученные результаты привели исследователей к выводу о необходимости коренного пересмотра подходов к формированию резерва руководящих кадров в сторону большей системности.

В качестве причин формального подхода кадровых служб к работе с потенциальными управленцами исследователи называли, во-первых, отсутствие четкого представления о востребованных в перспективе профессиональных и личностных качествах руководящих кадров, а во-вторых, специфику самих работников кадровых служб региональных органов управления здравоохранением⁹⁷. Согласно полученным учеными данным, на момент исследования корпус руководителей кадровых служб на две трети состоял из женщин, чуть менее половины из них – предпенсионного возраста. Что касается их профессионально-деловых качеств, то, согласно самооценке, наиболее распространенным качеством являлась коммуникабельность, такие качества, как профессиональная компетентность и гибкость мышления, были распространены умеренно, а способность к стратегическому мышлению, а также уравновешенность оставляли желать лучшего (так, 83 % имели отдельные симптомы эмоционального выгорания, а 13 % – их полный набор). Сертификат организатора здравоохранения имели 57 %, а опыт работы в практическом здравоохранении – лишь четверть руководителей-кадровиков.

Согласно полученным исследователями данным, основные усилия руководства кадровых служб направлено на контроль за трудовой дисциплиной, ведение кадрового делопроизводства. На работу по планированию кадров, в том числе формирование резерва, указали менее трети руководителей кадровых служб.

Подобная информация позволила исследователям сделать вывод о том, что сами отвечающие за подбор кадров службы не вполне соответствуют требованиям времени, демонстрируя инертность и стереотипность мышления. Будучи сами не склонными к риску, предпочитающими выполнение функций исполнителя и контролера, такие руководители кадровых служб вряд ли готовы к развитию лидерских качеств у включенных в кадровый резерв. Аналогичные выводы были сделаны исследователями и в отношении руководителей региональных органов управления здравоохранением. Судя по полученным данным, приоритетом их деятельности являлась реализация утвержденных государственных программ и выполнение контрольно-административных функций, но не требующий анализа динамических изменений внешней и внутренней среды стратегический менеджмент. В области управления кадрами обнаруживалась ориентация в основном на выполнение формальных процедур⁹⁸.

⁹⁶ Князев А. А., Лохтина Л. К., Мирошникова Ю. В. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров.

⁹⁷ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров.

⁹⁸ Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3 (15). – С. 9.

Таким образом, данные исследований указывали на то, что требуется настойчивая и систематическая работа как с уже имеющимся корпусом руководителей МО, так и с его кадровым резервом, особенно учитывая радикальные изменения, с которыми сегодня сталкивается система здравоохранения в России и мире.

ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНЦИЯМ И НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ⁹⁹

Анализ зарубежных публикаций, посвященных современным требованиям к управленческим кадрам и направлениям развития их профессиональных компетенций¹⁰⁰, позволил выделить следующие сферы и направления профессионального развития.

Эффективное управление финансами как способность руководителя адекватно рассчитывать бюджет МО, осуществлять финансовое планирование, снижать издержки и т. д. Это требует умения понимать рыночные тенденции и анализировать финансовые показатели, в том числе используя современное программное обеспечение (подчеркивается, что руководитель МО не должен отдавать это полностью на откуп бухгалтерии и планово-финансовым службам). Способность руководителя сформировать у персонала культуру финансовой ответственности содействует повышению эффективности использования имеющихся у МО средств¹⁰¹.

Знание нормативного регулирования позволяет руководству МО избежать разного рода юридических проблем. Поддержанию высокого уровня соблюдения нормативных требований служит регулярное проведение так называемых аудитов соответствия и постоянное информирование персонала об имеющихся место изменениях в правилах и нормах. Подчеркивается важность взаимодействия руководителей МО с отраслевыми ассоциациями, позволяющего, с одной стороны, своевременно доводить до структур управления информацию о дефектах принятых регуляторных актов, а с другой – своевременно получать информацию об изменениях в законодательстве и тем самым минимизировать риски нарушений нормативных требований.

Формирование стратегического партнерства как умение выстраивать эффективное сотрудничество с другими поставщиками медицинских услуг, фармацевтическими и технологическими компаниями, общественными организациями. В частности, сотрудничество с фармацевтическими компаниями может позволить разрабатывать и внедрять более эффективные протоколы лечения, проводить совместные исследования, расширять доступ к передовым методам лечения¹⁰².

⁹⁹ Барскова Г. Н., Князев А.А., Смирнов А.А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3 (15). – С. 9.

¹⁰⁰ Использованы материалы порталов: Globalization and Health. – URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/> (дата обращения: 17.06.2024); Harvard T. H. Chan School of Public Health Executive. – URL: <https://www.hsph.harvard.edu/есре> (дата обращения: 10.06.2024); The Healthcare Executive, в том числе Enhancing Healthcare Leadership: Key Skills for Executives in 2024. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/blog/enhancing-healthcare-leadership-skills-2024/> (дата обращения: 17.04.2024); 2024 Building a Patient-Centered Culture in Healthcare Organizations. URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/2024-building-patient-centered-culture-healthcare-organizations/> (дата обращения: 06.06.2024); Leveraging Partnerships to Enhance Healthcare Delivery. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/leveraging-partnerships-to-enhance-healthcare-delivery/> (дата обращения: 06.06.2024).

¹⁰¹ 2024 Building a Patient-Centered Culture in Healthcare Organizations. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/2024-building-patient-centered-culture-healthcare-organizations/> (дата обращения: 14.06.2024)

¹⁰² Leveraging Partnerships to Enhance Healthcare Delivery. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/leveraging-partnerships-to-enhance-healthcare-delivery/> (дата обращения: 14.06.2024).

Цифровая трансформация как готовность к внедрению в работу МО цифровых технологий, таких как алгоритмы машинного обучения; диагностические инструменты на основе искусственного интеллекта; телемедицинские технологии электронные медицинские карты и т. п., позволяющих повышать эффективность работы организации и качество медицинской помощи.

Управление изменениями как умение разрабатывать комплексную стратегию управления изменениями, направленную на предупреждение возможных проблем, а также создавать условия для спокойной, не нарушающей производственный процесс, адаптации персонала к перманентным новациям.

Развитие персонализированной медицины как знание о возможностях и преимуществах персонализированной медицины и способность реализовывать в своей МО связанных с ней передовых технологий, в данном случае машинного обучения.

Развитие культуры инноваций как собственная открытость к новым идеям и технологиям и поощрение к их освоению сотрудников МО. Последнее достигается за счет создания инновационных структурных подразделений для работы многопрофильных команд, проведение регулярных семинаров и мозговых штурмов; развитие у сотрудников культуры инноваций путем создания условий для непрерывного обучения.

Отдельное внимание уделяется компетенциям руководителей, способствующим реализации в МО принципа пациентоориентированности.

Формирование пациентоориентированной корпоративной культуры как создание в МО такой среды, в которой пациенты чувствуют к себе уважение, ощущают, что их слышат, а также позволяют участвовать в процессе принятия решений, касающихся их здоровья. Это требует от руководителей умения, во-первых, реализовывать мероприятия и инициативы, способствующие развитию у персонала эмпатии, а также установок на сотрудничество и обеспечение прозрачности своей деятельности, а во-вторых, поощрять работников, на деле реализующих пациентоориентированный подход, и тем самым содействовать усилению понимания в коллективе важности приверженности именно такому подходу к выполнению профессиональных функций.

Повышение качества коммуникаций как умение создавать условия для развития, во-первых, коммуникационных навыков у персонала, а во-вторых, эффективных коммуникационных каналов и структур, направленных на стандартизацию и улучшение взаимодействия с пациентами, в том числе повышение их вовлеченности в процесс лечения.

Еще один перечень касается лидерских качеств управленческих кадров здравоохранения.

Укрепление командной сплоченности как умение создавать сильные команды, атмосферу сотрудничества и доверия. Этому может способствовать, во-первых, поощрение общения между различными подразделениями и специалистами, а также обеспечение прозрачности деятельности различных служб, в том числе за счет использования платформ для совместной работы; проведение регулярных междисциплинарных совещаний, а во-вторых, создание возможностей для профессионального развития, в том числе за счет создания эффективной системы наставничества, в-третьих, содействие карьерному росту сотрудников путем создания кадрового резерва и обучения включенных в него сотрудников.

Умение разрешать конфликты и налаживать обратную связь как, во-первых, наличие у руководителя основательных знаний о конфликтах, их источниках и типах, видах реакций; во-вторых, умение разрабатывать стратегии разрешения конфликтов (протоколы по предупреждению и управлению конфликтными ситуациями); в-третьих, обеспечение обучения соответствующим знаниям

и навыкам управленческих кадров по всей организационной вертикали; в-четвертых, умение минимизировать стрессовые факторы, связанные с нормированием и организацией труда; в-пятых, способность к формированию командной идентичности и междисциплинарного сотрудничества как способа профилактики конфликтов.

Развитие и укрепление собственных лидерских качеств, таких как стратегическое видение; ответственность нормативным и этическим стандартам; умение анализировать сложные ситуации, выявлять корень проблем и выработать практические решения; способность воспринимать технологические изменения и эффективно внедрять их в практику своей организации; способность находить взаимоприемлемые решения на основе умения находить с разными сторонами и контрагентами общий язык и идти на компромиссы; умение эффективно работать с разнородным персоналом; знание и уважение различных культурных традиций, носителями которых могут быть как сотрудники, так и пациенты; развитие эмоционального интеллекта и коммуникационной компетентности; лидерское поведение в ходе конфликтов в форме демонстрации положительного примера, решительности и сохранения спокойствия в ответ на попытки давления¹⁰³.

ТРАНСНАЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ

Глобализация приводит к росту потоков, пересекающих национальные границы медицинских специалистов, пациентов, оборудования и технологий; кроме того, в разных странах расширяется присутствие связанных со здравоохранением международных и неправительственных организаций. Отсюда появление понятия «транснациональная компетентность»¹⁰⁴ и постановка вопроса о ее определении и формировании.

Разработку международно-релевантных требований к компетенциям управленческих кадров взял на себя Альянс по лидерству в здравоохранении¹⁰⁵. Созданный им справочник основных компетенций в области управления здравоохранением затем был принят на вооружение Международной федерацией больниц и ее партнерами. К основным компетенциям управленческих кадров, играющих ключевую роль в системах здравоохранения разных стран и в разных секторах этих систем, отнесены знания и навыки в пяти сферах, касающихся лидерства; управление коммуникациями и взаимоотношениями; профессиональная и социальная ответственности; представления о факторах здоровья и среде, в которой функционирует система здравоохранения; имеющие место в здравоохранении бизнес-процессы.

При этом исследователи обращают внимание на то, что, хотя о таких компетенциях много говорится, в частности, на уровне ВОЗ, изученность качеств, необходимых для повышения результативности медицинской помощи в рамках своей системы здравоохранения и при осуществлении трансграничной трудовой мобильности, остается недостаточной. Данный пробел был восполнен исследованием, реализованным в 2017 г. командой Университета Нового Южного Уэльса (Австра-

¹⁰³ Key Skills for Executives in 2024. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/blog/enhancing-healthcare-leadership-skills-2024/> (дата обращения: 17.04.2024).

¹⁰⁴ Koehn P. H., Rosenau J. N. Transnational competence: empowering curriculum for horizon-rising challenges. London: Routledge; 2015.

¹⁰⁵ Health Manager. Global consortium for healthcare management, 2015. – URL: <https://healthmanager.ie/2015/11/global-consortium-for-healthcare-management/> (дата обращения: 30.06.2024).

лия)¹⁰⁶. Исследователи провели полуструктурированные интервью с имеющими опыт работы в более чем одной стране 15 управленцами разного уровня из семи стран, различающихся уровнем экономического благополучия и развития здравоохранения. В результате было обозначено пять областей, охватывающих качества, необходимые управленческим кадрам здравоохранения для соответствия требованиям транснациональной компетентности.

Восприимчивость к изменениям, инициирование и управление изменениями как готовности управленцев к принятию новых трендов, внедрению в МО разного рода инноваций, а также к самостоятельному инициированию изменений. Это предполагает восприятие изменений как объективную необходимость, дальновидность, гибкость и креативность при выработке и реализации собственных стратегий по внедрению изменений. Подчеркивалось, что ключевым фактором эффективного управления изменениями является способность учитывать последствия внедряемых изменений для персонала и пациентов, стремление заранее минимизировать возможные издержки, а также умение увлечь своими идеями коллектив.

Способность к сотрудничеству и состраданию как готовность к кооперации внутри и за пределами МО, что позволяет создавать эффективные многопрофильные команды, способные справляться со все более сложным спектром заболеваний, а также более успешно вовлекать в процесс лечения самих пациентов и их близких. Последнее требует умения найти с ними общий язык и продемонстрировать сострадательное отношение. Искренний интерес и сочувствие, а также стремление к взаимопониманию требуются и в отношениях с подчиненными. Подчеркивается, что ролевая модель, демонстрируемая руководителем МО, воспроизводится на более низких уровнях управления. Требуется и способность выстраивать продуктивные отношения с контрагентами, в частности, с образовательными учреждениями, помогающими обучить персонал необходимым навыкам.

Непрерывное обучение как понимание необходимости постоянного профессионального развития, способность к постоянному обучению и активность в поисках возможностей для расширения своих знаний. Подчеркивались также способность к рефлексии в отношении собственного опыта и умение учиться у коллег, в том числе разумно адаптировать зарубежный опыт к условиям своей страны.

Баланс теории и практики управления как понимание важности не только практического опыта, но и теории, позволяющей разрабатывать и реализовывать управленческие решения в рамках доказательной медицины. Подчеркивалась также важность наличия готовности руководителей более высоких звеньев управления создавать для своих молодых коллег возможности для более плавной адаптации к рабочему процессу.

Лидерские навыки как готовность развивать у себя эмоциональный интеллект, самоконтроль, хорошо чувствовать контекст, быть адекватными сложившейся культуре и имеющимся обстоятельствам; уметь слушать других и получать от них обратную связь.

Проведенное исследователями сопоставление выявленных ими характеристик транснациональной компетентности с основной рамкой компетенций управленческих кадров приводит к выводу о наличии общих черт, таких как непрерывное обучение, а также лидерских качеств, связанных с состраданием и сотрудничеством. В то же время ранее транснациональная компетентность в основном изучалась применительно к системе «врач–пациент», но не в контексте управле-

¹⁰⁶ Harrison R., Meyer L., Chauhan A., Agaliotis M. What qualities are required for globally-relevant health service managers? An exploratory analysis of health systems internationally. – URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0452-3> (дата обращения: 01.09.2024).

ния в сфере здравоохранения. Полученные результаты, по мнению исследователей, указывают на то, что управленческим кадрам требуются дополнительные аналитические, психологические и коммуникативные навыки. Отсюда их вывод в отношении последипломного образования. Как правило, оно ориентируется на сложившийся контекст и затрагивает отдельные компетенции¹⁰⁷, касающиеся управления персоналом, финансирования, оценки качества медицинских услуг. В то же время результаты исследования говорят о важности для транснациональной компетентности таких компетенций, как способность к осуществлению изменений. В этой части, по мнению исследователей, полезным может быть интегрированное в обучение ознакомление на практике с другими системами здравоохранения, позволяющее управленцам убедиться в универсальном характере востребованности указанных компетенций¹⁰⁸.

ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНЦИЯМ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ, ЗАНЯТЫХ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Обзор актуальных публикаций по тематике профессионального развития управленческих кадров¹⁰⁹, занятых в российской медицинской отрасли, говорит о заметном сходстве требований к компетенциям руководителей здравоохранения с общемировыми тенденциями. Так, отмечаются следующие направления развития компетенций.

Расширение экономических знаний: наличие у руководителей МО не только частного, но и государственного сектора знаний в области экономики, финансового менеджмента и т. п.¹¹⁰.

Повышение юридической грамотности как постоянный мониторинг и умение разбираться в касающихся здравоохранения нормативных правовых актах. Подчеркивается также способность транслировать персоналу эти знания, а также установку на их неукоснительное соблюдение¹¹¹. Расширение юридических знаний требуется также в связи с цифровой трансформацией здравоохранения¹¹².

¹⁰⁷ Meyer L., Hodgkinson A. R., Knight R., Ho M. T., di Copro S. K., Bhalla S. Graduate capabilities for health service managers: reconfiguring health management education @UNSW. – URL: https://www.researchgate.net/publication/6170466_Graduate_capabilities_for_health_service_managers_reconfiguring_health_management_education_UNSW (дата обращения: 02.09.2024).

¹⁰⁸ Harrison R., Meyer L., Chauhan A., Agaliotis M. What qualities are required for globally-relevant health service managers? An exploratory analysis of health systems internationally. – URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0452-3> (дата обращения: 01.09.2024).

¹⁰⁹ Более подробно см. в экспертном обзоре: Александрова О. А., Аликперова Н. В., Комолова О. А., Марков Д. И., Махрова О. А. Управленческие кадры здравоохранения: направления профессионального развития и карьерного роста. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – 59 с.

¹¹⁰ Каспрук Л. И., Белов И. П., Кисловец О. В. Подготовка управленческих кадров для негосударственных медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 38–41; Просалова В. С., Николаева А. А. Актуальные вопросы преподавания экономических дисциплин будущим врачам-стоматологам // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – Т. 10, № 2(35). – С. 233–235; Александрова О. А., Ярашева А. В., Ненахова Ю. С. Профессиональная подготовка врачей: эксперты о проблемах образовательного процесса (часть вторая) // Народонаселение. – 2021. – Т. 24, № 1. – С. 54–65.

¹¹¹ Панов А. В. Заместитель главного врача по медицинской части: содержание трудовой функции с позиции требований нормативных правовых актов // Заместитель главного врача. – 2011. – № 6(61). – С. 64–79. – EDN QBJJWWT; Кочеткова Р., Севостьянов А. Как отвечать на жалобы и обращения пациентов и их представителей. Разъяснения от юриста и готовые образцы // Заместитель главного врача. – 2022. – № 7. – С. 56–65. – EDN NRJMTN; Дудов А. С., Тараян С. Ф. Механизм реализации квалификационной характеристики главного врача // Главный врач Юга России. – 2012. – Т. 3, № 30. – С. 52–54. – EDN ZAYGGX

¹¹² Доан Т. М., Крестьянинова О. Г., Плотников В. А. Цифровизация здравоохранения: перспективные инструменты // Экономика и управление. – 2023. – Т. 29, № 2. – С. 132–140. – EDN DPMTLC

Развитие цифровой среды медицинской организации как умение решать задачи, связанные с выделением дополнительного финансирования на внедрение и поддержку цифровых систем; обеспечением совместимости данных между различными медицинскими организациями; обеспечением безопасности персональных данных пациентов и соответствием требованиям о конфиденциальности; интеграцией электронных медицинских карт с уже используемыми в медицинских организациях информационными системами; организацией обучения медицинского и административного персонала работе в условиях цифровой среды; обеспечением надежной работы компьютерной техники, наличия соответствующего требованиям программного обеспечения; преодолением сопротивления изменениям со стороны медицинского персонала, привыкшего к бумажному документообороту¹¹³.

Развитие навыков принятия управленческих решений как готовность к развитию когнитивных управленческих способностей («гибкости системного мышления, повышения аналитических способностей, расширения оперативной памяти, увеличения скорости обработки специализированной управленческой информации..., развития функции планирования и контроля над ситуациями ...и устранение когнитивного диссонанса в восприятии многообразия деятельности организации»¹¹⁴).

Умение работать с медицинской статистикой – наличие теоретических знаний в области медицинской статистики и практических навыков работы с соответствующими компьютерными программами¹¹⁵.

Инновационная компетентность – наличие так называемого инновационного сознания (как готовности к восприятию нового); стремления к внедрению технологических и организационных инноваций, способность мотивировать к инновационной деятельности персонал МО¹¹⁶.

Лидерские качества и навыки продуктивной коммуникации – способность вдохновлять коллектив, выстраивать конструктивные отношения с подчиненными, предупреждать и разрешать конфликты на основе развития личностных качеств¹¹⁷ (способность к самоорганизации и саморазвитию, межкультурному взаимодействию¹¹⁸, умение создавать работоспособные команды; учитывать мнение персонала¹¹⁹) и навыков специальной психологической подготовки¹²⁰.

¹¹³ Курбанова Н. Новые правила посещения поликлиник: как будут лечиться россияне с 1 января. – URL: <https://iz.ru/1626549/haina-kurbanova/novye-pravila-poseshcheniia-poliklinik-kak-budut-lechitsia-rossiiane-s-1-ianvaria> (дата обращения: 14.06.2024).

¹¹⁴ Патент № 2665110 С1 Российская Федерация, МПК А61М 21/00. Способ развития когнитивных управленческих способностей оператора-руководителя организации здравоохранения и навыков принятия им управленческих решений: № 2018122680: заявл. 21.06.2018: опубл. 28.08.2018 / Н. Б. Найговзина, Э. В. Зиминая, М. Б. Шаманский. – EDN ZEJTL

¹¹⁵ Шамурзаева М. М., Закальский В. А., Каримов Б. Н. Информационные ресурсы в программе обучения резерва управленческих кадров здравоохранения // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 1. – С. 32–38.

¹¹⁶ Аванесян Г. М., Акопов Г. В., Акопян Л. С. Инновационное сознание управленческих кадров: возможности психологической оценки // Психологический журнал. – 2021. – Т. 42, № 4. – С. 97–105.

¹¹⁷ Тайц Б. М., Косенко А. А., Стволинский И. Ю. Приоритетные свойства характера успешного руководителя глазами главных врачей и их заместителей // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 298.

¹¹⁸ Тарабукина С. М., Дремова Н. Б. Перспективы развития дополнительных профессиональных компетенций фармацевтического персонала // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2021. – Т. 8. № 1. – С. 103–105. – EDN WPSHDR

¹¹⁹ Тарабукина С. М., Дремова Н. Б. Перспективы развития дополнительных профессиональных компетенций фармацевтического персонала.

¹²⁰ Доронина Л. А. Личность главного врача в медицинской организации (глазами врачей) // Оригинальные исследования. – 2023. – Т. 13, № 5. – С. 233–237. – EDN OOQRZA

РУКОВОДИТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МОСКВЫ О НЕОБХОДИМЫХ КОМПЕТЕНЦИЯХ И СПОСОБАХ ИХ РАЗВИТИЯ

С учетом того что в рамках настоящего издания особое внимание уделяется столичному региону, остановимся несколько подробнее на результатах исследований, посвященных профессиональному уровню управленческих кадров, занятых в МО, подведомственных ДЗМ, а также их представлениям о необходимых современным руководителям компетенциях и способах их развития. Кроме того, данные о профессиональном портрете работников руководящего звена МО Москвы представлены в параграфе, посвященном формированию кадрового резерва.

Исследование, реализованное в 2016 г.¹²¹ и предполагавшее массовый опрос, интервью и социально-психологическое тестирование главных врачей московских МО, показало, что на тот момент руководителями учреждений амбулаторно-поликлинического звена являлись преимущественно женщины (84 %) в возрасте 55 лет и старше (61 %), имеющие относительно небольшой стаж работы в должности главного врача (в среднем около 5 лет). 87 % главврачей закончили медицинский вуз по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», остальные получили диплом терапевта, кардиолога и акушера-гинеколога. У всех имелась первая или высшая категория по клинической специальности, в то же время квалификационная категория по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» была только у 64 %. Каждый десятый главврач имел ту или иную ученую степень.

Данные опроса говорили о том, что абсолютному большинству опрошенных главных врачей не доставало знаний в сфере менеджмента, финансов и маркетинга. По мнению исследователей, именно дефицит знаний в сфере маркетинга медицинских услуг не позволял руководителям МО эффективно привлекать новых пациентов и повышать их лояльность как лечению, так и МО. В то же время сами респонденты не считали получение знаний об инструментах и методах маркетинга медицинских услуг приоритетным: большинство хотело улучшить навыки составления планов и бюджетов, анализа финансовой деятельности, улаживания конфликтов, публичных выступлений. Исследование также выявило невнимательное отношение к собственному здоровью у половины главных врачей, что с учетом специфики их работы усугубляло процесс профессионального выгорания¹²².

Проведенные на втором этапе исследования, неструктурированные глубинные интервью с 14 главврачами, а также три психолого-проективных теста уровня управленческой компетенции (Р. Блейка, М. Вудкока и Д. Фрэнсиса, а также Н. Г. Хитровой) позволили составить групповой личностно-профессиональный портрет, который говорил о главных врачах столичных поликлиник как о хороших исполнителях (более половины подчеркивали свою исполнительность, преданность делу, демонстрировали высокую требовательность к себе) с оперативным стилем управления, нежели стратегических управленцев, способных предвидеть и успешно адаптироваться к изменениям внешней и внутренней среды. В частности, респонденты реже отмечали такие факторы успеха, как самосовершенствование, профессиональное развитие, самостоятельность; кроме того, обнаружился дефицит стратегического мышления, инициативности, готовности к риску. По мнению исследователей, доминирование у главврачей качеств ответственных исполнителей стало результатом отношений, сложившихся внутри медицинской вертикали, для которых

¹²¹ Костанян А. А. Методика оценки управленческих компетенций современных организаторов здравоохранения как показателя уровня клиентоориентированности медицинской организации // Вестник ЮУрГУ. Серия «Экономика и менеджмент». – 2016. – Т. 10. № 4. – С. 94–103.

¹²² Попова Т. В., Мохов В. Г., Никонова А. Е. Оценка эффективности деятельности менеджера с учетом психоэмоциональной специфики его труда // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и Менеджмент. – 2013. – № 3. – С. 106–109.

характерны ситуации, когда рутинные либо однократные поручения учредителей и контрольно-надзорных ведомств спускаются без разъяснений и обратной связи¹²³.

В 2019 г. в рамках изучения кадрового потенциала столичного здравоохранения нами было проведено исследование¹²⁴, направленное на выявление представлений главных врачей МО, подведомственных ДЗМ, о необходимых управленцам здравоохранения компетенциях, направлениях и способах профессионального развития. Помимо главных врачей, в исследовании в качестве экспертов участвовали руководители учреждений дополнительного профессионального образования (ДПО).

Анализ полученной информации говорил о том, что на момент исследования у опрошенных главврачей были следующие представления о необходимых руководителям компетенциях:

экономические знания (хотя бы на уровне базовых);

знание касающегося деятельности МО нормативного правового регулирования и способность растолковывать его своим подчиненным, для чего необходимо обладать определенными педагогическими способностями;

знания в области стратегического менеджмента, позволяющие прогнозировать ситуацию в отрасли и на рынке медицинских услуг, адекватно оценивать положение на данном рынке своей МО, прогнозировать последствия своих решений и действий;

знание социальной психологии, наличие коммуникационных навыков, в том числе умение слушать подчиненных, заинтересованность в наличии эффективной обратной связи;

психологическая устойчивость – отсутствие полярных проявлений настроения (эйфория/депрессия) и в целом оптимистический настрой, а также понимание того, что манера поведения руководства транслируется на отношения медперсонала и пациентов;

новаторский характер – предрасположенность к новому, открытость для изменений;

способность масштабно мыслить, видеть картину в целом, не вязнуть в деталях;

наличие обширных профессиональных знаний, умение ориентироваться в разных областях, в целом широкая эрудиция.

С руководителями МО был также обсужден вопрос, который тогда широко дискутировался: кто должен возглавлять МО – клиницист или не имеющий медицинского образования менеджер. Судя по высказанным мнениям, соотношение медицинских и менеджерских компетенций зависит от размера МО: если МО достаточно большая, то руководитель может не иметь медицинского образования, но оно должно быть у его заместителей, отвечающих непосредственно за медицинские аспекты деятельности, а также у заведующих отделениями. В то же время отмечалось: хотя в работе главного врача абсолютно преобладают чисто управленческие задачи, тем не менее если в организации нет разделения на медицинского и финансового директоров, то у главного врача в качестве базового должно быть медицинское образование. В противном случае руководитель не сможет адекватно оценивать поступающую к нему информацию медицинского харак-

¹²³ Костанян А. А. Методика оценки управленческих компетенций современных организаторов здравоохранения как показателя уровня клиентоориентированности медицинской организации.

¹²⁴ Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Аликперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2019. — № 5 (27). — С. 522–528.

тера, поскольку профессиональный язык медицины чрезвычайно специализированный. Кроме того, медицинские работники, как довольно закрытая профессиональная корпорация, не склонны воспринимать в качестве лидера человека не из своей среды.

Среди направлений, в которых опрошенные главврачи полагали необходимым наращивать свои знания и навыки, назывались экономика нормативная правовая сфера; психология; реклама, пресс-служба, маркетинг; деловой этикет.

Опрошенные тогда же эксперты в области ДПО указывали на необходимость наращивания руководителями своей коммуникативной компетентности (обращалось внимание на то, что в ординатуре на обучение этим навыкам отводится достаточно небольшое количество часов), а также психолого-педагогических знаний и навыков (поскольку соответствующие предметы проходят на первом курсе медицинского вуза).

Оценивая эффективность пройденного ими обучения в системе ДПО, опрошенные главврачи указывали, что больше всего им пригодились знания в сфере антикризисного управления, стратегического планирования, а также информация, полученная на практических занятиях с юристами и экономистами.

Что касается такого важного вопроса, как форма организации обучения, то в качестве предпочтительных главврачами назывались разные, нередко противоположные, формы (что, по-видимому, связано с ситуацией на работе и дома у конкретного руководителя):

дистанционная форма, поскольку: а) для руководителя сложно на 1–2 нед. выпасть из производственного процесса; б) в мегаполисе много времени занимает дорога до образовательного учреждения;

с отрывом от производства, поскольку, находясь на рабочем месте, руководитель будет постоянно отвлекаться на текущие вопросы и не сможет полноценно заниматься;

краткосрочные курсы, на которых можно приобрести компетенции по управлению проектами, получить представление о современных трендах в развитии здравоохранения, обсудить законодательство и блоки по экономике, при условии их проведения на территории Москвы с транспортной доступностью образовательного учреждения в пределах одного часа;

двухлетние курсы государственного и муниципального управления в сфере здравоохранения, которые по длительности и содержанию аналогичны соответствующей управленческой магистратуре на базе высшего образования;

вечерние курсы (хотя отмечалось, что это может быть утомительно);

выделение отдельного дня, например, целиком субботы;

комбинация очных и заочных занятий, вебинаров, выездов для прохождения обучения.

При этом подчеркивалось, что безотносительно формы обучения, главное – чтобы занятия вели специалисты-практики, в том числе и предметы, не имеющие отношения к медицине (например, реклама, маркетинг, PR).

Что касается зарубежных стажировок, подчеркивалась: ключевое – это сроки и качество организации процесса обучения. Высказывалось мнение, что оптимальный срок – одна неделя, поскольку за это время можно наблюдать весь рабочий цикл от понедельника до воскресенья и успеть получить как базовые знания, так и знакомство с практикой, реализуемой отдельными МО. Применительно к зарубежным стажировкам также оговаривалось, что, хотя они и бывают

разными по уровню подготовленности принимающей стороны, польза от них есть в любом случае, так как они дают возможность узнать, как работают системы здравоохранения в других странах и перенять полезные и подходящие для России практики.

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нормативная правовая база и методические подходы. По итогам состоявшегося в октябре 2019 г. совещания, посвященного модернизации первичного звена здравоохранения, был утвержден Перечень поручений Президента, в котором содержался пункт о внедрении системы подготовки и формирования кадрового резерва управленческих кадров для системы здравоохранения. Через полгода, в марте 2020 г., был издан приказ министра здравоохранения РФ М. А. Мурашко «О методических рекомендациях по работе с кадровым резервом управленческих кадров в здравоохранении»¹²⁵, которым утверждались, во-первых, методические рекомендации, а во-вторых, типовая дорожная карта подготовки и формирования резерва управленческих кадров в здравоохранении.

Согласно Методическим рекомендациям целями формирования кадрового резерва являются совершенствование деятельности по подбору и расстановке кадров для замещения должностей руководителей в здравоохранении; своевременное удовлетворение потребности в кадрах для замещения соответствующих должностей, а также повышение мотивации специалистов к замещению должностей руководителей в здравоохранении и их профессиональному росту. В Методических рекомендациях также изложено, кто может быть включен в кадровый резерв (лица, претендующие на замещение должностей руководителей в системе здравоохранения Российской Федерации; соответствующие требованиям, предъявляемые к руководителям МО в соответствии с российским законодательством, не достигшим предельного возраста, установленного для замещения должности в соответствии с законодательством Российской Федерации). Кроме того, провозглашаются принципы работы с кадровым резервом, среди которых учет текущей и перспективной потребности в замещении должностей руководителей в здравоохранении; конкурсный отбор лиц, претендующих на зачисление в кадровый резерв; объективность оценки претендентов на включение в кадровый резерв, обеспечиваемая тем, что оценка их профессиональных и личностных качеств, а также результатов профессиональной деятельности осуществляется коллегиально; добровольность включения и нахождения в кадровом резерве; гласность в формировании и работе с кадровым резервом и, наконец, персональная ответственность должностных лиц органов исполнительной власти субъектов РФ, должностных лиц федеральных учреждений, подведомственных Минздраву России, за обоснованность предложений о включении тех или иных лиц в кадровый резерв. Перечень включенных в кадровый резерв рекомендуется оформлять в виде регистра и ежегодно обновлять на основе результатов соответствующего конкурсного отбора с учетом прогноза текущей и перспективной потребности в управленческих кадрах, при этом оговаривается, что решения о внесении изменений в реестр (зачислении в него и исключении из него) следует оформлять коллегиально.

Мероприятия, которые необходимо проводить в рамках формирования кадрового резерва управленческих кадров здравоохранения, обозначены в утвержденной тем же приказом Типовой дорожной карте. В перечень мероприятий входят:

¹²⁵ Приказ Минздрава России от 26.03.2020 № 238 «О методических рекомендациях по работе с кадровым резервом управленческих кадров в здравоохранении». – URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-26032020-n-238-o-metodicheskikh/> (дата обращения: 17.05.2024).

разработка методики расчета потребности в руководителях для МО субъекта РФ, в том числе оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

расчет потребности в руководителях для МО субъекта РФ, в том числе по МО, оказывающим первичную медико-санитарную помощь;

разработка плана мероприятий по укомплектованию вакантных должностей руководителей МО (при наличии) и формированию кадрового резерва управленческих кадров в МО субъекта РФ;

разработка единых требований к кандидатам для включения в кадровый резерв;

разработка методики оценки компетенций лиц для включения в кадровый резерв;

актуализация регистра лиц, включенных в кадровый резерв;

анализ эффективности работы с кадровым резервом в субъекте РФ;

анализ эффективности работы с кадровым резервом в целом по Российской Федерации.

С целью отработки модели формирования резерва управленческих кадров здравоохранения субъекта РФ Минздравом России совместно с Федеральным научно-практическим центром подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения, работающего на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения Российского университета медицины Минздрава России, был создан информационный ресурс «Пилотный проект по формированию управленческих кадров здравоохранения субъекта РФ», на котором представлены схема реализации проекта и ряд типовых документов, в частности, порядок конкурсного отбора; примерное положение об экспертной комиссии; шаблон портфолио претендента; заключение региональной экспертной комиссии; примерный план отчета экспертной комиссии и др.

В феврале 2023 г. был издан новый приказ министра здравоохранения РФ М. А. Мурашко «О методических рекомендациях по формированию и подготовке кадрового резерва управленческих кадров в здравоохранении»¹²⁶, в котором Департаменту медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России поручалось разработать новые методические рекомендации и направить их органам исполнительной власти субъектов РФ с рекомендацией использовать при разработке или актуализации своих документов. Соответствующие Методические рекомендации¹²⁷ были направлены в регионы в марте 2023 г.

В новых Методических рекомендациях, помимо общих положений, касающихся целей формирования кадрового резерва управленческих кадров, принципов его формирования, ведения учета кадрового резерва и т. д., более детально, нежели в 2020 г., прописаны подготовительные мероприятия по формированию кадрового резерва. В частности, оговорено, что экспертная комиссия должна состоять не менее чем из пяти членов, представлено примерное положение об экспертной комиссии; указано на необходимость информирования органами власти субъекта РФ подведомственных МО об отборе в кадровый резерв и порядке его проведения; установле-

¹²⁶ Приказ Минздрава России от 17.02.2023 № 61 «О методических рекомендациях по формированию и подготовке кадрового резерва управленческих кадров в здравоохранении». – URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-17022023-n-61-o-metodicheskikh/> (дата обращения: 17.05.2024).

¹²⁷ Методические рекомендации по формированию и подготовке кадрового резерва управленческих кадров в здравоохранении. – URL: <https://zdrav.tmbreg.ru/assets/files/KADR/2023/%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7-61.pdf> (дата обращения: 04.06.2024).

ние требований к комплекту документов, представляемому участниками конкурса, претендентам на зачисление и зачисленным в кадровый резерв с учетом требований профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»; организация работы с персональными данными претендентов на зачисление в кадровый резерв.

Кроме того, в новых Методических рекомендациях и приложениях к ним достаточно детально прописаны подходы к оценке компетенций претендентов на зачисление в кадровый резерв. В частности, приведен рекомендуемый состав и образец портфолио, даны рекомендации относительно формы и балльной шкалы, на основе которой экспертная комиссия проводит базовую оценку претендентов. Кроме того, даны рекомендации относительно суммарной оценки компетенций претендентов. Указывается, что для оценки знаний и умений претендентов на зачисление в кадровый резерв следует использовать такие инструменты, как решение тестовых заданий; ситуационной задачи и написание эссе. Оговаривается, что оценка решения тестовых заданий и ситуационной задачи проводится по каждой управленческой компетенции. Кроме того, представлены рекомендуемые критерии оценки решения ситуационной задачи и эссе, а также формула для расчета суммарной профессиональной компетентности. Подчеркивается: для объективизации оценки итоговый суммарный балл следует рассчитывать как среднеарифметическое оценок, выставленных членами экспертной комиссии за решение ситуационной задачи и эссе по каждой компетенции. Предложена шкала для определения базового, среднего и высокого уровня профессиональной компетенции.

В число испытаний также предлагается включать уже на третьем этапе оценку управленческого потенциала претендентов, для чего рекомендовано проводить собеседование (даны рекомендации по количеству баллов, необходимых для допуска к собеседованию) длительностью до 15 мин. методом структурированного интервью по универсальной для всех претендентов теме (например, касающейся их собственного опыта реализации компетенции «лидерство» на занимаемой должности) с развернутыми ответами на четыре поставленных экспертной комиссией вопроса. По результатам собеседования экспертная комиссия принимает решение о достаточном либо недостаточном потенциале претендента для решения управленческих задач.

В заключении Методических рекомендаций приведена формула для определения итогов конкурсного отбора, в которую, помимо прочего (оценки портфолио, решения тестовых заданий, ситуационной задачи, эссе, управленческого потенциала), входят дополнительные баллы, которые члены экспертной комиссии могут добавить претендентам по результатам собеседования. По результатам итоговой оценки могут быть приняты 3 варианта решения в зависимости от количества набранных претендентами баллов (даны рекомендации по пороговым значениям): о зачислении в кадровый резерв; о включении в резерв при условии обучения и повторной оценки компетенций; об отклонении претендента. И, кроме того, указаны требования к отчетности о проведении конкурсного отбора. Самыми последними даны рекомендации в отношении составления Плана мероприятий по укомплектованию должностей руководителей медицинской организации и формированию кадровых резервов в медицинских организациях субъекта РФ на трехлетний период, а также Плана работы по профессиональному развитию кадрового резерва на трехлетний период.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТОЛИЧНОМ РЕГИОНЕ

Столичный регион одним из первых провел эксперимент по формированию кадрового резерва управленческих кадров городских МО. Так, еще в 2017 г. под эгидой ДЗМ был реализован проект ЛИДЕР.Мед, посвященный формированию и развитию кадрового резерва¹²⁸. Оператором проекта выступил МГУУ Правительства Москвы.

Участники проекта проходили три этапа отборочных процедур. На первом этапе было предусмотрено заполнение анкеты, содержащей вопросы об образовании (в том числе о наличии последипломного медицинского образования и/или дополнительного образования в области организации здравоохранения, а также второго высшего или дополнительного немедицинского образования) и специализации; стаже работы и управленческом опыте; занимаемой должности и искомой (целевой) должностной позиции в рамках кадрового резерва. Помимо ответов на формальные вопросы, от участников требовалось указать профессиональные компетенции, которые они хотели бы развивать; написать управленческое эссе с рассказом о ситуации, произошедшей в последние два года, в которой претенденту удалось максимально проявить свой управленческий талант; подготовить видеорезюме с кратким рассказом о себе и пояснением мотивов участия в конкурсе. Кроме того, требовалось заполнить форму, посвященную самооценке уровня развития своих управленческих навыков.

Самооценке подлежали следующие компетенции: 1) умение искать, структурировать и анализировать информацию; 2) системность мышления как способность при принятии решений комплексно и оптимально учитывать возможности учреждения и особенности внешней среды; 3) умение добиваться решения поставленной задачи в оптимальные сроки и с оптимальным использованием ресурсов; 4) способность, используя нематериальные стимулы, мотивировать сотрудников к более эффективной работе, укреплять их лояльность организации; 5) способность повышать качество медицинского обслуживания за счет установления контакта с пациентами; 6) инициативность и готовность к саморазвитию ради преодоления трудностей и достижения высоких ориентиров в работе. Наличие и выраженность соответствующих качеств оценивалась по 4-балльной шкале от «начального уровня» до «уровня мастерства». При этом заполняемая форма содержала характеристику каждого уровня: например, «уровень развития» (2 балла) предполагал наличие способности в условиях лимита времени эффективно решать лишь отдельные стандартные задачи, «уровень опыта» (3 балла) – способность решать большинство стандартных задач, «уровень мастерства» (4 балла) – способность решать не только все задачи в пределах своих полномочий, но и новые нестандартные задачи.

На втором этапе кандидаты, преодолевшие первый этап (таковых оказалось 3363 человека), заполняли стандартизированный тест PIF (Potential in Focus), направленный на оценку управленческого потенциала сотрудника¹²⁹. Данный психометрический инструмент, состоящий из личностного опросника, теста способностей и кейсов, предусматривает оценку управленческих характеристик индивида с точки зрения их универсальности (эффективности в любой новой деятельности); устойчивости (опоре на имеющиеся способности и личностные качества); отложенного эффекта (поскольку речь идет о потенциале в среднесрочной и долгосрочной перспективе, он может достаточно сильно отличаться от текущей результативности). Все качества,

¹²⁸ Методология отбора и портрет включенных в кадровый резерв руководителей столичных медучреждений // Труд и социальные отношения. – 2019. – Т. 30. № 3. – С. 16–30. – DOI 10.20410/2073-7815-2019-30-3-16-30

¹²⁹ Безручко П., Шатров Ю. Potential in Focus. Что такое потенциал, и как его оценить. – URL: <http://www.ecopsy.ru/publikatsii/ru-potential-in-focus-cto-takoe-potentsial-i-kak-ego-otsenit.html> (дата обращения: 17.09.2018).

определяющие потенциальную успешность в должности руководителя, объединены в 4 модуля. В рамках модуля «Анализ» оценивается скорость и уровень критичности мышления, модуля «Изменения» – стремление к профессиональному росту и мотивация к развитию (стремление приобретать новые знания и навыки и готовность признавать и компенсировать слабые стороны), а также открытость мышления, оцениваемая по степени ригидности, мешающей воспринимать новое. Качества, измеряемые в рамках данных модулей, характеризуют способность к обучению. Для оценки же способности эффективно применять полученные новые знания предусмотрены модуль «Коммуникация», характеризующий способность выстраивать продуктивные взаимоотношения с другими людьми и оцениваемый через мотивацию к лидерству (готовность руководить и нести ответственность за ошибки подчиненных) и социальный интеллект (способность распознавать мотивы окружающих и адекватно на них воздействовать), а также модуль «Драйв», содержащий показатели вовлеченности в работу и настойчивости в достижении целей.

Важно отметить, что, как признают разработчики PIF, при всей своей надежности (средний показатель внутренней согласованности всех шкал – 0,71) и удобстве использования (после последовательного прохождения испытуемым каждого модуля система в течение 30 с формирует отчет по каждому оцениваемой характеристике) этот тест не может стать единственным критерием для принятия решений о назначении на должность. Требуется учитывать и другие показатели, характеризующие соответствие претендента ценностям и корпоративной культуре организации, а также результативность его деятельности в предшествующий период времени. При этом последний критерий самый неоднозначный, поскольку причины низкой результативности могут быть различными: текущая должность может быть слишком «велика» или, напротив, «мала» для конкретного индивида, у него могут отсутствовать необходимые полномочия или ресурсы и т. д. С учетом этого разработчики PIF рекомендуют при принятии решения о назначении на более высокий пост применительно к показателю «результативность предыдущей деятельности» ориентироваться на показатель «не ниже среднего». Показатели же, характеризующие потенциал (т. е. прогнозную оценку возможностей индивида), должны быть высокими, если более высокий пост заметно отличается от предыдущего, либо средними, если эти отличия невелики. Необходимо также оценить наличие мотивации к конкретной работе или должности, без которой не поможет даже высокий потенциал. Важно отметить и то, что измерение потенциала с помощью PIF позволяет не только оценить текущую ситуацию, но и разработать на этой основе меры по компенсации недостаточно развитых характеристик или их коррекции. Правда, осуществить последнее, с учетом того что речь идет об уже сложившихся с точки зрения способностей и личностных качеств людях, весьма непросто.

Третий (очный) тур для претендующих на зачисление в кадровый резерв главных врачей / директоров МО включал: 1) краткую самопрезентацию на тему, объявленную непосредственно в день проведения конкурса; 2) организационный кейс на медицинскую тематику, в рамках которого участникам предлагалось в групповом формате проанализировать информацию, касающуюся организации работы МО, и предложить стратегию решения обозначенных проблем; 3) мозговой штурм, имевший целью выработать консолидированное решение по поставленному вопросу с последующей презентацией выработанного решения остальным участникам очного тура; 4) интервью, включавшее элементы биографического интервью; ответы на вопросы, имеющие отношение к управленческим компетенциям, и, наконец, разговор с представителем ДЗМ. Прохождение всех испытаний очного тура занимало у претендентов на зачисление в кадровый резерв главврачей/директоров МО порядка 7 ч.

Окончательный отбор претендентов для включения в список рекомендуемых в кадровый резерв руководителей МО проводился по восьми компетенциям, которые, как и наборы компетенций для остальных групп руководящих работников, а также рядового медперсонала, были разрабо-

таны в рамках реализованного в 2017 г. проекта по созданию модели формирования в МО пациентоориентированной корпоративной культуры. Согласно модели компетенций главного врача / директора МО, он должен обладать четырьмя видами потенциала, сопряженными с соответствующими компетенциями: 1) аналитическим потенциалом (компетенции: анализ информации; системное и стратегическое мышление); 2) коммуникативным потенциалом (компетенции: межличностное понимание и лидерство); 3) потенциалом достижения результатов (компетенции: планирование и организация деятельности; принятие решений и ответственности; управление эффективностью); 4) потенциалом изменений (компетенция: лидер изменений).

Всего для участия в конкурсе было подано 6033 заявки. Примерно в равных долях (по 20–22 %) среди претендентов на должность главного врача / директора МО оказались представлены кандидаты, находящиеся в самом продуктивном возрасте: 31–35, 36–40 и 41–45 лет. Начиная с интервала 46–50 лет (таких претендентов 13 %) число кандидатов убывало, достигая минимума в возрастном интервале 56–60 лет (4,3 %). Кандидатов в возрасте до 30 лет оказалось чуть больше 7 %, из них основная часть – в возрасте 26–30 лет.

На момент проведения конкурса порядка 60 % кандидатов в кадровый резерв на должность главного врача / директора МО уже занимали те или иные руководящие должности: 16,2 % работали заместителями главных врачей / директоров МО; порядка 40 % заведовали структурными подразделениями, еще 4,2 % являлись руководителями МО, не имеющими медицинского образования. Среди оставшейся части претендентов основную долю (37,1 %) составили работающие в должности врача.

Абсолютное большинство претендентов на должность главного врача / директора МО на момент подачи заявки работали в государственных учреждениях, в основном подведомственных ДЗМ; среди оставшихся кандидатов порядка 6 % работали в частных МО и еще около 3 % – в немедицинских организациях. Помимо численно преобладающих москвичей, на зачисление в кадровый резерв руководителей столичных МО решились претендовать жители Московской области и других регионов: соответственно 1,5 и 3,8 % от общего числа подавших заявки.

Что касается стажа работы, то примерно равная доля (20–22 %) претендентов на зачисление в кадровый резерв главных врачей / директоров МО имела общий стаж в интервалах 8–10, 11–15 и 16–20 лет. Остальные, за исключением совсем молодых претендентов, имели стаж работы свыше 20 лет. При этом три четверти кандидатов указали на наличие у них опыта работы на руководящих должностях. В то же время сам стаж руководящей работы у значительной части кандидатов был относительно невелик: у 41 % претендентов он составлял лишь 1–4 года, еще у 25 % – 5–7 лет. 14 % претендентов проработали на руководящих должностях 8–10 лет, остальные 20 % кандидатов в примерно равных долях имели стаж руководящей работы 11–15 и более 16 лет.

Распределение кандидатов в руководители МО по имеющимся у них специальностям говорит об очень широком диапазоне последних. Численно выделялись прежде всего терапевты (9 % претендентов), к которым можно прибавить врачей общей практики (5,8 %); педиатры (8,4 %) и хирурги (6,3 %). На уровне 2 % от общего числа были представлены акушеры-гинекологи, кардиологи, психиатры, анестезиологи-реаниматологи, травматологи-ортопеды. Претенденты, не имеющие медицинского образования, были представлены экономистами (2,4 %) и юристами (1 %).

Что касается квалификационно-образовательного уровня, то каждый четвертый претендент на зачисление в кадровый резерв главных врачей / директоров МО являлся обладателем сертификата; степень кандидата наук получили 5,5 %, доктора наук – 0,57 %; 3,2 % получили второе высшее образование, преимущественно экономическое или юридическое. Почти половина претендентов на включение в кадровый резерв руководителей МО прошла обучение в системе ДПО:

порядка 90 % обучались по направлению «управление в здравоохранении»; около 8 % – по направлению «менеджмент в здравоохранении», 2,7 % получили диплом «МРА в здравоохранении».

По результатам первого тура, а также тестирования в формате PIF, отсеявшего порядка 70–80 % претендентов (более половины от максимально возможного числа баллов набрали чуть более четверти кандидатов в кадровый резерв по всем руководящим должностям), в зависимости от целевых показателей для соответствующей должностной группы кадрового резерва были отобраны участники третьего, очного, этапа конкурса. В случае близких результатов по итогам двух первых туров у разных участников решение о прохождении на заключительный тур принималось на основе оценки управленческого эссе и видеорезюме. Всего получили право пройти заключительный отборочный этап 924 участника, из них 200 человек претендовали на попадание в кадровый резерв руководителей МО, 418 человек – в резерв заместителей руководителя МО, 306 – руководителей структурных подразделений. С учетом того что 87 человек, преодолевших 2 заочных тура, отказались от прохождения очного этапа (из них 11 – претендовавших на зачисление в кадровый резерв главного врача / директора МО), в заключительном этапе участвовало 837 претендентов: соответственно 189, 380 и 268 человек.

Очный этап отсеял еще порядка 70–85 % претендентов, оставив для включения в кадровый резерв по всем руководящим должностям 300 кандидатов. По результатам оценочных мероприятий была сформирована база данных (показателей по различным компетенциям), в том числе позволявшая в графической форме представлять и сравнивать экспертную оценку участников с их самооценкой, а также со средним и крайними показателями в целом по группе.

Кроме того, для всех участников, успешно прошедших заключительный тур и внесенных в списки на включение в кадровый резерв, были подготовлены расширенные индивидуальные характеристики, включавшие описание особенностей их установок, мотивации, ценностной структуры; сильных сторон; областей, нуждающихся в дальнейшем развитии; вектора развития (потенциалом к карьерному росту на какую должностную позицию обладает) и, наконец, конкретных рекомендаций по развитию. Проведенный в ходе формирования резерва управленческих кадров столичного здравоохранения анализ продемонстрированных участниками компетенций позволил разработать программу профессиональной переподготовки руководителей МО и их структурных подразделений, призванную снизить напряжение периода вступления в должность, сократить сроки его протекания, минимизировать риски развития синдрома профессионального выгорания.

Портрет 300 финалистов по всем трем группам руководящих должностей оказался следующим. В резервисты практически в равных долях попали мужчины и женщины (последние с перевесом в 2 %). С точки зрения занимаемой на момент проведения конкурса должности в резервисты также практически в равных долях попали работающие в должности врача (40 %) и заместители руководителей структурных подразделений (37 %), еще 8 % резервистов работали заместителями главных врачей. Руководители МО без медицинского образования составили 4 % от числа отобранных в резерв.

С точки зрения квалификационно-образовательного уровня зачисленные в кадровый резерв заметно (более чем на 10 %) отличались от тех, кто в резерв не попал, наличием ученых степеней: 28,6 % зачисленных в кадровый резерв имели степень кандидата наук и 1,3 % – докторскую степень. Что касается второго высшего образования, то абсолютное большинство зачисленных в резерв его не имели, остальные получили финансово-экономическое (10,6 %) и юридическое образование (2,3 %). Получившие же дополнительное образование в области организации здравоохранения были представлены среди зачисленных в кадровый резерв достаточно широко

(38,2 %): 31,2 % прошли подготовку по направлению «управление в здравоохранении», 5,3 % – «менеджмент в здравоохранении» и 1,7 % – «МРА в здравоохранении».

Почти три четверти зачисленных в кадровый резерв уже имели опыт работы на руководящих должностях. В то же время по своему управленческому стажу зачисленные в кадровый резерв мало отличались от не попавших в него, что, по-видимому, объясняется участием в конкурсе большого числа претендентов, работавших на момент его проведения в должности врача. Исключение – некоторое превышение числа не попавших в резерв среди вообще не имеющих управленческого стажа, а также среди тех, чей управленческий стаж составляет более 15 лет. Таким образом, наличие управленческого опыта имеет положительную корреляцию с зачислением в кадровый резерв, но до определенной степени: действительно, управленцы со значительным стажем работы на руководящих должностях имеют больше шансов попасть в резерв, однако при управленческом стаже свыше 15 лет наблюдается обратная зависимость. Последнее, по-видимому, объясняется как характерным для медицинских работников синдромом профессионального выгорания, так и профессиональными деформациями, возникающим при большом стаже руководящей работы.

Заметное отличие попавших в кадровый резерв от тех, кто в него не попал, наблюдается при сопоставлении средних показателей по оценивавшимся компетенциям: ни по одной компетенции участники конкурса, не попавшие в резерв, не набрали 3 баллов (максимум набранных ими баллов – 2,8), в то время как зачисленные в кадровый резерв по всем компетенциям имели средние показатели выше 3 баллов. Особенно заметна разница в средних показателях, полученных при измерении компетенций «Системное мышление» (3,2 против 2,3 балла), «Лидерство» (3,1 против 2,3) и «Лидер изменений» (3,1 против 2,3).

Портрет тех, кто вошел в кадровый резерв именно первых лиц столичных МО, выглядел следующим образом. Успешно пройти весь набор испытаний смогли всего 30 участников (23 мужчины и 3 женщины), что говорит, с одной стороны, о серьезности требований к будущим руководителям МО, а с другой – о несоответствии притязаний на высокую должность многих из тех, кто на нее претендовал. На момент проведения конкурса 25 человек работали заместителями главного врача, 2 – руководителями филиалов МО, 1 – руководителем структурного подразделения МО, 2 – руководителями МО (без медицинского образования). Основная часть зачисленных в кадровый резерв на должность руководителей МО работали в государственном секторе (19 – в подведомственном, 5 – в неподведомственном ДЗМ); 6 – в частной клинике. Все имели общий стаж работы свыше 8 лет, каждый третий проработал более 20 лет. Что касается управленческого стажа, то менее 5 лет проработали на руководящих должностях 4 человека, каждый третий зачисленный в кадровый резерв имел управленческий стаж 5–7 лет. Среди зачисленных в кадровый резерв руководителей МО был представлен широкий спектр медицинских специальностей (педиатр, терапевт, психиатр, кардиолог, онколог и т. д.); 5 человек в качестве основной указали профессию экономиста.

Участники конкурса, получившие рекомендацию о зачислении в кадровый резерв первых лиц столичных МО, обладали заметным профессионально-квалификационным потенциалом: 10 человек получили второе высшее образование (7 – по экономике, 2 – в области финансы, 1 – в сфере права), 6 имели степень кандидата наук, 2 – доктора наук; обладателями сертификатов являются 25 человек. Практически все зачисленные в кадровый резерв главных врачей / директоров столичных МО уже получали дополнительное образование в области управления: 20 человек прошли переподготовку по направлению «управление здравоохранением», 4 – «менеджмент в здравоохранении», 3 – «МРА в здравоохранении».

Как и в отношении всех получивших право на зачисление в кадровый резерв на ту или иную должностную позицию, для зачисленных в кадровый резерв на должность главного врача / руководителя МО был указан один из трех векторов развития. Те, у кого не обнаруживалось расхождений между компетенциями и руководящей должностью, попадали в группу «на своем месте», им рекомендовалось планомерное и систематическое развитие ключевых компетенций в текущей должности.

Еще две группы – «готов к продвижению» и «готов к продвижению после обучения» – различались тем, что входящие в первую группу уже обладали необходимым потенциалом (высоким уровнем владения компетенциями и мотивационным профилем) для продвижения на целевую должность в краткосрочной перспективе, а у вторых продвижение на целевую должность обуславливалось развитием необходимых для этого компетенций. В группе включенных в кадровый резерв главных врачей / директоров МО две трети продемонстрировали качества, позволяющие сделать вывод о том, что они находятся на своем месте. В то же время каждому четвертому требовалось добрать какие-либо недостающие компетенции (в области стратегического анализа и прогноза, предупреждения и разрешения конфликтных ситуаций и т. п.).

Заключение. Своевременное и качественное оказание медицинской помощи населению невозможно без эффективного управления медицинскими организациями. Как показал проведенный анализ, современный руководитель здравоохранения должен обладать широким спектром компетенций, предполагающих наличие самых разнообразных профессиональных, деловых и личностных качеств. Помогать профессиональному развитию управленцев здравоохранения призвана система повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Результативность ее работы зависит от способности занятых в ней специалистов ориентироваться в самых современных тенденциях развития здравоохранения, включая требования к компетенциям управленческих кадров; откликаться на реальные запросы руководителей МО; искать наиболее удобные и эффективные формы обучения.

Серьезным стимулирующим фактором для многих медицинских специалистов является перспектива карьерного роста, в том числе возможность занятия руководящих должностей. В этой части важным является формирование кадрового резерва и профессиональное развитие зачисленных в него работников МО. Подспорьем в этом процессе могут служить как разработанные Минздравом России Методические рекомендации, так и уже имеющийся опыт формирования кадрового резерва на региональном уровне.

Глава 4. Формирование установок молодых специалистов к неформальному профессиональному развитию

Введение. Одной из главных задач МО является снижение текучести кадров и формирование устойчивого кадрового резерва, который важно стимулировать к профессиональному развитию, в том числе неформальному. Например, в журнале *Healthcare (Basel)* опубликованы результаты исследований, посвященных удержанию кадровых ресурсов, которые разделены по основным темам: адаптация, программа перехода в другое подразделение, преодоление стресса, социальная поддержка, дополнительный персонал, удовлетворение требований ухода за пациентами, рабочие отношения, возможности развития и ресурсы отдела, рабочая среда, организация работы, подход к подбору персонала и технологические инновации. Основным выводом, к которому пришли авторы исследования, стала рекомендация внедрять организационные изменения и создавать программы наставничества для врачей и медицинских сестер¹³⁰.

В результате экспертного опроса, проведенного в г. Москве в 2024 г., выявлено: высокая текучесть кадров в первую очередь характерна для поликлиник и, в частности, терапевтического звена, что обусловлено двумя факторами. Во-первых, высокая нагрузка на терапевта: время приема терапевта в Москве составляет 12 мин., у узкого специалиста – 15 мин. Как подчеркивают эксперты, даже 3 мин. имеют большое значение, когда ты должен выполнить множество разнонаправленных задач: выслушать пациента, посмотреть историю его болезни, измерить ему давление / выполнить другие процедуры, назначить лечение, выписать направление к более узкому специалисту / на анализы, правильно оформить документы, занести информацию в ЕМИАС: «Если посмотреть статистику по поликлиникам, врачи первичного звена – терапевт и врачи общей практики – увольняются, так как многие просто не выдерживают такой нагрузки».

Во-вторых, в терапевтическое звено трудоустраивается большое количество молодых специалистов, для того чтобы набрать необходимое количество баллов для поступления в ординатуру. В связи с этим практический опыт молодым врачам приходится набирать сразу окончания вуза, и иногда они просто не готовы к такому формату работы: к такой нагрузке, общению с пациентами, сложным случаям лечения пациентов, ведению всей необходимой документации и пр.

¹³⁰ De Vries N., Lavreysen O., Boone A., Bouman J., Szemik S., Baranski K., Godderis L., De Winter P. Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace / *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 29;11(13):1887. – doi: 10.3390/healthcare11131887. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10341299/>

Многие эксперты обозначают изменившиеся условия прохождения ординатуры как один из факторов высокой текучести кадров: «Все выпускники раньше проходили ординатуру, никто не мог оказаться на рабочем месте в поликлинике без ординатуры, ведь ординатура – это тоже наставничество, где тебе все объясняют». Поэтому определенная часть молодых специалистов сталкивается с препятствиями, мешающими органично войти в профессию, при этом часть из них оставляет профессию: «Они не понимают специфики работы, порядка действий, что такое делопроизводство, как написать первичную медицинскую документацию, и получается, что они приходят в поликлинику, на них наваливается одна проблема, вторая, третья, отсутствие времени. Поэтому встречаются случаи, что люди не хотят работать»; «Молодым врачам сложно сразу после института или после ординатуры сориентироваться в массе заболеваний, сочетании заболеваний».

Поэтому сегодня особенно важно выстраивать систему наставничества в МО: «Наставничество нужно обязательно, т. е., когда приходит молодой врач, он определенное время должен сидеть со старшим на приеме, смотреть, как ведется прием, как выставляется диагноз, ведутся клинические поиски, на что обращать внимание».

Большую роль в оттачивании практических, в том числе технических, навыков играет Школа профессионального роста для будущих врачей, созданная ДЗМ, которая обеспечивает стажировку выпускников на будущем месте работы (в поликлинике). Тем не менее, согласно экспертным оценкам, на данный момент у многих выпускников присутствует страх неисполнения будущих обязательств перед поликлиникой, в связи с чем не все выпускники пользуются данной программой.

Важно отметить, что, несмотря на действующий Приказ ДЗМ об адаптации работников, нередко работа наставника не имеет официального оформления, а в роли наставника выступает молодой специалист с большим опытом работы, чем у нового сотрудника, или заведующий отделением: «Наставники нужны. В рамках поликлиники нам приставлялись молодые специалисты на неформальной основе, которые этому были не очень рады, так как у них много своей работы. Должны быть опытные авторитетные врачи, которые будут помогать в работе с ЕМИАС, правильной работой с документами, делиться опытом лечения, особенно в сложных случаях». К заведующему отделением медработники, как правило, обращаются по сложным профессиональным вопросам, в отношении разрешения конфликтов с пациентами или их родственниками. Однако заведующий отделением не всегда имеет возможность обеспечивать поддержку всем работникам, которые в ней нуждаются, поэтому целесообразно вовлекать в наставничество опытных авторитетных сотрудников.

В отношении мотивации медработников к профессиональному развитию эксперты отмечают нехватку плана развития специалиста: «Не хватает плана карьерного развития и соответствующих обозначенных мер стимулирования в момент трудоустройства по этапам: при выполнении задач, обучения и т. п. будет либо премия, либо повышение заработной платы, либо другие стимулы».

Несмотря на обозначенные моменты, опрошенные молодые специалисты планируют профессионально развиваться в государственной системе здравоохранения, поставив перед собой высокую планку – стать врачом-профессионалом. Врача-профессионала эксперты видят как специалиста, который стремится развиваться в течение трудовой жизни: оттачивать навыки, повышать компетенции, в том числе в смежных областях медицины, посещать научные и иные мероприятия, вопреки тому, что на данный момент это приходится делать в свободное от работы время, часто в свой выходной или в счет отпуска.

НЕФОРМАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ: ПОДХОДЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вопросы формирования и развития кадрового потенциала сотрудников МО, в первую очередь молодых специалистов, как никогда актуальны в свете усложняющихся требований к профессиональным компетенциям медицинских работников, а потому требуют детального исследования. Традиционно повышение знаний и навыков сотрудников решается посредством формальных мероприятий по обучению и развитию. Исследования показывают, что, хотя формальное обучение и развитие сотрудников играет положительную роль в улучшении индивидуальной, командной и организационной эффективности¹³¹, значительная часть обучения на рабочем месте происходит неформально (согласно оценкам, от 70 %¹³²).

Ряд зарубежных исследователей выявили: неформальное обучение и развитие персонала положительно влияет на эффективность работы организаций, удовлетворенность сотрудников выполняемой работой, а также отношения в коллективе и уверенности в работе. Помимо этого, обнаружено, что неформальное развитие положительно влияет на организационную приверженность через повышение самоэффективности, а также улучшает вовлеченность в работу¹³³, что способствует созданию высокопрофессионального кадрового резерва МО.

В отечественной литературе вопрос профессионального развития кадров также исследуется, однако, как правило, акцент смещен в сторону профессионального обучения, а определения сводятся к получению сотрудниками новых знаний, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей, освоения новых функций, организация при этом нацелена на выработку стратегии развития, управление карьерой сотрудников, их профессиональным ростом.

«Профессиональное развитие представляет собой процесс подготовки сотрудника к выполнению новых производственных функций, занятию новых должностей. Мероприятиями по профессиональному развитию персонала являются различные методы обучения. Обучение персонала – один из способов повышения эффективности организации. В настоящее время в условиях научно-технического прогресса подготовка кадров является одним из направлений, обеспечивающих эффективное развитие предприятий. Менеджеры, инвестирующие в обучение персонала, ориентированы на реальные изменения – например, повышение эффективности или продуктивности персонала, формирование рабочего поведения, обеспечивающего достижение целей и задач предприятия. Обучение персонала организации является одной из ключевых кадровых технологий, которые используются в работе с персоналом современных организаций. Обучение персонала – это средство достижения стратегических целей компании, повышения ценности человеческих ресурсов организации; содействия организационным изменениям»¹³⁴.

К. Г. Кязимов предлагает рассматривать профессиональное развитие с точки зрения подхода *lifelong learning*, подчеркнув в определении профессионального развития постоянное совершен-

¹³¹ Bell B. S., Tannenbaum S. I., Ford J. K., Noe R. A., Kraiger K. 100 years of training and development research: what we know and where we should go / J. Appl. Psychol. – 2017.

¹³² Bear D. J., Tompson H. B., Morrison C. L., Vickers M., Paradise A. et al. Tapping the Potential of Informal Learning: An ASTD Research Study / Alexandria, VA: Am. Soc. Train. Dev. – 2008.

¹³³ Tannenbaum S. I., Wolfson M. A. Informal (Field-Based) Learning / Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. – Volume 9. – 2022. – URL: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-orgpsych-012420-083050> (дата обращения: 29.09.2024).

¹³⁴ Галина А. Э., Малютина Е. В., Уколова Т. А. Современные подходы к профессиональному развитию и обучению персонала в организации.

ствование у персонала профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения профессиональных обязанностей¹³⁵.

Стоит отметить, что неформальное профессиональное развитие представляет собой процесс обучения, который происходит вне традиционных образовательных учреждений и формальных программ. И в современных условиях включает различные формы самообразования, наставничества, участие в онлайн- и офлайн-мероприятиях по собственной инициативе, а также обмен опытом с коллегами. Таким образом, неформальное обучение становится важным дополнением к формальному образованию, обеспечивая непрерывность профессионального роста и развития.

Приведенные в начале цифры говорят о том, что сотрудники часто сами заинтересованы в профессиональном развитии. Компания HeadHunter в конце 2022 г. провела исследование о мнении соискателей насчет корпоративного обучения (которое может быть как формальным, так и неформальным)¹³⁶. Основная часть респондентов (71 %) считает, что во всех компаниях должна быть система обучения сотрудников. Но в какой форме?

Среди тех респондентов, у которых корпоративное обучение практикуется в организации (55 % респондентов), обучение в основном проходит в смешанном формате: частично онлайн, частично офлайн (57 %), полностью онлайн – 28 %, офлайн – 15 %. Чуть более четверти респондентов (27 %) считает онлайн-формат более эффективным, еще четверть – менее эффективным. Чуть более половины (54 %) проходили дистанционное обучение в компании, 27 % – традиционные курсы повышения квалификации, 27 % – тренинги с приглашением бизнес-тренеров, 20 % – внутреннюю школу обучения в компании, курсы по приобретению новых навыков – 21 %. Большая часть удовлетворена обучением (67 %).

Среди тех, у кого корпоративного обучения нет, чуть более половины (52 %) предпочли бы традиционные курсы повышения квалификации, 53 % – дистанционное обучение, 38 % – тренинги с приглашением бизнес-тренера, 31 % – стажировку в других филиалах/офисах компании/компаниях.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МОТИВАЦИЮ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ К НЕФОРМАЛЬНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ

В последние годы все большую актуальность приобретают вопросы, связанные с развитием кадрового потенциала медицинских работников¹³⁷: методы формального и неформального профессионального развития, возможности карьерного и профессионального роста, оттачивание профессиональных компетенций медицинских работников.

При рассмотрении теоретических основ профессионального развития работников в сфере здравоохранения можно выделить ряд работ, с одной стороны, рассматривающих время (стаж) как главный залог приобретения профессионального мастерства, а с другой – комплексный характер ключевых навыков и умений медицинского работника, которые можно совершенство-

¹³⁵ Кязимов К. Г. Управление персоналом: профессиональное обучение и развитие: учебник для среднего профессионального образования. 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2020. — 202 с. — (Профессиональное образование).

¹³⁶ Корпоративное обучение: мнение соискателей. – URL: <https://hhcdn.ru/file/17403088.pdf> (дата обращения: 25.09.2024).

¹³⁷ Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности: монография / А. В. Старшинин и др.; отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. Ю. В. Бурдастова. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niiroz.ru/upload/iblock/876/876ae73c1bcfe1bfe7dbddb6202dda21.pdf> – 145 с. (дата обращения: 13.08.2024).

вать в течение всей трудовой жизни^{138, 139, 140}. Так, Беннер выделяет 5 уровней профессионального развития специалиста на основе оттачивания его компетенций от новичка до эксперта¹⁴¹. Медицинский работник, стаж работы и практическое взаимодействие с пациентами которого увеличивается, все глубже погружается в область конкретных знаний своей профессии и применяет в своей деятельности клинически ориентированный опыт вместо абстрактных теоретических положений. При этом профессиональная компетенция может быть оценена с применением различных методов как «совокупность взаимосвязанных знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения требований в указанной профессиональной области»¹⁴².

Как уже было сказано выше, мотивация сотрудника к профессиональному развитию – ключевой фактор, который влияет на неформальное профессиональное развитие, усвоение и применение новой информации, а также влечет за собой ряд других преимуществ как для сотрудника, так и для организации. Какие еще факторы могут влиять на неформальное развитие?

Исследования показали, что гендерные и демографические показатели не влияют на мотивацию к неформальному профессиональному развитию, так как исследователи приходят к прямо противоположным результатам. Так, Берг и Ченг (2008) показали положительное влияние возраста на неформальное обучение, тогда как Ливингстон и Стоу (2007) обнаружили отрицательное влияние. Бедналл и др. (2014) и Берг и Ченг (2008) обнаружили, что женщины более охотно участвуют в неформальном обучении, но Вольфсон и др. (2018) обнаружили противоположные или незначительные эффекты. Тем не менее существуют личная предрасположенность к стремлению профессионально развиваться: фокус на цель обучения и желание продвигаться по служебной лестнице. Сотрудники данной категории больше заинтересованы в повышении квалификации, компетенций и с большей вероятностью будут участвовать в мероприятиях по профессиональному развитию.

Внешняя среда, в которой находится работник организации, также не может не влиять на его стремление и мотивацию к саморазвитию, в первую очередь это касается возможностей, которые может предоставить организация. Например, сотрудник может работать в организации, которая имеет большие возможности обучения и профессионального развития: некоторые организации могут предлагать ротацию рабочих мест, разнообразие задач, более высокий уровень взаимозависимости между сотрудниками и даже более высокий уровень сложности задач. В других организациях может быть меньше возможностей для развития, и они могут быть не так очевидны. Ряд организаций могут предоставлять мало или вообще не предоставлять возможностей обучения¹⁴³.

¹³⁸ Бурдастова Ю. В., Ненахова Ю. С., Алиперова Н. В., Марков Д. И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. – 2022. – № 15(3). – С. 69–79. – DOI: 10.26794/1999-849X2022-15-3-69-79

¹³⁹ Dreyfus S., Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition // California University Berkeley Operations Research Centre [monograph on the Internet]. 1980. – URL: https://www.researchgate.net/publication/235125013_A_Five_Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involved_in_Directed_Skill_Acquisition (дата обращения: 17.08.2024).

¹⁴⁰ Старшинин А. В., Бурдастова Ю. В. Проблемы и перспективы управления кадровыми ресурсами здравоохранения // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4(3). – С. 50–58. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;50-58

¹⁴¹ Benner P. From Novice to Expert // The American Journal of Nursing. – 1982. – No 82 (3). – P. 402–407.

¹⁴² Немецкая Е. В., Карташов С. А., Кашаев А. А. Развитие профессиональных компетенций государственных служащих Российской Федерации // Труд и социальные отношения. – 2023. – Т. 34. № 6. – С. 37–46.

¹⁴³ Cerasoli C. P., Alliger G. M., Donsbach J. S., Mathieu J. E., Tannenbaum S. I., Orvis K. A. Antecedents and outcomes of informal learning behaviors: a meta-analysis. – J. Bus. Psychol. – 2018.

Второй значимый фактор внешней среды, который значительно влияет на мотивацию к обучению и развитию, – ресурс времени или загруженность на работе.

Даже когда возможности обучения существуют в теории, иногда рабочая среда не дает сотруднику времени, чтобы воспользоваться этими возможностями. Например, если день сотрудника постоянно заполнен обязательными задачами, которые дают мало шансов на обучение, то у этого сотрудника мало или совсем нет свободного времени, чтобы наблюдать за другими, искать обратную связь или пробовать новые задачи или подходы. В этом случае, даже если возможности для обучения находятся в организации в изобилии, у сотрудника остается не так много возможностей и сил для неформального обучения. Исследователями было показано, что доступность времени имеет небольшую, но положительную связь с неформальным обучением¹⁴⁴. Эффект может быть небольшим, поскольку сотрудник с большим количеством времени может работать в обстановке с ограниченными возможностями для неформального обучения.

Хотя некоторые работники могут воспринимать нехватку времени как причину для избегания неформального профессионального развития, другие могут рассматривать ее как стимул для создания возможностей для обучения и выстраивания своей работы в более умном ключе, а не усердном.

Третий значимый фактор внешней среды – доступность ресурсов и оборудования. Ограниченный доступ к физическим ресурсам, таким как оборудование или расходные материалы, которые могут потребоваться для неформального профессионального развития сотруднику (например, если сотруднику нужен доступ к оборудованию для участия в экспериментах на рабочем месте, и это оборудование всегда используется другими сотрудниками), может отрицательно влиять на мотивацию к развитию в дальнейшем, поскольку возможность для обучения теряется.

Однако рынок труда в сфере здравоохранения обладает определенными отличительными характеристиками, которые обуславливают несколько иную, чем в других сферах труда, комбинацию мотивирующих факторов профессионального развития и обучения, в том числе неформального. Особенность состоит в том, что от врачей требуются сравнительно более высокие инвестиции в собственное образование (получение базового медицинского образования – более длительный процесс), но при этом отдача от этих инвестиций для врача, работающего в государственной системе здравоохранения, в первую очередь не денежная, а психологическая: личное удовлетворение врача от улучшения здоровья пациентов. Это связано с двумя определяющими характеристиками рынка труда в здравоохранении: во-первых, производимая услуга – это здоровье, которое представляет огромную ценность для любого человека; во-вторых, работодателем выступает государство, которое регулирует как количество занятых в секторе, так и уровень заработной платы¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Cerasoli C. P., Alliger G. M., Donsbach J. S., Mathieu J. E., Tannenbaum S. I., Orvis K. A. Antecedents and outcomes of informal learning behaviors: a meta-analysis.

¹⁴⁵ Мошетьова Л. К., Сычев Д. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н., Колосницына М. Г., Власова М. В. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты // РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;3(8):3-6. – URL: https://www.rmj.ru/articles/organizatsiya-zdravookhraneniya-i-obshchestvennoe-zdorove/Nepreryvnoe_professionalnoe_razvitie_vrachey_factory_motivacii_i_ekonomicheskie_aspekty/#ixzz8nZeA8J8d (дата обращения: 25.09.2024).

Еще в 2009 г. М. Г. Колосницына и А. В. Мушинкин подробно изучили и представили в своей работе анализ специфики рынка труда в сфере здравоохранения¹⁴⁶. Авторы выделяют пять основных отличительных характеристик рынка труда в здравоохранении:

услуги врачей разных специальностей не являются полными субститутами;

спрос на услуги врачей обладает низкой эластичностью, так как пациенты в большинстве случаев платят за услуги врача не самостоятельно, а через страховую компанию (государство);

действие рыночных сил ограничено государственным регулированием численности занятых в секторе и уровня заработной платы;

труд и капитал выступают как комплементы, а не субституты, так как даже активное развитие медицинских технологий не приводит к вытеснению труда, а, наоборот, требует дополнительных трудовых затрат для обслуживания этих технологий;

спрос не является экзогенно заданным, так как врач в определенной степени может сам формировать спрос на свои услуги.

Эти особенности приводят к смещению мотивационных факторов профессионального развития для врача. С одной стороны, повышение квалификации, скорее, не приведет к повышению заработной платы, чем приведет, но, с другой стороны, от квалификации врачей зависит здоровье пациента, и при этом пациент вынужден ввиду своих ограниченных знаний полностью доверять врачу, не имея возможности контролировать его решения [9], поэтому в сфере здравоохранения для врачей основной стимул заниматься профессиональным развитием, в том числе неформальным, – это их внутренняя мотивация становиться высокопрофессиональным специалистом: «профессиональная гордость – желание никогда не выглядеть и не казаться некомпетентным специалистом»¹⁴⁷, которая корректируется возможностями и ограничениями внешней среды.

Профессиональные компетенции медицинского работника подразумевают владение разными группами навыков – *hard skills* (медико-технические навыки) и *soft skills* (личностные качества, включающие навыки общения с пациентами и коллегами, эмоциональные реакции события и др.)¹⁴⁸. В последнее время в связи с повсеместным развитием цифровых технологий исследователи стали выделять еще одну группу навыков – *digital skills* – навыки работы с информационно-коммуникационными технологиями, необходимые сотруднику в рамках его деятельности¹⁴⁹. В отношении московского медицинского персонала в современных условиях это особенно актуально с учетом цифровизации всех процессов в системе здравоохранения¹⁵⁰.

¹⁴⁶ Колосницына М. Г., Мушинкин А. В. Тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении // *Общественные науки и современность*. – 2009. – № 2. – С. 78–90.

¹⁴⁷ Holm H. A. Quality issues in continuing medical education / *BMJ*. 1998;316(7131):621–624.

¹⁴⁸ Frenk J., Chen L., Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world // *The Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 1923–1958.

¹⁴⁹ Галина А. Э., Малютина Е. В., Уколова Т. А. Современные подходы к профессиональному развитию и обучению персонала в организации // *Экономика и управление: научно-практический журнал*. – 2023. – № 1 (169). – URL: <https://ekam-journal.com/images/2023/1-2023/Galina-and-others.pdf> (дата обращения: 16.08.2024). – doi: 10.34773/EU.2023.1.14

¹⁵⁰ Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В. Наставничество в здравоохранении: московский опыт // *Московская медицина*. – 2023. – № 4(56). – С. 20–31.

При рассмотрении карьерных стратегий медицинских работников можно выделить следующие этапы:

профессиональное развитие, связанное с углублением знаний, повышением профессиональных компетенций с использованием методов как внутри организации, так и за ее пределами: наставничество, лекции, курсы, мастер-классы, стажировки, показательные разборы клинических случаев, изучение клинических рекомендаций и пр.;

профессиональное развитие, связанное с реализацией карьеры в сфере управления: от заведующего отделением до главного врача;

развитие в научной сфере и (или) преподавании.

С учетом современных реалий существующей нехватки медицинских специалистов важно осуществлять мониторинг условий и факторов, которые могут способствовать или затруднять восхождение по карьерной лестнице, в целях создания дополнительных возможностей самореализации работников, в первую очередь молодых специалистов, которые являются главным резервом системы здравоохранения.

В целом, согласно мнению экспертов, молодые специалисты приходят на работу достаточно мотивированными, однако на мотивацию непосредственно в процессе работы влияют несколько моментов: багаж знаний после университета, уровень нагрузки, уровень заработной платы, администрация поликлиники, которая отвечает за организацию процессов. Данные анкетного опроса говорят о том, что большая часть респондентов довольно загружены на работе – 48 % (рис. 4.1).

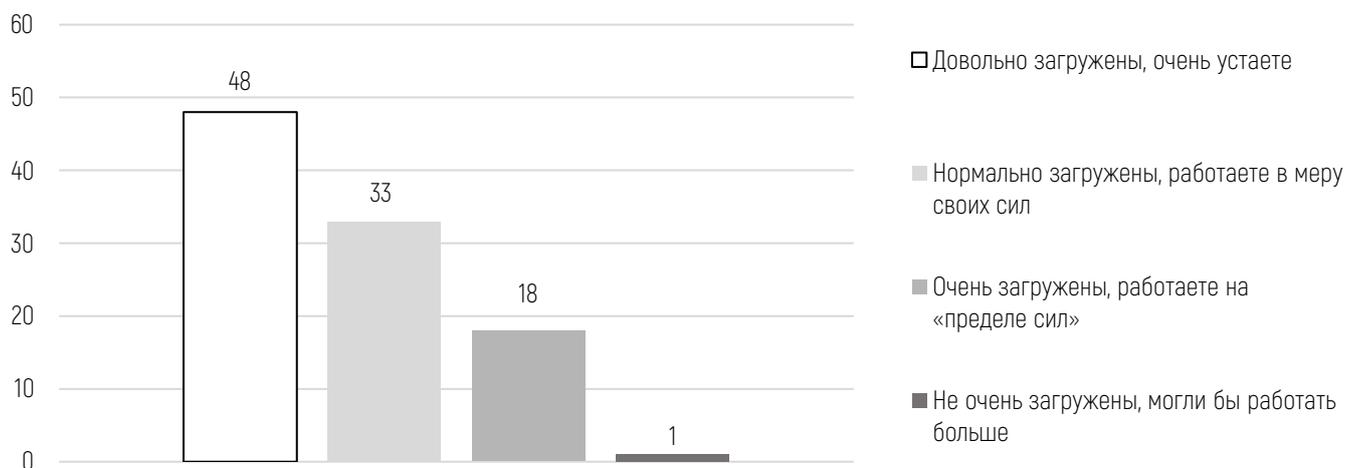


Рис. 4.1. Распределение ответов молодых специалистов на вопрос «Как вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?» (%)

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2023 г., расчет автора.

Высокая нагрузка на персонал в течение длительного времени часто приводит к профессиональному выгоранию, в том числе за счет неопытности молодых специалистов. Среди причин профессионального выгорания эксперты называют в первую очередь большой объем работы: «12 мин. времени на одного пациента, количество человек в день, график работы, работа вне приема. У нас много задач по оформлению: бумажная работа, работа в ЕМИАС, минимальное количество времени на отдых, большое количество времени, проведенного на работе. Нет такого, что ты после времени приема бежишь домой, ты сидишь допоздна и доделываешь свои дела». Данные анкетного опроса также свидетельствуют о том, что наибольшая загруженность молодых

специалистов поликлиник связана с большим объемом работы с документацией, количеством пациентов и работой в системе ЕМИАС (рис. 4.2).



Рис. 4.2. Распределение ответов молодых специалистов на вопрос «С чем связана ваша загруженность на основной работе?» (%)

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2023 г., расчет автора.

Среди причин, которые могут приводить к профессиональному выгоранию, отмечают также «различные состояния пациентов, которые могут быть в том числе агрессивными; отсутствие обратной связи, ты не можешь непосредственно увидеть результат своей работы, так как сегодня пациент пришел к тебе, завтра он записался к другому, потом к третьему, в лучшем случае встретимся через полгода или не встретимся». Так, по оценкам, 78 % пациентов после консультации узкого специалиста не возвращаются к врачу-терапевту¹⁵¹.

Также эксперты замечают, что ограниченное время, выделенное молодому врачу на прием пациента, определенным образом сковывает их в действиях, большая ответственность в сочетании с небольшим опытом работы приводит к психологическому давлению и стрессу. К этому часто добавляется предвзятое отношение пациентов к молодым специалистам, поэтому «и пациент, и молодой специалист каждый отстаивает свою позицию, таким образом может возникать дискуссия, которая приводит к жалобам».

Личное желание развивать профессиональные компетенции в своей и смежных областях наряду с требованиями повышения квалификации стимулируют молодых специалистов к профессиональному развитию: «На самообразование время остается, но ты читаешь темы, которые интересны, они могут быть не связаны с твоей специальностью, могут частично пересекаться непосредственно с работой. Работодатель также направляет на постоянное повышение квалификации. Допустим, сейчас нам дали выбрать список вузов и по своей специальности любой интересующий курс на 144 ч».

¹⁵¹ Старшинин А. В. Амбулаторная помощь: новая парадигма развития // Московская медицина. – 2023. – № 1 (53). – С. 24–33.

Следует отметить, что молодые специалисты на начальном этапе построения карьеры, согласно данным интервью, в основном ориентированы на накопление профессионального опыта и углубление знаний, что соответствует горизонтальному профессиональному развитию, на чем и будет сделан акцент в данном исследовании, однако в перспективе молодыми специалистами рассматривается и вертикальное развитие (от заведующим до главврача), и развитие в сфере науки и в преподавании.

Эксперты подчеркивают, что профессиональное развитие происходит также на рабочем месте по мере погружения в практическую составляющую работы, хорошие подспорье дают клинические рекомендации не только по своей специальности, но и в смежных науках: «Дело в том, что это все идет в связке: профессиональное развитие идет и в практике, потому что теоретическая база есть, поэтому, когда специалист находится на работе, он профессиональное развитие и проходит. Разумеется, не обходится без конференций, без изучения клинических рекомендаций, в том числе по другим специальностям»; «Я стараюсь не отступать от клинических рекомендаций. Во-первых, по федеральному закону все врачи должны соблюдать клинические рекомендации. И, если выходят какие-то обновленные клинические рекомендации либо какая-то новая информация о препаратах, я стараюсь за этим следить».

На возможности построения карьерных стратегий и мотивацию к профессиональному развитию большое влияние также оказывает атмосфера в коллективе, взаимоотношения с начальством, организация работы специалистов: «У меня специальность по терапии, у меня широкие возможности: я могу пойти в любую узкую специальность, в диагностику – куда угодно. В моей организации, в которой я работаю, очень приятный коллектив, очень хорошая организация, способствующая профессиональному развитию»; «Чаще всего это взаимоотношения с твоим начальником, потому что очень многое зависит от того, какая будет обратная связь, дружественная атмосфера в коллективе. По идее мотивацию нужно рассматривать с точки зрения KPI: денежный фактор, удовлетворение от работы, возможность получить дополнительную оплату, тем самым увеличив объем и качество нагрузки»; «Большую роль играет коллектив в работе, при отсутствии поддержки сложно. Будучи на приеме с пациентами, ты понимаешь, что ты хоть и один в кабинете, но где-то за спиной стоят коллеги, заведующая, которые смогут помочь советом или делом в случае необходимости».

Отношения в коллективе являются третьим по значимости фактором, способствующим удержанию молодых специалистов в организации. Значимую роль отношений в коллективе не только в мотивации к профессиональному развитию и в преодолении высоких нагрузок, но и в формировании лояльности к конкретной МО иллюстрируют данные анкетного опроса (рис. 4.3). Накопление профессионального опыта также входит в топ-5 значимых факторов, мотивирующих молодые кадры работать в конкретном учреждении.

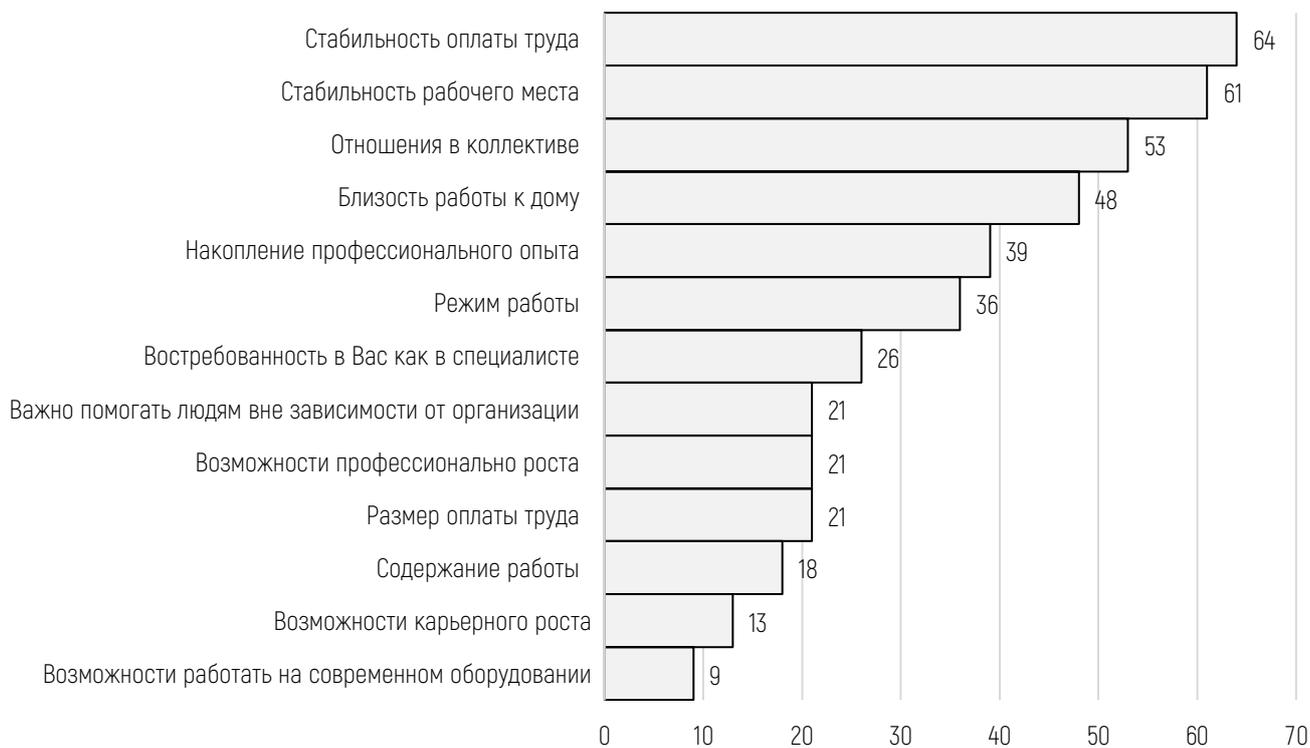


Рис. 4.3. Распределение ответов молодых специалистов на вопрос «Что удерживает вас в данной организации?» (%)

Источник: «Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы» проведено в 2023 г., расчет автора.

Среди удобных для восприятия форм усвоения новых знаний, помимо онлайн-курсов, лекций, конференций и пр., эксперты отмечают важность офлайн-мероприятий с возможностью дискуссии. В рамках МО наиболее простым, удобным и эффективным инструментом оттачивания навыков и неформального профессионального развития эксперты называют наставничество: «Если у тебя есть наставник, если это отделение гематологии, например, и вы с ним вместе разговариваете на профессиональные темы, ты намного быстрее станешь хорошим специалистом, чем если ты будешь просто читать клинические рекомендации. В них все-таки написано по правилам, но есть разные клинические ситуации, разные случаи, и очередность мер, описанных в клинических рекомендациях, не всегда работает, потому что в практике не всегда все идет по учебнику. Поэтому наставник – это самый лучший способ передачи опыта»; «Было бы хорошо, если бы наставничество было в амбулаториях. В стационарах часто есть научные кафедры, где научным сотрудникам за это выплачивают деньги, а во всех остальных учреждениях, в основном в амбулаторных, наставниками являются по сути заведующие, либо какие-то старшие врачи, и мне кажется, никаких поощрений за наставничество не предусмотрено. А это очень важно, особенно когда молодые специалисты приходят, а сотрудники (наставники) не мотивированы. Только если сам человек высокоморальный, он передаст свое знание».

Заключение. Таким образом, молодые специалисты в основном ориентированы на горизонтальное профессиональное развитие, предусматривающее накопление профессионального опыта и углубление знаний.

Условия работы характеризуются достаточно высокой нагрузкой, при этом наибольшая загруженность молодых специалистов поликлиник связана с большим объемом работы с документацией, количеством пациентов в день и работой в системе ЕМИАС. Тем не менее интерес к профессиональному развитию сохраняется. Профессиональное развитие происходит по мере погружения в практическую работу, хорошим подспорьем являются клинические рекомендации.

Помимо удобных для восприятия форм усвоения новых знаний, онлайн-курсов, лекций, конференций, важное значение имеет возможность посещения офлайн-мероприятий с дискуссиями. В рамках МО наиболее простым, удобным и эффективным инструментом оттачивания навыков и неформального профессионального развития названо наставничество.

На возможности построения карьерных стратегий и мотивацию к профессиональному развитию большое влияние оказывают атмосфера в коллективе, взаимоотношения с начальством, грамотная организация работы специалистов.

Подытоживая, можно сказать, что значительная часть профессионального развития и обучения сотрудников медицинских организаций происходит за пределами среды формального обучения – это происходит неформально, на рабочем месте, «в поле». МО важно создавать возможности для развития кадрового потенциала сотрудников, осуществлять мониторинг загруженности сотрудников работой, а также обеспечивать доступ к материалам и оборудованию.

Глава 5. Профессиональное выгорание: причины и способы купирования

Введение. Среди вопросов кадрового обеспечения МО особую значимость в современных условиях приобретает исследование проблем успешного воспроизводства человеческого потенциала работников сферы здравоохранения. Снижение потенциала может быть вызвано в том числе процессом возникновения и развития синдрома профессионального выгорания медицинского персонала. В связи с этим возникает необходимость выявления и систематизации причин выгорания и поиск путей профилактики и способов нивелирования, а в лучшем случае преодоления – негативного фактора, препятствующего росту кадрового потенциала МО.

Профессиональное выгорание представляет собой феномен, существенно понижающий производительность труда и качество выполняемой работы, приводящий к оттоку кадров, нарушающий психосоматический статус работников. Но особую тревогу рост профессионального выгорания вызывает тогда, когда он наблюдается у специалистов, работающих в областях, связанных с повышенным риском. К подобным областям можно отнести и сферу медицинских услуг: уставший, с рассеянным вниманием и сниженным уровнем эмпатии врач или медсестра могут допустить ошибку при выполнении хирургической или иной медицинской манипуляции, пропустить важный для постановки правильного диагноза симптом, сделать неверные назначения. К этому можно добавить и такой нежелательный эффект, как формирование у населения негативного образа государственной системы здравоохранения и ее работников.

Снизить остроту существующих в системе здравоохранения проблем в определенной степени можно через использование и активизацию всех мотивационных факторов¹⁵², направленных на повышение производительности труда, рациональное использование производственных ресурсов и воспроизводство трудового потенциала медицинских работников. Врачи и средний медицинский персонал, как наиболее значимая часть внутренних ресурсов любой медицинской организации, нуждаются в научно обоснованной системе стимулирования труда. Наряду с уровнем заработной платы для всех категорий персонала независимо от типа организации колоссальное значение имеет удовлетворенность условиями труда и степень напряженности, с которой приходится выполнять профессиональные обязанности. Именно эти два нематериальных

¹⁵² Васильев М. Д., Русских С. В., Магомедова А. М., Файзуллаев А. Х., Арсенина Ю. В., Воробьева А. В. Мотивация и стимулирование деятельности медицинских работников к сохранению своего здоровья с целью продления профессионального долголетия // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2023. – Т. 1, № 64. – С. 35–36.

инструмента мотивации к качественному оказанию медицинских услуг населению при определенных обстоятельствах могут легко трансформироваться в демотивирующие факторы¹⁵³.

Метод исследования. При написании данного раздела монографии авторы опирались на научные публикации российских и зарубежных авторов, посвященные проблеме профессионального выгорания, его факторов и последствий, а также на собственные базы эмпирических данных, собранных методом анкетирования врачей и среднего медицинского персонала в 2019 г. (n=551) и 2023 г. (n=1449) («Исследование кадрового потенциала здравоохранения г. Москвы»). В 2019 г. выборка репрезентировала 6 МО, подведомственных ДЗМ (3 поликлиники и 3 стационара, соотношение врачей и среднего медицинского персонала 32 на 68 % соответственно; медианный стаж медицинской работы – 17 лет, стаж непосредственно в организации, в которой они работали на момент опроса, – 5 лет); в 2023 г. были опрошены медицинские специалисты из 208 МО различного типа, подведомственных ДЗМ, соотношение врачей и среднего медицинского персонала 40 на 60 %; медианный стаж медицинской работы составил 18 лет, а непосредственно в организации – 7 лет. Для определения значимости различий в группах (врачей и представителей среднего медицинского персонала) использовались статистические критерии Мана–Уитни и Хи-квадрат Пирсона, дополненные анализом стандартизированных остатков.

ОБЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В научной литературе, посвященной вопросам развития и воспроизводства трудовых ресурсов в здравоохранении, все чаще встречаются исследования, касающиеся причин и последствий профессионального выгорания медицинских работников. При этом рассматриваются не только проблемы, возникшие в период распространения коронавирусной инфекции¹⁵⁴, но и ранее сформировавшиеся условия, при которых медицинский персонал был вынужден трудиться в напряженном ритме, приводящем «к эмоциональному дефициту и “пустоте” в общении с коллегами и пациентами как непосредственно во врачебной деятельности, так и за ее пределами»¹⁵⁵ и часто, как следствие, к оттоку кадров¹⁵⁶.

В подобном ракурсе изучаются как аспекты психологического благополучия медицинских работников¹⁵⁷, так и влияния образа жизни на профессиональное выгорание специалистов сферы здравоохранения¹⁵⁸. Проявления профессионального выгорания, негативно влияющего на качество оказываемых услуг и потенциально приводящего к врачебным ошибкам, требуют выявле-

¹⁵³ Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. № S2. – С. 1049–1055. – DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055

¹⁵⁴ Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Семенова Н. В., Лутова Н. Б., Мазо Г. Э. Влияние пандемии Covid-19 на психическое здоровье медицинских работников в России // Медицинская этика. – 2020. – Т. 8. № 2. – С. 27–34.

¹⁵⁵ Зыкова З. Н., Горбунова Л. А. Исследование синдрома эмоционального выгорания в группе врачей-стоматологов // Новая наука: Стратегии и векторы развития. – 2016. – № 118-3. – С. 71–74.

¹⁵⁶ Коленникова О. А. Факторы потенциальной текучести врачебного персонала // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 59–67. – DOI 10.47619/2713-2617.zm. 2020.v1i2:59-67

¹⁵⁷ Аксенова Е. И., Бонкало Т. И. Профессиональное здоровье и психологическое благополучие медицинских работников: методология, теория, практика. – М., 2021. – 226 с.

¹⁵⁸ Селезнев А. А., Муртазина К. Р. Влияние образа жизни и уровня здоровья на профессиональное выгорание медицинских работников города и периферии // Студенческий вестник. – 2020. – № 27-1 (125). – С. 85–86.

ния причин возникновения и анализа фаз развития эмоционального выгорания, как на примере конкретных¹⁵⁹ врачебных специальностей¹⁶⁰, так и в целом на систематизированных данных, демонстрирующих влияние различных факторов (стажа работы, пола и возраста, условий труда и др.) на профессиональную деформацию медицинских работников¹⁶¹. Как показывают исследования, для управленческих кадров системы здравоохранения тоже характерен синдром эмоционального выгорания¹⁶², руководители МО и их структурных подразделений все чаще сталкиваются с высокими требованиями к стрессоустойчивости в своей ежедневной практике.

Большинство исследований имеют целью поиск ответов на вопросы о способах минимизации или своевременного предотвращения явлений выгорания¹⁶³, его диагностике на начальных стадиях возникновения¹⁶⁴, о разработке мер по коррекции психологического и физического состояния¹⁶⁵ медицинских работников, испытывающих длительный стресс¹⁶⁶, о создании «здоровых рабочих мест»¹⁶⁷.

ПРИЧИНЫ И СИМПТОМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

ВОЗ официально приняла решение о внесении синдрома выгорания¹⁶⁸ в перечень Международной классификации заболеваний, обновленная версия которого вступила в силу в 2022 г.¹⁶⁹. Эксперты подчеркивают, что синдром является не медицинским диагнозом, а фактором, способным вызвать заболевания. Определены три основные характеристики синдрома выгорания: «1) чувство истощения, потери энергии; 2) возросшее психическое дистанцирование человека от рабо-

¹⁵⁹ Клименко Т. С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов // Креативная хирургия и онкология. – 2023. – Т. 13. № 2. – С. 119–124. – DOI: 10.24060/2076-3093-2023-13-2-119-124

¹⁶⁰ Аксенова Е. И., Бобкова Т. В., Вешкурова А. Б., Лукьянова Р. Р., Шапиро С. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на эффективность труда врачей-стоматологов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. № 5. – С. 1144–1151. – DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1144-1151

¹⁶¹ Булынина С. И., Булынина Е. А., Дубова И. А. Эмоциональное выгорание у врачей // Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6. № 1. – С. 12–13.

¹⁶² Твилле П. С., Савинова Т. Л., Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Столкова А. С. Особенности синдрома эмоционального выгорания управленческих кадров системы здравоохранения // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 13–25. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;13-25

¹⁶³ Вяткина Н. Ю., Сарнакова Е. Д. Социально-экономические аспекты профессионального выгорания врачей // Терапевт. – 2023. – № 6. – С. 28–36. – DOI: 10.33920/MED-12-2306-04

¹⁶⁴ Водопьянова Н. Е., Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: Практическое пособие. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2017. – 343 с. – EDN ZTFYDD

¹⁶⁵ Раменский П. О., Смирнова Е. К. Здоровье в системе ценностных ориентаций, здоровьесберегающих практик и профессиональной деятельности медицинских работников // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 100–106. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;100-106

¹⁶⁶ Савинская Е. С., Харьковская О. А. Проблема эмоционального выгорания у врачей // Инновационная наука. – 2020. – № 12. – С. 178–180. – EDN QGQSCI

¹⁶⁷ Скулкина Ю. Н. Основные подходы к управлению здоровьем персонала на рабочем месте // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 88–93.

¹⁶⁸ Выгорание — синдром, признанный результатом хронического стресса на работе, с которым не удалось справиться.

¹⁶⁹ РБК + Как не сгореть на работе. 14 апреля 2020 г. – URL: <https://plus.rbc.ru/news/5e92cf917a8aa9ce7d0a5033> (дата обращения: 07.03.2024).

ты, негативное или циничное восприятие рабочих процессов; 3) ощущение собственной неэффективности и потеря чувства удовлетворения достигнутыми результатами труда»¹⁷⁰.

Повышенной степени риска выгорания подвержены представители профессий, связанных с постоянной работой в стрессовых условиях (зачастую требующих от персонала одновременной многозадачности в труде, нерегулируемого графика работы, ненормированного рабочего дня), со сложным функционалом, высоким уровнем ответственности, необходимостью принимать решения, способные повлиять на чье-либо здоровье или жизнь, а также рутинными обязанностями. Среди врачей, подвергающихся высокой опасности выгорания, следует выделить тех, кто специализируется на лечении трудноизлечимых пациентов; людей с «социально значимыми» заболеваниями¹⁷¹; хирургии; оказании скорой помощи¹⁷² и др. Более того, как показывает опыт зарубежных исследований, различные формы профессионального выгорания имеют свойство накапливаться и все больше усугублять физическое и моральное состояние работника¹⁷³.

По данным НАФИ, в целом примерно 45 % работающих россиян когда-либо сталкивались с профессиональным выгоранием, при этом «о личном опыте выгорания чаще говорят женщины (55 %), представители молодежи в возрасте до 35 лет (54 %), жители ЦФО (52 %)»¹⁷⁴. Что касается восприятия самого явления «профессиональное выгорание», то «73 % опрошенных считают данный синдром серьезной проблемой, решать которую нужно с привлечением специалистов, а 15 % характеризуют этот феномен как “выдумку психологов”, не требующую внимания»¹⁷⁵.

Среди симптомов, выявленных в ходе исследования НАФИ и характерных практически для любых профессий, оказались «нежелание идти на работу (43 %), потеря мотивации, апатия (39 %), постоянное ощущение усталости (32 %), эмоциональная отстраненность, безразличие (27 %), формальный подход к работе, низкая вовлеченность (24 %), агрессивность, раздражительность (23 %), конфликты с коллегами, руководством (18 %), сложности с принятием решений (14 %), нарушения сна (14 %), недовольство собой (13 %), сложности с концентрацией внимания и памятью (11 %), головные боли, общее недомогание 9 %)»¹⁷⁶.

Социологические исследования, касающиеся профессионального выгорания именно у врачей, показывают: наиболее частыми симптомами (проявлениями) являются «чувство усталости; раз-

¹⁷⁰ РБК Тренды: Эмоциональное выгорание: что это такое и как с ним справиться. 15 декабря 2022 г. – URL: <https://trends.rbc.ru/trends/social/5f579bf89a7947f37c2be752> (дата обращения: 10.03.2024).

¹⁷¹ Лукьянов В. В. Взгляд на проблему исследования синдрома эмоционального выгорания у врачей-наркологов // Вестник психотерапии. – 2006. – № 17(22). – С. 54–61. – EDN JUKPOL

¹⁷² Фельдман И. Л. Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей // Психология экстремальных ситуаций: проблемы теории и практики: материалы республиканской научно-практической конференции, Витебск, 17 мая 2011 г. / ВГУ им. П. М. Машерова; ред. колл.: А. П. Солодков [и др.]. – Витебск: Витебский государственный университет им. П. М. Машерова, 2011. – С. 171–174. – EDN XSJCFN

¹⁷³ Суроегина А. Ю., Холмогорова А. Б. Профессиональное выгорание медицинских работников до, во время и после пандемии // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12. № 2. – С. 64–73. – DOI: 10.17759/jmfp.2023120206

¹⁷⁴ В опросе приняли участие 1000 трудоустроенных россиян в возрасте старше 18 лет; опрос проводился в июне 2023 г. с использованием исследовательской платформы НИФИ «Тет-о-твет». – URL: <https://nafir.ru/projects/sotsialnoe-razvitie/professionalnoe-vygoranie-rossiyan-simptomu-prichiny-mery-profilaktiki/> (дата обращения: 11.03.2024).

¹⁷⁵ Профессиональное выгорание россиян. Результаты комплексного социологического исследования. – М., 2023. – URL: <https://nafir.ru/projects/sotsialnoe-razvitie/professionalnoe-vygoranie-rossiyan-simptomu-prichiny-mery-profilaktiki/> (дата обращения: 11.03.2024).

¹⁷⁶ Профессиональное выгорание россиян. Результаты комплексного социологического исследования.

дражительность, слабость; конфликты на работе; обидчивость; снижение эффективности труда; чувство одиночества и разочарования; расстройства сна, аппетита, головные боли»¹⁷⁷.

Причины появления профессионального выгорания можно разделить на внешние (детерминированные главным образом средой, в которой человек трудится) и внутренние (зависящие в основном от самого индивида). Но такое разделение (рис. 5.1) необходимо для подробного анализа симптомов и разработки мер по профилактике и снижению остроты процессов выгорания; на деле же любой человек испытывает одновременное воздействие различного рода причин на свое физическое и психологическое¹⁷⁸ состояние.

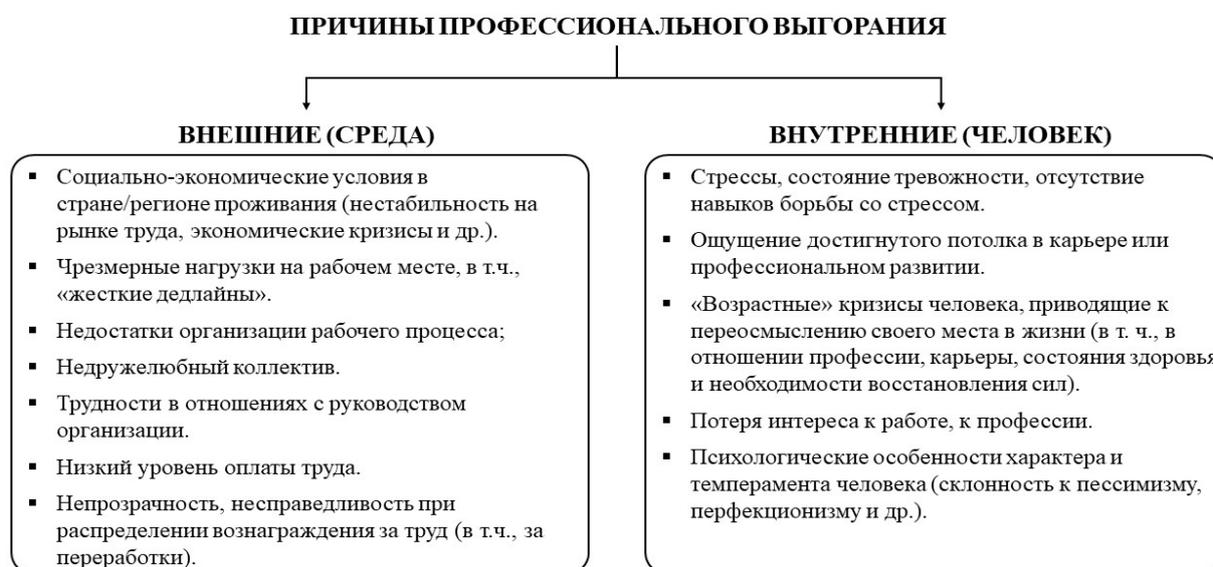


Рис. 5.1. Классификация причин профессионального выгорания

Источник: составлено авторами.

Согласно результатам исследования НАФИ (2023), установлено наличие тесной связи между психологическими установками и риском возникновения выгорания. В частности, уже «выгоравшие» россияне чаще отмечают, что «не нашли свое профессиональное призвание (63 %), чувствуют себя виноватыми, когда не заняты каким-либо делом (44 %), и опасаются инициировать открытый диалог с руководством на волнующие их темы (50 %)»¹⁷⁹. Интересно, что отсутствие карьерного роста и профессионального развития указывается в качестве факторов выгорания не столь часто (18 %). Проявления (и глубина проблемы) изучаемого нами синдрома у медицинских работников может также зависеть и от места проживания (в том числе типа поселения) врачей¹⁸⁰.

¹⁷⁷ Булынина С. И., Булынина Е. А., Дубова И. А. Эмоциональное выгорание у врачей.

¹⁷⁸ Агафонова С. В., Брюхова Н. г. Внутренние факторы развития синдрома психического выгорания // Мир науки. Педагогика и психология. — 2021. — Т. 9. — № 6. — URL: <https://mirnauki.com/PDF/19PSMN621.pdf>

¹⁷⁹ Профессиональное выгорание россиян. Результаты комплексного социологического исследования. – М., 2023. – URL: <https://nafi.ru/projects/sotsialnoe-razvitiye/professionalnoe-vygoranie-rossiyan-simptomu-prichiny-mery-profilaktiki/> (дата обращения: 11.03.2024).

¹⁸⁰ Васильева И. В., Круглова Д. А., Казакова В. В. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей малого и большого городов // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 79–80. – EDN KYPIXW

ИНТЕНСИВНОСТЬ ТРУДА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ВЫГОРАНИЯ

Одной из существенных причин выгорания может являться высокая (чрезмерная) интенсивность труда. Сравнение результатов авторских массовых опросов (в 2019 и 2023 гг.) медицинских работников организаций, подведомственных ДЗМ, показало: загруженность столичных врачей и среднего медперсонала, хотя и ненамного, но снизилась (рис. 5.2).

Как вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?

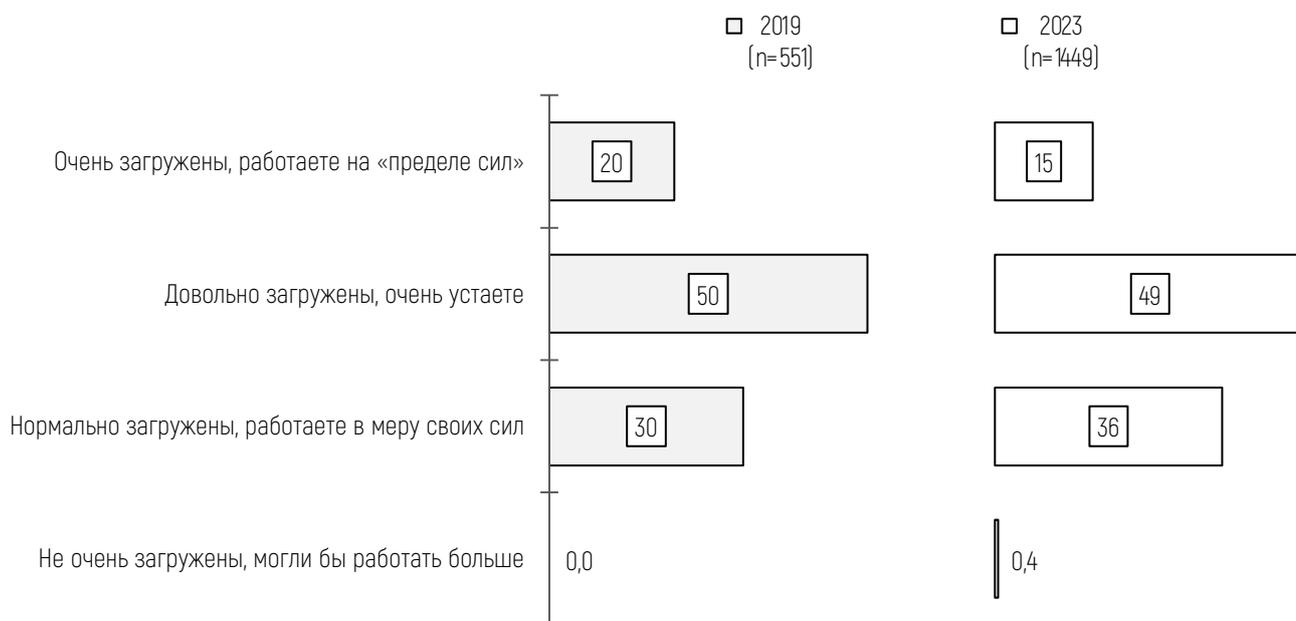
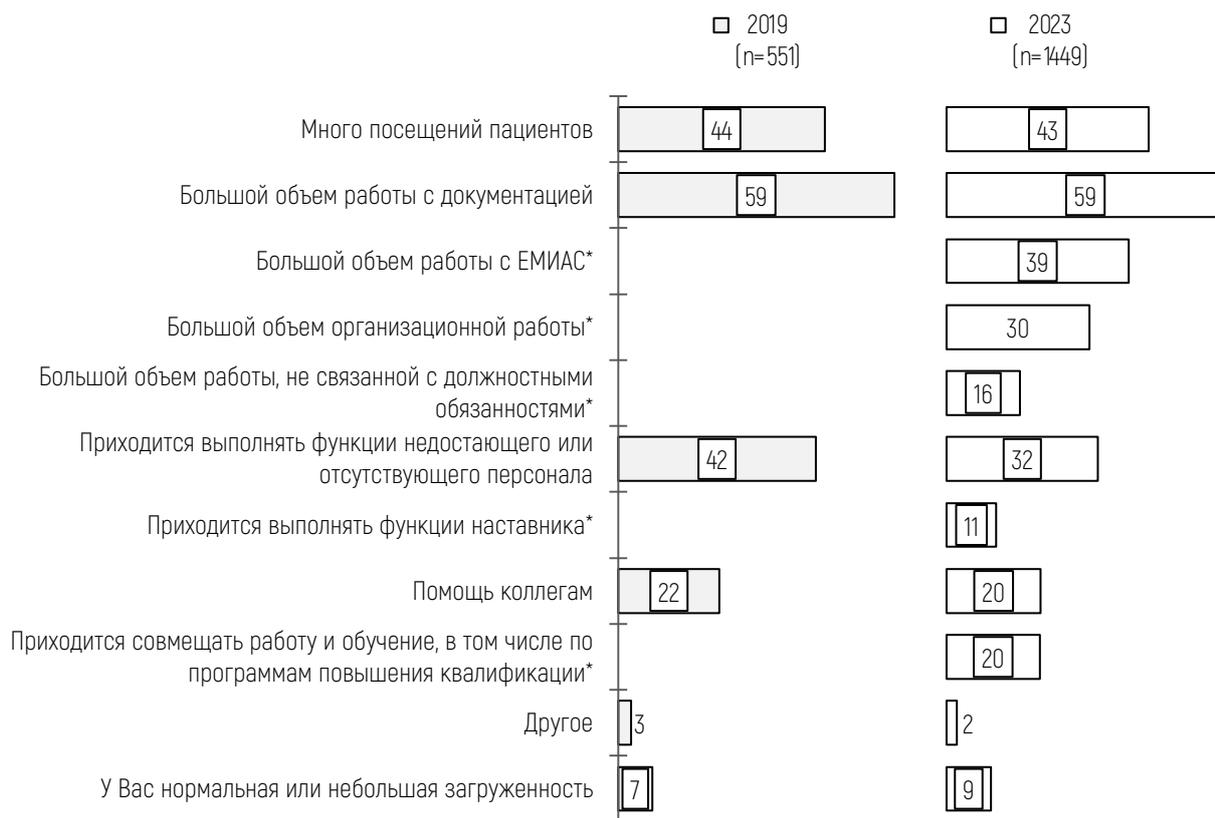


Рис. 5.2. Динамика самооценок интенсивности труда медицинского персонала в 2019 и 2023 гг., в процентах от опрошенных (1 ответ)

Источник: результаты авторского исследования.

Выявление причин, с которыми связана повышенная загруженность в процессе выполнения трудовых обязанностей, дало возможность определить: «большой объем работы с документацией» и в 2019 г., и в 2023 г. оказался на первом месте среди факторов «перегрузки» (рис. 5.3). Указывающие на такую причину загруженности как «выполнение функций недостающего или отсутствующего персонала» стали встречаться реже: их доля снизилась с 42 % в 2019 г. до 32 % в 2023 г.

С чем связана ваша загруженность на основной работе?



Примечание: * означает, что вариант ответа не предлагался респондентам в 2019 г.

Рис. 5.3. Динамика причин загруженности медицинского персонала в 2019 и 2023 гг., в процентах от опрошенных (любое количество ответов)

Источник: результаты авторского исследования.

Совпадение (или близкие значения) ряда показателей в двух замерах, проведенных с разницей в 5 лет (среди которых оказались сложные с точки зрения выгорания годы борьбы с новой коронавирусной инфекцией) в 6 (2019) и 208 (2023) МО, показало: существующие проблемы имеют устойчивый характер и широко распространены, а не специфичны лишь для ограниченного числа выбранных для обследования в 2019 г. столичных учреждений здравоохранения.

При анализе причин возникновения и поиска способов профилактики и купирования проявлений профессионального выгорания необходимы не только классификация признаков данного сложного явления, но и определение стадий выгорания. Так, российские ученые определяют для эмоционального выгорания следующие уровни (степень, стадии): возбуждение, резистенция, переутомление¹⁸¹.

От того, на какой конкретной стадии находится работник, испытывающий симптомы профессионального выгорания, зависят способы борьбы с этим недугом. Методы, применяемые для профилактики, безусловно, должны отличаться от методов, используемых для избавления от тяжелых форм выгорания. Одновременно установление превалирования тех или иных причин выгорания может оказаться полезным для формирования комплекса мер по восстановлению трудового

¹⁸¹ Клименко Т. С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов.

потенциала, среди которых выделяются материальные (компенсация расходов на заботу о здоровье персонала; помощь при выплате образовательных кредитов; программы для расширения возможностей карьерного роста; предоставление дополнительного отпуска/выходных дней и др.) и нематериальные (проработка проблемы выгорания со штатными или приглашенными психологами; различные мероприятия, связанные с физической активностью и коллективными экскурсионными программами; привлечение сотрудников к реализации социальных благотворительных проектов для усиления чувства нужности; дальнейшее развитие института наставничества в медицинских организациях; эффективное использование элементов¹⁸² корпоративной культуры¹⁸³; формирование трудовых коллективов (особенно для выполнения отдельных локальных/специфических задач) в МО с учетом ценностных ориентаций укомплектованного персонала врачей и медицинских сестер¹⁸⁴ и др.).

Таким образом, очевидно, что одной из ключевых причин профессионального выгорания является избыточная рабочая нагрузка. Согласно полученным нами данным, доля «очень устающих» на работе медицинских работников, занятых в государственных медицинских учреждениях Москвы, за прошедшие с предыдущего замера пять лет практически не изменилась и по-прежнему остается высокой, составляя половину медперсонала. Доля тех, кто работает «на пределе сил» (!), хотя и снизилась, но все же очень высока: если в 2019 г. так себя чувствовал каждый пятый московский медик, то в 2023 г. – каждый шестой-седьмой. Сохраняются и ключевые причины избыточной нагрузки: повышенная норма выработки (количество обслуживаемых пациентов); выполнение работы за сокращенных в рамках оптимизации коллег; непомерный объем разного рода отчетности. К этому добавляются новые обязанности: работа в системе ЕМИАС, перманентное обучение в системе непрерывного медицинского образования (НМО) для набора требующихся для очередной аккредитации баллов и др.

Подобная ситуация чревата ростом числа медицинских работников, находящихся на грани или уже на той или иной стадии профессионального выгорания; текучестью медицинских кадров, занятых в государственной системе здравоохранения и соответственно нарастанием их дефицита; а в конечном итоге снижением доступности и качества медицинских услуг. Очевидно, что поиск решений выявленных проблем должен идти в двух плоскостях: во-первых, в области совершенствования нормирования и организации труда медицинских специалистов, и, во-вторых, в применении разнообразных методов профилактики, выявления и купирования профессионального выгорания работников здравоохранения.

Сама специфика медицинской профессии, состоящая в постоянном общении с потоком пациентов, предполагает достаточно высокий уровень перманентной психоэмоциональной нагрузки. В последние десятилетия на этот фактор накладывается необходимость быстрого освоения стремительно развивающихся медицинских технологий и цифровой среды, а также организационно-экономические трансформации, приводящие ко все более существенной интенсифика-

¹⁸² Ярашева А. В., Марков Д. И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 155–166. – DOI 10.19181/population.2022.25.1.13. – EDN OTZEEV

¹⁸³ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учет этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 943–948. – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948. – EDN JRMXY5

¹⁸⁴ Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Наурузова М. А., Плутницкий А. Н., Тарбастаев А. г. Влияние ценностных ориентаций врачей на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях неопределенности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):969–978. – DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-969-978>

ции труда¹⁸⁵ работников МО. Кроме того, недавно медицинские работники всего мира пережили стресс и сверхвысокие нагрузки, связанные с пандемией COVID-19. Все это не может не вести к расширению масштабов и обострению проблемы профессионального выгорания¹⁸⁶.

В то же время, хотя риск профессионального выгорания, сопряженный с выполнением миссии по оказанию помощи страждущим и их близким, устранить невозможно, следует искать способы его минимизации, причем без снижения уровня эмпатии, в отсутствие которой у медицинского специалиста и пациента не сложатся отношения, сами по себе оказывающие лечебный эффект. И тем более следует выявлять факторы профессионального выгорания медицинских работников, имеющие организационную природу и которые вполне могут быть так или иначе устранены или скомпенсированы соответствующей поддержкой тех, кто демонстрирует признаки развития этого синдрома.

Вопросы профессионального выгорания рассматриваются учеными с целью определения причин возникновения данного явления, выявления симптомов выгорания на ранних стадиях¹⁸⁷, разработки мер по преодолению его негативных последствий. Особое значение придается изучению возможностей по созданию условий труда, способствующих повышению трудовой мотивации медицинского персонала¹⁸⁸ для нивелирования факторов «накопления усталости», а также снижению уровня стресса на рабочем месте¹⁸⁹ и возможностях удовлетворения карьерных амбиций через дополнительное образование.

Важным условием профилактики профессионального выгорания выступают модели поведения самих медицинских работников¹⁹⁰ в отношении своего здоровья¹⁹¹ и эффективные способы сохранения¹⁹² баланса между трудом и отдыхом¹⁹³. Анализ роли руководителей медицинских орга-

¹⁸⁵ Ярашева А. В., Александрова О. А., Марков Д. И. Трудовой потенциал медицинских работников: вопросы профессионального выгорания // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2024. – № 4(162). – С. 164–172. – DOI: 10.26726/1812-7096-2024-4-164-172; EDN: FNHCVM

¹⁸⁶ Корнева Н. В. Факторы и риски профессионального выгорания медицинских работников // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – С. 276–279. – EDN RWHIPS

¹⁸⁷ Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 180–186. – DOI 10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186. EDN YQIHMP

¹⁸⁸ Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликуперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций.

¹⁸⁹ Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Турзин П. С. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик: Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 48 с. – EDN: RYVOVO

¹⁹⁰ Аликуперова Н. В., Ярашева А. В. Модели профессионального поведения сотрудников медицинских организаций. 2021. – Т. 65, № 5. – С. 454–460. – DOI 10.47470/0044-197X-2021-65-5-454-460. – EDN NFOVMN

¹⁹¹ Аксенова Е. И. Модели поведения населения в отношении своего здоровья / Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, А. В. Ярашева, Н. В. Аликуперова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S2. – С. 1081–1086. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1081-1086. – EDN LHPNNK

¹⁹² Бонкало Т. И. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период / Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S2. – С. 1197–1201. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201. – EDN KYUMKT

¹⁹³ Шукуров М. Р. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности / М. Р. Шукуров, О. Е. Коновалов, О. С. Саурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 5. – С. 960–964. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-5-960-964. – EDN LGFWHJ

низаций в обеспечении здоровья персонала¹⁹⁴ позволяет выявить актуальные методы из области социальной психологии, которым должны быть обучены управленческие кадры¹⁹⁵.

Представленные в научной литературе обзоры зарубежных практик выявления и борьбы с профессиональным выгоранием¹⁹⁶ показывают действенность использования международных специально разработанных опросников¹⁹⁷ для определения степени распространенности выгорания в среде медицинских работников в разных странах, в том числе в России¹⁹⁸. Внимание ученых сосредоточено и на дифференциации остроты проблемы выгорания в зависимости от специфики территорий¹⁹⁹, на которых функционируют медицинские организации²⁰⁰, а также от определенной врачебной специальности²⁰¹.

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

В Международной классификации заболеваний (МКБ-11)²⁰² профессиональное выгорание характеризуется наличием трех компонентов: 1) истощения или снижения энергии; 2) повышенной психической дистанцированностью от работы или чувством негативизма или цинизма по отношению к работе (деперсонализация); 3) чувством неэффективности и отсутствием ощущения выполненного долга (редукция профессиональных достижений)²⁰³. В ситуациях повышенной физической и психоэмоциональной нагрузки проблема профессионального выгорания обостряется.

¹⁹⁴ Царанов К. Н. Обучение руководителей медицинских организаций: методы социальной психологии / К. Н. Царанов, О. А. Комолова, А. Г. Тарбастаев // Вестник Университета Правительства Москвы. – 2022. – № 4(58). – С. 14–21. – EDN LOHXRM

¹⁹⁵ Александрова О. А. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы / О. А. Александрова, А. В. Ярашева, Е. И. Аксенова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 5. – С. 522–528. – DOI 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528. – EDN NMYNLP

¹⁹⁶ Абросимов И. Н. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы / И. Н. Абросимов, З. О. Заоева, К. Н. Царанов, А. Г. Тарбастаев // Менеджер здравоохранения. 2024; 2:83–92. – DOI: 10.21045/1811-0185-2024-3-83-92. – EDN AYTVBF

¹⁹⁷ Безымянный А. С. Международные опросники по профессиональному выгоранию, российский опыт их адаптации при опросе медицинских работников / А. С. Безымянный, Р. Н. Мингазов, Э. Н. Мингазова // Менеджер здравоохранения. 2024; 2:93–100. – DOI: 10.21045/1811-0185-2024-3-93-100

¹⁹⁸ Смольникова П. С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации / П. С. Смольникова, К. С. Трункова, В. В. Мадьянова, Р. А. Хальфин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 3. – С. 387–399. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-3-387-399. – EDN BHIPSG

¹⁹⁹ Люкшин Д. С. Личностный, социальный и поведенческий компоненты эмоционального выгорания у врачей (на примере исследования врачей Приморского края) / Д. С. Люкшина, Т. В. Капустина, Е. В. Садон, Р. В. Кадыров // Психолог. – 2023. – № 6. – С. 1–15. – DOI 10.25136/2409-8701.2023.6.69063. – EDN HZYRWM

²⁰⁰ Arifdzhanova M. A. Emotional-mental burnout of doctors in Uzbekistan and its reasons / M. A. Arifdzhanova, F. A. Babadzhanova, L. M. Shagiyazova // New Day in Medicine. – 2021. – No. 1(33). – P. 5–9. – EDN BVNEQC

²⁰¹ Клименко Т. С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов.

²⁰² Профессиональное выгорание: синдром, включенный в МКБ-11. – URL: https://www.b17.ru/article/professional_burnout_11/ (дата обращения: 10.05.2024).

²⁰³ Абросимов И. Н. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы.

Так, по данным исследований разных стран, «общая распространенность эмоционального выгорания среди медицинского персонала в постковидный период составила 52 %»²⁰⁴.

На основе как обычных социологических, так и специализированных опросов²⁰⁵ выявляется, что стремительные трансформации в сфере здравоохранения (возросшие требования к уходу за пациентами; несоразмерность оплаты труда; растущая бюрократизация, связанная с медицинской документацией; повышенная подотчетность и конфликт между потребностями организации и пациентов) выступают потенциальными угрозами ментальному благополучию и здоровью персонала медицинских организаций. Серьезной проблемой становится рост числа самоубийств среди медицинских работников, включая врачей; в США количество суицидов среди медицинских сестер превышает таковой среди населения в целом, связано это с «высокими трудовыми нагрузками, легким доступом к лекарственным препаратам и отказом от помощи со стороны психиатров»²⁰⁶.

Если рассматривать отдельные врачебные специальности, то самый высокий уровень выгорания наблюдается у врачей неотложной помощи (60 %), интенсивной терапии (56 %), гинекологии (53 %), анестезиологии (47 %), неврологии и общей хирургии (45 %)²⁰⁷. Для профилактики и борьбы с профессиональным выгоранием в клиниках США реализуются следующие меры: 1) разработка этапов и процедур оздоровления работников; 2) выявление причин выгорания, а также анализ самочувствия врачей путем проведения различного рода регулярных опросов, личных бесед, оперативного реагирования в индивидуальном порядке; 3) поощрение социальной активности (организации корпоративных мероприятий, тимбилдингов, тьюторства) для поддержания морального духа коллектива и отвлечения от монотонной работы; 4) организация перерывов для физических упражнений и медитации; 5) обеспечение возможности для непрерывного профессионального обучения; 6) коучинг по формированию самосохранительного поведения, навыкам работы со стрессом²⁰⁸.

В Китае наблюдается национальная особенность: привычка не жаловаться, так как «если медицинский работник проявляет неспособность справиться с обязанностями, его считают некомпетентным, однако при этом 76,9 % врачей страдают от тех или иных симптомов выгорания»²⁰⁹. Согласно другому исследованию, «60,6 % врачей из 21 стационара Шанхая испытывают легкую, 5,9 % тяжелую степень выгорания»²¹⁰. Стратегии «управления выгоранием» среди китайских медицинских работников подразделяются на врачебно-индивидуальные и организационные. Первые включают «техники осознанности», или когнитивно-поведенческие техники для повышения

²⁰⁴ Ghahramani S., Lankarani K. B., Yousefi M., Heydari K., Shahabi S. and Azmand S. (2021) A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Front. Psychiatry* 12:758849. – DOI: 10.3389/fpsy.2021.758849

²⁰⁵ Опросник выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI), в российской адаптации «профессиональное выгорание (ПВ)», предназначенный для измерения основных показателей синдрома выгорания (перегорания): эмоционального истощения, деперсонализации и редукации профессиональных достижений.

²⁰⁶ Официальный сайт MSDMED: Распространенность суицида среди медработников США: когортное исследование (msdmed.ru) (дата обращения: 10.05.2024).

²⁰⁷ Официальный сайт Ampliz Physician Burnout In US: How To Prevent Physicians Burnout (ampliz.com) (дата обращения: 10.05.2024).

²⁰⁸ Официальный сайт Verywellhealth.com: 4 Ways Doctors Can Heal From a Year of Burnout (дата обращения: 10.05.2024).

²⁰⁹ Wen J., Cheng Y., Hu X., Yuan P., Hao T., Shi Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *Biosci Trends*. 2016;10(1):27–33.

²¹⁰ Wang Z., Xie Z., Dai J., Zhang L., Huang Y., Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health*. 2014;56(1):73–83.

профессиональной компетентности и улучшения коммуникативных навыков, личных способов преодоления стресса. Вторые – снижение рабочей нагрузки, изменения в графике работы, усиление «контроля над рабочими местами», повышение уровня участия в принятии решений.

В Японии, где от 20 до 40 % врачей различной специализации страдают от выгорания²¹¹, реализуются 4 стратегии предотвращения и лечения синдрома выгорания: 1) «реформа стиля труда»: правительство Японии приняло меры по ограничению сверхурочной работы, направленные на сбалансированность продолжительности рабочего дня и потребности в личном времени с целью сохранения здоровья; 2) «баланс между работой и частной жизнью»: поощрение «культурного погружения» и признание важности психологической отстраненности от клинической работы; 3) «борьба со стереотипами о гендерных ролях»: реформа, направленная на «отход» от традиционных ценностей, побуждающих врачей-мужчин работать сверхурочно и препятствующих врачам-женщинам продолжать профессиональную карьеру после рождения детей; 4) «осведомленность о психическом здоровье»: выявление признаков выгорания на ранней стадии и обучение медицинских работников техникам преодоления трудностей.

Более 40 % врачей в Израиле подвержены синдрому профессионального выгорания²¹². Для предотвращения и борьбы с ним проводятся исследования, касающиеся степени удовлетворенности рабочим местом; выявлено, что «естественное освещение, живая музыка в больничном холле, хорошая вентиляция, водные элементы и уютные палаты пациентов, в целом эстетика и внешний вид медицинского учреждения способствуют повышению производительности и снижению рисков выгорания»²¹³. Решение проблемы базируется и на стратегиях помощи студентам медицинских вузов (которые еще на этапе обучения могут подвергаться стрессам), а также на внедрении систем поддержки для управления стрессом на рабочем месте (предоставление ресурсов в области психического здоровья).

В Канаде, как показывают исследования, еще в период до пандемии 64 % врачей считали, что их «рабочая нагрузка слишком велика, а у 48 % за последнее время нагрузка увеличилась»²¹⁴. Результаты Национального опроса о состоянии здоровья врача (NPHS), проведенного в 2021 г., демонстрируют резкое снижение их благополучия, связанного с занятостью: широкую распространенность выгорания (в целом 53 %; среди женщин 59 %, среди мужчин 43 %), низкий уровень удовлетворенности профессиональной реализацией (у 8 из 10 респондентов) и неудовлетворенность карьерой (почти 25 %)²¹⁵.

Среди мер профилактики в Канаде на первый план выходят поддержка программ по охране психического здоровья для врачей и студентов-медиков; поощрение персонала при их обращении за надлежащей и конфиденциальной психиатрической помощью в случае необходимости; снижение административной нагрузки за счет внедрения инноваций в области медицинских технологий для выполнения повседневных рутинных обязанностей; разработка личных стратегий для борьбы с усталостью и стрессом; поощрение приверженности правильному питанию, режиму сна, избеганию чрезмерного потребления кофеина, сахара, алкоголя или наркотиков²¹⁶.

²¹¹ Endo, Hideki. Preventing and Treating Burnout Among Physicians in Japan. 2019. – DOI: 10.17615/54km-fa58

²¹² Burnout in Healthcare Survey. Israel: Ministry of Health; 2021.

²¹³ Bentulila Y., Lev Shalem L., Cohen B. et al. Physical work environment and burnout among primary care physicians in Israel: a cross-sectional study. *BMC Prim. Care* 25, 74 (2024). – DOI:10.1186/s12875-024-02310-x

²¹⁴ Canadian Medical Association Guide to physician health and well-being: facts, advice and resources for Canadian doctors. Canadian Medical Association, Ottawa, ON2003.

²¹⁵ Официальный сайт Canadian Medical Association: Burnout 101: Signs and Strategies (дата обращения: 10.05.2024).

²¹⁶ Официальный сайт Canadian Medical Association: Burnout 101: Signs and Strategies (дата обращения: 11.05.2024).

ПОДХОДЫ РОССИЙСКИХ УЧЕНЫХ К ВЫЯВЛЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВЫГОРАНИЯ

В научных публикациях российских ученых и практиков чаще всего выделяется проблема профессионального стресса (в том числе в зависимости от конкретной врачебной²¹⁷ специализации), при котором «стрессогенные факторы на рабочем месте (психологические переживания, условия труда и завышенные требования) вызывают как краткосрочные, так и долгосрочные изменения в психическом и физическом здоровье индивидуума»²¹⁸. Показано, что «подверженность профессиональному стрессу зачастую зависит от индивидуальных физиологических особенностей и типа личности»²¹⁹.

Особое внимание уделяется возможностям определения стадий выгорания (в частности, предлагается разделение на следующие: возбуждение, резистенция, переутомление²²⁰), а также моделей выгорания («надлом» и «постепенное истощение») и типов «выгоревшего» медицинского работника (фанатичный, равнодушный, изнуренный)²²¹. В поле зрения исследователей находят также личностные (эмоционально-волевые), социальные (межличностные) и поведенческие (ценностные) компоненты, играющие существенную роль в возникновении синдрома выгорания²²². Подобное разделение помогает реализации мер профилактики и психологической коррекции эмоционального выгорания у медицинских специалистов.

Отдельной темой для изучения выступает цифровизация сферы здравоохранения, а также выявление всех позитивных и негативных сторон использования искусственного интеллекта в медицинской практике²²³, в том числе в применении к купированию синдрома профессионального выгорания.

По результатам исследования сотрудников трех поликлиник г. Москвы (846 респондентов) на основе упомянутого выше международного опросника Maslach Burnout Inventory (MBI) выявлено: «Общая распространенность выгорания составляет 17 %, среди врачей – 21 %, среди среднего медицинского персонала – 14 %, немедицинского персонала – 19 %; средний возраст работников с признаками профессионального выгорания – 34–49 лет»²²⁴.

²¹⁷ Хамитова Н. Х. Психоземциональное выгорание врачей-ортодонтонтов / Н. Х. Хамитова, Э. Р. Сингатуллина // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста, Казань, 9 февраля 2024 г. – Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2024. – С. 268–272. – EDN ZFLKST

²¹⁸ Аксенова Е. И. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик: Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 48 с. – EDN: RYVOVO

²¹⁹ Вахтурова Н. А. Профессиональное выгорание врачей // Социум и жизненное пространство личности (междисциплинарные аспекты): сборник статей V Международной научно-практической конференции, Пенза, 28–29 марта 2022 г. – Пенза: Автономная некоммерческая научно-образовательная организация «Приволжский Дом знаний», 2022. – С. 20–24. – EDN OGAZKX

²²⁰ Клименко Т. С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов.

²²¹ Абросимов И. Н. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы / И. Н. Абросимов, З. О. Заоева, К. Н. Царанов, А. Г. Тарбастаев // Менеджер здравоохранения. 2024; 2:83–92. – DOI: 10.21045/1811-0185-2024-3-83-92. – EDN AYTVBF

²²² Люкшин Д. С. Личностный, социальный и поведенческий компоненты эмоционального выгорания у врачей (на примере исследования врачей Приморского края).

²²³ Аликперова Н. В. Искусственный интеллект в медицине: поиск новых возможностей // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общ. ред. Е. И. Аксеновой. Том Выпуск 4 (14). – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – С. 94–97. – EDN XTQJCK

²²⁴ Безымянный А. С. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие / А. С. Безымянный, Э. Н. Мингазова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 180–186. – DOI 10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186. – EDN YQIHMP

Основными факторами профессионального выгорания работники считают «необходимость проводить большую часть рабочего времени за компьютером (60–92 %), нереалистичные ожидания пациентов от оказанной им медицинской помощи (75–88 %), нехватку времени на прием и на личную жизнь (53–75 %)»²²⁵.

Если рассматривать Россию в целом, то опрос 2022 г. среди 23 457 медицинских работников показал: «49,2 % респондентов имеют признаки профессионального выгорания, включая стресс, апатию, низкую оценку собственного труда, 16,5 % испытывают сильное профессиональное выгорание, а 30 % находятся в группе риска и думают об уходе из профессии». По другим исследованиям, «распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в нашей стране составляет 61 %»²²⁶.

Основные подходы российских ученых к выявлению и профилактике профессионального выгорания представлены на рис. 5.4.

²²⁵ Безымянный А. С. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие.

²²⁶ Смольникова П. С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации / П. С. Смольникова, К. С. Трункова, В. В. Мадьянова, Р. А. Хальфин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 3. – С. 387–399. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-3-387-399. – EDN BHPG

ИССЛЕДОВАНИЯ	СУЩНОСТЬ ПОДХОДА
Люкшина Д.С. Личностный, социальный и поведенческий компоненты эмоционального выгорания у врачей (на примере исследования врачей Приморского края) / Д. С. Люкшина, Т. В. Капустина, Е. В. Садон, Р. В. Кадыров // Психолог. 2023. № 6. С. 1-15.	Выделение именно внутренних компонентов выгорания: личностный (эмоционально-волевой), как спектр личностных характеристик и состояний, социальный (межличностный), влияющий на взаимоотношения (коллеги, пациенты), и поведенческий (мотивационно-ценностный), определяющий профессиональную и мотивационную направленность личности и умение противостоять внешним воздействиям.
Безмянный, А. С. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие / А. С. Безмянный, Э. Н. Мингазова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 2. С. 180-186.	Использование международного опросника Maslach Burnout Inventory (MBI) для выявления распространенности синдрома выгорания и поиска эффективных мер профилактики и борьбы с последствиями выгорания.
Клименко Т.С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов // Креативная хирургия и онкология. 2023. Т. 13. № 2. С. 119-124.	Необходимость профилактики и купирования симптомов выгорания (на базе методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко) с помощью определения стадий выгорания: 1) возбуждение, 2) резистенция, 3) переутомление.
Смольникова П.С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации / П. С. Смольникова, К. С. Трункова, В. В. Мадьянова, Р. А. Хальфин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 3. С. 387-399.	Важность выстраивания стратегии борьбы с синдромом профессионального выгорания, исходя из показателей степени выраженности синдрома (низкой, средней, высокой, крайне высокой), определяемой по опроснику К. Маслач.
Аксенова Е. И. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик: Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». М., 2023. 48 с.	Выделение профессионального (психологического, психоэмоционального) выгорания, вызванного, в первую очередь, профессиональным стрессом, особенности которого связаны с: удовлетворенностью работой, стадией психологического выгорания и проблемами со здоровьем.
Бонкало, Т. И. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период / Т. И. Бонкало, О. Б. Полякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № S2. С. 1197-1201.	Определение взаимосвязи субъективного благополучия, профессиональных деформаций, динамики изменения профессиональной мотивации, физиологических проявлений нервно-психического напряжения, жизнестойкости, стрессоустойчивости, самоконтроля.
Булынина С.И., Булынина Е.А., Дубова И.А. Эмоциональное выгорание у врачей // Многопрофильный стационар. 2019. Т. 6. № 1. С. 12-13.	Важность выявления степени эмоционального выгорания в зависимости от стажа работы, пола и возраста, условий труда; купирование синдрома выгорания в соответствии с данными особенностями.
Ярашева А.В., Александрова О.А., Марков Д.И. Трудовой потенциал медицинских работников: вопросы профессионального выгорания // Региональные проблемы преобразования экономики. 2024 № 4.	Разделение причин выгорания на внешние (среда) и внутренние (индивид); выделение среди внешних – чрезмерной интенсивности (загруженности) труда и условий труда, среди внутренних – отсутствие навыков борьбы со стрессом, ощущение достигнутого потолка в профессиональном развитии. Признание равенства значимости внешних и внутренних причин выгорания при осуществлении мер профилактики.

Рис. 5.4. Основные подходы к изучению факторов возникновения, профилактики и устранения профессионального выгорания медицинских работников

Источник: разработано авторами.

Предпринятое с участием авторов социологическое исследование с интервалом в пять лет, посвященное развитию и воспроизводству кадрового потенциала московских медицинских работ-

ников, показало: среди внешних причин возникновения профессионального выгорания существенное место может занимать чрезмерно высокая интенсивность труда.

Сравнение результатов массовых опросов (в 2019 и 2023 гг.) московских врачей и среднего медицинского персонала организаций, подведомственных ДЗМ, позволяет зафиксировать, что абсолютное большинство столичных медицинских работников стабильно декларируют весьма высокую и даже чрезмерную загруженность и усталость (рис. 5.5). При этом статистический анализ показывает, что значимо чаще об этом говорят врачи (71 против 54 % среди представителей среднего медицинского персонала в 2023 г.).

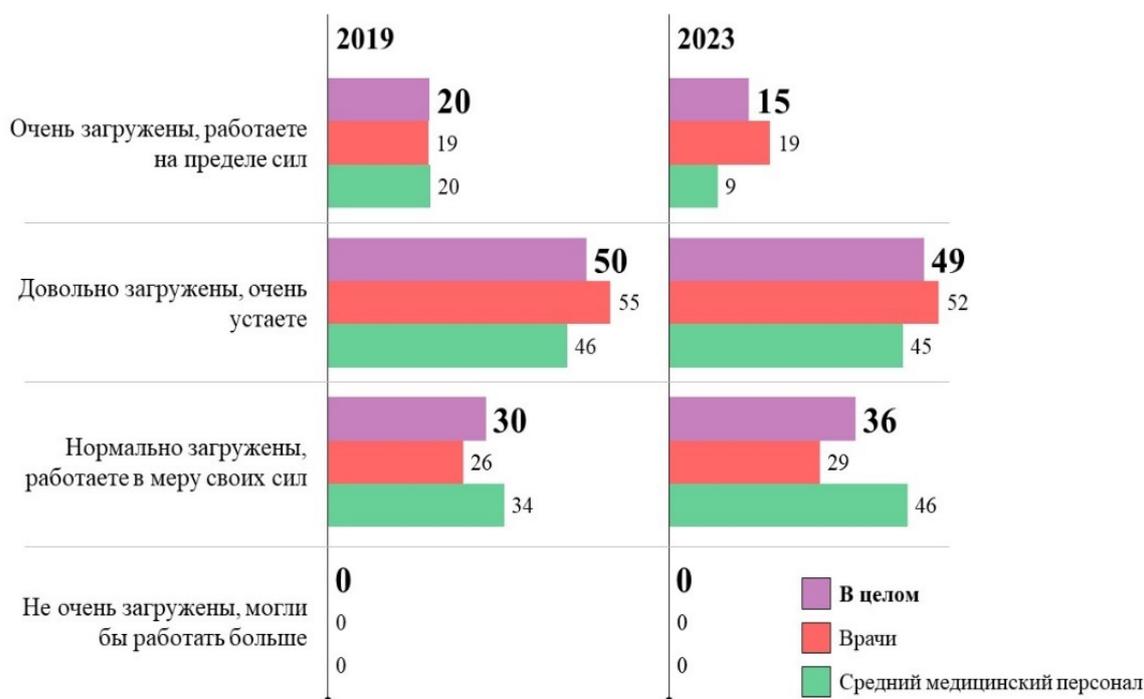


Рис. 5.5. Динамика самооценок интенсивности труда²²⁷ врачей и медицинских сестер в 2019 и 2023 гг., процент от опрошенных в целом и по отдельным группам (1 ответ)

Источник: результаты авторского исследования.

В качестве причин, с которыми связана повышенная загруженность в процессе выполнения трудовых обязанностей (рис. 5.6), независимо от года проведения опроса и объема выборки, чаще всего назывались большой объем работы с документацией (59 % в 2019 г. и 59 % в 2023 г.), большое количество пациентов (44 и 43 % соответственно), большой объем работы с ЕМИАС (39 % в 2023 г.), а также необходимость выполнять функции недостающих или отсутствующих работников (42 и 32 %).

²²⁷ Опрошенным предлагался следующий вопрос: «Как вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?».

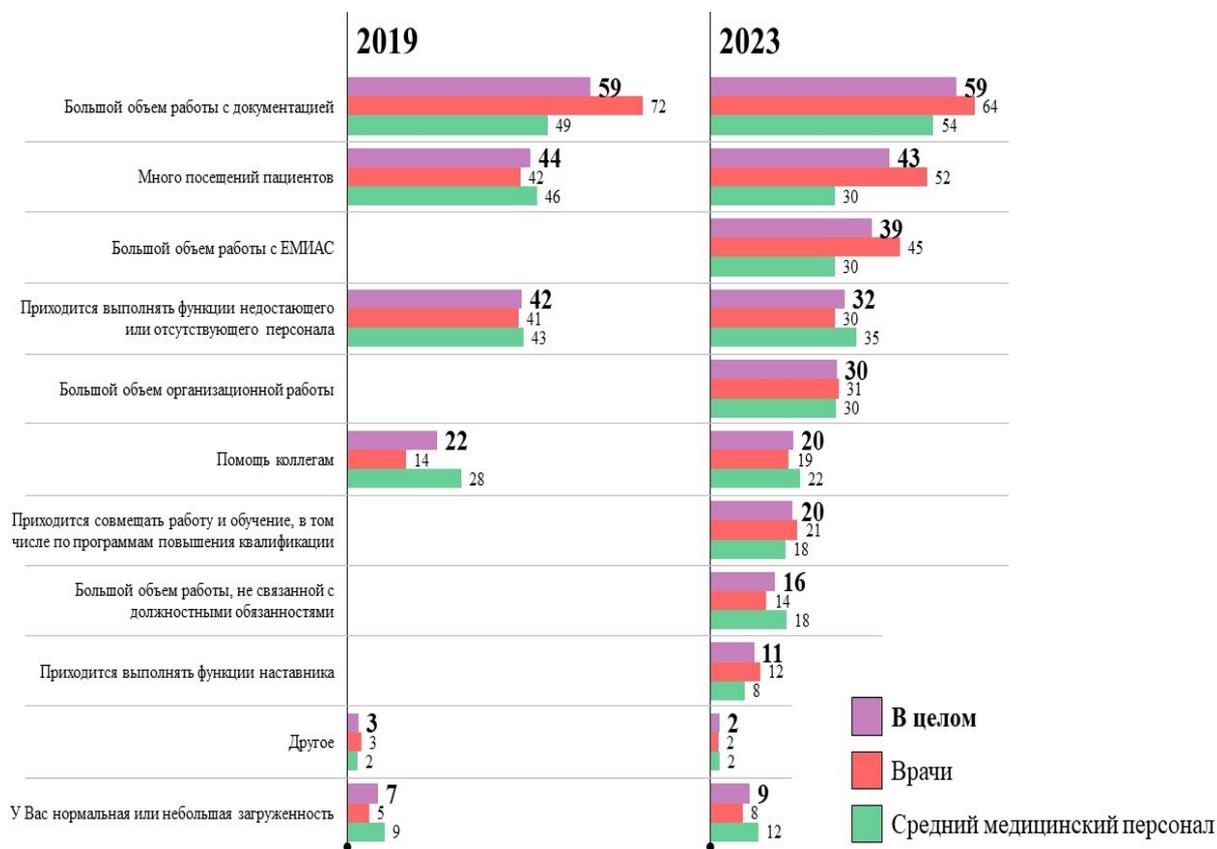


Рис. 5.6. Динамика причин загруженности²²⁸ врачей и медицинских сестер в 2019 и 2023 гг., процент от опрошенных в целом и по отдельным группам (любое количество ответов)

Источник: результаты авторского исследования.

Если по результатам замера в 2019 г. врачи значимо чаще указывали на большой объем работы с медицинской документацией (72 против 49 % у среднего медицинского персонала), а средний медицинский персонал значимо чаще отмечал помощь коллегам (28 против 14 % у врачей), то в 2023 г. по расширенному спектру видов работ врачи продолжали значимо чаще декларировать большой объем работы с документами (64 против 54 % у среднего медицинского персонала), а также с ЕМИАС (45 против 30 %), большое количество пациентов (52 против 30 %), а представители среднего медицинского персонала – необходимость выполнять работу, не связанную с должностными обязанностями (18 против 14 % среди врачей). Помимо этого, следует отметить разницу и в количестве называемых причин: в частности, врачи в среднем указывали 2,9 причины загруженности, представители среднего медицинского персонала – 2,5 причины. Таким образом, можно заключить: врачи подвержены большему риску профессионального выгорания ввиду большей интенсивности труда, однако нагрузка у среднего медицинского персонала²²⁹ такова, что и для этой группы работников такой риск не исключен.

²²⁸ Опрошенным предлагался следующий вопрос: «С чем связана ваша загруженность на основной работе?».

²²⁹ Козлова Т. В. Профессиональное выгорание медицинских сестер различной специализации / Т. В. Козлова, Т. А. Саблина // Молодой ученый. – 2010. – № 10 (21). – С. 323–327. – EDN: NUEBSX

Бесспорным является тот факт, что предупреждение возникновения синдрома выгорания может обходиться «дешевле и безопаснее», чем борьба с ним после его развития; при этом важнейшим этапом профилактики считается констатация: профессиональное выгорание медицинских работников – потенциальная угроза для всей системы здравоохранения. Управленческий персонал МО применяет целый набор мер в отношении сотрудников, испытывающих профессиональное выгорание: внедрение программ по снижению стресса (обучение приемам «медитации осознанности»), «инвестирование в искусственный интеллект и иные технологии, снижающие административную нагрузку, дополнительное вознаграждение за труд»²³⁰. Можно выделить краткосрочные меры преодоления синдрома (дыхательная гимнастика в момент стресса, использование релаксационного помещения в МО, дополнительный выходной день и др.) и долгосрочные (изменение графика работы, дополнительный отпуск, формирование²³¹ приверженности ЗОЖ²³² и др.).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КУПИРОВАНИЮ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В табл. 5.1 представлены авторские рекомендации по профилактике и купированию выгорания в зависимости от его стадии и предлагаемые для использования три направления оказываемой помощи.

Таблица 5.1

Рекомендации по профилактике и купированию синдрома профессионального выгорания медицинских работников

Стадии развития процесса выгорания	Создание «здорового рабочего места»	Развитие системы наставничества в МО	Формирование приверженности медицинских работников к ЗОЖ
Начальная (раздражительность, тревожность, усталость)	Изменение (создание более гибкого) графика работы; создание в МО специальных помещений для релаксации; стимулирование труда с помощью изменения системы поощрений в оплате труда	Использование моделей наставничества (для молодых специалистов; для пришедших из иных организаций; после длительного перерыва в работе; для нуждающихся в обретении новых (в частности, цифровых) навыков; для успешной и менее стрессогенной адаптации	Консультации (индивидуальные и личные) нутрициолога, диетолога, психолога; консультации тренера по фитнесу; консультации специалистов по работе со стрессовыми состояниями; поощрение занятий спортом (физкультурой), компенсация затрат на абонементы в фитнес-клубы, бассейн и др.

²³⁰ Введенский А. И. Роль работодателей в обеспечении условий труда, способствующих здоровью медицинских работников / А. И. Введенский, Е. В. Мореева, И. Э. Надуткина, Т. В. Белых // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S1. – С. 794–797. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-794-797. – EDN PRBZPU

²³¹ Комолова О. А. Поведенческие установки медицинских работников в отношении ЗОЖ / О. А. Комолова, А. О. Новоземцев // Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы: Материалы IX Международной научно-практической конференции, Москва, 28 ноября 2023 г. – М.: Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН, 2024. – С. 95–100. – EDN BKUKDG

²³² Локосов В. В. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения / В. В. Локосов, А. В. Ярашева, О. А. Александрова // Народонаселение. – 2024. – Т. 27, № 1. – С. 192–205. – DOI 10.24412/1561-7785-2024-1-192-205. – EDN IYJIMH

Стадии развития процесса выгорания	Создание «здорового рабочего места»	Развитие системы наставничества в МО	Формирование приверженности медицинских работников к ЗОЖ
Средняя (потеря интереса к работе, апатия; чувство достигнутого потолка в профессии)	Предоставление дополнительных выходных дней; предоставление возможностей для карьерного роста и профессиональной самореализации; организация корпоративных мероприятий (спортивных, семейных, экскурсионных и др.)	Использование модели наставничества по развитию корпоративной культуры в МО с целью преодоления отчуждения, конфликтов; поощрение наставников в их поддержке сотрудников, подверженных профессиональному выгоранию	Консультации (индивидуальные и личные) нутрициолога, диетолога, психолога/психиатра, сомнолога, невролога, цефалголога; помощь (консультации специалистов) в разработке персональных программ ведения ЗОЖ, ментальные тренировки (методы обратной связи); поощрение занятий спортом (физкультурой), компенсация затрат на абонементы в фитнес-клубы, бассейн и др.; возмещение затрат на санаторное лечение
Финальная (депрессия, готовность уйти из профессии)	Предоставление дополнительного оплачиваемого отпуска; снижение общей рабочей нагрузки	Освобождение сотрудника от самых сложных (с точки зрения выгорания) объектов (видов работ)	Оказание помощи в организации лечения и профилактики сложных ментальных состояний (психологической / психиатрической помощи); поощрение занятий спортом (физкультурой), компенсация затрат на абонементы в фитнес-клубы, бассейн и др.; возмещение затрат на санаторно-курортное лечение

Источник: составлено авторами.

Следует отметить, что разработанные рекомендации носят общий характер и в зависимости от типа²³³ медицинской организации (стационар²³⁴ или поликлиника) и конкретной ситуации с выгоранием персонала²³⁵, сложившейся в определенном учреждении здравоохранения, отдельной врачебной²³⁶ специальности²³⁷/профиля²³⁸, могут использоваться (в большей или меньшей степени) те или иные механизмы (их сочетание) и способы купирования рассматриваемого негативного явления.

²³³ Лебедева Т. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей амбулаторного звена здравоохранения / Т. В. Лебедева, Н. В. Страхова, Е. Ю. Есина // Молодежь, наука, медицина: материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием, Тверь, 17–18 апреля 2019 г. – Тверь: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019. – С. 619–621. – EDN OSQNPV

²³⁴ Миков Д. Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара / Д. Р. Миков, А. М. Кулеш // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2018. – Вып. 1. – С. 88–97. – EDN: YVSLVV

²³⁵ Коклубовская Т. Б. Особенности проявления признаков эмоционального выгорания у врачей // Вопросы психологии. – 2014. – № 2. – С. 75–81.

²³⁶ Огнерубов Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2015. – № 2. – С. 307–318. – EDN: TSVCMR

²³⁷ Бердяева И. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И. А. Бердяева, Л. Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117–120. – EDN: PCHQUJ

²³⁸ Бодагова Е. А. Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. № 1. – С. 21–26. – EDN: OKNIIZ

Заключение. Профессиональное выгорание медицинских работников – проблема, с которой сталкиваются системы здравоохранения разных стран; зачастую общими являются и причины, вызывающие данный синдром. Это прежде всего специфика профессиональной деятельности, связанная с постоянным общением с людьми и высоким уровнем ответственности. Последняя усугубляется ростом рабочей нагрузки, в одних случаях обусловленным стремлением оптимизировать бюджетные расходы за счет экономии на персонале, в других – реальной нехваткой работников, в том числе валом отчетности, причем компьютеризация вопреки ожиданиям нередко не только не помогает, но и создает дополнительные трудности. Действительно, как показали проведенные авторами с пятилетним интервалом социологические исследования, существенная часть работников медицинских организаций Москвы находится в зоне высокого риска профессионального выгорания, поскольку оценивают свою нагрузку как вызывающую сильную усталость или даже работу на пределе сил. А ключевыми факторами такой нагрузки называются избыточный объем заполняемой документации, в том числе в системе ЕМИАС; завышенные нормы обслуживания пациентов; выполнение функций недостающего персонала. И судя по доле указавших на эти причины и в целом по спектру отмеченных причин, риск профессионального выгорания в большей степени касается врачей.

Очевидно и то, что синдром профессионального выгорания формируется на фоне испытываемого населением, в том числе медицинскими работниками, общего уровня тревожности. По результатам замеров национального индекса тревожности²³⁹ выделены три группы российских регионов (тревожные, уравновешенные и невозмутимые) в зависимости от восприятия их жителями тех или иных проблем. Среди 15 регионов, жители которых хуже всего охарактеризовали свое эмоциональное состояние (суммарный страновой индекс тревожности в 2022 г. вырос в 2 раза по сравнению с 2021 г.)²⁴⁰, оказались Москва и Санкт-Петербург, занявшие в рейтинге тревожности седьмое и восьмое места²⁴¹. Таким образом, заметная часть столичных медицинских специалистов испытывает двойную психоэмоциональную нагрузку – на рабочем месте и вне его.

Анализ подходов специалистов отечественных и зарубежной практики к выделению признаков и стадий профессионального выгорания, а также мер по профилактике и купированию данного синдрома позволил сформировать матрицу рекомендаций, в которой каждой из трех стадий процесса развития профессионального выгорания поставлены в соответствие конкретные меры, связанные с: а) оптимизацией условий труда; б) помощью в рамках системы наставничества; в) формированием приверженности принципам здорового образа жизни и помощью в его организации. Представляется, что наряду с решением более фундаментальных вопросов, выходящих за рамки данного исследования и касающихся объемов финансирования здравоохранения, нормирования труда медицинских работников, а также факторов, приводящих к повышению общего уровня тревожности населения, именно такой комплексный подход к профилактике и купированию профессионального выгорания позволит улучшить социальное самочувствие и эмоциональный настрой медицинских специалистов, а в конечном итоге качество медицинских услуг.

²³⁹ Эксперты аналитического департамента агентства КРОС представили рейтинг регионов России по итогам 2022 г. в рамках исследования «Национальный индекс тревожностей». – URL: <https://kudago.com/all/news/rejting-trevozhnosti-regionov-rossii/> (дата обращения 15.05.2024).

²⁴⁰ Результаты онлайн-сервиса по управлению здоровьем касались мнения россиян относительно их ментального состояния, эмоционального напряжения и уровня тревоги. Аналитики выяснили, где живут самые тревожные россияне. – URL: <https://www.m24.ru/news/obshchestvo/10102023/627779> (дата обращения: 13.05.2024).

²⁴¹ Москвичи оценили ментальное состояние (из 10 баллов) на 5,2 балла, эмоциональное напряжение – на 5,0, а тревожность – на 5,2. Петербуржцы охарактеризовали показатели на 5,2; 4,6 и 5,3 балла соответственно.

Специфика медицинской профессии, предполагающая постоянное общение со страждущими и их близкими, необходимость быстрого освоения стремительно развивающихся медицинских технологий и цифровой среды, все более интенсифицирующие труд медицинских работников организационно-экономические изменения в системе здравоохранения создают риск расширения масштабов и обострения проблемы профессионального выгорания. Тем более что медицинское сообщество совсем недавно пережило стресс и сверхвысокие нагрузки, связанные с пандемией COVID-19.

В данном разделе монографии приведены результаты анализа подходов к выявлению признаков и классификации стадий профессионального выгорания медицинских работников, а также способов профилактики и купирования данного синдрома в отечественной и зарубежной практике. Кроме того, представлены итоги двух проведенных с пятилетним интервалом массовых опросов медицинских специалистов, занятых в системе здравоохранения Москвы. Показано, что существенная часть респондентов, особенно врачей, находится в зоне риска профессионального выгорания в силу высокого уровня нагрузки, обусловленного прежде всего объемом медицинской и отчетной документации, в том числе заполняемой в системе ЕМИАС, нормами обслуживания пациентов, выполнением функций недостающего медицинского персонала. К локальному стрессу, связанному с производственным процессом, добавляется общий высокий уровень тревожности, фиксируемый в последние годы у москвичей. Предложенная авторами матрица рекомендаций, в которой каждой из трех стадий процесса развития профессионального выгорания поставлены в соответствие конкретные меры, связанные с тремя направлениями действий, имеет практическое значение.

Сформулированные авторами рекомендации и меры призваны, с одной стороны, устранить вызвавшие данный синдром причины, а с другой – оказать нуждающимся необходимую поддержку. Указанные направления касаются оптимизации условий труда, помощи в рамках системы наставничества, формирования приверженности принципам здорового образа жизни и помощи в его организации. В зависимости от возможностей руководителей разных звеньев управления медицинской организацией изменять (улучшать) условия труда, в том числе уровень оплаты и гибкость графика работы, от развитости и эффективности функционирования института наставничества в организации, от наличия механизмов обеспечения психологической разгрузки и борьбы со стрессом, возникающим у персонала, могут использоваться соответствующие представленные рекомендации.

Глава 6. Самосохранительное поведение: направления работы для здравоохранения

Введение. Одним из субъектов, призванных содействовать формированию у населения модели поведения, способствующей укреплению здоровья и росту продолжительности жизни, является система здравоохранения. Информация ниже призвана помочь составить представление о том, на что требуется направить усилия МО и медицинских специалистов, имея в виду цель формирования у населения самосохранительного поведения, включая приверженность здоровому образу жизни (ЗОЖ). С учетом того что в рамках настоящей монографии особое внимание уделено столичному региону, наряду с общероссийскими показателями приводятся данные, касающиеся населения Москвы. Материал основан на анализе научных публикаций, посвященных самосохранительному поведению жителей России и Москвы; официальной статистике; вторичном анализе данных, собранных в рамках известных исследовательских проектов; результатах социологических исследований, проведенных при непосредственном участии авторов, в частности исследовании самосохранительного поведения столичной молодежи (2020) и массовом анкетном опросе медицинских работников, занятых в государственных медицинских организациях города Москвы (2023), в рамках которого изучались в том числе представления столичных медиков о факторах, детерминирующих отношение населения к своему здоровью, а также степень их собственной приверженности ЗОЖ.

По мере того как достижения медицины приводили к сокращению или даже элиминации заболеваемости и смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний, а также есть причины, угрожающие здоровью и долголетию, на первый план стали выходить хронические неинфекционные заболевания, научный интерес стали все более привлекать факторы риска развития тех или иных недугов, связанные с установками и поведением человека. Последние могут быть связаны с нерациональными пищевыми привычками, несбалансированностью труда и отдыха, недостаточной двигательной активностью, избыточной психоэмоциональной нагрузкой, пренебрежением квалифицированной медицинской помощью в случае заболевания и, наконец, безусловно вредными или даже саморазрушительными практиками: курением, алкоголизмом и токсикоманией. На этом фоне в отечественной социодемографии возник термин «самосохранительное поведение», под которым стала пониматься установка на продление срока жизни в пределах полного жизненного цикла и система действий, направленных на сохранение здоровья в течение этого срока. Впоследствии термин неоднократно уточнялся и дополнялся, например, говорилось о самосохранительном поведении как осознанной либо неосознанной деятельности по сохранению либо разрушению здоровья; деятельности, направленной на устранение и минимизацию рисков для здоровья и выражающейся в проактивной позиции в отношении

получения медицинской информации и помощи²⁴²; стабильном состоянии качеств и характеристик личности, определенных процессом социализации и обуславливающих ее социальное самочувствие и поведение в сфере поддержания здоровья и достижения равновесия во взаимоотношениях с окружающей средой²⁴³, и т. д. В отечественной медицине аналогичный по смыслу набор характеристик стал обозначаться термином «здоровый образ жизни» (ЗОЖ); кроме того, была предпринята попытка оценить вклад образа жизни в здоровье и долголетие наряду с тремя другими главными факторами: генетической предрасположенностью, состоянием окружающей среды и доступностью здравоохранения²⁴⁴. Соответствующий понятийный аппарат и направления исследований получили развитие и за рубежом²⁴⁵.

Специфика отрасли знаний, в рамках которой изучаются детерминирующие здоровье и долголетие поведенческие аспекты, обуславливает угол зрения и выбор приоритетных направлений исследования. В рамках медицинского подхода акцент делается прежде всего на медицинской активности, в то время как определяющие ее уровень мотивы и ценности оказываются за рамками рассмотрения. Социально-психологический подход рассматривает самосохранительное поведение как специфическую регуляционную деятельность по обеспечению оптимального уровня индивидуального здоровья. Соответственно исследуется процесс, связанный со здоровьем рефлексии (восприятия риска, оценки серьезности проблемы и т. д.), психологическая готовность к тем или иным моделям поведения, этапы их реализации²⁴⁶. Реализуемый в рамках социальной психологии деятельностный подход²⁴⁷ признает ценностно-мотивационную детерминацию самосохранительного поведения, однако упускает социально-демографический фактор. Последний учитывается в рамках социодемографического подхода: с одной стороны, изучаются потребности в здоровье и долголетию, а также связанные с ценностями и социальными нормами установки и ожидания; с другой стороны, влияющие на здоровье и долголетие элементы поведения, касающиеся физической и медицинской активности, соблюдения режима труда и отдыха, качества и режима питания, профилактики стрессов, наличия вредных привычек. Многочисленные исследования, основывающиеся на данном подходе, фокусируются на различных аспектах самосохранительного поведения: самооценке населением своего здоровья, его потребности в долголетию²⁴⁸; моделях самосохранительного поведения, характерных для жителей различных регионов²⁴⁹ и возрастных групп, в первую очередь молодежи²⁵⁰.

²⁴² Вялов И. С. Особенности формирования и управления самосохранительным поведением студентов (на примере студентов Российского университета дружбы народов): автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2011.

²⁴³ Шклярчук В. Я. Самосохранительное поведение как вид демографического поведения // Вестник СГТУ. – 2011. – № 1 (52). – С. 316–325.

²⁴⁴ Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

²⁴⁵ Glanz K., Rimer B., Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. 552 p.

²⁴⁶ Ajzen I., Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980. 278 p.

²⁴⁷ Яковлева Н. В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. № 3. – С. 202–214.

²⁴⁸ Ростовская Т. К., Шабунова А. А., Князькова Е. А. Самосохранительное поведение россиян: оценка состояния здоровья и возможности долгожительства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – 28 (6). – С. 1275–1280. – DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1275-1280

²⁴⁹ Короленко А. В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2018. – Т. 11. № 3. – С. 248–263. – DOI: 10.15838/esc.2018.3.57.16

²⁵⁰ Шклярчук В. Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. – 2008. – № 10 (294). – С. 139–142.

Проблематика ЗОЖ находит отражение в документах ВОЗ. В табл. 6.1 представлены подходы ВОЗ к трактовке ЗОЖ; определению факторов, отрицательно влияющих на здоровье человека; меры, призванные способствовать повышению показателей здоровья и долголетия²⁵¹. В части последних подчеркивается, что государство должно обеспечить гражданам свободный информированный выбор в отношении ЗОЖ, сделать его доступным для каждого индивида. Подразумевается, что если это сделано, то уже на граждан возлагаются определенные обязательства по предупреждению расходов государственного здравоохранения.

Таблица 6.1

ВОЗ о здоровом образе жизни и мерах по поддержанию здоровья и долголетия граждан

Раскрытие дефиниции ЗОЖ в документах ВОЗ	Факторы, отрицательно влияющие на здоровье	Меры, способствующие улучшению здоровья и продлению жизни
1) Поведение и мышление человека, обеспечивающие охрану и укрепление здоровья. 2) Индивидуальная система привычек, обеспечивающих необходимый уровень жизнедеятельности для решения задач, связанных с выполнением обязанностей и решения личных проблем и запросов. 3) Система жизни, обеспечивающая достаточный и оптимальный обмен человека со средой, позволяющая сохранить здоровье на безопасном уровне	1) Психологические перегрузки. 2) Недостаточная физическая активность. 3) Нерациональное питание и связанная с этим избыточная масса тела. 4) Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем, наркомания	1) Совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания населения. 2) Создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками. 3) Создание системы мотивирования граждан к ведению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях. 4) Мотивирование работодателей к участию в охране здоровья работников. 5) Профилактика факторов риска инфекционных заболеваний. 6) Мотивирование руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию ЗОЖ школьников

Источник: Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. № 52. – С. 1081–1086. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1081-1086. – EDN: LHPNNK

УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: САМООЦЕНКА И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Одним из важных показателей уровня здоровья населения является его оценка самими гражданами. Подобная самооценка может также выступать в качестве фактора самосохранительного поведения, в частности мотивировать к изменению образа жизни. Анализ данных реализуемого Росстатом «Выборочного наблюдения состояния здоровья населения» (далее – СЗН) говорит о том, что в 2023 г. более половины россиян считали свое здоровье в целом хорошим (очень хорошим – 9,2 %, хорошим – 48,6 %), удовлетворительным – 35,7 %, а плохим и очень плохим – 6,3 %. В то же время участники реализуемого Высшей школой экономики российского мониторинга экономики и здоровья (RLMS-VШЭ) оценили свое здоровье менее оптимистично: в 2022 г. как преимущественно хорошее – почти половина мужчин (46,3 %) и треть женщин (34,4 %), как плохое или очень плохое – 8,4 % мужчин и 12,6 % женщин; остальные респонденты сочли его «не плохим и не хорошим»²⁵².

²⁵¹ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. № 52. – С. 1081–1086. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1081-1086. – EDN: LHPNNK

²⁵² Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения // Вопросы управления. – 2024. – Т. 18, № 4. – С. 41–53. – DOI 10.22394/2304-3369-2024-4-41-53. – EDN PHDXEM; Назарова И. Б. Показатели, характеризующие здоровье жителей России к 2021 году // Народонаселение. – 2022. – Т. 26. № 2. – С. 28–38. – URL: <https://doi.org/10.19181/population.2022.25.2.3>; Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Потенциал здоровья населения российских регионов в самооценках // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз – 2024. – Т. 17, № 3. – С. 126–141. – DOI: 10.15838/esc.2024.3.93

Очевидно, что субъективная оценка населением состояния своего здоровья (впрочем, как во многом и объективное положение дел) связана с возрастным фактором (табл. 6.2).

Таблица 6.2

Самооценка здоровья населением России (2021) в разрезе возрастных диапазонов, %

Категории населения	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Затрудняюсь ответить
Все население России, в том числе:	9,8	47,4	35,5	6,4	0,7	0,1
моложе трудоспособного возраста	23,5	65,9	9,9	0,3	0,3	0,1
в трудоспособном возрасте	10,9	60,6	26,6	1,7	0,2	0,1
старше трудоспособного возраста	0,6	15,7	64,4	17,2	1,9	0,1

Источник: Ярашева А. В., Макар С. В., Аликперова Н. В. Современные здоровьесберегающие практики россиян // *Народонаселение*. – 2023. – Т. 26. № 2. – С. 127–138. – DOI: 10.19181/population.2023.26.2.11. – EDN: XOZVXW

Анализ данных в рамках более дробной разбивки населения по возрастным группам говорит о высокой самооценке своего здоровья в группах 7–14, 30–34, 35–39 лет. После 50 лет самооценка здоровья все более снижается, и наиболее низкие показатели наблюдаются в возрастных группах старше 75 лет²⁵³.

С учетом фокусирования нашего внимания, прежде всего на столичном регионе, отметим, что, согласно СЗН, Москва является лидером среди других регионов по доле населения, оценивающего свое здоровье как очень хорошее и хорошее, хотя в последние два года наблюдается некоторое снижение суммарной доли оценивших свое здоровье таким образом (с 65,2 до 60,0 %) и рост доли тех, кто оценивает его как плохое (с 5,3 до 6,1 %)²⁵⁴.

Анализ объективных показателей здоровья также говорит о более хорошем здоровье москвичей. Так, о наличии гипертонии сообщили лишь 21,1 % жителей столицы (на 11 п. п. ниже среднероссийского уровня), по другим заболеваниям ситуация также лучше, хотя разница не столь значительна (2–3 п. п.). Исключение составляет прежде всего инфаркт миокарда (3,0 % среди москвичей по сравнению с 2,3 % в среднем по России) и сахарный диабет (соответственно 6,6 и 6,4 %)²⁵⁵. Показатели распространенности среди москвичей тех или иных заболеваний представлены в табл. 6.3.

²⁵³ Ярашева А. В., Макар С. В., Аликперова Н. В. Современные здоровьесберегающие практики россиян // *Народонаселение*. – 2023. – Т. 26. № 2. – С. 127–138. – DOI: 10.19181/population.2023.26.2.11. – EDN: XOZVXW

²⁵⁴ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2024. – Т. 32 – № 2 S. – С. 1130 – 1136. – DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1130-1136.

²⁵⁵ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

Таблица 6.3

Распространенность среди москвичей основных неинфекционных заболеваний (2023 г.), %

Заболевание	Доля населения Москвы
Артериальная гипертония (гипертоническая болезнь)	21,1
Нарушение сердечного ритма	12,0
Сердечная недостаточность	8,1
Желчнокаменная болезнь, холецистит	7,1
Болезни щитовидной железы	8,2
Заболевание почек (в том числе мочекаменная болезнь)	5,8
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия)	5,8
Сахарный диабет	6,6
Язва желудка или 12-перстной кишки	5,1
Инсульт (тромбоз сосудов мозга или кровоизлияние)	3,2
Заболевания печени, гепатит	2,3
Инфаркт миокарда	3,0
Онкологические заболевания	1,6

Источник: Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32 – № 2 S. – С. 1130 – 1136. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1130-1136.

УСТАНОВКИ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ И ЕГО ДЕТЕРМИНАНТ

Категория «здоровье» (свое и своих близких) традиционно занимает высокие позиции среди терминальных ценностей россиян, что, впрочем, далеко не всегда находит отражение в реализуемых населением моделях поведения. Так, по данным Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора Высшей школы экономики, в 2022 г. лишь каждый пятый россиянин был склонен тратить «много или скорее много времени» на заботу о здоровье, в то время как 77 % уделяли этому относительно «мало времени»²⁵⁶.

В отношении долголетия россияне сообщают о своем желании прожить до 90 лет, но полагают, что реализовать его им могут помешать неудовлетворительная медицинская помощь (83,1 %); бедность, одиночество и недостаточная социальная поддержка в старости (соответственно 75,7; 62 и 79,1 %); неуверенность в завтрашнем дне (69,2 %); отсутствие времени для заботы о здоровье (68,6 %); материальные и жилищные проблемы (58,5 %); нехватка возможностей для занятий физкультурой и спортом (54,2 %)²⁵⁷.

С учетом нашего внимания прежде всего к Москве, отметим: москвичи ценность здоровья оценивают в 4,6 балла по пятибалльной шкале, что чуть ниже среднего по стране показателя в 4,8 бал-

²⁵⁶ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁵⁷ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

ла. Сравнительный анализ также говорит о том, что москвичи чуть ниже (на несколько десятых балла), чем в среднем россияне, оценивают опасность для здоровья артериальной гипертензии, стресса, хронической усталости²⁵⁸. Исходя из нашего фокусированного интереса к столичному региону, приведем в качестве иллюстрации представлений о здоровье и детерминирующих его факторах также результаты нашего исследования, посвященного самосохранительному поведению московской молодежи²⁵⁹.

Как следует из совокупности ответов на открытые вопросы, для молодых москвичей «забота о своем здоровье» означает правильное питание, физическую нагрузку, достаточный сон, отсутствие вредных привычек, соблюдение гигиены тела, ежегодные медицинские обследования и обращение к врачу в случае проблем со здоровьем. При этом начинать регулярно заботиться о своем здоровье нужно «с самого детства»²⁶⁰, «чем раньше, тем лучше» и «всегда». 61,4 % молодых жителей Москвы считают, что забота о здоровье – это прежде всего «обязанность человека перед самим собой»; 29,9 % видят в этом «естественное поведение любого нормального человека»; еще 5 % считают, что, заботясь о своем здоровье, люди «заботятся о своих близких». Для абсолютного большинства молодых москвичей забота человека о своем здоровье – императив (не считают, что человек должен заботиться о своем здоровье лишь 8,1 %), который они объясняют в первую очередь тем, что «легче не допустить болезнь, чем ее лечить» (59 %), а также – но уже с большим отрывом – тем, что «нельзя стать обузой для своих близких» (9,9 %); желанием «нравиться себе и окружающим» (9,3 %); стремлением «замедлить старение» (4,0 %); уверенностью в том, что «работодателю больные не нужны» (1,2 %).

По мнению опрошенной московской молодежи, в первую очередь на здоровье влияет образ жизни (индекс – 0,62)²⁶¹, затем в порядке убывания и с заметным отрывом следуют экология (0,44), генетика (0,38), работа системы здравоохранения (0,21). Свои представления респонденты формируют, основываясь в том числе на своих наблюдениях. Как выяснилось, почти у половины молодых москвичей среди близких родственников есть достижения преклонного возраста (старше 80 лет), а у пятой части в семье есть долгожители (старше 90 лет). Судя по ответам на открытый вопрос, их долголетие молодежь связывает в первую очередь с хорошей наследственностью; в целом здоровым образом жизни; хорошей экологией; физической активностью и качественными продуктами питания (рис. 6.1).

²⁵⁸ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

²⁵⁹ Проведенное в 2020 г. исследование включало массовый опрос жителей Москвы в возрасте 18–30 лет, а также индивидуальные структурированные и фокусированные групповые интервью. Подробнее о методологии исследования см.: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. № 5. – С. 949–955. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-949-955. – EDN: VGMXZV

²⁶⁰ Здесь и далее курсивом даны фрагменты фокус-групповых и индивидуальных интервью, а также ответы на открытые вопросы.

²⁶¹ Для построения комплексных индексов использовалась формула: $Index = a*1 + b*0,5 - c*0,5 - d*1$, где a – доля положительных ответов («Да», «Очень характерно» и т. д.); b – доля полуположительных ответов («Да», «Скорее характерно» и т. д.); c – доля полуполотрицательных ответов («Скорее нет», «Скорее не характерно» и т. д.); d – доля отрицательных ответов («Нет», «Абсолютно не характерно»). Значения индексов варьируются от -1 (абсолютное отрицание) до 1 (абсолютное согласие); 0 означает отсутствие выраженной тенденции по направлению к положительному или отрицательному полюсу.

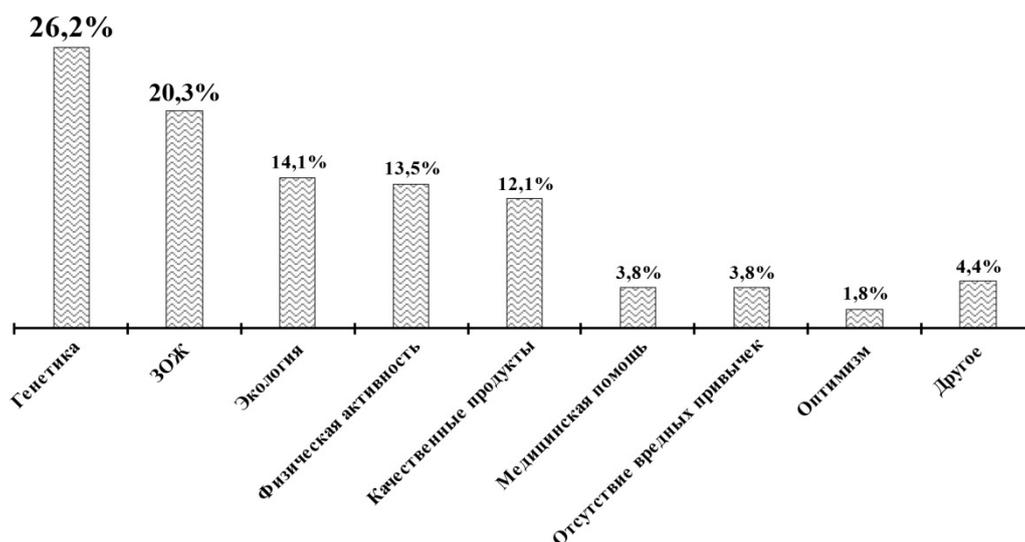


Рис. 6.1. Представления московской молодежи о факторах долголетия членов их семьи, %

Источник: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. № 5. – С. 949–955. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-949-955. – EDN: VGMXZV.

Что касается образа жизни родительского поколения, то, как следует из диаграммы на рис. 6.2, социализация большинства молодых жителей Москвы прошла в семьях с относительно редким присутствием таких вредных привычек, как курение или пристрастие к алкоголю, и полным отсутствием наркотической зависимости. Но и без ярко выраженных практик здорового образа жизни: некоторое превышение суммы положительных ответов («скорее характерно» и «очень характерно») над отрицательными («скорее не характерно» и «абсолютно не характерно») получено только в отношении хорошей психологической атмосферы (оптимизм, дружелюбие, взаимопомощь), стремления поддерживать оптимальный режим труда и отдыха, регулярности прогулок на свежем воздухе.

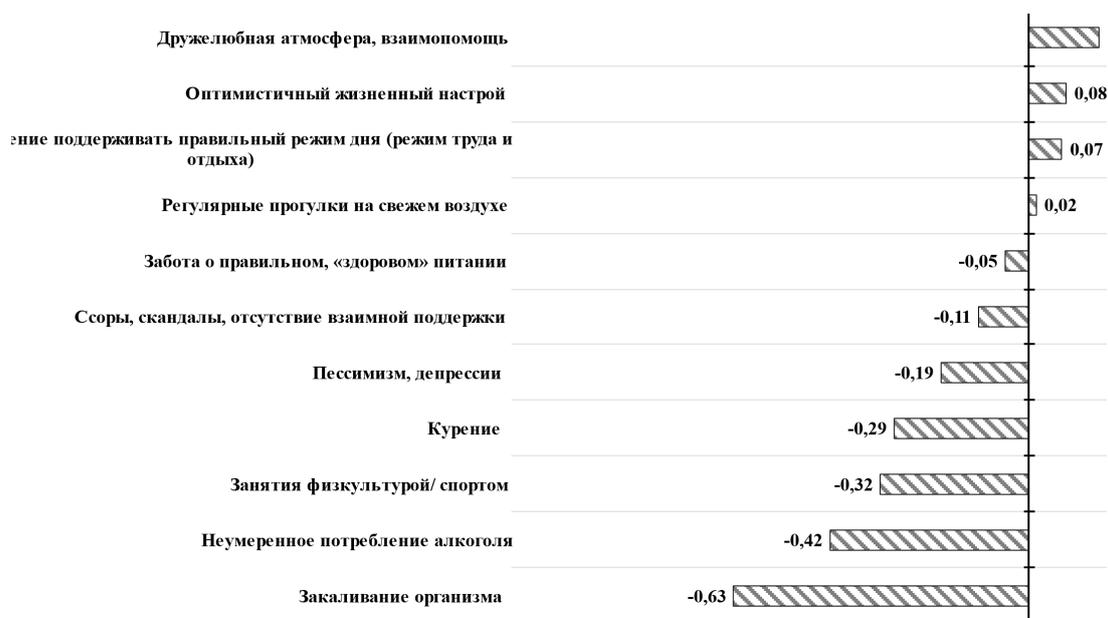


Рис. 6.2. Характерные черты образа жизни родительской семьи, пункты индекса

Источник: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

При этом, отвечая на вопрос, насколько их собственный образ жизни похож на образ жизни семьи, в которой они родились и выросли, вариант «очень похож» выбрали 9,3 % респондентов, еще 50,2 % ответили, что «скорее похож». И почти 40 % респондентов ведут образ жизни, отличный от родительской семьи: 30,8 % выбрали вариант «не совсем похож» и 9,5 % «совсем не похож». С учетом контекста можно предположить: имеется в виду отличие образа жизни молодежи в лучшую – более здоровую – сторону.

Что касается нынешнего социального окружения, то в 52 % случаев друзья и знакомые с пониманием относятся к серьезному отношению респондентов к здоровью, будучи в этом вопросе единомышленниками с ними; еще около 13 %, хотя и имеют другие взгляды, тем не менее также готовы их понять. В то же время треть референтной для респондентов группы относится к их заботе о здоровье с иронией.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Питание. Избыточная масса тела – результат неправильного питания и малоподвижного образа жизни – является серьезной угрозой здоровью: медицина говорит о трех десятках заболеваний, напрямую связанных с лишним весом и ожирением. При этом, по данным Роспотребнадзора, число имеющих избыточный вес россиян с 2011 по 2019 г. выросло в два раза. В некоторых регионах (например, в Тамбовский, Тверской, Тульской обл.) доля таких граждан достигает до 70 %, а там, где ситуация более благоприятная (например, в Тыве, Чувашии, Севастополе), порядка половины жителей имеет избыточный вес²⁶².

Анализ данных RLMS-ВШЭ за прошедшие четверть века²⁶³ говорит о том, что доля россиян в возрасте от 18 лет и старше, имеющих нормальный вес, сократилась в среднем на 7,2 %: в 1994 г. мужчин с нормальным весом было 89,2 %, женщин – 74,2 %; в 2022 г. соответственно 80,1 и 69,1 %. Одновременно росла доля россиян с избыточным весом: если в 1994 г. ожирение наблюдалось у 9,1 % мужчин и 22,1 % женщин, то в 2022 г. соответственно у 18,2 и 27,8 %. Похожие данные получены и в рамках СЗН: в 2021 г. средняя по России доля населения, имеющего избыточный вес, составила 27,1 %, медиана – 26,5 %, т. е. этот неблагоприятный для здоровья фактор наблюдался чаще, чем у каждого четвертого россиянина (каждого пятого мужчины и 27 % женщин). В ряде субъектов РФ избыточный вес в 2021 г. имели вообще треть жителей (Орловская, Псковская, Калужская, Костромская обл.).

Проблемы с весом вызваны разнородными причинами: гиподинамией; навязыванием рекламой вредной пищи; низкими доходами, обуславливающими повышенное содержание углеводов в рационе питания; хроническим стрессом, приводящим к его заеданию, и др. К этому перечню следует добавить отсутствие знаний о правильном режиме и рационе питания. Так, согласно СЗН (2023), не осведомлены об этом более трети россиян (порядка 10 % ничего не знают и еще 26,8 % имеют очень смутные представления); чуть менее половины утверждают, что имеют неплохое представление, а каждый пятый – что знает хорошо²⁶⁴. И, как показало исследование НАФИ (2021), 48 % россиян питаются нерегулярно или употребляют вредную пищу²⁶⁵.

²⁶² Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁶³ Назарова И. Б. Самоохранительные практики населения.

²⁶⁴ Назарова И. Б. Самоохранительные практики населения.

²⁶⁵ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

Если говорить о населении Москвы, то, согласно СЗН, среди столичных жителей мужского пола доля имеющих избыточную массу тела в 2023 г. составляла 12,5 %, среди москвичек – 13,2 %²⁶⁶.

Что касается молодых москвичей, то почти три четверти респондентов стремятся к соблюдению здорового питания, правда, вариант «да» выбрали лишь 18,0 %, а 53,2 % – «скорее, да». Еще 21,8 % респондентов выбрали вариант ответа «скорее, нет». Основные причины, по которым столичная молодежь не следует принципам здорового питания: отсутствие времени (34 %), нехватка средств на «правильные» продукты (33 %), неаппетитный вкус здоровой пищи (24,2 %). Судя по данным опроса, продукты питания высокого качества могут позволить себе 5,3 % молодых москвичей, еще чуть более половины оценивают качество доступных их продуктов как «выше среднего». Более 40 % респондентов указали на то, что им по карману продукты питания «ниже среднего» (39,3 %) и «низкого» (3,7 %) качества. Правильный режим питания (едят 3–4 раза в день с интервалами в 3–4 ч) соблюдает только треть респондентов; напротив, крайне нерегулярно (1–2 раза в день с большими интервалами между приемами пищи) – единицы; остальные 60 % респондентов выбрали вариант «другое», из чего следует, что регулярного питания как повседневной практики у них нет²⁶⁷.

Физическая активность. Согласно данным Министерства спорта РФ, в 2023 г. систематически занимались физкультурой и спортом 56,8 % россиян, а в ряде регионов (Сахалинская и Тамбовская обл., Краснодарский край, Татарстан) – от 62 до 67 % жителей²⁶⁸. Это согласуется с данными НАФИ (2021), согласно которым 37 % россиян пренебрегают занятиями спортом²⁶⁹.

В то же время важное значение имеет фактор возраста: чем моложе россияне, тем чаще они занимаются физкультурой и спортом (табл. 6.4).

Таблица 6.4

Охват физкультурой и спортом населения разных возрастов, %

Занимаетесь ли вы физкультурой или спортом в свободное время?	Возрастные группы, лет						
	15–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60+
Да	65,4	53,6	44,3	37,5	27,6	17,8	12,6
Нет	34,6	46,4	55,7	62,5	72,4	82,2	87,4

Источник: Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

В качестве ключевой цели занятий подавляющее большинство россиян называет укрепление здоровья и поддержание физической формы; есть и другие цели, например психологическая разрядка или общение с друзьями. Здесь также определенную роль играет возрастной фактор (связь мотивов занятия спортом с возрастом респондентов представлена на рис. 6.3).

²⁶⁶ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

²⁶⁷ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁶⁸ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁶⁹ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

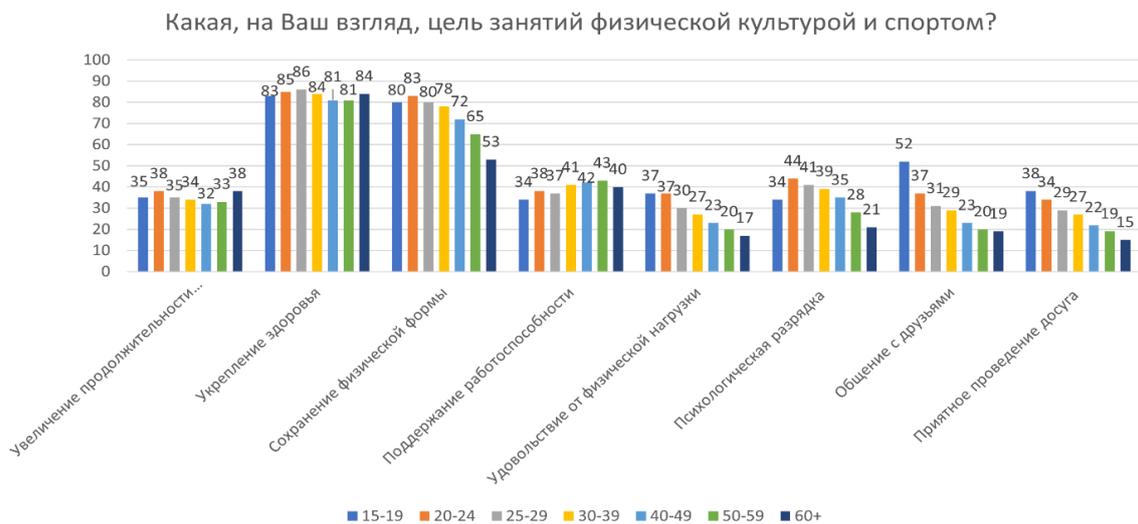


Рис. 6.3. Мотивы занятия физкультурой и спортом у разных возрастных групп, %

Источник: Аликперова Н. В., Махрова О. Н. Ожидаемая продолжительность жизни населения: роль самосохранительного поведения // Самоуправление. – 2022. – № 4(132). – С. 170–174. – EDN XRWL UU

По данным СЗН, каждый пятый житель России, в равной степени мужчины и женщины, занимается спортом самостоятельно; при этом каждый десятый пользуется расположенными поблизости спортплощадками или спортивными залами; еще более половины знают о таких местах, хотя ими не пользуются; менее трети россиян либо не знают о таких местах, либо считают, что они для них недоступны (последних 1,3 %). Организованно занимаются спортом в два раза меньше россиян (вновь почти в равной степени мужчины и женщины)²⁷⁰.

Ретроспективный анализ данных RLMS-ВШЭ за прошедшие четверть века говорит о положительной динамике: если в 1995 г. хотя бы одним видом спорта занимались 13,7 % мужчин и 7,6 % женщин, то в 2022 г. соответственно 27,3 и 27,8 %²⁷¹.

В качестве препятствий для физической активности россияне называют высокую стоимость абонементов спортивных секций; недостаток специализированных спортивных организаций и отсутствие в них необходимого инвентаря; отсутствие времени; боязнь больших физических нагрузок (характерна для пожилых и имеющих хронические заболевания); стеснительность (характерна для подростков, а также граждан среднего и старшего возрастов)²⁷².

Что касается населения Москвы, то, согласно СЗН, в 2023 г. физическую активность в объемах, ассоциируемых с ведением ЗОЖ, имели 28,5 % жителей столицы мужского пола и 29,3 % москвичек²⁷³. Исследование же самосохранительного поведения молодых жителей Москвы показало, что для существенной части столичной молодежи характерна гиподинамия. В принципе о занятиях спортом сообщили лишь 35 % респондентов; из тех же, кто им занимается, чуть более половины делают это 2–3 раза в неделю, еще около 29 % – 1 раз в неделю. При этом треть респондентов видят в спорте способ поддержания и улучшения здоровья, каждый пятый – способ снять стресс,

²⁷⁰ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁷¹ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁷² Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁷³ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

порядка 17 % – возможность «укрепить силу воли и дух», 9 % – «способ проверить себя, бросить себе вызов», 15 % занимаются спортом просто для удовольствия²⁷⁴.

Появившееся свободное время столичная молодежь в основном проводит в помещении, без двигательной активности (рис. 6.4).

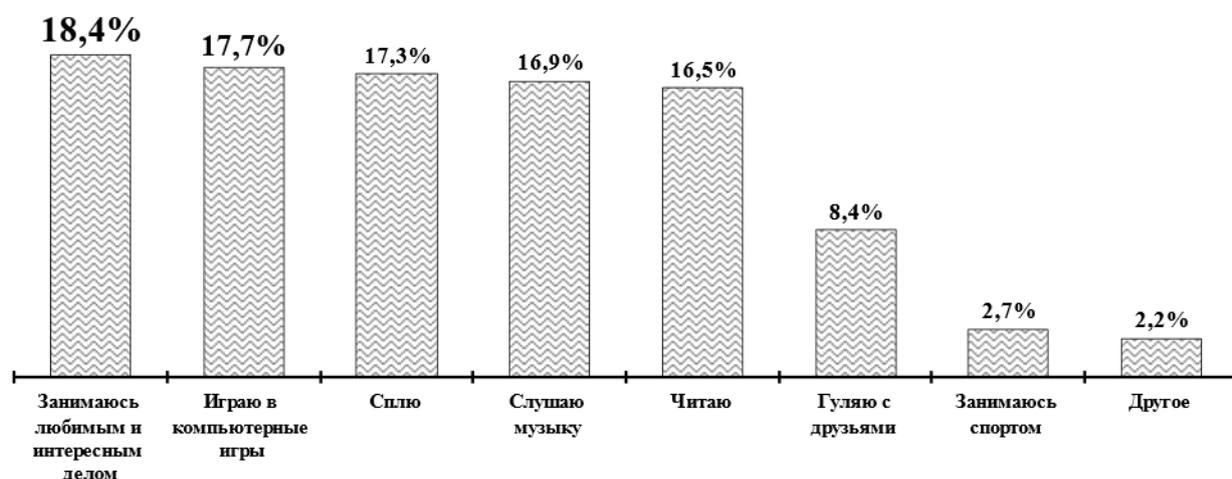


Рис. 6.4. Формы проведения досуга молодыми жителями Москвы, %

Источник: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

Баланс труда и отдыха. По данным НАФИ (2021), 48 % россиян имеют ненормированный рабочий график. В меньшей степени это касается респондентов в возрасте 55 лет и старше, чаще других перерабатывают граждане в возрасте 35–54 лет. Серьезная, нередко избыточная нагрузка на работе (в случае с молодежью – учебная, а часто та и другая) и выполнение обязанностей по дому приводят к сокращению времени на отдых, и прежде всего на сон.

Так, результаты исследования самосохранительного поведения московской молодежи говорят о том, что на полноценное восстановление сил у существенной части молодых москвичей не хватает времени: каждый второй респондент спит не более 5–7 ч, а каждый десятый – менее 5 ч в сутки. Только треть опрошенных выделяет на сон оптимальные 7–8 ч²⁷⁵.

Психологический и эмоциональный фон. В ходе исследования НАФИ (2021), почти 40 % россиян отметили, что постоянно испытывают стрессы²⁷⁶. Чаще находятся в состоянии стресса (возможно, просто готовы в этом признаться) женщины, реже – молодежь в возрасте от 18 до 34 лет²⁷⁷.

Наше исследование самосохранительного поведения московской молодежи говорит о достаточно неплохом психоэмоциональном фоне: две трети респондентов в той или иной степени

²⁷⁴ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁷⁵ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁷⁶ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁷⁷ Аликперова Н. В., Махрова О. Н. Ожидаемая продолжительность жизни населения: роль самосохранительного поведения // Самоуправление. – 2022. – № 4(132). – С. 170–174. – EDN XRWL UU

удовлетворены отношениями с родителями и с друзьями и знакомыми. В то же время семья в меньшей степени является для молодежи отдушиной: доля тех, кто полностью не удовлетворен отношениями в семье, в два раза превышает долю не находящих удовлетворения в общении с друзьями, а тех, кто не очень удовлетворен, больше в полтора раза²⁷⁸.

Вредные привычки. В целом, по данным НАФИ (2021), 37 % россиян имеют оказывающие влияние на здоровье вредные привычки²⁷⁹. Чаще вредным привычкам в форме различного рода зависимостей подвержены мужчины: 48 против 26 % среди женщин²⁸⁰.

Курение остается весьма распространенной привычкой у россиян. Причем, согласно данным СЗН, почти две трети россиян в возрасте 15 лет и старше, курящих или бросивших курить, начали курить еще в подростковом возрасте. Что касается числа курильщиков, то, согласно Росстату, в 2021 г. в России курила пятая часть населения в возрасте 15 лет и старше²⁸¹. Разбивка по полу, а также данные в среднем по России и по Москве представлены в табл. 6.5.

Таблица 6.5

Распространенность курения в России и в Москве (2021 г.), %

Место в российском рейтинге распространенности курения	Регион	Доля курящего населения, %		
		Мужчины	Женщины	Всего
	Российская Федерация	35,76	9,2	20,3
19	Москва	27,2	8,4	16,8

Источник: Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

В то же время, согласно данным ВЦИОМ, доля курящего населения в среднем по России заметно больше – 33 %²⁸². Эти результаты соотносятся с данными СЗН-2023, согласно которым не курят и не курили ранее 68,8 % россиян. Что касается интенсивности курения, то, по данным исследования Росстата, ежедневно курит 16,5 % россиян, причем более одной пачки в день 7,6 % мужчин и 2,4 % женщин. По данным RLMS-ВШЭ, в 2022 г. ежедневно курили 36,0 % мужчин и 9,7 % женщин²⁸³.

Ретроспективный анализ данных RLMS-ВШЭ за прошедшие четверть века говорит о том, мужчины с 1994 г. стали курить меньше на 18,6 %, у женщин же ситуация практически не изменилась²⁸⁴. Тем не менее тенденции говорят о позитивном влиянии антитабачных мер. Так, если в год начала

²⁷⁸ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁷⁹ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁸⁰ Аликперова Н. В., Махрова О. Н. Ожидаемая продолжительность жизни населения: роль самосохранительного поведения.

²⁸¹ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁸² Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁸³ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁸⁴ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

оформления пачек сигарет надписями о вреде курения (2013) курили 41 % россиян, то 2022 г. – на 8 % меньше; одновременно в 1,7 раза выросла доля бросивших курить (2013 г. — 10 %; 2022 г. — 17 %) ²⁸⁵. Конечно, влияние оказала и такая мера, как запрет курения в общественных местах, но так или иначе определенный положительный эффект налицо.

По данным СЗН, в 2023 г. среди жителей Москвы курили 31,4 % мужчин и 12,6 % женщин ²⁸⁶. В рамках нашего исследования самосохранительного поведения молодых москвичей были получены следующие данные: почти 70 % респондентов никогда не курили и еще 11 % бросили курить. В то же время каждый десятый молодой житель Москвы ежедневно выкуривает по несколько сигарет ²⁸⁷.

Употребление спиртных напитков по-прежнему вносит наибольший вклад в смертность россиян трудоспособного возраста, причем это не только гибель от несчастных случаев и т. п., но и от провоцируемых неумеренным потреблением алкоголя сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, а также заболеваний желудочно-кишечного тракта ²⁸⁸.

По официальным данным, потребление алкоголя в России с 2008 по 2021 г. снизилось почти на 43 %: если в 2008 г. показатель составлял 15,7 л на душу населения в год, то в 2021 г. – 9 л. Это стало результатом таких мер государства, как ограничение рекламы алкоголя (постепенно начали вводить с 2012 г.), ограничение продажи алкоголя (включая пиво, на которое приходится 80 % продаваемой алкогольной продукции) в отдельно стоящих ларьках. Изменились и предпочтения россиян: они стали больше употреблять вина, чем водки. В то же время следует иметь в виду нелегальный рынок алкоголя, который в некоторых регионах доходит до 50 % ²⁸⁹.

На употребление алкоголя влияют как демографические, так и социально-экономические факторы. Так, согласно СЗН-2023, реже остальных (на уровне 1 %) употребляют алкоголь молодежь в возрасте 15–19 лет и пожилые россияне, а чаще (порядка 10 %) граждане в возрасте 35–54 лет. По данным RLMS-ВШЭ (2022), употребляют хотя бы иногда алкогольные напитки, включая пиво, 68,2 % мужчин и 56,2 % женщин ²⁹⁰. Что касается уровня доходов, то он может влиять двояко: неумеренное потребление алкоголя может быть связано как с депривацией (безработицей, бедностью), так и с экономическим благополучием, например, богатые и молодые мужчины потребляют алкоголь чаще остальных. Чаще всего россияне пьют спиртные напитки в гостях – 88,2 % или в учреждениях общественного питания (рестораны, бары) – 43,1 %; на работе или на улице пьют довольно редко – на уровне 4 % ²⁹¹.

Что касается употребления спиртных напитков жителями Москвы, то, согласно СЗН-2023, выше критического показателя уровень потребления алкоголя наблюдается у 7,6 % москвичей и 3,2 %

²⁸⁵ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁸⁶ Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

²⁸⁷ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁸⁸ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁸⁹ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁹⁰ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁹¹ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

москвичек²⁹². В рамках нашего исследования самосохранительного поведения молодых москвичей выяснилось, что порядка 29 % респондентов совсем не употребляют алкоголь, еще 23 % пьют алкогольные напитки только по праздникам. В то же время 24 % столичной молодежи употребляют алкоголь 1–2 раза в месяц (еще 15,3 % реже 1 раза в месяц), а каждый десятый респондент признался в том, что пьет алкоголь вообще несколько раз в неделю²⁹³.

Наркомания. Согласно данным Минздрава России, заболеваемость населения наркоманией снижается (табл. 6.6).

Таблица 6.6

Динамика заболеваемости населения наркоманией по годам, тыс. чел.

Заболеваемости	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Взято на диспансерное наблюдение с впервые установленным диагнозом:							
Всего	20,6	16,3	16,4	15,1	14,4	12,2	12,9
На 100 000 чел. населения	14,1	11,1	11,2	10,3	9,8	8,4	8,8
Численность состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях							
Всего	288,0	259,5	231,6	223,1	212,2	212,0	212,0
На 100 000 чел.	196,5	176,8	157,7	152,0	144,6	145,0	145,6

Источник: Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

В то же время специалисты обращают внимание на то, что к традиционным наркотическим средствам постоянно добавляются новые синтетические психоактивные препараты, характеризующиеся агрессивным воздействием на организм и еще более быстрым формированием зависимости. Среди особенностей распространения наркомании в России широкая доступность наркотических веществ и быстрое расширение их ассортимента; распространенность полинаркомании; рост феминизации наркомании и вовлечение в соответствующую среду представителей социально благополучных групп населения²⁹⁴.

²⁹² Локосов В.В., Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона

²⁹³ Александрова О.А., Медведева Е.И., Крошилин С.В., Марков Д.И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

²⁹⁴ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ЭЛЕМЕНТ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Согласно исследованию НАФИ (2021), 53 % россиян посещают врачей реже одного раза в год²⁹⁵. Факторами, влияющими на медицинскую активность, являются пол, возраст и в определенной степени состояние здоровья. Так, по данным RLMS-ВШЭ, в 2022 г. треть мужчин посещали врача реже одного раза в год и еще около трети – один раз в год, а треть женщин – 2–3 раза в год. Чаще обращаются за медицинской помощью пожилые граждане, люди с плохим здоровьем и женщины (за исключением молодых женщин в возрасте 30–39 лет), реже мужчины, особенно одинокие; лица с более низким уровнем образования и неудовлетворенные своим материальным положением; курящие²⁹⁶.

По данным исследования ВЦИОМ, проведенного специально для IV Международного конгресса «HEALTH AGE. Активное долголетие» (2022), треть россиян обращаются в медицинские учреждения только в случае острой необходимости. Наименее распространенный мотив – просто контроль состояния здоровья (14 %). Профилактические осмотры чаще проходят граждане в возрасте 60 лет и старше (19 %), хорошо обеспеченные россияне (21 %) и жители Москвы и Санкт-Петербурга (22 %). Реже других возрастных групп. проходят профилактические медицинские обследования россияне самого экономически активного возраста (35–54 лет)²⁹⁷.

Что касается диспансеризации, то, по данным СЗН, в 2021–2022 гг. ее прошла половина взрослого населения России (44,3 % мужчин и 53,8 % женщин), при этом часть сделала это по настоянию работодателя²⁹⁸.

Полисы добровольного медицинского страхования в 2021 г. имелись только у 3,9 % россиян, причем в абсолютном большинстве случаев страховку оплачивает работодатель²⁹⁹.

Согласно исследованию СЗН, в 2022 г. в случае проблем со здоровьем в поликлинику обращались чуть более трети мужчин и порядка 40 % женщин. Большинство же россиян обоего пола занимались самолечением. При этом ретроспективный анализ данных³⁰⁰ говорит о том, что с 1994 г. мужчины стали еще чаще (на 10 %) заниматься самолечением.

Что касается медицинской активности жителей Москвы, то, согласно исследованию СЗН, самолечением занимаются 38,9 % москвичей. О прохождении диспансеризации за последние два года в 2023 г. сообщили 51,7 % столичных жителей³⁰¹. Остановимся более подробно на проблематике медицинской активности, включая отношение к самолечению, вновь обратившись к результатам нашего исследования самосохранительного поведения московской молодежи. Как выяснилось, 57,2 % молодых москвичей сталкивались с ситуацией, когда у их близких или знакомых из-за несвоевременного лечения болезнь приобретала более серьезный характер. При этом позднее обращение заболевших родственников или знакомых за квалифицированной медицинской помо-

²⁹⁵ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁹⁶ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁹⁷ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

²⁹⁸ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

²⁹⁹ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

³⁰⁰ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

³⁰¹ Локосов В.В., Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона.

щью респонденты объясняли «надеждой на то, что болезнь не серьезная и пройдет сама» (40 % опрошенных); отсутствием времени на походы в медицинское учреждение либо денег, требующихся для прохождения обследования (соответственно 11,8 и 11,2 %). В то же время 29,1 % респондентов указали на то, что больной своевременно обратился в медицинское учреждение, однако ему не был поставлен правильный диагноз и назначено адекватное лечение³⁰².

Причины несвоевременного обращения к врачам, аналогичные указанным выше, называла и молодежь, участвовавшая в фокус-групповых и индивидуальных интервью: с одной стороны, отмечались неверные установки самих заболевших и их окружения («медицинская безграмотность, боязнь врачей», «поздно обратились, так как не было явных симптомов», «дедушка не хотел обращаться к врачам, так как не хотел лежать в больнице», «некоторые надеялись, что и так пройдет», «болезнь запустили не слишком внимательные родственники»); с другой стороны, недоверие медикам («человек обращался к врачам, но они несколько месяцев не могли поставить диагноз»; «некоторые обращались к врачам, но ошибки медиков привели к летальному исходу») и дороговизна медицинских услуг («у некоторых не было денег на обследования»)³⁰³.

Что касается причин распространенности среди россиян практики самолечения, то, по мнению большей части молодых москвичей, в первую очередь это дефицит времени и денег (рис. 6.5).

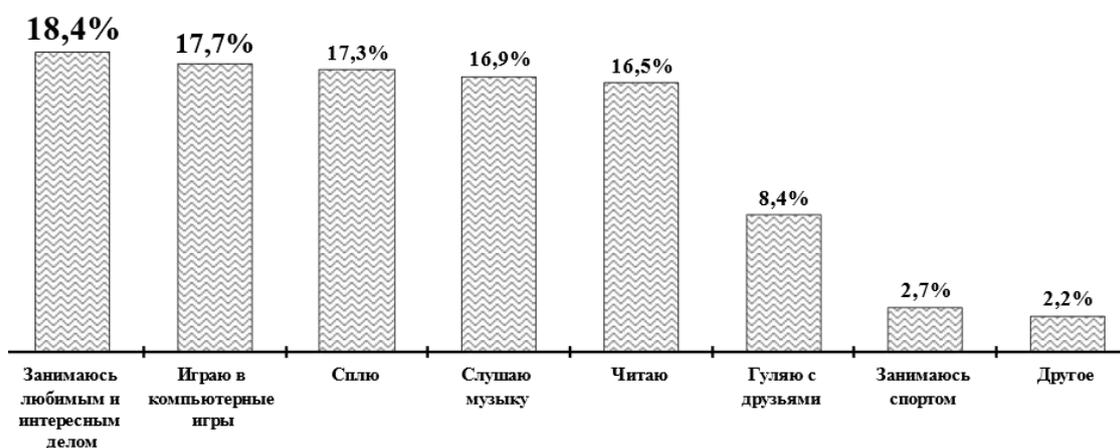


Рис. 6.5. Представления молодых москвичей о причинах распространенности практики самолечения, %

Источник: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

Высказываясь в рамках фокус-групповых и глубинных интервью более развернуто, их участники обычно называли сразу комплекс причин распространенности самолечения: «Люди не доверяют врачам, считают их помощь слишком финансово затратной», «К врачам трудно попасть; в поликлинике могут облить грязью, заставить нервничать; качественная помощь зачастую стоит очень дорого; врачи часто ставят неверные диагнозы»; «Сложение нескольких факторов: недоступность/недоверие докторам, отсутствие денег, вера в нетрадиционную медицину», «Уровень медицины ниже среднего; в госучреждениях врачи не заинтересованы в лечении пациентов, а на частные клиники у людей нет денег»; «Недоверие к нынешнему здравоохранению: много случаев, когда ставят неверный диагноз и человек умирает, отсюда страх»; «Слишком часто вра-

³⁰² Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

³⁰³ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

чи дают рекомендации, не вызывающие доверия, либо лечение и вовсе идет во вред»; «Чтобы ходить по врачам, нужно очень много времени и сил, а если в платные клиники, то еще и денег, ко всему этому еще и нет гарантий положительного результата»³⁰⁴.

Что касается собственных моделей поведения, то чуть менее трети молодых москвичей довольно часто переносят острые респираторные заболевания на ногах, а 13,2 % – часто. Причины: невозможность пропускать занятия (47,2 %), потеря части зарплаты (9,5 %), недовольство работодателя в случае оформления больничного листа (6,5 %). Лишь 10 % указали на такую причину, как их собственное нежелание «лежать и болеть».

В свои районные поликлиники участвовавшие в опросе молодые москвичи обращаются редко (49,5 %) и очень редко (35,6 %). Заметим, однако, что это не означает отсутствия у молодежи проблем со здоровьем. Так, судя по данным опроса, четверть молодых москвичей довольно часто посещает частные медицинские центры (4,6 % только в них и лечатся), еще 53,5 % посещали частные клиники несколько раз. При этом для многих молодых москвичей платные услуги, что называется, дорогое удовольствие: 18 % респондентов оценили их стоимость в максимальные 4 балла, еще 49 % – в 3 балла; совсем незначительной ее сочли лишь 6,3 %.

Наиболее часто упоминаемые причины обращения в негосударственные медицинские организации: длительное ожидание приема в районной поликлинике (22,7 %), низкая квалификация работающего там медперсонала (19,2 %), невозможность быстро попасть к узким специалистам (12 %), отсутствие покрытия стоимости необходимой услуги полисом ОМС (15,7 %). Об этом же говорили участники фокус-групповых и индивидуальных интервью: «В частной клинике быстрее попадаешь к нужному врачу с гарантированно высокой квалификацией, отношение персонала гораздо лучше», «В районной поликлинике долго ждать приема; нужные услуги не проводятся или проводятся более сложным/болезненным способом», «К нужному врачу в районной поликлинике попасть крайне сложно, в частных учреждениях уровень обслуживания несоизмеримо выше»³⁰⁵.

Эти данные коррелируют с оценками, которые молодые москвичи дали доступности и качеству медицинских услуг, предоставляемых в государственных медицинских организациях (рис. 6.6). Единственный пункт, по которому доля позитивных оценок заметно превышает долю негативных, касается близости расположения поликлиники к месту проживания респондентов. Самые же низкие оценки получили такие важные пункты, как возможность в достаточно короткие сроки бесплатно попасть к нужному врачу или сделать нужное исследование. Практически равные доли позитивных и негативных оценок касались квалификации врачей, отношения к пациентам, графика работы поликлиник.

³⁰⁴ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самоохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

³⁰⁵ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самоохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.



Рис. 6.6. Оценка молодыми москвичами доступности и качества медицинских услуг в государственных медицинских организациях, пункты индекса

Источник: Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

Отметим также, что индексы, рассчитанные на основе ответов молодых москвичей на другой вопрос (как за последнее время изменилась ситуация в районных поликлиниках), говорят о незначительном улучшении ситуации с состоянием помещений, наличием современного оборудования, графиком работы и близостью расположения. В то же время оценки, касающиеся своевременности оказания и качества медицинских услуг, не изменились или даже ухудшились³⁰⁶.

Что касается добровольного медицинского страхования, то лишь 8,6 % молодых москвичей имеют полис ДМС, причем в половине случаев его для них приобрел работодатель. Отсутствие же полиса ДМС 21,3 % респондентов объяснили его дороговизной, 19 % – тем, что еще не успели его оформить (но планируют это сделать); остальные – отсутствием потребности в таком полисе, так как не болеют (15,2 %), лечатся сами (11,1 %), в принципе не доверяют врачам (3,4 %) и др.³⁰⁷.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Согласно методике Росстата, приверженность населения ЗОЖ оценивается исходя из пяти условий: отсутствия курения; потребления овощей и фруктов ежедневно в количестве не менее 400 г; адекватной физической активности (не менее 150 мин. умеренной или 75 мин. интенсивной физической нагрузки в неделю); потребления соли не выше 5 г в сутки; употребления алкоголя не более 168 г чистого спирта в неделю для мужчин и не более 84 г для женщин. В табл. 6.7 представлена динамика изменения численности населения, ведущего ЗОЖ, в среднем по России и в Москве в 2019–2022 гг.³⁰⁸

³⁰⁶ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

³⁰⁷ Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации.

³⁰⁸ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

Таблица 6.7

Численность населения, ведущего здоровый образ жизни, в России и в Москве по годам, %

Регион	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	12	9,1	7,3	7,2
Москва	8,8	6,7	5,6	5,0

Источник: Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

Как следует из приведенных данных, в Москве, как и в среднем по России, в 2019–2022 гг. шло снижение доли населения, приверженного ЗОЖ. Отчасти подобная динамика может объясняться пришедшейся на этот период пандемией COVID-19 с административными ограничениями на прогулки; закрытием спортивных секций и фитнес-клубов; стрессом, связанным с неведомым ранее недугом и сопутствующими ему изменениями в жизненном укладе, сказавшемся на пищевых привычках, потреблении алкоголя и т. д.³⁰⁹

Согласно данным Росстата, в 2023 г. в среднем по России вели ЗОЖ менее десятой части россиян; в трех регионах (Севастополь, Ненецкий АО и Новгородская обл.) насчитывалось около трети придерживающихся ЗОЖ, в двадцати – 5 % и менее. Если говорить о связи ЗОЖ с полом, то женщины несколько превосходят в этом вопросе мужчин: так, высокий уровень приверженности ЗОЖ зафиксирован у 7,0 % мужчин и 10,9 % женщин; удовлетворительный – у 41,3 % мужчин и 62,6 % женщин. Интерес населения к вопросам, связанным с ЗОЖ, пока очень невысок: в 2022 г. в среднем по России доля граждан, обратившихся в МО по вопросам ЗОЖ, составила порядка 2 %. В то же время стоит отметить: с 2018 г. число таких граждан увеличилось в 10 раз³¹⁰.

В 2023 г., согласно СЗН, высокую приверженность ЗОЖ демонстрировали 2,9 % жителей Москвы мужского пола и 5,2 % – женского; умеренную приверженность ЗОЖ (к ней, согласно методике Росстата, относят отсутствие курения при несоблюдении одного из вышеупомянутых компонентов ЗОЖ) демонстрировали 36,6 % москвичей и 51,7 % москвичек³¹¹.

³⁰⁹ Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самоохранительного поведения населения // Народонаселение. – 2024. – Т. 27. № 1. – С. 192–205. – DOI: <https://doi.org/10.24412/1561-7785-2024-1-192-205>. – EDN: IYJIMH

³¹⁰ Назарова И. Б. Самоохранительные практики населения.

³¹¹ Локосов В.В., Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. Специфика самоохранительного поведения населения столичного региона.

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Анализ статистических данных и результатов социологических исследований, касающихся реализуемых россиянами самосохранительных и саморазрушительных практик, позволил сформировать четыре базовых модели поведения индивидов в отношении своего здоровья (табл. 6.8). Вид модели определяется набором позитивных и негативных установок и практик. Очевидно, возможны и иные, смешанные, модели поведения, определяемые сочетанием тех или иных установок и действий человека в отношении своего здоровья.

Таблица 6.8

Базовые модели поведения населения в отношении своего здоровья

Модель «Убежденный зожник»	Модель «Начинающий зожник»
<p>Не курить. Не употреблять наркотики. Не употреблять алкоголь. Регулярно заниматься физкультурой (от зарядки до спорта). Строго следить за режимом и качеством питания; контролировать вес тела. Строго соблюдать режим дня и гигиену сна. Использовать медиацию осознанности («здесь и сейчас») для управления стрессом. Регулярно следить за состоянием здоровья (в том числе регулярная диспансеризация). Осуществлять информационный детокс</p>	<p>Не курить. Не употреблять наркотики. Не злоупотреблять алкоголем. Заниматься физкультурой (умеренная активность). Ограничивать себя в некоторых продуктах питания. Соблюдать режим дня и гигиену сна. Периодически проходить диспансеризацию и контролировать свои «болевые» точки</p>
<p>Характерные черты поведения: самодисциплина, рациональное мышление («разум управляет телом, а не наоборот»), целеустремленность, высокая степень ответственности за свое здоровье</p>	<p>Характерные черты поведения: самодисциплина, ответственность за свое здоровье</p>
Модель «Безответственный»	Модель «Саморазрушитель»
<p>Не курить. Не злоупотреблять алкоголем. Не употреблять наркотики. Не делать зарядку (низкая физическая активность в целом). Неправильно питаться. Не контролировать вес тела. Не соблюдать режим дня и гигиену сна. Обращаться к врачу только в случае острой необходимости</p>	<p>Курить. Злоупотреблять спиртными напитками/наркотиками. Регулярно переедать. Не контролировать вес тела. Не соблюдать режим дня и гигиену сна. Игнорировать назначения врача. Наносить своим поведением вред окружающим (семье, детям и др. близким, коллегам и т. д.)</p>
<p>Характерные черты поведения: отсутствие самодисциплины, вера в «волшебную таблетку от всего», перекладывание ответственности за свое здоровье на других</p>	<p>Характерные черты поведения: отсутствие воли и самодисциплины, инфантильность, перекладывание ответственности за свое здоровье на других, игнорирование мнения близких о необходимости сохранять здоровье</p>

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения // Народонаселение. – 2024. – Т. 27. № 1. – С. 192–205. – DOI: <https://doi.org/10.24412/1561-7785-2024-1-192-205>. EDN: IYJIMH

На основе проведенного анализа нами также были классифицированы объективные и субъективные факторы, оказывающие влияние на самосохранительное поведение россиян (табл. 6.9). К объективным факторам относятся как социальные-географические, так и социально-экономические.

Таблица 6.9

Факторы, влияющие на самосохранительное поведение россиян

Объективные факторы	Субъективные факторы
Территориальная доступность при получении медицинских услуг («достижимость» как скорость прибытия неотложной помощи, само наличие медицинских организаций на территории проживания)	Доверие по отношению к системе здравоохранения на территории проживания и в целом российской системе здравоохранения
Финансовая доступность для получения медицинских услуг: 1) возможность получения в разумные сроки гарантированного законом объема бесплатной медицинской помощи; 2) ценовая доступность платных медицинских услуг; 3) ценовая доступность лекарственных препаратов; 4) возможность свободного выбора: бесплатная услуга и/или платная (частично платная)	Приверженность к регулярному профилактическому обследованию в МО
Уровень доходов, позволяющий соблюдать принципы ЗОЖ (в том числе выбор качественных продуктов питания)	Готовность населения к соблюдению принципов ЗОЖ; вера в то, что ЗОЖ поможет укреплению здоровья и увеличению здоровых лет жизни
Наличие инфраструктуры для занятий физкультурой и спортом на территории проживания, а также финансовая доступность (фитнес-клубов, спортивных секций и т. д.)	Специфика социализации в части имевшихся в семье установок и самосохранительных практик
Государственная политика, направленная на формирование стратегий сбережения здоровья населением (посредством СМИ – реклама; программ по различным профилактическим check-up-мероприятиям – павильоны «Здоровая Москва» и др.)	Отношение к ЗОЖ ближнего круга и референтных групп
Государственная политика в части «политики доходов» (регулирование заработной платы, ограничение роста стоимости жизни, создание льготных условий для приобретения жилья и т.п.), позволяющая работающему населению иметь занятость (рабочую нагрузку), обеспечивающую баланс труда и отдыха (оставляла бы время и силы для занятий физкультурой, прогулок на свежем воздухе, обращения в МО в случае болезни)	
Информационная доступность: наличие на востребованных населением ресурсах (сайтах МО, дошкольных и школьных учреждений, отделов социальной защиты и т. п.) информации о ЗОЖ, профилактике болезней, недопустимости самолечения, изложенной на понятном для непрофессионалов языке	

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения.

Следует заметить, что указанные факторы субъективного и объективного характера тесно взаимосвязаны. В качестве примера можно привести связь «доверия» и «финансовой доступности». Применительно к сфере медицины обычно акцент делается на доверии в системе «врач–пациент», той роли, которую в установлении доверительных отношений играют личностные характеристики каждой из сторон, коммуникативные способности врача; психологические подходы для повышения уровня доверия пациентов, а также «связи между уровнем доверия к врачу и успешностью лечения», удовлетворенностью оказанной медицинской помощи. Без установления с пациентами доверительных отношений лечение, реабилитация и даже профилактика заболеваний рискуют оказаться менее неэффективными. В то же время готовность обращаться в МО зависит, помимо доверия врачам, еще и от представлений граждан о доступности необходимой медицинской помощи, в данном контексте от того, в какой степени они доверяют тем при-

чинам, по которым МО отказывают им в ее получении на бесплатной основе и в разумные сроки. Этот момент увязывает обозначенный в таблице субъективный фактор «доверие» с объективным фактором «финансовая доступность медицинских услуг».

Тема факторов, детерминирующих отношение населения к своему здоровью, была также затронута в проведенном нами в 2023 г. массовом анкетном опросе работников МО, подведомственных ДЗМ. Врачам и среднему медицинскому персоналу был, в частности, задан вопрос о том, что прежде всего влияет на формирование у населения самосохранительного поведения. Как следует из полученных ответов (табл. 6.10), по мнению медицинских работников, первостепенное значение имеют, с одной стороны, индивидуальные характеристики человека: сознательность и волевая сфера, с другой стороны, характеристики системы здравоохранения: доступность медицинской помощи и способность медицинских работников вызывать доверие у пациентов. И уже с заметным отрывом далее идут факторы экономического (уровень доходов), политического (ситуация в стране) и социального характера (мода на ЗОЖ)³¹².

Таблица 6.10

Представления столичных медиков о ключевых факторах формирования у населения самосохранительного поведения, %

Факторы	%
Доступность медицинских услуг	19,6
Доверие к медицинской организации и медицинским работникам	18,3
Уровень доходов	10,5
Наличие семьи, детей	6,0
Высокое положение в обществе (высокий социальный статус, известность)	2,6
Ответственность за свое здоровье	22,0
Внешняя среда (социально-экономическая, социально-политическая ситуации в стране)	10,1
Популярность/мода на ЗОЖ и внимательное отношение к своему здоровью в обществе	10,4
Другое	0,5

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения.

РОЛЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ У НАСЕЛЕНИЯ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В упомянутом выше опросе медицинских работников столичных государственных учреждений здравоохранения (2023) респондентам также задавался вопрос относительно субъектов, ответственных за формирование у населения самосохранительного поведения, включая приверженность ЗОЖ. Согласно полученным данным (рис. 6.7), абсолютное большинство в качестве таких субъектов видит самих граждан и еще чуть более четверти – государство. На роль в этом процессе медицинских работников указал каждый десятый респондент: практически столько же, сколько отметили роль работодателей.

³¹² Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения.



Рис. 6.7. Распределение ответов медицинских специалистов, работающих в государственных МО Москвы, на вопрос «Кто несет ответственность за приверженность населения к ЗОЖ?», %

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения // *Народонаселение*. – 2024. – Т. 27. № 1. – С. 192–205. – DOI: <https://doi.org/10.24412/1561-7785-2024-1-192-205>. EDN: IYJIMH

Оценивая полученный результат, с одной стороны, нельзя не согласиться с респондентами, отводящими ключевую роль самим людям (как было показано выше, на первое место среди факторов, формирующих самосохранительное поведение, они поставили «ответственность самого человека за свое здоровье») и очень важную роль – государству. Действительно, реализуемая государством социально-экономическая политика играет важную роль в обеспечении возможности граждан следовать принципам здорового образа жизни. Так, мировая практика показывает, что рост ожирения отмечается в тех странах, в которых снижается уровень жизни населения или в силу высокого уровня неравенства имеются обширные бедные слои: люди переключаются на самые дешевые продукты питания, содержащие углеводы (каши, макароны), в то время как белковые продукты оказываются менее доступными³¹³. Выявлена тесная взаимосвязь между массовой бедностью и распространением алкоголизма и наркомании³¹⁴. Напротив, представители более обеспеченных слоев больше внимания уделяют здоровью и, как следствие, рациональному и качественному питанию, физической культуре, профилактическим осмотрам³¹⁵. Стимулируемая государством коммерциализация здравоохранения приводит, во-первых, к зависимости доступности медицинской помощи от материального положения граждан, во-вторых, к снижению их доверия МО и специалистам (два фактора из первой тройки основных детерминант самосохранительного поведения населения, названных респондентами-медиками). От государства же зависит и доступность медицинской помощи, связанная с количественной обеспеченностью учреждений здравоохранения необходимыми кадрами. В функции государства также входит развитие доступной для населения спортивной инфраструктуры; эффективной системы санитарного просвещения и т. д.

³¹³ Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликлперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья.

³¹⁴ Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения.

³¹⁵ Аликлперова Н. В., Махрова О. Н. Ожидаемая продолжительность жизни населения: роль самосохранительного поведения.

С другой стороны, удивительной представляется столь незначительная доля респондентов (медицинских специалистов), полагающих, что медицинские работники входят в число субъектов, отвечающих за формирование у населения приверженности ЗОЖ.

На самом деле и документы (ВОЗ, российские структуры государственного управления), и многочисленная научная, в том числе медицинская, литература указывают на здравоохранение, на занятых в этой сфере специалистов как на неотъемлемую часть системы формирования самосохранительного поведения населения, его приверженности ЗОЖ. Предполагается, что медицинские работники, во-первых, более, чем обычные граждане, осведомлены о связи образа жизни с развитием тех или иных заболеваний, возможностью их предотвращения, во-вторых, искренне заинтересованы в следовании пациентами их рекомендациям, поскольку от этого зависит результат их труда – успешность проводимого ими лечения.

Поскольку очевидно, что рекомендации медицинского работника в части ЗОЖ будут восприниматься пациентом более серьезно и с большим доверием в случае, если медицинский специалист сам служит «образцом для подражания», в рамках уже упоминавшегося опроса столичных медиков (2023) им были заданы вопросы, следуют ли они сами соответствующим принципам (рис. 6.8), и если нет, то почему (табл. 6.11).

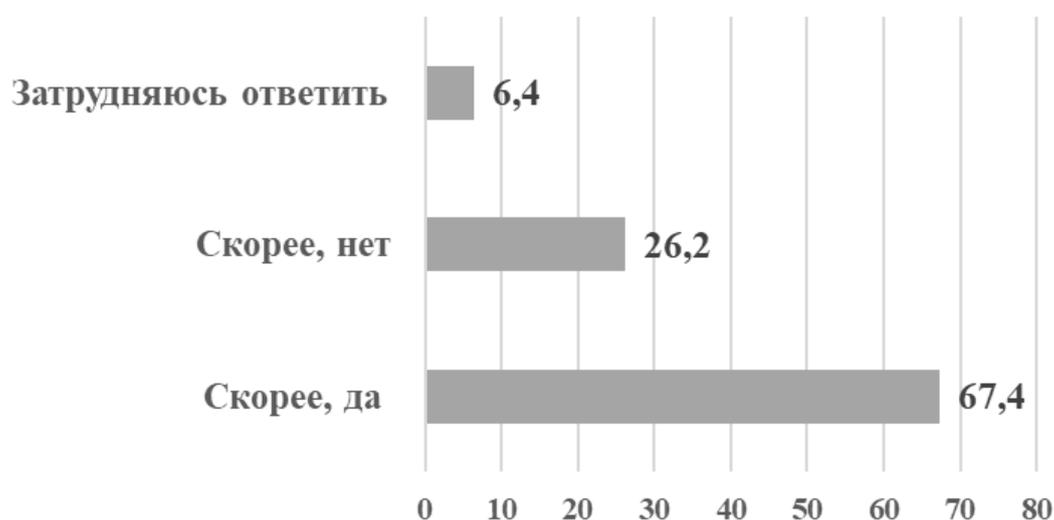


Рис. 6.8. Распределение ответов медицинских специалистов, работающих в государственных МО Москвы, на вопрос «Ведете ли вы лично здоровый образ жизни?», %

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения.

Как следует из полученных данных, почти треть опрошенных московских медиков признается, что, скорее, не следует принципам ЗОЖ. Что касается причин, то в первую очередь медики ссылаются на отсутствие времени и недостаток самодисциплины; далее с некоторым отрывом идет ссылка на нехватку сил.

Таким образом, полученные данные указывают сразу на две требующие внимания проблемы: во-первых, явно недостаточное осознание медицинскими специалистами своей роли в формировании у населения самосохранительной модели поведения, его приверженности ЗОЖ; во-вторых, недостаточное следование принципам ЗОЖ самими медицинскими работниками, что неблагоприятно влияет на их собственное здоровье, а также снижает эффективность их воздействия на пациентов в контексте формирования у последних приверженности ЗОЖ.

Таблица 6.11

Распределение ответов столичных медиков на вопрос, что мешает им вести здоровый образ жизни, %

Варианты ответов	%
Недостаточная самодисциплина (не можете заставить себя действовать согласно правилам ЗОЖ)	45,8
Работа и домашние дела не оставляют времени на ЗОЖ (на регулярные прогулки, занятия физкультурой, достаточный сон, приготовление здоровой пищи и т. д.)	50,2
Работа и домашние дела не оставляют сил на ЗОЖ (на регулярные прогулки, занятия физкультурой, приготовление здоровой пищи и т. д.)	29,7
Нет денег на качественные продукты питания	13,6
Нет денег для занятия фитнесом, посещения бассейна и т. п.	19,2
Нет денег на оплату медицинских услуг, которые было бы полезно получить (в том числе профилактических, санационных услуг)	13,7
Не чувствуете поддержки окружающих (семьи, коллег), а в одиночку ЗОЖ не получается	3,6
При такой нервной жизни никакой ЗОЖ не поможет	18,0
Не уверены в серьезном влиянии ЗОЖ на здоровье и продолжительность жизни	3,9

Источник: Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения.

Заключение. Медицинская наука и практика доказывает: одним из важнейших факторов здоровья и долголетия является реализация самосохранительной модели поведения, предполагающей ведение ЗОЖ и адекватную медицинскую активность. Но, несмотря на известность для многих этого постулата, придерживаются принципов ЗОЖ, особенно если говорить о полноценном и последовательном выполнении всех требований, немногие россияне, и в том числе москвичи, свидетельством чему представлены выше данные. Отсюда стоящая перед здравоохранением, в том числе столичным, задача донесения соответствующих идей и рекомендаций до населения, мотивирование пациентов к изменению образа жизни, позволяющего не допустить развития болезней, а при их наличии – улучшить их течение и прогноз. Решение этой задачи требует от медицинских работников, во-первых, развития компетенций в области медицины образа жизни; во-вторых, осознания роли института здравоохранения и имеющих к нему отношение специалистов в формировании у населения самосохранительной модели поведения; в-третьих, формирования у самих себя установки на ведение ЗОЖ, следование его принципам, исходя как из интересов собственного здоровья, так и из необходимости служить примером для пациентов.

Заключение

Кадровый состав и интеллектуальный потенциал организации является одним из важнейших элементов и составляющих стратегического развития организации и отрасли. Развитие кадров и повышение уровня интеллектуального потенциала позволит находить новые возможности развития МО, совершенствовать подходы в управлении, выполнение задач повышения эффективности от использования материальных и трудовых ресурсов в медицине на всех уровнях оказания помощи населению, в том числе для определения стратегического развития и конкурентных преимуществ МО и системы здравоохранения.

Качественное оказание медицинской помощи населению невозможно без эффективного управления МО. Руководитель в системе здравоохранения должен обладать широким спектром компетенций, предполагающих наличие самых разнообразных профессиональных, деловых и личностных качеств. Будущее системы здравоохранения во многом зависит и от молодых специалистов, которые приходят в МО. Необходимо мотивировать молодое поколение врачей оставаться в профессии, связывать свое будущее с МО.

Профессиональное развитие и повышение квалификации на всех уровнях во многом решает вопросы развития специалистов и является важным стимулом для построения карьеры в медицине, в том числе для молодых специалистов. Помимо удобных для восприятия форм усвоения новых знаний, онлайн-курсов, лекций, конференций, важное значение имеет возможность посещения офлайн-мероприятий с дискуссиями.

Важно разрабатывать программы профессиональной подготовки, ранжированной по квалификационным категориям, увязывая эти категории с возможностями должностного продвижения, открывая социальные лифты для специалистов, имеющих активные установки на профессионально-квалификационный и должностной рост. Учитывая ограничения в должностной лестнице у врачебного и сестринского персонала (особенно у работающих в амбулаторных условиях), необходимо развивать категориальные монетарные и немонетарные стимулы.

Перспектива карьерного роста, в том числе возможность занятия руководящих должностей, является важным стимулирующим фактором для многих медицинских специалистов. Этому может способствовать формирование кадрового резерва и профессиональное развитие зачисленных в него работников МО.

Значительная часть профессионального развития и обучения сотрудников МО происходит за пределами среды формального обучения: на рабочем месте и в личное время. В связи с этим МО важно создавать возможности для развития кадрового потенциала сотрудников, осуществлять мониторинг загруженности сотрудников работой, а также обеспечивать доступ к материалам и оборудованию. В рамках МО наиболее простым, удобным и эффективным инструментом оттачивания навыков и неформального профессионального развития признано наставничество.

Профессиональное выгорание медицинских работников остается актуальной проблемой, связанной с рабочей нагрузкой, в одних случаях обусловленным стремлением оптимизировать бюджетные расходы за счет экономии на персонале, в других – реальной нехваткой работников, в том числе большим объемом отчетности, причем компьютеризация вопреки ожиданиям нередко не только не помогает, но и создает дополнительные трудности. Существенная часть работников МО Москвы находится в зоне высокого риска профессионального выгорания, оценивая свою рабочую нагрузку как вызывающую сильную усталость или даже работу на пределе сил. Основными факторами такой нагрузки называются избыточный объем заполняемой документации (в том числе в системе ЕМИАС), завышенные нормы обслуживания пациентов и выполнение функций недостающего персонала. Риск профессионального выгорания в большей степени касается врачей.

Сформулированные авторами настоящей монографии рекомендации и необходимые меры призваны устранить вызвавшие синдром выгорания причины, оказать нуждающимся необходимую поддержку. Оптимизировать условия труда, помощи, в том числе в рамках системы наставничества, формирования приверженности принципам ЗОЖ и помощи в его организации. В зависимости от возможностей руководителей разных звеньев управления МО необходимо изменять (улучшать) условия труда, в том числе уровень оплаты и гибкость графика работы. От развитости и эффективности функционирования института наставничества в организации, наличия механизмов обеспечения психологической разгрузки и борьбы со стрессом, возникающим у работников, могут использоваться соответствующие представленные рекомендации.

Удовлетворенный своей работой врач направит больше усилий на сохранение здоровья своих пациентов, участвуя не только в лечении, наставничестве, но ориентируя на самосохранительное поведение и привитие навыков ЗОЖ коллег и пациентов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абросимов И. Н., Заева З. О., Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 2. – С. 83–92. – DOI: 10.21045/1811-0185-2024-3-83-92.
2. Аванесян Г. М., Акопов Г. В., Акопян Л. С. Инновационное сознание управленческих кадров: возможности психологической оценки // Психологический журнал. – 2021. – Т. 42, № 4. – С. 97–105.
3. Агафонова С. В., Брюхова Н. Г. Внутренние факторы развития синдрома психического выгорания // Мир науки. Педагогика и психология. — 2021. – Т. 9, № 6. – С. 17. – URL: <https://mirnauki.com/PDF/19PSMN621.pdf> (дата обращения: 17.09.2024).
4. Айвазян С. А. Метод эконометрики. Московская школа экономики, МГУ им. М. В. Ломоносова. – М.: Магистр, 2010. – 512 с.
5. Айвазян С. А., Мхитарян В. С. Прикладная статистика. Основы эконометрики: В 2 т. – М.: ЮНИТИ, 2001. – 656 с.
6. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Турзин П. С. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик: Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 48 с.
7. Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошили С. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренды в России и зарубежные практики: Экспертный обзор – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 42 с.
8. Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошили С. В. Чат-боты – современная реальность консультирования в медицине // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, № 5. – С. 403–410. – DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-403-410.
9. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В. Модели поведения населения в отношении своего здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S2. – С. 1081–1086. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1081-1086.
10. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В., Марков Д. И. Корпоративная культура в медицинской организации: учет этноконфессиональной принадлежности пациентов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № S. – С. 943–948. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-943-948.
11. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В. и др. Организационно-кадровые механизмы повышения эффективности работы медицинских организаций / отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. О. А. Александрова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 205 с.

12. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Ярашева А. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – 244 с.
13. Аксенова Е. И., Бобкова Т. В., Вешкурова А. Б., Лукьянова Р. Р., Шапиро С. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на эффективность труда врачей-стоматологов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 5. – С. 1144–1151. – DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1144-1151.
14. Аксенова Е. И., Бонкало Т. И. Профессиональное здоровье и психологическое благополучие медицинских работников: методология, теория, практика. – М., 2021. – 226 с.
15. Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В. Наставничество в здравоохранении: московский опыт // Московская медицина. – 2023. – № 4(56). – С. 20–31.
16. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № S2. – С. 1049–1055. – DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055
17. Александрова О. А. Ярашева А. В., Аксенова Е. И. [и др.]. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № S. – С. 522–528. – DOI: 10.32687/0869-866X-2019-27-s1-522-528. – EDN NMYNLP
18. Александрова О. А., Комолова О. А. Конфликт интересов и организационных культур в условиях коммерциализации здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27(4). – С. 384–388.
19. Александрова О. А., Комолова О. А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения. Часть 1. Кадровый состав руководства медучреждений и проблемы его формирования в преддверии реформы здравоохранения // Труд и социальные отношения. – 2019. – Т. 30, № 2. – С. 5–18.
20. Александрова О. А., Комолова О. А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения. Часть 2. Методология отбора и портрет включенных в кадровый резерв руководителей столичных медучреждений // Труд и социальные отношения. – 2019. – Т. 30, № 3. – С. 16–30.
21. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Аликперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № S (27). – С. 522–528.
22. Александрова О. А., Ярашева А. В., Ненахова Ю. С. Профессиональная подготовка врачей: эксперты о проблемах образовательного процесса (часть вторая) // Народонаселение. – 2021. – Т. 24, № 1. – С. 54–65.
23. Александрова О. А., Медведева Е. И., Крошилин С. В., Марков Д. И. Самосохранительное поведение молодых москвичей: установки, практики, проблемы реализации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № S. – С. 949–955. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-949-955

24. Аликперова Н. В. Искусственный интеллект в медицине: поиск новых возможностей // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / под общ. ред. Е. И. Аксеновой. Том Выпуск 4 (14). – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – С. 94–97.
25. Аликперова Н. В., Ярашева А. В. Модели профессионального поведения сотрудников медицинских организаций. – 2021. – Т. 65, № 5. – С. 454–460. – DOI: 10.47470/0044-197X-2021-65-5-454-460
26. Аликперова Н. В., Махрова О. Н. Ожидаемая продолжительность жизни населения: роль самосохранительного поведения // Самоуправление. – 2022. – № 4(132). – С. 170–174.
27. Андриссен Д., Тиссен Р. Невесомое богатство. Как определить реальную стоимость вашей компании в будущем мире нематериальных активов. – М. : Олимп-Бизнес, 2004. – 304 с.
28. Барскова Г. Н., Князев А. А., Смирнов А. А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3 (15). – С. 9.
29. Безручко П., Шатров Ю. Potential in Focus. Что такое потенциал, и как его оценить. – URL: <http://www.ecopsy.ru/publikatsii/ru-potential-in-focus-cto-takoe-potentsial-i-kak-ego-otsenit.html> (дата обращения: 17.09.2024).
30. Безымянный А. С., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Международные опросники по профессиональному выгоранию, российский опыт их адаптации при опросе медицинских работников // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 2. – С. 93–100. – DOI: 10.21045/1811-0185-2024-3-93-100
31. Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 2. – С. 180–186. – DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186
32. Бердяева И. А., Бердяева И. А., Войт Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117–120.
33. Богдан Н. Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения – URL: <file://C:/Users/buu/Desktop/upravlencheskie-kompetentsii-rukovoditeley-v-sfere-zdravoohraneniya.pdf> (дата обращения: 20.09.2024).
34. Бодагова Е. А. Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 21–26.
35. Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Специфика профессионального стресса медицинских работников в постковидный период // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S2. – С. 1197–1201. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1197-1201
36. Брукинг Э. Интеллектуальный капитал: пер. с англ. / под ред. Л. Н. Ковалик. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.
37. Букович У., Уильямс Р. Управление знаниями: руководство к действию: пер. с англ. – М. : ИНФРА-М, 2002. – 504 с.
38. Булынина С. И., Булынина Е. А., Дубова И. А. Эмоциональное выгорание у врачей // Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 12–13.

39. Бурдастова Ю. В., Ненахова Ю. С., Аликперова Н. В., Марков Д. И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. – 2022. – № 15(3). – С. 69–79. – DOI: 10.26794/1999-849X2022-15-3-69-79
40. Вакуленко Е. С. Сравнительный анализ межрегиональной и межсекторной мобильности в России // Экономика региона. – 2020. – Т. 16, № 4. – С. 1194–1207. – DOI: 10.17059/ekon.reg.2020-4-13
41. Васильев М. Д., Русских С. В., Магомедова А. М., Файзуллаев А. Х., Арсенина Ю. В., Воробьева А. В. Мотивация и стимулирование деятельности медицинских работников к сохранению своего здоровья с целью продления профессионального долголетия // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2023. – Т. 1, № 64. – С. 35–36.
42. Васильева И. В., Круглова Д. А., Казакова В. В. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей малого и большого городов // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 79–80.
43. Вахитов Ш. М., Блохина М. В. Подготовка и использование управленческих кадров в здравоохранении как актуальная проблема // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 5. – С. 46–48.
44. Вахтурова Н. А. Профессиональное выгорание врачей // Социум и жизненное пространство личности (междисциплинарные аспекты): сборник статей V Международной научно-практической конференции, Пенза, 28–29 марта 2022 г. – Пенза: Автономная некоммерческая научно-образовательная организация «Приволжский Дом знаний», 2022. – С. 20–24.
45. Введенский А. И., Мореева Е. В., Надуткина И. Э., Белых Т. В. Роль работодателей в обеспечении условий труда, способствующих здоровью медицинских работников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S1. – С. 794–797. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-794-797
46. Винслав Ю. Б. Управленческая деятельность: исторические и логические предпосылки структурирования, рекомендации для практики менеджмента // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2011. – № 2. – С. 4–20.
47. Водопьянова Н. Е. Старченкова Е. С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: Практическое пособие. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2017. – 343 с.
48. Вялков А. И., Кучеренко В. З., Сырцова Л. Е. О квалификационной характеристике специалиста по общественному здоровью и управлению здравоохранением // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 48–51.
49. Вялов И. С. Особенности формирования и управления самосохранительным поведением студентов (на примере студентов Российского университета дружбы народов): автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2011.
50. Вяткина Н. Ю., Сарнакова Е. Д. Социально-экономические аспекты профессионального выгорания врачей // Терапевт. – 2023. – № 6. – С. 28–36. – DOI: 10.33920/MED-12-2306-04
51. Галина А. Э., Малютина Е. В., Уколова Т. А. Современные подходы к профессиональному развитию и обучению персонала в организации // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2023. – № 1(169). – С. 88–93. – URL: <https://ekam-journal.com/images/2023/1-2023/Galina-and-others.pdf> (дата обращения: 25.09.2024). – DOI: 10.34773/EU.2023.1.14

52. Гапоненко А. Л., Орлова Т. М. Управление знаниями. Как превратить знания в капитал. – М. : Эксмо, 2008. – 400 с.
53. Доан Т. М., Крестьянинова О. Г., Плотников В. А. Цифровизация здравоохранения: перспективные инструменты // Экономика и управление. – 2023. – Т. 29, № 2. – С. 132–140.
54. Доронина Л. А. Личность главного врача в медицинской организации (глазами врачей) // Оригинальные исследования. – 2023. – Т. 13, № 5. – С. 233–237.
55. Дудов А. С., Тараян С. Ф. Механизм реализации квалификационной характеристики главного врача // Главный врач Юга России. – 2012. – Т. 3, № 30. – С. 52–54.
56. Забелина О. В., Мирзабалаева Ф. И. Предпосылки профессиональной и межотраслевой мобильности российских работников // Экономика труда. – 2020. – Т. 7, № 8. – С. 659–676. – DOI: 10.18334/et.7.8.110727
57. Зыкова З. Н., Горбунова Л. А. Исследование синдрома эмоционального выгорания в группе врачей-стоматологов // Новая наука: Стратегии и векторы развития. – 2016. – № 118-3. – С. 71–74.
58. Кадровые ресурсы: ежегодный доклад. Доклад Секретариата. ВОЗ. Исполнительный Комитет. EB117/21. Сто семнадцатая сессия, 16 января 2006 г. – URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB117/B117_21-ru.pdf (дата обращения: 21.09.2018).
59. Каспрук Л. И., Белов И. П., Кисловец О. В. Подготовка управленческих кадров для негосударственных медицинских организаций // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 38–41.
60. Кириллова А. Л., Кириллов А. В. О возможностях реализации американского опыта в российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 3. – С. 30–38.
61. Клименко Т. С. Особенности профессионального выгорания врачей-онкологов // Креативная хирургия и онкология. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 119–124. – DOI: 10.24060/2076-3093-2023-13-2-119-124
62. Козлов В. А., Поляков Б. А., Мушников Д. Л. [и др.]. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики // Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6, № 3. – С. 138–145. – DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-3-13
63. Коклубовская Т. Б. Особенности проявления признаков эмоционального выгорания у врачей // Вопросы психологии. – 2014. – № 2. – С. 75–81.
64. Коленникова О. А. Факторы потенциальной текучести врачебного персонала // Здоровье мегаполиса. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 59–67. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm. 2020.v1i2;59-67
65. Коленникова О. А., Токсанбаева М. С. Проблемы системности институтов оценки квалификации медицинских специалистов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30(S). – С. 1027–1032. – DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1027-1032.
66. Колосницына М. Г., Муштинкин А. В. Тенденции и факторы занятости в российском здравоохранении // Общественные науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 78–90.
67. Комолова О. А., Новоземцев А. О. Поведенческие установки медицинских работников в отношении ЗОЖ // Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы: Материалы IX Международной научно-практической конференции, Москва, 28 ноября 2023 г. – М. : Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН, 2024. – С. 95–100.

68. Корнева Н. В. Факторы и риски профессионального выгорания медицинских работников // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – С. 276–279.
69. Короленко А. В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 248–263. – DOI: 10.15838/esc.2018.3.57.16
70. Корпоративное обучение: мнение соискателей. – URL: <https://hhcdn.ru/file/17403088.pdf> (дата обращения: 25.09.2024).
71. Костанян А. А. Методика оценки управленческих компетенций современных организаторов здравоохранения как показателя уровня клиентоориентированности медицинской организации // Вестник ЮУрГУ. Серия «Экономика и менеджмент». – 2016. – Т. 10, № 4. – С. 94–103.
72. Кочеткова Р., Севостьянов А. Как отвечать на жалобы и обращения пациентов и их представителей. Разъяснения от юриста и готовые образцы // Заместитель главного врача. – 2022. – № 7. – С. 56–65.
73. Крошилин С. В., Медведева Е. И. Эконометрическое исследование на основе многомерного линейного моделирования. – Коломна: Коломенский государственный педагогический институт, 2006. – 40 с.
74. Крошилин С. В., Медведева Е. И., Ярашева А. В. Построение модели оценки удовлетворенности качеством жизни: эконометрический подход // Народонаселение. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 87–98. – DOI: 10.19181/population.2023.26.4.8
75. Крошилин С. В., Медведева Е. И., Макар С. В. Искусственный интеллект в медицинских чат-ботах: векторы развития // Дискуссия. – 2023. – № 3(118). – С. 116–126. – DOI: 10.46320/2077-7639-2023-2-117-116-126
76. Крыштановский А. О. Анализ социологических данных с помощью пакета SPSS. – М. : Издат. дом ГУ ВШЭ, 2006. – С. 78–81.
77. Кязимов К. Г. Управление персоналом: профессиональное обучение и развитие: учебник для среднего профессионального образования— 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2020. — 202 с.
78. Лебедева Т. В., Страхова Н. В., Есина Е. Ю. Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей амбулаторного звена здравоохранения // Молодежь, наука, медицина: материалы 65-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием, Тверь, 17–18 апреля 2019 г. – Тверь: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019. – С. 619–621.
79. Леонтьев Б. Б. Цена интеллекта. Интеллектуальный капитал в российском бизнесе. – М. : Издательский центр «Акционер», 2002. – 196 с.
80. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
81. Локосов В. В., Ярашева А. В., Александрова О. А. Факторы формирования основ самосохранительного поведения населения // Народонаселение. – 2024. – Т. 27, № 1. – С. 192–205. – DOI: 10.24412/1561-7785-2024-1-192-205

82. Локосов В. В., Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № S2. – С. 1130–1136. – DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1130-1136
83. Лукьянов В. В. Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов // Вестник психотерапии. – 2006. – № 17(22). – С. 54–61.
84. Люкшина Д. С., Капустина Т. В., Садон Е. В., Кадыров Р. В. Личностный, социальный и поведенческий компоненты эмоционального выгорания у врачей (на примере исследования врачей Приморского края) // Психолог. – 2023. – № 6. – С. 1–15. – DOI: 10.25136/2409-8701.2023.6.69063
85. Манаков Л. г. К проблеме мотивации профессиональной деятельности в здравоохранении // Вопросы науки и образования. – 2019. – № 28(77). – С. 14–23.
86. Медведева Е. И., Александрова О. А., Крошилин С. В. Телемедицина в современных условиях: отношение социума и вектор развития // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2022. – Т. 15, № 3. – С. 200–222. – DOI: 10.15838/esc.2022.3.81.11
87. Медведева Е. И., Крошилин С. В. Зарубежный опыт оценки интеллектуального потенциала в медицине // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2023. – № 4(76). – DOI: 10.24412/1999-2645-2023-476-18
88. Медведева Е. И., Крошилин С. В. Новые медицинские технологии: гендерные различия восприятия телемедицины // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – № 3. – С. 79–86. – DOI: 10.25742/NRIPH.2023.03.013
89. Медведева Е. И., Крошилин С. В. Трансформация процесса управления кадрами: рестайлинг обязанностей немедицинских работников // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 2. – С. 60–72. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i2;60-72
90. Медведева Е. И., Крошилин С. В., Авачева Т. Г. Необходимость развития информационных компетенций при подготовке студентов в медицинских вузах // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2023. – Т. 14, № 1(49). – С. 66–78. – DOI: 10.33029/2220-8453-2023-14-1-66-78
91. Медведева Е. И., Крошилин С. В., Авачева Т. Г., Медведева О. В. Оценка интеллектуального потенциала медицинских организаций: тренд на развитие и инновационную модернизацию // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 4. – С. 915–935. – DOI: 10.24412/2312-2935-2023-4-915-935
92. Миков Д. Р., Кулеш А. М. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. – Вып. 1. – С. 88–97.
93. Мошетьова Л. К., Сычев Д. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н., Колосницына М. Г., Власова М. В. Непрерывное профессиональное развитие врачей: факторы мотивации и экономические аспекты // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2019. – Т. 3, № 8. – С. 3–6. – URL: https://www.rmj.ru/articles/organizatsiya-zdravookhraneniya-i-obshchestvennoe-zdorove/Neprreryvnoe_professionalynoe_razvitie_vrachey_factory_motivacii_i_ekonomicheskie_aspekty/#ixzz8nZeA8J8d (дата обращения: 25.09.2024).

94. Надточий Ю. Б. Определение сущности и структуры интеллектуального капитала высшего учебного заведения // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. – 2017. – № 10 (ч. 1). – С. 66–69.
95. Надточий Ю. Б., Будович Л.С. Интеллектуальный капитал организации: сущность, структура, подходы к оценке // Российский технологический журнал. – 2018. – Т. 6, № 2. – С. 82–95.
96. Назарова И. Б. Показатели, характеризующие здоровье жителей России к 2021 году // Народонаселение. – 2022. – Т. 26, № 2. – С. 28–38. – DOI: 10.19181/population.2022.25.2.3
97. Назарова И. Б. Самосохранительные практики населения // Вопросы управления. – 2024. – Т. 18, № 4. – С. 41–53. – DOI: 10.22394/2304-3369-2024-4-41-53
98. Назарова И. Б., Карпова В. М., Ляликова С. В. Потенциал здоровья населения российских регионов в самооценках // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2024. – Т. 17, № 3. – С. 126–141. – DOI: 10.15838/esc.2024.3.93
99. Немецкая Е. В., Карташов С. А., Кашаев А. А. Развитие профессиональных компетенций государственных служащих Российской Федерации // Труд и социальные отношения. – 2023. – Т. 34, № 6. – С. 37–46.
100. Нонака И., Такеучи Х. Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах: пер. с англ. А. Трактинского. – М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2011. – 384 с.
101. Огнерубов Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2015. – № 2. – С. 307–318.
102. Панов А. В. Заместитель главного врача по медицинской части: содержание трудовой функции с позиции требований нормативных правовых актов // Заместитель главного врача. – 2011. – № 6(61). – С. 64–79.
103. Пациорковский В. В., Пациорковская В. В. SPSS для социологов. Рос. акад. наук, Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения. – М.: РИЦ ИСПЭН РАН, 2005. – 432 с.
104. Пивень Д. В. Повышение квалификации врачей: основные вызовы сегодня и что делать // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 4–13. – DOI: 10.21045/1811-0185-2022-2-4-13.
105. Пивень Д. В., Кицул И. С. Перспективы и возможные варианты развития непрерывного медицинского образования // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 4–9. – DOI: 10.21045/1811-0185-2022-7-4-9
106. Платонов В. В., Воробьев В. П., Тихомиров Н. Н. Системы управления интеллектуальным капиталом на новом этапе технико-экономического развития: методологический аспект // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. – 2012. – № 2. – С. 7–15.
107. Платонов В. В., Рогова Е. М., Воробьев В. П. Интеллектуальные активы и инновации: проблемы оценки, учета и управления. – СПб.: СПбГУЭФ, 2008. – 161 с.
108. Помазанский В. В. Потенциал организации как основа ее конкурентоспособности // Сборник научных трудов SWorld. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 77–79.
109. Попова Т. В., Мохов В. Г., Никонова А. Е. Оценка эффективности деятельности менеджера с учетом психоэмоциональной специфики его труда // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и Менеджмент. – 2013. – № 3. – С. 106–109.

110. Просалова В. С., Николаева А. А. Актуальные вопросы преподавания экономических дисциплин будущим врачам-стоматологам // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – Т. 10, № 2(35). – С. 233–235.
111. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности: монография / [А. В. Старшинин и др.]; отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. Ю. В. Бурдастова. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 145 с. – URL: <https://niioz.ru/upload/iblock/876/876ae73c1bcfe1bfe7dbddb620dda21.pdf/> (дата обращения: 13.08.2024).
112. Раменский П. О., Смирнова Е. К. Здоровье в системе ценностных ориентаций, здоровьесберегающих практик и профессиональной деятельности медицинских работников // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 4. – С. 100–106. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4;100-106
113. Ростовская Т. К., Шабунова А. А., Князькова Е. А. Самосохранительное поведение россиян: оценка состояния здоровья и возможности долгожительства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (6). – С. 1275–1280. – DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1275-1280
114. Савинская Е. С., Харьковская О. А. Проблема эмоционального выгорания у врачей // Инновационная наука. – 2020. – № 12. – С. 178–180.
115. Селезнев А. А., Муртазина К. Р. Влияние образа жизни и уровня здоровья на профессиональное выгорание медицинских работников города и периферии // Студенческий вестник. – 2020. – № 27-1 (125). – С. 85–86.
116. Селезнев Е. Н. Интеллектуальный потенциал - показатель состояния интеллектуального капитала и эффективности его использования // Финансовый менеджмент. – 2004. – № 5. – С. 122–129.
117. Сергеев В. В., Шмелев И. А. Сочетание норм морали и права при регулировании медицинской деятельности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 88–92.
118. Сибурина Т. А., Мирошникова Ю. В., Лохтина Л. К. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития // Социальные аспекты здоровья. – 2014. – № 3(37). – С. 12.
119. Скулкина Ю. Н. Основные подходы к управлению здоровьем персонала на рабочем месте // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3, № 1. – С. 88–93.
120. Славянов А. С., Соколов Н. А. Интеллектуальный капитал и потенциал предприятия. Подходы к совершенствованию понятийного аппарата // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. – № 6(64). – С. 233–238. – DOI: 10.24411/2411-0450-2020-10565
121. Смольникова П. С., Трункова К. С., Мадьянова В. В., Хальфин Р. А. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 3. – С. 387–399. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-387-399
122. Соколова Е. Э., Платонов В. В., Воробьев В. П. Исследование интеллектуального потенциала инновационно-активных предприятий в рамках ресурсно-ориентированного подхода // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 426.

123. Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Рукавишников Г. В., Макаревич О. В., Незнанов Н. Г., Семенова Н. В., Лутова Н. Б., Мазо Г. Э. Влияние пандемии Covid-19 на психическое здоровье медицинских работников в России // Медицинская этика. – 2020. – Т. 8, № 2. – С. 27–34.
124. Старшинин А. В., Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В. и др. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности / отв. ред. Е. И. Аксенова; науч. ред. Ю. В. Бурдастова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 145 с.
125. Старшинин А. В. Амбулаторная помощь: новая парадигма развития // Московская медицина. – 2023. – № 1 (53). – С. 24–33.
126. Старшинин А. В., Бурдастова Ю. В. Проблемы и перспективы управления кадровыми ресурсами здравоохранения // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4(3). – С. 50–58. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;50-58
127. Стюарт Т. А. Интеллектуальный капитал. Новый источник богатства организаций: пер. с англ. В. А. Ноздриной. – М.: Поколение, 2007. – 368 с.
128. Суроегина А. Ю., Холмогорова А. Б. Профессиональное выгорание медицинских работников до, во время и после пандемии // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 64–73. – DOI: 10.17759/jmfp.2023120206
129. Тайц Б. М., Косенко А. А., Стволинский И. Ю. Приоритетные свойства характера успешного руководителя глазами главных врачей и их заместителей // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 298.
130. Тарабукина С. М., Дремова Н. Б. Перспективы развития дополнительных профессиональных компетенций фармацевтического персонала // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2021. – Т. 8, № 1. – С. 103–105.
131. Твилле П. С., Савинова Т. Л., Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Столкова А. С. Особенности синдрома эмоционального выгорания управленческих кадров системы здравоохранения // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 13–25. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;13-25
132. Фельдман И. Л. Особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей // Психология экстремальных ситуаций: проблемы теории и практики: материалы республиканской научно-практической конференции, Витебск, 17 мая 2011 г. / ВГУ им. П. М. Машерова; ред. колл. А. П. Солодков [и др.]. – Витебск: ВГУ им. П. М. Машерова, 2011. – С. 171–174.
133. Фридаг Х. Р., Шмидт В. Сбалансированная система показателей: пер. с нем. М. В. Лапшинова. – М.: Омега-Л, 2006. – 144 с.
134. Хамитова Н. Х., Сингатуллина Э. Р. Психоэмоциональное выгорание врачей-ортодонтотв // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста, Казань, 9 февраля 2024 г. – Казань: Казанский государственный медицинский университет, 2024. – С. 268–272.
135. Царанов К. Н., Комолова О. А., Тарбастаев А. Г. Обучение руководителей медицинских организаций: методы социальной психологии // Вестник Университета Правительства Москвы. – 2022. – № 4(58). – С. 14–21.
136. Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Наурузова М. А., Плутницкий А. Н., Тарбастаев А. Г. Влияние ценностных ориентаций врачей на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях неопределенности // Проблемы социальной

- гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 5. – С. 969–978. – DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-5-969-978
137. Черепанова И. С. Современные методы повышения эффективности труда руководителей // Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Вып. 6. – СПб., 2001. – С. 25–27.
138. Чернецкий В. Ю. Повышение квалификации сотрудников медицинских организаций как элемент трудовой мотивации // Экономика и управление: научно-практический журнал. – 2022. – № 5. – С. 136–142. – DOI: 10.34773/EU.2022.5.27
139. Чеснокова И. И. Первые итоги внедрения новой модели непрерывного повышения квалификации в систему постдипломного повышения квалификации врачей // Развитие образования. – 2020. – № 1(7). – С. 25–28. – DOI: 10.31483/r-64109
140. Шамурзаева М. М., Закальский В. А., Каримов Б. Н. Информационные ресурсы в программе обучения резерва управленческих кадров здравоохранения // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 1. – С. 32–38.
141. Шишкин С. В., Темницкий А. Л. Роль аттестации медицинских специалистов в повышении трудовой мотивации // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2019. – № 2. – С. 141–167.
142. Шклярчук В. Я. Самоохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. – 2008. – № 10 (294). – С. 139–142.
143. Шукуров М. Р., Коновалов О. Е., Саурина О. С. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 5. – С. 960–964. – DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-5-960-964
144. Эдвинссон Л., Мэлоун М. Интеллектуальный капитал. Определение истинной стоимости компании / Новая постиндустриальная волна на Западе: Антология / под ред. В. Л. Иноземцева. – М.: Academia, 1999. – С. 429–447.
145. Экономический словарь / отв. ред. А. И. Архипов. – М.: РФ-Пресс, 2017. – С. 266.
146. Яковлева Н. В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 202–214.
147. Ярашева А. В., Марков Д. И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 155–166. – DOI: 10.19181/population.2022.25.1.13
148. Ярашева А. В., Макар С. В., Аликперова Н. В. Современные здоровьесберегающие практики россиян // Народонаселение. – 2023. – Т. 26, № 2. – С. 127–138. – DOI: 10.19181/population.2023.26.2.11
149. Ярашева А. В., Александрова О.А., Марков Д. И. Трудовой потенциал медицинских работников: вопросы профессионального выгорания // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2024. – № 4(162). – С. 164–172.
150. Ajzen I., Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980. — 278 p.
151. Andriessen D. G., Tissen R. Weightless wealth: find your real value in a future of intangible assets. London: Financial Times Prentice Hall. 2000. – 197 p.

152. Arifdzhanova M. A., Babadzhanova F. A., Shagiyazova L. M. Emotional-mental burnout of doctors in Uzbekistan and its reasons // *New Day in Medicine*. – 2021. – No. 1(33). – P. 5–9.
153. Bear D. J., Tompson H. B., Morrison C. L., Vickers M., Paradise A. et al. Tapping the Potential of Informal Learning: An ASTD Research Study / Alexandria, VA: Am. Soc. Train. Dev. – 2008.
154. Bell B. S., Tannenbaum S. I., Ford J. K., Noe R. A., Kraiger K. 100 years of training and development research: what we know and where we should go // *J. Appl. Psychol.* – 2017. – No 102(3). – P. 305–323. – DOI: 10.1037/apl0000142
155. Benner P. From Novice to Expert // *The American Journal of Nursing*. – 1982. – No 82 (3). – P. 402–407.
156. Bentulila Y., Shalem L., Cohen B. et al. Physical work environment and burnout among primary care physicians in Israel: a cross-sectional study // *BMC Prim. Care*. – 2024. – No 25 (74). – DOI: 10.1186/s12875-024-02310-x
157. Bontis N. National Intellectual Capital Index: A United Nations initiative for the Arab region // *Journal of Intellectual Capital*. – 2004. – No 5(1). – P. 13-39. – DOI: 10.1108/14691930410512905
158. Building a Patient-Centered Culture in Healthcare Organizations 2024. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/2024-building-patient-centered-culture-healthcare-organizations/> (дата обращения: 06.06.2024).
159. Burnout in Healthcare Survey. Israel: Ministry of Health; 2021.
160. Cerasoli C. P., Alliger G. M., Donsbach J. S., Mathieu J. E., Tannenbaum S. I., Orvis K. A. Antecedents and outcomes of informal learning behaviors: a meta-analysis // *J. Bus. Psychol.* – 2018. – No 33. – P. 203–230. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10869-017-9492-y> (дата обращения: 02.09.2024).
161. Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. Healthcare Leadership Alliance, 2008. – URL: [http://www.healthcareleadershipalliance.org/Common %20Competencies %20for %20All %20Healthcare %20Managers.pdf](http://www.healthcareleadershipalliance.org/Common%20Competencies%20for%20All%20Healthcare%20Managers.pdf) (дата обращения: 02.09.2024).
162. De Vries N., Lavreysen O., Boone A., Bouman J., Szemik S., Baranski K., Godderis L., De Winter P. Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace // *Healthcare (Basel)*. – 2023. – Vol 29, No 11(13). – P. 1887. – DOI: 10.3390/healthcare11131887
163. Drain P. K., Primack A., Hunt D., Fawzi W. W., Holmes K. K., Gardner P. Global Health in medical education: a call for more training and opportunities. – URL: <https://www.mcgill.ca/globalhealth/files/globalhealth/ArtDrainGlobalHealthandMedicalEducation.pdf> (дата обращения: 30.06.2024).
164. Dreyfus S., Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition // California University Berkeley Operations Research Centre [monograph on the Internet]. 1980. – URL: https://www.researchgate.net/publication/235125013_A_Five-Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involved_in_Directed_Skill_Acquisition (дата обращения: 17.08.2024).
165. Enhancing Healthcare Leadership: Key Skills for Executives in 2024. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/blog/enhancing-healthcare-leadership-skills-2024/> (дата обращения: 17.04.2024).
166. Enock K., Markwell S. Interactions between managers, doctors and others. URL: [https://www.healthknowledge.org.uk/%20public-health-textbook/organisation-management/5aunderstanding-itd/interactions](https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5aunderstanding-itd/interactions) (дата обращения: 15.09.2018).

167. Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals. Biennium report 2016–2017. WHO health workforce. – URL: https://www.who.int/hrh/resources/bienium-report_16-17/en/ (дата обращения: 17.09.2024).
168. Frenk J., Chen L., Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P., Ke Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D., Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world // *The Lancet*. – 2010. – Vol. 376. – P. 1923–1958.
169. Ghahramani S., Lankarani K.B, Yousefi M., Heydari K., Shahabi S., Azmand S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19 // *Front. Psychiatry*. – 2021. – No 12. – P. 758849. – DOI: 10.3389/fpsyt.2021.758849
170. Giannetto K., Wheeler A. Knowledge Management Toolkit: A Resource for Creating Policy and Strategy, with Practical Guidance for Managing Knowledge at All Levels within the Organization. – Aldershot: Gower Publishing, 2000. – 134 p. – DOI: 10.1108/oir.2001.25.3.214.4
171. Glanz K., Rimer B., Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. – 552 p.
172. Global consortium for healthcare management. Health Manager. 2015. – URL: <https://healthmanager.ie/2015/11/global-consortium-for-healthcare-management/> (дата обращения: 30.06.2024).
173. Harrison R., Meyer L., Chauhan A., Agaliotis M. What qualities are required for globally-relevant health service managers? An exploratory analysis of health systems internationally. – URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0452-3> (дата обращения: 01.09.2024).
174. Health workforce – migration. WHO. 2018. – URL: <https://www.who.int/hrh/migration/en/> (дата обращения: 30.08.2024).
175. Health workforce 2030. A Global strategy on human resources for health. – URL: http://www.who.int/hrh/documents/strategy_brochure9-20-14.pdf (дата обращения: 24.05.2024).
176. Health Workforce Policy in OECD countries: the right jobs, the right skills, the right places, OECD Health Policy Research. Paris: OECD Publishing House, 2016. – URL: <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en> (дата обращения: 24.05.2024).
177. Hideki E. Preventing and Treating Burnout Among Physicians in Japan, 2019. – DOI: 10.17615/54km-fa58.
178. Holm H. A. Quality issues in continuing medical education // *BMJ*. – 1998. – No 316(7131). – P. 621–624.
179. Kaplan R. S., Norton D. P. The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 1996. – 322 p.
180. Key Skills for Executives in 2024. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/blog/enhancing-healthcare-leadership-skills-2024/> (дата обращения: 17.04.2024).
181. Koehn P. H., Rosenau J. N. Transnational competence: empowering curriculums for horizon-rising challenges. London: Routledge, 2015.
182. Leadership competencies for healthcare services managers. International Hospital Federation, 2015. – URL: https://www.ache.org/newclub/resource/Leadership_Compencies_Healthcare_Services_Managers.pdf (дата обращения: 17.04.2024).

183. Leveraging Partnerships to Enhance Healthcare Delivery. – URL: <https://www.thehealthcareexecutive.net/article/leveraging-partnerships-to-enhance-healthcare-delivery/> (дата обращения: 06.06.2024).
184. Meyer L., Hodgkinson A. R., Knight R., Ho M. T., di Copro S. K., Bhalla S. Graduate capabilities for health service managers: reconfiguring health management education @UNSW. – 2007. – No 31(3). – P. 379–84. – URL: https://www.researchgate.net/publication/6170466_Graduate_capabilities_for_health_service_managers_reconfiguring_health_management_education_UNSW (дата обращения 02.09.2024). – DOI: 10.1071/ah070379
185. Pulic A. MVA and VAIC™ Analysis of Randomly Selected Companies from FTSE 250 // Austrian Intellectual Capital Research Center, Graz-London. – 2000. – No 1. – P. 1–44.
186. Rider E. A., Gilligan M. A., Osterberg L., Branch W. T. Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice. – URL: https://www.researchgate.net/publication/325031279_Healthcare_at_the_Crossroads_The_Need_to_Shape_a_n_Organizational_Culture_of_Humanistic_Teaching_and_Practice (дата обращения: 16.09.2018).
187. Rumizen M. C. The complete idiot's guide to knowledge management. – DK Publishing, 2001. – 336 p.
188. Stewart T. A. Intellectual capital: The New Wealth of Organizations. – Intellectual Capital, 1997. – 240 p.
189. Sveiby K.-E. The Intangible Assets Monitor // Journal of Human Resource Costing & Accounting. – 1997. – No. 2(1). – P. 73–97. – DOI: 10.1108/eb029036
190. Tannenbaum S. I., Wolfson M. A. Informal (Field-Based) Learning // Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. – 2022. – Vol. 9, No 1. – P. 391–414. – URL: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-orgpsych-012420-083050> (дата обращения: 29.09.2024).
191. The world health report: Working together for health. Geneva: WHO, 2006. – URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1 (дата обращения: 17.04.2024).
192. von Weizsäcker E. U., Lovins A. B., Lovins L. H. Factor Four: Doubling Wealth—Halving Resource Use: A New Report to the Club of Rome. In: von Weizsäcker, E. (eds) // Ernst Ulrich von Weizsäcker. SpringerBriefs on Pioneers in Science and Practice. – 2014. – No 28. – P. 127–141. – DOI: 10.1007/978-3-319-03662-5_11
193. Wang Z., Xie Z., Dai J., Zhang L., Huang Y., Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai // J Occup Health. – 2014. – No 56(1). – P. 73–83.
194. Wen J., Cheng Y., Hu X., Yuan P., Hao T., Shi Y. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study // Biosci Trends. – 2016. – No 10(1). – P. 27–33.

Информация об авторах

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

Александрова Ольга Аркадьевна, доктор экономических наук, заместитель директора по научной работе Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук; научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; профессор кафедры социологии Финансового университета при Правительстве РФ.

Аликперова Наталья Валерьевна, кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Бурдастова Юлия Владимировна, кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Коленникова Ольга Александровна, кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; ведущий научный сотрудник лаборатории проблем распределительных отношений Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук.

Комолова Ольга Алексеевна, аналитик отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», директор Центра программ МРА в здравоохранении Управления развития отраслевых образовательных программ, Московский городской университет управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова.

Крошилин Сергей Викторович, кандидат технических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук; научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Марков Дмитрий Игоревич, аналитик отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», аспирант факультета социальных наук и массовых коммуникаций Финансового университета при Правительстве РФ.

Медведева Елена Ильинична, доктор экономических наук, доцент, главный научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук; научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Назарова Инна Борисовна, доктор экономических наук, главный научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук; ведущий научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; доцент кафедры социологии Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы.

Старшинин Андрей Викторович, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

Токсанбаева Майраш Сейткадыевна, доктор экономических наук, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», главный научный сотрудник, заведующий лабораторией проблем распределительных отношений Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук.

Яршева Азиза Викторовна, доктор экономических наук, профессор, профессор РАН, заведующий лабораторией исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н. М. Римашевской – обособленного подразделения ФГБУН Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук.

Термины и определения

Аккредитация медицинского специалиста – независимая процедура для определения соответствия квалификации лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, требованиям к квалификации медицинского или фармацевтического работника в соответствии с профессиональными стандартами для самостоятельного осуществления медицинской или фармацевтической деятельности.

Аттестация – подтверждение уровня подготовки, мастерства, квалификации работника.

Здоровьесбережение – комплекс мер, в том числе образовательных, нацеленных на формирование образа жизни, способствующего укреплению и сохранению здоровья населения.

Карьерная траектория – стратегия поведения на рынке труда (планирование профессиональных и/или должностных достижений), которая разрабатывается на определенный период времени.

Качество оказания медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Корпоративная культура – нормы, ценности, правила поведения, а также различные процедуры и ритуалы, принятые (формально и неформально) в данной организации.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Наставник – высококвалифицированный сотрудник медицинской организации, назначаемый ответственным за адаптацию сотрудника медицинской организации, нуждающегося в наставничестве, и проводящий в утвержденном порядке работу по его подготовке к профессиональной деятельности, обладающий высокими профессиональными и нравственными качествами, практическими знаниями и опытом, педагогическими навыками и профессиональным авторитетом.

Наставничество – форма профессионального становления и развития специалистов под наблюдением наставника, направленная на совершенствование качества профессиональной подготовки, знаний, умений и практических навыков, надлежащее исполнение должностных обязанностей, адаптацию в трудовом коллективе, ознакомление с особенностями работы в медицинской организации.

Непрерывное медицинское образование – гарантируемая государством система институциональных условий, дающая возможность непрерывного обновления профессиональных знаний и навыков медицинских работников, пришедшая на смену традиционной системе дополнительного профессионального медицинского образования.

Непрерывное профессиональное развитие – непрерывное развитие личностных, социальных и управленческих навыков.

Опрос – метод исследования, основанный на устном или письменном обращении к определенной группе людей с вопросами, содержание которых представляет проблему исследования на эмпирическом уровне.

Оценка – систематический и объективный анализ реализации и результатов проводимой в настоящий момент или завершенной инициативы; цель оценки состоит в определении ее актуальности и достижении целей, эффективности, достигнутого полезного эффекта.

Пациент – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Персонал – личный состав организации, который включает наряду с кадрами временных работников стажеров, совместителей, которые рассматриваются не только как исполнители трудовых функций, но и носители социальных потребностей в общении, признании, уважении.

Повышение квалификации – обучение после получения основного образования, цель которого – поддержание и совершенствование профессиональных знаний, их углубление, повышение уровня, приведение в соответствие с требованиями более высокой должности; закрепление новых навыков, рост мастерства по имеющейся профессии.

Подопечный (ученик/лицо, в отношении которого осуществляется наставничество) – медицинский работник, осуществляющий свою профессиональную деятельность в медицинской организации при профессиональном сопровождении наставника в рамках установленного в медицинской организации регламента.

Профессиональное развитие – подготовка сотрудников к выполнению новых производственных функций, занятию более высоких должностей, решению современных задач; в результате профессионального обучения удается сократить разрыв между требованиями, которые предъявляются должностью, и качествами реального человека.

Профессиональный рост – увеличение профессиональных знаний, умений и навыков, признание профессиональным сообществом результатов труда человека, авторитета в конкретном виде профессиональной деятельности.

Саморазрушительное поведение – действия (сознательные и/или бессознательные) индивида, направленные на разрушение своего физического и психического здоровья.

Самосохранительное (витальное) поведение – целесообразные действия индивида, направленные на самосохранение в течение жизни в физическом, психологическом и социальном аспектах; комплексная система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление срока жизни в пределах этого цикла.

Стимулирование труда – целенаправленное управленческое воздействие на персонал посредством использования экономических и неэкономических методов поощрения и наказания для воздействия на его трудовую активность.

Структурированное интервью – вид социологического опроса, при котором достоверность полученных результатов обеспечивается методикой проведения (в каждом интервью задаются одни и те же вопросы в одном и том же порядке), что позволяет проводить сравнения между выборочными подгруппами или между различными периодами опроса.

Искусственный интеллект в медицине – это область информатики, которая занимается разработкой интеллектуальных компьютерных систем, т. е. систем, обладающих возможностями, которые мы традиционно связываем с человеческим разумом: понимание языка, обучение, способность рассуждать, решать проблемы и т. д. Основной целью приложений, связанных со здоровьем человека, является анализ взаимосвязи между методами профилактики или лечения и результатами лечения пациентов.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВЦИОМ – Всероссийский центр исследования общественного мнения

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИИ – искусственный интеллект

ИК – интеллектуальный капитал

ИП – интеллектуальный потенциал

ИТ – информационные технологии

МО – медицинская организация

НМО – непрерывное медицинское образование

ОМС – обязательное медицинское страхование

ООН – Организация Объединенных Наций

ПО – программное обеспечение

РАН – Российская академия наук

Росстат – Федеральная служба государственной статистики

СМП – средний медицинский персонал

ФНИСЦ – Федеральный научно-исследовательский социологический центр

ЧК – человеческий капитал

Научное электронное издание

Старшинин Андрей Викторович, **Аксенова** Елена Ивановна,
Назарова Инна Борисовна и др.

КАДРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ

Корректор Л. И. Базылевич

Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов

Объем данных 6,0 МБ

Дата подписания к использованию: 20.12.2024

[URL: https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/](https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/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



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

**ДВИГАЕМ НАУКУ
ВПЕРЕД!**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА
2 0 2 4