

# УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ И КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

Монография

Научное электронное издание

МОСКВА  
2 0 2 3



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

# УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ И КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

Научное электронное издание

Москва  
2023

УДК 614.2

ББК 51.1

Рецензенты:

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

**Бонкало Татьяна Ивановна**, доктор психологических наук, доцент, начальник отдела ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Авторы:

**А. В. Старшинин, А. С. Безымянный, Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурковская, А. В. Гажева, Н. А. Гречушкина, А. В. Иванов, А. А. Кравчук, И. А. Крюкова, О. И. Нечаев, К. Ю. Тархов, А. С. Тимофеева, Е. А. Чернова**

**Управление изменениями в первичной медико-санитарной помощи: исследовательские компетенции врачей и критическое мышление** [Электронный ресурс] / [А. В. Старшинин и др.]. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 118 с.

**ISBN 978-5-907717-73-2**

В монографии, посвященной высокоактуальной тематике, связанной с внедрением и управлением изменениями в системе здравоохранения, приводится характеристика и анализ различных аспектов управления изменениями в системе первичной медико-санитарной помощи.

Структура монографии включает семь глав. В первой главе рассматриваются модели и теории управления изменениями в системе здравоохранения, их основополагающие принципы и важные элементы, а также приводится краткая характеристика эмоциональной, когнитивной и профессиональной готовности к изменениям. Вторая глава посвящена описанию основных принципов и трендов трансформации системы первичной медико-санитарной помощи в мире, России и Москве. В третьей главе основное внимание уделено такому понятию, как лидер изменений в системе первичной медико-санитарной помощи, его роли и функциям, алгоритму вовлечения его в процесс изменений и эффективному взаимодействию с другими участниками. В четвертой главе представлен анализ стратегий и практик преодоления сопротивления изменениям: ключевые барьеры, причины сопротивления изменениям, роль информационных систем в преодолении сопротивления изменениям, а также обсуждается изменение мышления медицинского персонала как основной фактор снижения сопротивления изменениям. В пятой главе приводятся основные вехи в культуре адаптации медицинского персонала (с выявлением основных поведенческих моделей) к изменениям, барьеры и возможности, возникающие на этом пути, разбирается роль междисциплинарных команд и процесса наставничества для адаптации к изменениям. Шестая глава посвящена формированию исследовательских компетенций и критического мышления медицинского персонала для содействия изменениям. В ней освещаются вопросы, связанные с развитием лидеров изменений через исследовательскую деятельность, типовыми поведенческими моделями лидеров изменений. Основное внимание уделяется образовательному проекту «Научная лаборатория: Московская поликлиника» как ключевому в формировании и развитии исследовательских компетенций и критического мышления у медицинского персонала в области первичной медико-санитарной помощи.

В заключительной седьмой главе приводится характеристика инструментария для обеспечения эффективного информирования об изменениях в здравоохранении, роли информационной среды и технологий в этом процессе для создания единой коммуникационной среды и успешного опыта исследований изменений.

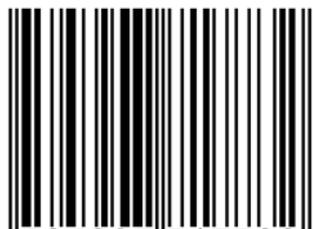
Представленный в монографии материал адресован специалистам по организации здравоохранения, руководителям и сотрудникам медицинских учреждений, а также будет интересен преподавателям, студентам и аспирантам медицинских образовательных организаций высшего образования.

**УДК 614.2**  
**ББК 51.1**

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
(Протокол № 7 от 19 сентября 2023 г.).*

*Самостоятельное электронное издание сетевого распространения*  
Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;  
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907717-73-2



9 785907 717732 >

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>5</b>
<b>ГЛАВА 1. УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....</b>	<b>7</b>
1.1. Модели и теории управления изменениями в здравоохранении .....	8
1.2. основополагающие принципы управления изменениями в здравоохранении .....	13
1.3. Важные элементы управления изменениями.....	15
1.4. Эмоциональная и когнитивная готовность к изменениям.....	18
1.5. Профессиональная готовность к изменениям .....	22
<b>ГЛАВА 2. ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП): ПРИНЦИПЫ ИЗМЕНЕНИЙ .....</b>	<b>24</b>
2.1. Глобальные тренды трансформации ПМСП .....	25
2.2. Уникальные особенности модернизации первичного звена в России и Москве .....	28
2.3. Принципы ПМСП .....	30
2.4. Облик ПМСП в будущем и новая профилактическая модель .....	32
2.5. Научная и технологическая основа изменений ПМСП (на примере Москвы) .....	34
<b>ГЛАВА 3. ЛИДЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ .....</b>	<b>37</b>
3.1. Лидер изменений: кто, что делает, как выявить.....	38
3.2. Научная деятельность для стимулирования лидеров изменений .....	44
3.3. Алгоритмы вовлечения лидера в процессы изменений .....	46
3.4. Эффективное взаимодействие участников изменений: роли лидера изменений .....	48
<b>ГЛАВА 4. СТРАТЕГИИ И ПРАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ .....</b>	<b>50</b>
4.1. Ключевые барьеры и сопротивление изменениям в здравоохранении.....	51
4.2. Причины сопротивления изменениям в здравоохранении.....	53
4.3. Роль информационных систем в преодолении сопротивления изменениям .....	56
4.4. Наиболее распространенные практики преодоления сопротивления изменениям ....	59
4.5. Изменение мышления медицинского персонала как основной фактор снижения сопротивления изменениям.....	62

<b>ГЛАВА 5. РАЗВИТИЕ КУЛЬТУРЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ИЗМЕНЕНИЯМ</b> .....	<b>66</b>
5.1. Культура адаптации к изменениям: основные вехи.....	67
5.2. Барьеры и возможности адаптации медицинского персонала к изменениям.....	70
5.3. Междисциплинарные команды для адаптации к изменениям .....	72
5.4. Наставничество и партнерство для изменений.....	75
5.5. Выявление и приоритизация поведенческих моделей медицинского персонала .....	78
<b>ГЛАВА 6. ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ</b> .....	<b>80</b>
6.1. Развитие лидеров изменений через исследовательскую деятельность.....	81
6.2. Проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника»: основные характеристики .....	83
6.3. Типовые поведенческие модели лидеров изменений. Приоритетные направления развития лидеров изменений .....	91
6.4. Цифровая среда .....	93
6.5. Научные наставники и координаторы .....	94
6.6. Геймификация .....	96
6.7. Практическая реализация теории геймификации в проекте «Научная лаборатория: Московская поликлиника».....	99
<b>ГЛАВА 7. ЭФФЕКТИВНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ</b> .....	<b>104</b>
7.1. Эффективное информирование об изменениях .....	105
7.2. Обеспечение единой коммуникационной среды и успешного опыта исследований изменений.....	108
7.3. Информационные среды и технологии для информирования об изменениях .....	109
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>112</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	<b>114</b>

# ВВЕДЕНИЕ

Систему здравоохранения можно рассматривать и как социально-экономическую систему, и как синергетическую – сложную, открытую, развивающуюся, нелинейную, динамическую. При этом наиболее перспективным путем развития для такой системы будет тот, который сопровождается внедрением организационных, экономических, технологических, информационных нововведений (изменений) на всех уровнях (макро-, мезо- и микро-) управления с учетом человеческого фактора, от которого зависит выбор вектора ее развития, возможность достижения устойчивости по сравнению с воздействием факторов внешней среды.

Медицина и здравоохранение – это отрасли, которые непрерывно и постоянно сталкиваются с различными изменениями: появляются новые технологии, внедряются новые стандарты. Происходящие изменения должны приводить к таким процессам, как совершенствование организационной структуры медицинских учреждений (больниц, поликлиник), улучшение их технического и технологического оснащения, повышение уровня подготовки медицинских кадров (персонала), особенно в области первичной медико-санитарной помощи. Такие изменения не могут происходить спонтанно и стихийно: для их успешного внедрения в практику необходимо управлять этим процессом.

Управление изменениями – это один из главных факторов развития организации, который включает процессы, направленные на обеспечение внедрения преобразований. Основными объектами изменений выступают, как правило, стратегия и цели предприятия, его структура, кадровый состав, рабочие функции сотрудников, методы ведения деятельности и культура организации.

Мировой опыт свидетельствует о широком использовании системы управления изменениями во многих организациях, в том числе медицинских. В России в общем и в Москве в частности разработка методического инструментария управления изменениями находится в стадии становления, и решение данной задачи имеет прикладное значение для организаций различных отраслей народного хозяйства, в том числе социальной сферы – для организаций здравоохранения.

В связи с высокой актуальностью тематики, связанной с внедрением и управлением изменениями в системе здравоохранения, вниманию читателей представляется монография, посвященная рассмотрению, характеристике и анализу различных аспектов управления изменениями в системе первичной медико-санитарной помощи.

Структура монографии включает семь глав. В первой главе рассматриваются модели и теории управления изменениями в системе здравоохранения, их основополагающие принципы и важные элементы, а также приводится краткая характеристика эмоциональной, когнитивной и профессиональной готовности к изменениям. Вторая глава посвящена описанию основных принципов и трендов трансформации системы первичной медико-санитарной помощи в мире, России и Москве. В третьей главе основное внимание уделено такому понятию, как лидер изменений в системе первичной медико-санитарной помощи, его роли и функциям, алгоритму вовлечения его в процесс изменений и эффективному взаимодействию с другими участниками. В четвертой

главе представлен анализ стратегий и практик преодоления сопротивления изменениям: ключевые барьеры, причины сопротивления изменениям, роль информационных систем в преодолении сопротивления изменениям, а также обсуждается изменение мышления медицинского персонала как основной фактор снижения сопротивления изменениям. В пятой главе приводятся основные вехи в культуре адаптации медицинского персонала (с выявлением основных поведенческих моделей) к изменениям, барьеры и возможности, возникающие на этом пути, разбирается роль междисциплинарных команд и процесса наставничества для адаптации к изменениям. Шестая глава посвящена формированию исследовательских компетенций и критического мышления медицинского персонала для содействия изменениям. В ней освещаются вопросы, связанные с развитием лидеров изменений через исследовательскую деятельность, типовыми поведенческими моделями лидеров изменений. Основное внимание уделяется образовательному проекту «Научная лаборатория: Московская поликлиника» как ключевому в формировании и развитии исследовательских компетенций и критического мышления у медицинского персонала в области первичной медико-санитарной помощи. В заключительной седьмой главе приводится характеристика инструментария для обеспечения эффективного информирования об изменениях в здравоохранении, роли информационной среды и технологий в этом процессе для создания единой коммуникационной среды и успешного опыта исследований изменений.

Представленный в монографии материал адресован специалистам по организации здравоохранения, руководителям и сотрудникам медицинских учреждений, а также будет интересен преподавателям, студентам и аспирантам медицинских образовательных организаций высшего образования.

ГЛАВА

1

# УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

# 1.1. МОДЕЛИ И ТЕОРИИ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Изменения – это важнейший элемент сохранения устойчивости систем: биологических, технических, организационных.

Одним из выдающихся экономистов и социологов XX в. Йозефом Алоизом Шумпетером была определена необходимость управления изменений как «созидательного разрушения» для развития [1–3].

Идея развития Й. А. Шумпетера опирается на факт постоянных изменений исторических условий и неповторимости хозяйственного кругооборота и на появление каждого последующего исторического состояния из предыдущего. Причем в его теории речь идет о механизме изменений. В свою очередь, экстенсивный рост, сопровождающийся ростом финансовых достижений, Й. А. Шумпетер не рассматривал как развитие, поскольку рост не порождал новых качественных явлений.

Планирование процесса изменений посредством создания моделей управления создает преимущества организации, так как моделирование изменений – это ответ на вопросы, касающиеся совершенствования деятельности организации и повышения ее конкурентоспособности.

Высокая прозрачность, простота и доступность системного описания позволяют выработать понятные требования к настройке подсистем управления ресурсами и взаимоотношений с внешней средой, а также к содержанию формируемой управленческой отчетности, необходимой для принятия решения.

Модели управления изменениями – это конструкции, которые включают основополагающую концепцию, методологию, метамодель и углубленный подход к достижению целей изменения путем преобразований и способствуют принятию и признанию нового желаемого состояния. В настоящее время доказанную эффективность имеют следующие модели управления изменениями (табл. 1).

Таблица 1. Эффективные модели управления изменениями <sup>1</sup>

№	Название	Количество этапов (опорных точек)	Описание
1	Переходная модель Бриджеса	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первый этап. Конец, проигрыш и высвобождение. Все переходы начинаются с конца. На этом этапе люди определяют, что заканчивается, что они теряют и как отпустить эти потери.</li> <li>• Второй этап. Нейтральная зона. Эта стадия представляет собой отрезок времени, в котором старое уже прошло, но новое все еще в полной мере не началось. Это некомфортная стадия, но она необходима и действует как основа для формирования чего-то нового.</li> <li>• Третий этап. Новое начало. На этом этапе принимаются новые договоренности, ценности и установки. У пострадавших людей появляются новые роли, они понимают свою ценность и то, как они способствуют достижению общих целей организации</li> </ul>
2	Модель на базе теории К. Левина	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разморозка – это подготовительный этап, который помогает тем, на кого повлияет реформа, сломать текущее положение застоя и признать, что изменение неизбежно. Ключевой момент здесь заключается в том, чтобы отметить причины, по которым текущее состояние имеет недостатки и не может продолжаться. Первым шагом на пути к переменам является отказ от привычных способов действий, основанный на убежденности в их неэффективности, невозможности дальнейшего использования.</li> <li>• Изменение. На этом этапе вовлечение работников, а также хорошая коммуникация используются для реализации изменений. Там, где стадия разморозки может быть стрессовой, стадия изменений остается немного стрессовой, но она продвигается независимо от поддержки и постоянного общения. На этом этапе слухи развеиваются, и каждый имеет право действовать.</li> <li>• Заморозка. Наконец, необходимо выполнить фазу повторного замораживания, чтобы укоренить изменения, которые были инициированы на этапе «Изменение». Разрабатываются стратегии, чтобы помочь закрепить эти преобразования и бизнес-процессы не вернулись на старые рельсы. Успехи вознаграждаются компанией, а общение и поддержка продолжают</li> </ul>

<sup>1</sup> Составлено авторами на основании материалов электронных ресурсов: <https://www.theknowledgeacademy.com/>, <https://expertprogrammanagement.com/>

№	Название	Количество этапов (опорных точек)	Описание
3	Модель реализации изменений Р. Маурера	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Я не понимаю. Это сопротивление возникает, когда сотрудники не получили достаточной информации, не согласны с данными, не имеют доступа к важной информации или не понимают, что эти данные и информация для них значат.</li> <li>• Мне это не нравится. Это эмоциональная реакция на изменения, которые происходят, когда сотрудники чувствуют себя встревоженными, испуганными или расстроенными из-за того, что они вынуждены изменить свои повседневные действия, привычки и/или должность.</li> <li>• Ты мне не нравишься. Наконец, многие сотрудники проявляют еще одну эмоцию, относясь негативно к самим людям, которые инициируют изменения, а не к самим изменениям</li> </ul>
4	Цикл Деминга, или Модель PDCA	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan, планируй – заранее планируй изменения, анализируй и предсказывай результат.</li> <li>• Do, действуй – исполняй план, действуя небольшими шагами в контролируемых обстоятельствах.</li> <li>• Check, проверь – контроль, оценка результатов контроля.</li> <li>• Act – документирование достигнутых изменений, управление в регулярную деятельность организации</li> </ul>
5	Модель (кривая) изменений Кюблер-Росс	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отрицание. Происходит, когда сотрудники отказываются признать, что изменения должны произойти, и требуют интенсивного общения и медленного перехода к изменениям.</li> <li>• Гнев. Происходит, когда люди начинают бояться и возмущаться переменам и требуют прекратить действия в этом направлении, а также дополнительного диалога и поддержки.</li> <li>• Торг. Наступает, когда сотрудники пытаются изменить предполагаемые изменения и требуют прислушаться к их мнению насчет этого.</li> <li>• Депрессия. Наступает, когда сотрудники снижают уровень производительности из-за отчаянного и озлобленного настроения к преобразованиям и требуют вознаграждений за небольшие успехи в реализации реформ.</li> <li>• Принятие. Происходит, когда изменение полностью управляемо и сотрудники покорно его принимают. Они понимают, что должны с этим смириться, так как обратной дороги уже нет</li> </ul>
6	Модель ADKAR (ADKAR-Prosci)	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осведомленность — обоснование сути и задач изменения.</li> <li>• Желание — формирование готовности сотрудников работать по-новому.</li> <li>• Знание — обучение новому процессу.</li> <li>• Способность — проверка готовности работать по-новому.</li> <li>• Подкрепление — мотивация сотрудников соблюдать новый процесс</li> </ul>

№	Название	Количество этапов (опорных точек)	Описание
7	Модель подталкивания, или Надж-подход	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определите ваши изменения.</li> <li>• Подумайте о реформах, с точки зрения ваших сотрудников.</li> <li>• Используйте доказательства, чтобы показать лучший вариант.</li> <li>• Представьте изменение как выбор.</li> <li>• Слушайте отзывы.</li> <li>• Ограничьте препятствия.</li> <li>• Поддерживайте импульс благодаря краткосрочным победам</li> </ul>
8	Модель оценки В. Сатир	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Старый статус-кво. Определяет начальную точку до изменения. Каково текущее состояние работ, технологии, морали и т. д.</li> <li>• Сопротивление. Сопротивление возникает, когда сотрудники реагируют отрицательными эмоциями на изменения. Чему именно сопротивляются сотрудники? Какие новые элементы вызывают это сопротивление и почему?</li> <li>• Хаос. Эта стадия происходит в самой низкой точке морального состояния и мотивации из-за сопротивления изменениям. Сотрудники ищут возможности возвращения к старым методам работы.</li> <li>• Интеграция. Здесь производительность принимает положительный оборот, виден энтузиазм. Как и на всех этапах, отслеживание производительности и успеха является жизненно важным.</li> <li>• Новый статус-кво. Наконец, процесс интеграции и принятия изменения заканчивается и становится неотъемлемой частью в работе компании. Менеджмент занят работой над повышением эффективности работы в новых условиях</li> </ul>
9	Модель McKinsey или модель 7-S	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие ценности: основополагающие ценности компании, ее миссия и принципы корпоративной культуры.</li> <li>• Навыки: основные способности, возможности и компетенции персонала организации.</li> <li>• Персонал: характеристики всех ключевых рабочих ролей, включая демографию, мотивацию, обучение и вознаграждение.</li> <li>• Стиль: модели поведения всех рабочих подразделений, стиль руководства и его значение в преобразованиях.</li> <li>• Стратегия: общая цель организации и как она стремится превзойти конкурентов.</li> <li>• Структура: структурное разделение работы внутри организации и взаимодействие между отделами.</li> <li>• Системы: определенные процедуры в распределении ресурсов, измерения эффективности и вознаграждения</li> </ul>

№	Название	Количество этапов (опорных точек)	Описание
10	Модель, основанная на теории Дж. Коттера	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создайте ощущение безотлагательности: помогите другим понять, почему необходимы перемены с помощью «смелого, вдохновляющего заявления о возможностях».</li> <li>• Постройте руководящую коалицию: привлечите ключевых игроков, в том числе заинтересованных лиц и лидеров.</li> <li>• Сформируйте стратегическое видение и инициативы: определите предполагаемые изменения.</li> <li>• Завербуйте армию добровольцев: привлечите в процесс всех остальных и заставьте осуществить необходимые изменения.</li> <li>• Активизируйте действия, устраняя барьеры: выявляйте и устраняйте барьеры, которые в противном случае были бы препятствием на пути к свободе и эффективным изменениям.</li> <li>• Генерируйте краткосрочные победы: отслеживайте прогресс и заряжайте энергией участников через празднование даже небольших успехов.</li> <li>• Поддерживайте достижения. После первоначальных успехов продолжайте настаивать на инициативе перемен, пока ваши цели не будут достигнуты.</li> <li>• Институализируйте изменения. Выявите новые формы поведения, которые положительно проявили себя, и продолжайте их поддерживать, чтобы они укрепили силу преобразований и старые привычки не появлялись</li> </ul>

## 1.2. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В стратегическом менеджменте большинством исследователей определяются шесть принципов управления изменениями. Согласно современным подходам, можно выделить два базисных положения: экспоненциальный рост скорости изменений в современном мире и ориентация на проактивный подход к управлению изменениями<sup>2</sup>.

Первый принцип. Четкое понимание для лидера изменений, команды и организации целевого состояния после трансформации. Это должен быть как общий собирательный образ – выход на лидирующие позиции (лучший амбулаторный центр города, лучший травматологический пункт и т. д.), так и четкие измеримые цели, которых необходимо достичь.

Второй принцип. Разработка последовательности шагов и контрольных точек. Трансформация медицинской организации должна выражаться в постоянном создании новых продуктов, причем разбитых на достаточно короткие этапы/итерации и сгруппированных по конкретным направлениям. В современном времени неопределенности детальное планирование дальнейших действий потеряет свою актуальность. Важнее быстро создать минимально жизнеспособные продукты, на них учиться и их улучшить.

Третий принцип. Внедрение изменений должно затрагивать многие элементы системы управления, иначе ставится под вопрос их устойчивость. Чтобы реально поменять механику работы компании, надо изменить систему целей, ролей, ответственных за процессы и результаты, разработать новые принципы распределения ресурсов под задачи. А главное – сформировать культуру изменений. Попытки быстро поправить один из элементов не приводят к результату и ставят под угрозу всю трансформационную программу.

Четвертый принцип. Открытость внешней экспертизе и технологиям. Медицина традиционно консервативная отрасль и многим организациям трудно отойти от старой парадигмы конкуренции (моя технология, мое ноу-хау, моя экспертиза и моя территория, «в которую я никого не пушу»). Между тем в современном мире конкуренция невозможна без кооперации. В одиночку нельзя успеть за технологическими новинками: если ваши сотрудники будут вынуждены вновь и вновь изобретать велосипед, то медицинская организация потеряет драгоценное время.

Пятый принцип. Готовность к серьезной модернизации коммуникаций. Прежде всего развитие горизонтальных и вертикальных связей с сотрудниками. Любые изменения делают или блокируют люди. Трансформация для них – это всегда выход из зоны комфорта: это сложно, требует дополнительных усилий, чревато ошибками, некоторые инициативы могут оказаться тупиковыми.

---

<sup>2</sup> По материалам электронного ресурса <https://blogs.forbes.ru/>

ми. Если не пояснить людям, зачем все эти усилия и что конкретно они дадут каждому из них, ничего не получится. А дадут они многое: возможность самореализоваться, показать себя и продвигаться по карьерной лестнице, заниматься действительно интересными вещами, работать в известной организации, наконец. Нельзя забывать и о материальной мотивации, которая должна помочь сотрудникам не потерять драйва при новом уровне усилий и стресса от постоянных изменений. Для того чтобы рассказать об этом сотрудникам эффективно, надо воспользоваться новыми инструментами коммуникаций: наглядными видео и интерактивными анимационными форматами, диджитал-платформами и корпоративными социальными сетями, вебинарами, онлайн-трансляциями и т. д.

Шестой принцип. Понимание бесконечности модернизации в современном мире. Несмотря на то, что трансформационные инициативы должны иметь конкретные сроки и цели, важно расценивать свою программу как один из этапов никогда не прекращающегося процесса, ведь мир не прекращает меняться и только увеличивает скорость изменений!

Успешные программы изменения в организациях отвечают определенным устойчивым правилам эффективного управления изменениями. В их основе лежат три принципа, прошедшие испытание временем: преодоление естественной инерции в организациях требует постоянного применения сил для продвижения изменений; чем больше инерция или сопротивление преобразованиям, тем больше необходимы силы для изменения; способ общения агентов изменений со своими противниками является способом, который они будут использовать для обращения к агентам изменения.

Необходимость управлять изменениями в условиях возрастающей сложности систем продолжает оставаться нелегкой задачей, особенно в такой традиционно консервативной отрасли, как медицина, но потребность в изменениях требует решения этой задачи.

## 1.3. ВАЖНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ

По образному выражению исследователей менеджмента, управление организацией – это всегда управление изменениями, постоянное балансирование, предотвращение и разрешение конфликтов и кризисов, избегание катастроф.

Разнообразные факторы внутренней и внешней среды заставляют организации менять собственные стратегии, системы и структуры управления. Коренные реконструкции помогают одним организациям в значительной мере приспособиться к меняющимся условиям, другим – повысить конкурентоспособность, третьим – открыть новые перспективы.

Но гораздо чаще данные глобальные перемены вызвали пугающе огромные потери, ресурсы оказывались истощенными, а сотрудники – демотивированными. Причина всего этого – некачественное внедрение процесса изменений.

Исходя из опыта известной консультационной организации McKinsey (компания-разработчика модели 7S), можно выделить основные компоненты процесса преобразований: «трехмерное пространство», «штурманская карта», «естественные законы» (рис. 1).

### «Трехмерное пространство»

- Ось «сверху вниз».
- Ось «снизу вверх».
- Горизонтальная ось

### «Штурманская карта»

- Установка курса.
- Планирование процесса.
- Повышение эффективности.
- Перегруппировка

### «Естественные законы»

- Команды сотрудников.
- Эволюционность преобразований.
- Концентрация на ограниченном числе целей

Рис. 1. Трехмерное пространство преобразований<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Составлено авторами на основе: Управление изменениями : учебник и практикум для вузов / Э. М. Коротков, М. Б. Жернакова, Т. Ю. Кротенко. — М. : Издательство Юрайт, 2023. — 278 с.

## «Трехмерное пространство» преобразований

Авторами выделяются три главные оси, формирующие «трехмерное пространство» процесса трансформации.

Ось «сверху вниз» – установление руководством основного курса реформ с целью концентрации всеобщего внимания на проблеме повышения эффективности и создания условий для ее решения. Программа изменений, создающая условия для повышения эффективности функционирования организации, должна начинаться с установления общего курса в виде комплекса четких, последовательных, постоянно генерируемых инициатив высшего руководства.

Ось «снизу вверх» – движение широких масс сотрудников организации, направленное на поиск новых подходов для преодоления возникающих трудностей и обеспечения роста эффективности. Мобилизация широких масс сотрудников (и в операционных, и во вспомогательных, и в управленческих подразделениях) на выполнение творческой работы, способствующей повышению эффективности функционирования организации. Это зависит от наличия (или создания) жестко управляемых процедур, позволяющих выявить неиспользуемый потенциал и разработать планы ликвидации отставания от признанных стандартов.

Горизонтальная ось – реорганизация ключевых процессов (установление новых взаимосвязей между направлениями деятельности, выполняемыми функциями и информационным обеспечением) для достижения принципиальных прорывов в таких областях, как затраты, качество и своевременность.

## «Штурманская карта»

«Штурманская карта» дает менеджерам возможность правильно спланировать стратегию, а также определить критические места, которые могут оказаться причиной замедления в движении вперед.

**Фаза 1.** Установка курса. Цель первой фазы, которая обычно продолжается от двух до двенадцати месяцев, состоит в том, чтобы убедить весь персонал корпорации в необходимости срочной трансформации и четко указать новое направление перемен. На этой фазе нужно логически обосновывать предстоящие изменения и определять цели преобразований (на данном этапе целевые установки формулируются в широком смысле). Главные действия, предпринимаемые в первой фазе: анализ внешней среды и состояния организации, реализация программы семинаров и других подобных мероприятий, изучение опыта реформирования других организаций.

**Фаза 2.** Планирование процесса. Задача второй фазы – трансформировать составленное на первом этапе общее видение перемен в специфический набор целевых параметров эффективности и разработать схему процессов, относящихся к трем рассмотренным выше осям, которые обеспечивают достижение требуемых показателей. Менеджеры высшего уровня очень часто недооценивают важность данной фазы структурированного планирования, однако без нее программа преобразований будет представлять лишь отдельные инициативы, которые не дадут желаемого результата. Во второй фазе предпринимаются следующие действия: создание центральной структуры для руководства процессом трансформации; определение специфических целевых параметров эффективности; привязка целевых параметров к определенным организационным подразделениям; разработка методов повышения эффективности.

**Фаза 3.** Повышение эффективности. В третьей фазе запланированные на втором этапе шаги осуществляются в реальной жизни и начинают влиять на результаты деятельности организации.

**Фаза 4.** Перегруппировка. Реализация программы преобразований неизбежно выявляет всякого рода организационные барьеры, препятствующие повышению эффективности функционирования организации. Кроме того, она позволяет нащупать такие пути эволюции организации, которые обеспечивают институционализацию (т. е. закрепление) ее постепенно формирующегося потенциала. При этом роль высшего руководства заключается в систематическом отслеживании необходимых на данный момент изменений и осуществлении адекватных действий для их институционализации.

### «Естественные законы»

1. Выбор стратегии и реорганизация организационной структуры имеют значение. Сильное увлечение блестящими перспективами постоянного роста эффективности опасно, так как фундаментальные недостатки стратегии и структуры организации не могут быть преодолены сами по себе. Одна лишь трансформация не спасет организацию, имеющую отсталую технологию, устаревшее оборудование, неконкурентоспособные цены и неэффективную организационную структуру. Правильно ориентированная стратегия и жизнеспособная организационно-экономическая структура должны стать базисом преобразований. Если во время проведения реформ остается незыблемой жесткая иерархическая структура фирмы или основной акцент делается не на достижении конкретных результатов, а на совершенствовании каких-либо процедур, то переориентировать персонал на рост эффективности и делегирование полномочий не удастся.
2. Команды сотрудников – основные строительные элементы. Для успеха преобразований необходимы источники дополнительной внутренней энергии в масштабах всей организации, позволяющие ей одновременно выполнять текущие задачи и накапливать потенциал для будущего. На практике это означает выявление возможностей для создания команд и обеспечение условий для их высокоэффективной деятельности.
3. Преобразования должны быть эволюционными и основаны на развитии новых навыков. Трансформация по своей сути является сложным процессом, происходящим одновременно в нескольких измерениях. Составив сводный план и объявив о завершении фазы планирования, топ-менеджеры часто испытывают искушение передать дальнейшие полномочия другим. Однако успешные программы преобразований требуют иного управления. Руководители осознают, что невозможно все заранее спланировать, а потому готовы учиться вместе со всеми по мере разворачивания эволюционного (и постоянно совершенствующегося) процесса.
4. Необходимость концентрации усилий на ограниченном количестве целей. Сложность процессов трансформации может очень быстро подавить организацию, вследствие чего энергия начатых преобразований рассеется еще до получения первых результатов. Целесообразно выбрать несколько конкретных целей, установить сроки их достижения и направлять всю свою энергию на решение поставленных задач до тех пор, пока не будет достигнут заметный прогресс, поддающийся количественному измерению.

Представленные компоненты процесса трансформации («трехмерное пространство», «штурманская карта» и «естественные законы») позволяют упорядочить представление о многочисленных подходах к проведению организационных изменений, разработать надежный план трансформации организации и объединить беспорядочный набор отдельных инициатив в логически организованную программу.

## 1.4. ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ И КОГНИТИВНАЯ ГОТОВНОСТЬ К ИЗМЕНЕНИЯМ

Психологическая готовность – это одна из видов социальных установок по отношению к организационным изменениям [4].

Чтобы помочь заинтересованным сторонам подготовиться к изменениям, необходимо устранять барьеры на пути изменений и усиливать мотивирующие элементы, которые могут быть структурными или психологическими. Готовность к изменениям присуща не отдельным людям, а, скорее, взаимодействию между отдельными лицами и их организациями. Модель предполагает, что изменение – это процесс, состоящий из шести этапов. На стадии предварительной подготовки люди не намерены вносить изменения в обозримом будущем. Нет ни желания, ни интереса что-либо менять. На стадии созерцания люди намерены предпринять изменения в течение шести месяцев. На этом этапе люди оценивают преимущества и недостатки изменений и могут принять решение, продолжать их или нет. На этапе подготовки люди планируют осуществить изменения в ближайшем будущем. Они рассмотрели обоснование, процессы и ожидаемые результаты изменений и приняли определенное решение участвовать в изменениях. На протяжении всего этапа действия люди вносят определенные изменения в поведение и активно стремятся к переменам. На этапе технического обслуживания люди стремятся избегать возобновления старого поведения. Происходит интернализация и институционализация изменений. Наконец, на этапе завершения люди больше не беспокоятся о возобновлении старого поведения, поскольку новое поведение вошло в привычку.

В литературе описана модель принятия, основанная на проблемах. Разработчики модели принятия предполагают, что изменение – это процесс, а не событие, и поэтому для его институционализации требуется время. Во-вторых, модель предоставляет преимущество отдельным лицам по сравнению с объединениями и организациями, участвующими в изменениях, т. е. модель принятия предполагает, что изменения осуществляются отдельными лицами и организации не изменятся, если сначала не изменятся отдельные лица. В связи с этим модель предполагает, что изменение – это личный опыт; и, хотя все люди проходят через этапы, по мере того как они предпринимая изменения, каждый отдельный человек будет испытывать эти изменения по-своему. Наконец, модель принятия предполагает, что изменения – это процесс развития. По мере того как люди предпринимая изменения, их чувства и отношения будут расти в соответствии с этапами модели, вызывающими озабоченность. В ней можно выделить следующие диагностические измерения.

**Проблемы, вызывающие озабоченность.** Семь различных стадий чувств и восприятий, которые испытывают участники, когда они управляют новой программой или практикой:

- осведомленность. Участники мало озабочены или не вовлечены в инновации или изменения;
- информационный. Участники проявляют общий интерес к инновациям и хотели бы узнать о них больше;
- личный. Участники хотят узнать о личных последствиях нововведения. Они задаются вопросом, как нововведение повлияет на них;
- управление. Участники изучают процессы и задачи инноваций. Они сосредоточены на информации и ресурсах;
- следствие. Участники сосредотачиваются на воздействии инноваций на прочих заинтересованных лиц;
- сотрудничество. Участники сотрудничают с другими сотрудниками в реализации инноваций;
- переориентация. Участники учитывают преимущества инноваций и думают о дополнительных альтернативах, которые могли бы работать еще лучше.

**Уровни использования.** Восемь поведенческих профилей, описывающих различный набор действий и моделей поведения, которыми занимаются участники, по мере того как они становятся более ознакомленными и более опытными в использовании инноваций или принятии изменений.

1. Пользование. Пользователь (потенциальный) мало или вообще ничего не знает об инновациях, не участвует в них и не предпринимает никаких шагов для участия.
2. Ориентация. Пользователь недавно приобрел или получает информацию об инновациях, или недавно исследовал, или изучает их ценностную ориентацию и требования к использованию.
3. Подготовка. Пользователь готовится к первому использованию инновации.
4. Механическое использование. Пользователь сосредотачивает большую часть усилий на краткосрочном использовании инновации с небольшим количеством времени для размышлений. Изменения в использовании, как правило, вносятся с учетом потребностей пользователей, а не потребностей клиентов. Пользователь предпринимает поэтапные попытки освоить задачи, необходимые для использования инновации, что часто приводит к разрозненному и поверхностному использованию.
5. Регулярное использование. Использование инновации стабилизировано. В текущем использовании мало что меняется, если вообще вносятся какие-либо изменения. Мало внимания уделяется подготовке или продумыванию улучшения использования инноваций или их последствий.
6. Уточнение. Пользователь варьирует использование инноваций для усиления воздействия на клиентов в пределах непосредственной сферы влияния.
7. Интеграция. Пользователь объединяет свои собственные усилия по использованию инноваций с соответствующей деятельностью коллег для достижения коллективного воздействия на клиентов в их общей сфере влияния.
8. Обновление. Пользователь переоценивает качество использования инноваций, ищет существенные модификации или альтернативы инновациям для достижения большего воздействия на клиентов, изучает новые разработки в данной области и исследует новые цели.

Очень важным фактором эффективной работы организации является нормальный социально-психологический климат в коллективе, когда работники хорошо мотивированы, их труд вознагражден достойным образом, в коллективе отсутствуют конфликты между работниками, работники получают удовлетворение от процесса труда и межличностного общения.

Климат трудового коллектива влияет на формирование настроения его членов, что оказывает существенное воздействие на производительность труда и качество работы. Причем это влияние действует с почти одинаковой силой в коллективах самого разного вида. Например, оно проявляется как в группах работников низкой квалификации, так и среди коллективов, члены которых заняты высокопроизводительным трудом [5].

Исследователи в качестве социально-психологических факторов эффективности организации определяют следующие.

1. Целенаправленность. Характеризует готовность организации к достижению целей совместного взаимодействия. Цель совместной деятельности выражает потребности, интересы, ценностные ориентации членов трудового коллектива, их идеальное представление будущего результата, что, в свою очередь, определяет средства и способы взаимодействия.
2. Мотивированность. Раскрывает причины трудовой, познавательной, коммуникативной активности членов группы. В конкретной ситуации социального взаимодействия мотивация выполняет три психологические функции: побуждающую, направляющую и регулирующую. Побуждающая функция состоит в осознании человеком потребности достижения целей группы совместно с другими людьми и является пусковой кнопкой деятельности. Направляющая функция определяет цели и способы совместной деятельности, согласованные между всеми членами группы. Регулирующая функция способствует выбору наиболее оптимальных и законных средств достижения групповых целей и удовлетворения потребностей.
3. Эмоциональность. Проявляется в эмоциональном отношении людей к взаимодействию, прежде всего в специфике эмоциональных, неформальных отношений в организации. Интенсивность и направленность эмоциональности группы может оказывать стимулирующее или подавляющее влияние на его эффективность.
4. Стрессоустойчивость. Характеризует способность организации согласованно и быстро мобилизовать эмоционально-волевой потенциал. Стрессоустойчивость обеспечивается степенью включенности членов группы в совместную деятельность и мобилизует внутренние резервы их трудовой активности. По мере усиления стрессогенного воздействия эффективность деятельности и уровень трудовой активности начинают резко падать.
5. Интегративность. Обеспечивает необходимый уровень единства мнений, согласованности действий. Высокая социально-психологическая интегративность является важным условием эффективности организации и свидетельствует о ее социально-психологической зрелости.
6. Организованность. Обусловлена особенностями процессов управления и самоуправления, а также спецификой структурно-функционального взаимодействия членов группы. Организованность является главной предпосылкой эффективности их совместной деятельности.

Перечисленные факторы эффективности организации предстают как ее социально-психологические характеристики, обеспечивающие достижение поставленных целей, получение необходимого результата, повышение производительности индивидуального и совместного труда.

Благоприятный социально-психологический климат является условием повышения производительности труда, удовлетворенности работников трудом и коллективом. Он представляет собой итог систематической психологической работы с членами группы, осуществления специальных мероприятий, направленных на организацию отношений между менеджерами и сотрудниками. Формирование и совершенствование социально-психологического климата – это постоянная

практическая задача менеджеров. Решение этой задачи – дело не только ответственное, но и творческое, требующее знаний природы социально-психологического климата, средств его регулирования, умения предвидеть вероятные ситуации во взаимоотношениях членов коллектива.

Формирование климата предполагает глубокое понимание психологии людей. Знание особенностей личности и их влияния на климат коллектива позволяет на практике осуществлять рациональный подбор кадров, управление жизнедеятельностью коллектива и успешное разрешение возникающих конфликтов.

Социально-психологический климат оказывает самое непосредственное влияние на самочувствие членов коллектива, на выработку, принятие и осуществление совместных решений, на достижение эффективности совместной деятельности. Он проявляется в трудовой мотивации, общении работников, их межличностных и групповых связях.

В структуре социально-психологического климата коллектива выделяют три компонента: нравственно-психологическая совместимость работников, их деловой настрой и социальный оптимизм. Все эти составляющие касаются человеческого интеллекта, воли и эмоциональных свойств личности, во многом определяющих ее стремление к полезной деятельности, творческой работе, сотрудничеству и сплоченности с другими. Выражая отношение работников к совместному делу и друг другу, социально-психологическая атмосфера выдвигает на первый план такие мотивы, которые не менее важны, чем материальное вознаграждение и экономическая выгода, стимулируют работника, вызывают у него напряжение сил или спад энергии, трудовой энтузиазм или апатию, заинтересованность в деле или безразличие.

# 1.5. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГОТОВНОСТЬ К ИЗМЕНЕНИЯМ

Профессиональная готовность – интегральное свойство личности и индивидуальный стиль умственной организации. Профессиональная готовность к изменениям базируется на принципах общего профессионализма, к которым относятся:

- профессиональная пригодность;
- профессиональная подготовленность;
- профессиональная компетентность;
- личностная мотивация и демотивация;
- профессиональное призвание;
- профессионально важные качества личности;
- профессиональная направленность личности;
- операционная компонента, которая включает конструктивный компонент (планирование деятельности), организаторский компонент (реализация деятельности), когнитивный компонент (условие интеллектуальной составляющей деятельности) и коммуникативный компонент (условие коммуникативной составляющей деятельности);
- психо-организаторская компонента как необходимое условие не только для успешной самоорганизации своей профессиональной деятельности [6].

Профессиональной готовности к изменениям будет способствовать выполнение следующих положений [7]:

- разработка единого видения цели изменений, декларирование главным врачом намерения сохранить те преимущества организации, которые важны для сотрудников;
- назначение ответственного за управление из числа заместителей главного врача, поиск лидеров изменений среди всех сотрудников медицинской организации и вовлечение их в работу по улучшениям;
- начать с серии краткосрочных проектов по улучшениям, дающих видимый результат, направленных на оптимизацию процессов работы и сокращение времени протекания процессов, в том числе с личного проекта главного врача и его заместителей. Затем можно переходить к открытию долгосрочных проектов;
- постоянное информирование работников о ходе реализации проектов и достигнутых результатах первым лицом на открытых собраниях коллектива;
- создание системы мотивации, поддерживающей непрерывные улучшения, проведение широкой информационной кампании в ее поддержку.

Профессиональная готовность к изменениям базируется на культуре знаний организации. Культура знаний определяется как особый тип организационной культуры, формирующий представления и ценности относительно получения, создания, распространения и материализации знаний. Культура знаний способствует развитию навыков самоорганизации, саморазвития и инициативного поведения сотрудников при работе со знаниями, создает высокий уровень доверия при получении и распространении знаний, толерантности к ошибкам при создании нового и формирует ценности самоотжествления с результатами организации при материализации знаний [8, 9].

Наиболее частым и распространенным организационным преобразованием в жизни медицинских организаций отмечаются изменения в человеческих ресурсах, организационной структуре и информационных и контрольных системах. При этом показатели компонентов готовности у руководителей выше, чем у линейных сотрудников.

Работы по реализации функций социального управления должны начинаться уже на первом этапе подготовки организационных изменений. В итоге должен оптимально повыситься уровень доверия сотрудников, удовлетворенность трудом, лояльность. Оптимальность здесь определяется принципом сбалансированности социальной ответственности, который означает, что социальные программы должны обеспечиваться объективной потребностью в них для эффективности организации. В качестве социальных индикаторов выступают социальные составляющие комплексной структуры организационной готовности к изменениям. Наличие или высокая степень выраженности показывает высокий уровень готовности по данному индикатору, отсутствие или низкая степень говорит о необходимости улучшить данный фактор [10, 11, 12].

Среди методов и технологий, которые необходимо использовать при разработке и реализации изменений в организациях, в том числе при сопротивлении персонала, можно выделить следующие: постоянное, пошаговое информирование сотрудников; вовлечение сотрудников в процесс принятия решений; поддержку сотрудников; личные беседы; переговоры; маневрирование и мягкое манипулирование; разработку разнообразных программ вывода на пенсию; разработку компенсационных программ для уходящих; обучение кадрового резерва; активное вовлечение сотрудников в модернизацию; контроль психологического климата в коллективах; контроль уровня вовлеченности персонала и др.

Количество организационных изменений в современном мире будет постоянно увеличиваться, и необходимо использовать все ресурсы науки и практики, чтобы руководители и сотрудники выходили из этих процессов с минимальными потерями, а организации переходили на новые, более высокие уровни функционирования.

ГЛАВА

# 2

## ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП): ПРИНЦИПЫ ИЗМЕНЕНИЙ

## 2.1. ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ПМСП

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения (ВОУЗ) основополагающее значение имеют системы, построенные именно на основе ПМСП. Трансформация ПМСП заключается в изменениях ее внешних и внутренних процессов. Основная задача, решаемая трансформацией первичного звена: повышение качества и доступности медицинской помощи, которая позволит достичь ВОУЗ. Первичное звено в системах здравоохранения стран мира принимает на себя наибольшую нагрузку, так как является первой точкой контакта пациента со службами оказания медицинской помощи [13].

Поэтому укрепление систем ПМСП — это основной тренд развития здравоохранения. Наряду с усилением амбулаторной помощи прослеживаются и другие векторы развития здравоохранения: изменения в финансировании, интенсификация стационарной медицинской помощи, развитие реабилитационной и долговременной медицинской помощи.

Помимо вышеуказанных направлений, цифровизация, как междисциплинарный тренд, оказала огромное влияние и на организацию ПМСП. Информационные технологии в здравоохранении позволяют перейти к принципиально новым подходам к оказанию медицинской помощи населению.

Цифровизация отрасли предполагает ведение медицинской документации в электронном виде, дистанционный мониторинг состояния здоровья человека, формирование единой экосистемы медицинских устройств на базе технологий Интернета вещей, роботизацию многих медицинских услуг и процедур и др. Активное внедрение информационных технологий призвано повысить доступность и качество медицинской помощи при одновременном снижении расходов.

Врачи могут воспользоваться системами поддержки принятия врачебных решений, позволяющими минимизировать возможность врачебной ошибки, решать рутинные задачи и тем самым сфокусировать внимание специалистов на случаях, требующих личного контроля.

Зарубежные исследователи пришли к выводу, что внедрение цифрового здравоохранения может повлиять на экономическую эффективность, оказывая благоприятное воздействие как с точки зрения затрат, так и с точки зрения влияния на здоровье [14]. По их мнению, цифровизация здравоохранения привела к достижению большей эффективности оказываемой медицинской помощи, оптимизации человеческих и технологических ресурсов и последовательному снижению затрат на медицинские услуги.

В системе столичного здравоохранения также происходят перемены. Важную роль в условиях модернизации здравоохранения играют расширение прав и возможностей пациентов, демократизация Интернета и растущая нагрузка на медицинских работников.

Для поддержания высокого качества медицинской помощи необходимы такие инновации, как электронное здравоохранение, которое включает широкий спектр вмешательств в Интернете, например электронные консультации, телемониторинг и просмотр медицинских записей в Интернете.

С января 2020 г. москвичи могут дополнять свою электронную медицинскую карту (ЭМК) данными о самочувствии, вакцинации и медицинских тестах, сохранять документы и пересылать их при необходимости лечащему врачу. За год работы сервиса к нему подключились уже более 2 млн человек. Врачам больше не нужно тратить время на сбор анамнеза и бумажную работу, сотрудник поликлиники или стационара может получить данные о пациенте в online-режиме еще до его прибытия в медицинскую организацию.

С этой же целью для пользователей Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) запустили чат-бот, который предлагает пользователю, записавшемуся на прием, заполнить анкету о своем самочувствии заранее. Соответственно врач во время визита пациента тратит меньше времени на сбор информации и может уделить больше внимания осмотру и лечению.

Цифровизация здравоохранения вносит весомый вклад в качество лечения людей, поэтому в работу московских поликлиник была внедрена система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) в 2021 г., столичный проект по использованию искусственного интеллекта в системе здравоохранения — электронный ресурс, помогающий врачу ставить диагноз и делать правильные назначения.

Важной особенностью системы поддержки принятия врачебных решений является его обучающая функция. СППВР основана на клинических протоколах, и врач, работая в системе, изучает их на практике. Специалист может познакомиться с последними достижениями клинической медицины и наиболее эффективными схемами лечения. Также при назначении дополнительных методов исследования система подсказывает, по каким критериям это лучше сделать.

СППВР — неотъемлемый элемент современной медицины. Система помогает повысить точность диагностики и сэкономить время: она за секунды может сопоставить и проанализировать факты о пациенте (симптомы, обследования, жалобы, противопоказания, аллергические реакции и др.). На сегодняшний день СППВР покрывает 95 % наиболее распространенных диагнозов и уже помогла терапевтам поставить свыше 10 млн диагнозов.

Организация качественной и доступной медицинской помощи на уровне первичного звена возможна только в условиях работы междисциплинарных команд, в состав которых входят медицинские и немедицинские специалисты. Такой подход обеспечивает эффективное санитарное просвещение и профилактическую работу, основанные на медицинских и социальных потребностях пациентов, поэтому главным элементом в новой системе организации ПМСП становится междисциплинарная команда специалистов, которая совместно (включая самого пациента) управляет здоровьем пациента.

В развитых системах здравоохранения предпринимаются попытки ведения пациента междисциплинарными командами специалистов. Организационная модель ПМСП традиционно опирается на очные консультации с врачом, работающим индивидуально.

Поэтапный и комфортный для всех участников лечебного процесса переход к междисциплинарности — первостепенная задача первичного звена здравоохранения всех стран, особенно в условиях, когда пациенты являются активными участниками процесса лечения и диагностики.

Междисциплинарный подход как основа оказания ПМСП широко представлен в системах здравоохранения разных стран. Так, например, в США в качестве стандарта ПМСП, основанной

на принципах создания междисциплинарной команды, утверждена концепция «Медицинский дом, ориентированный на пациента» (РСМН).

Согласно этой модели, каждый пациент постоянно поддерживает контакт с выбранным им врачом, который координирует совместную работу команды медицинских работников, предоставляющих пациенту интегрированную медицинскую и социальную помощь [15, 16].

Множество вызовов оказывают влияние на реформирование систем здравоохранения. Значимый вклад вносит тенденция постепенного увеличения численности населения в мегаполисах и старения населения. И, как следствие, в системе здравоохранения увеличивается число пациентов с множественными хроническими заболеваниями, которые нуждаются в комплексном лечении и уходе: подход к таким пациентам требует разных компетенций от медицинских специалистов.

В Москве с 2022 г. реализован новый проект — проактивное диспансерное наблюдение этой категории пациентов. В пилотный проект по диспансерному наблюдению горожан с хроническими заболеваниями включены следующие широко распространенные заболевания: сахарный диабет II типа, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, фибрилляция и трепетание предсердий, хроническая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая обструктивная болезнь легких, язвенная болезнь.

Для помощи врачам и пациентам город организовал команду помощников врачей — специалистов поликлиник со средним медицинским образованием. Для удобства врачей Москва разработала специальный сервис в ЕМИАС, который помогает медицинским работникам наблюдать пациентов с хроническими заболеваниями в динамике. Сервис удобен для врачей, он позволяет индивидуально вести каждого пациента и видеть в динамике, как развивается болезнь [17, 18].

По словам мэра Москвы Сергея Собянина, обновление поликлиник и диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями являются приоритетными направлениями столичного здравоохранения<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Собянин назвал основные направления развития столичного здравоохранения. – URL: <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/643e811d9a79472dcc6ee2da><https://www.rbc.ru/rbcfreenews/643e811d9a79472dcc6ee2da>

## 2.2. УНИКАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РОССИИ И МОСКВЕ

В России огромное внимание уделяется развитию первичного звена здравоохранения. С 2022 г. в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», цель которого — организация оказания медицинской помощи рядом с местом жительства, обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения. В Москве ряд столичных проектов запущен раньше, с ориентиром на мировой опыт и глобальные тренды в здравоохранении.

Еще с 1990-х гг. традиционная модель Семашко уступила место многопрофильным поликлиникам, в которых в настоящее время в крупных городах работает 15–20 категорий специалистов. Основным преимуществом модели многопрофильной поликлиники является ее способность обеспечить легкий доступ к ПМСП. Пациенты могут посетить врача-терапевта или врача общей практики (ВОП), получить диагностические услуги и консультации специалистов под одной крышей.

Поликлиники имеют ряд потенциальных преимуществ за счет консолидации оказания услуг. К ним относятся дополнительные рычаги для реализации путей организации лечебного процесса и профилактики. Поликлиники также могут централизовать административные и вспомогательные службы, что дает потенциальную экономию за счет масштаба. Кроме того, большие организации могут перераспределять ресурсы между территориальными районами за счет создания небольших отделений в отдаленных областях, а работники поликлиник могут заменять друг друга в случае болезни или отпуска [19].

Для повышения качества и доступности медицинской помощи в России, в особенности в Москве, реализуется ряд проектов, направленных на модернизацию существующей модели оказания ПМСП. На примере Москвы заметна разница в показателях после внедрения городских проектов, реализуемых в столице. Москва, как и другие крупные города мира, стала на национальном уровне основной движущей силой в достижении целей в области устойчивого развития (ЦУР).

Инфраструктура, информационные технологии, кадровые ресурсы — все это является важными элементами достижения этих целей, особенно в области здравоохранения: ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

В столичных проектах «Московский стандарт поликлиники», «Школа профессионального роста», «Проактивное диспансерное динамическое наблюдение», «Мой администратор» отражены основные тренды трансформации ПМСП: пациентоориентированность, превентивность, цифровизация, оптимизация ресурсов, командная работа, стационарозамещающие технологии, а также расширение функционала персонала со средним медицинским образованием и административных сотрудников.

В целях повышения эффективности деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих ПМСП взрослому населению, повышения уровня удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в поликлинике, в столице был создан «Московский стандарт поликлиники» – совокупный проект, реализующийся с 2016 г. по настоящее время, в котором соединяются все текущие проекты, направленные на улучшение городских поликлиник. Проект выполняется по двум направлениям: внешние процессы, направленные на пациента, и внутренние, так называемые операционные процессы поликлиники.

Проект «Школа профессионального роста» направлен на повышение уровня подготовки будущих врачей, их адаптацию к современной системе здравоохранения и формирование сообщества профессионалов в первичном звене здравоохранения Москвы. С 2018 г. у выпускников медицинских вузов, а именно у студентов 6 курса и ординаторов второго года обучения, есть возможность поучаствовать в проекте.

Выпускникам «Школы профессионального роста» легче делать первые шаги в профессии. Проект «Школа профессионального роста» признан успешным и был награжден премией Правительства Москвы в области медицины. К 2023 г. 400 молодых специалистов — выпускников проекта «Школа профессионального роста» начали работать в медицинских организациях Москвы. В шестом потоке завершил обучение 51 выпускник медицинских вузов и ординатуры. Проект продолжается, совершенствуется и вовлекает все новых участников.

Одной из ключевых функций любой поликлиники является диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями. Диспансерное наблюдение особенно важно для тех, кто страдает серьезнейшими заболеваниями, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности. Среди них москвичи, перенесшие инфаркт или инсульт, с эндокринными заболеваниями.

Модернизация ПМСП предполагает принципиально иной подход к оказанию медицинских услуг, определяя ключевыми элементами доброжелательность и пациентоориентированность. Реализовать такой подход во взрослых поликлиниках помогают почти 1,7 тыс. сотрудников центров госуслуг «Мои документы».

В 2020 г. в Москве стартовал проект «Мой администратор» — тогда впервые сотрудники офисов «Мои документы» стали работать в поликлиниках. На сегодняшний день администраторы офисов «Мои документы» работают в 264 медицинских организациях. В них входит 171 взрослая и 82 детские поликлиники, а также девять центров амбулаторной онкологической помощи и два флагманских центра больниц.

Такие изменения в структуре медицинских организаций, как внедрение новых алгоритмов, стандартов коммуникации, совершенствование цифровой платформы, позволяют предотвратить конфликтные ситуации, снизить нагрузку на медицинский персонал, повысить удовлетворенность пациентов оказанной помощью и сохранить комфортный психологический климат в поликлинике.

Москва, являясь флагманом модернизации первичного звена здравоохранения, опираясь на принципы ЦОЗ и лучшие зарубежные практики, осуществляет несколько успешных проектов, для достижения ЦУР-3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

## 2.3. ПРИНЦИПЫ ПМСП

Важную роль в оказании качественной и своевременной медицинской помощи играет управление ПМСП как на национальном/страновом уровне, так и на уровне медицинской организации, участвующей в оказании ПМСП.

Еще в 1978 г. ВОЗ в Алма-Атинской декларации определила основные принципы ПМСП: здоровье как право человека; сообщества, принимающие решения, влияющие на их здоровье; медицинское обслуживание в непосредственной близости от места проживания людей; скоординированные усилия всего общества по укреплению здоровья, включая более справедливые социальные и экономические механизмы [20, 21, 22].

В 2020 г. ВОЗ разработала целевую операционную программу для ПМСП, состоящую из нескольких разделов, один из которых содержит основные принципы работы моделей организации медицинской помощи и ухода в рамках первичного звена.

ВОЗ определяет модель организации медицинской помощи как концептуализацию предоставления услуг, включающую процессы ухода и лечения, взаимодействие с поставщиками и управление услугами. Модель организации медицинской помощи развивается в ответ на меняющиеся цели и приоритеты мирового сообщества в области здравоохранения. Опираясь на модель ВОЗ, страны могут создавать собственные модели и программы.

Как и во всем мире, в московской системе оказания ПМСП применяются принципы ценностно ориентированного здравоохранения (прогрессивная модель оказания медицинской помощи, которая предполагает оплату за достигнутый результат лечения и учитывает не только клинические показатели эффективности, но и результаты, важные для пациента). В современных условиях главными ценностями ПМСП являются пациентоориентированность, командная работа, профессионализм, доверие, доброжелательность, уважение.

В настоящее время очень важным принципом и мировым трендом становится ориентированность на потребности пациента, его нужды и особенности. У пациентов растут ожидания от служб первичного звена здравоохранения, поскольку городская среда меняется очень быстро (пациенты стареют, доступность возрастает и т. д.). Пациенты ждут клиентоориентированности от медицинской организации.

Одним из элементов ценностно ориентированного здравоохранения в Москве является обеспечение реализации права граждан на качественную медицинскую помощь, в основе которой лежат принцип выстраивания эффективных коммуникаций и повышение уровня удовлетворенности пациентов при обращении в поликлинику.

С целью рационального распределения потоков пациентов в зависимости от количества посетителей и загруженности специалистов в московских поликлиниках была введена должность администратора («Мои документы»). Появление в поликлиниках администраторов способствует

снижению нагрузки на врачей: у них образовалось больше времени для выполнения своей основной работы.

Администратор консультирует и информирует пациентов по вопросам, входящим в его компетенцию, маршрутизирует пациентов в зависимости от цели визита, работает с инфоматом (записывает на прием, переносит записи и т. д.). Для пациентов старшего возраста работа администраторов в поликлинике благотворно влияет на их восприятие информационно-технологических нововведений в медицинской организации и позволяет не волноваться из-за возможных медицинских вопросов.

Принципы организации оказания ПМСП в Москве построены на важных элементах современной медицины (пациентоориентированности, превентивности, цифровизации, оптимизации ресурсов и командной работе), концепции ЦОЗ с соблюдением нормативно-правовых аспектов. Подобный подход к организации ПМСП позволяет Москве следовать глобальным трендам здравоохранения, тем самым делая ПМСП доступней и качественней.

## 2.4. ОБЛИК ПМСП В БУДУЩЕМ И НОВАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Поликлиники, несомненно, являются ключевым звеном в системе охраны здоровья москвичей. В Москве ПМСП оказывает 102 организации столичного здравоохранения, они занимают почти 400 зданий. В структуру амбулаторий входят в том числе 40 детских поликлиник, 41 взрослая поликлиника, 4 детско-взрослых поликлиники, 17 поликлинических отделений больниц, включая пять в детско-взрослых больницах ТиНАО.

На современном этапе в столице в области организации ПМСП применяется «Московский стандарт поликлиники» (МСП). МСП – это проект, в котором соединяются все текущие проекты, направленные на улучшение городских поликлиник. К внешним процессам проекта относятся разработка и внедрение клинических алгоритмов диагностики и лечения в медицинских организациях, оказывающих ПМСП; ведение пожилых пациентов с множественными хроническими заболеваниями; организация оказания медицинской помощи (патронажей) маломобильным группам населения; автоматизация диспансерного наблюдения в ЕМИАС. Оптимизацию загрузки медицинского персонала относят к внутренним, операционным, процессам.

К проекту предъявляются требования к реализации мероприятий МСП по таким направлениям, как повышение эффективности работы медицинской организации; соблюдение требований к доступности медицинской помощи; повышение уровня удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи в поликлинике.

В Москве действует масштабная программа реконструкции поликлиник. В нее вошло более 200 зданий, построенных еще в советское время, – практически половина амбулаторного фонда столицы. После капитального ремонта медицинские организации работают по-новому МСП.

С 2020 г. в рамках программы открыли 38 филиалов обновленных медицинских учреждений. Почти 900 тыс. москвичей теперь получают медицинскую помощь в комфортных и современных условиях, а врачи провели более 3,5 млн приемов.

Программа по реконструкции поликлиник важна как для персонала, так и для пациентов. Для медиков в поликлиниках создают комфортные условия работы, а жители получают качественную медицинскую помощь рядом с домом. Важно, что модернизация медицинских организаций подразумевает общие принципы оформления и технического оснащения зданий, а также единый стандарт набора врачей-специалистов.

С внедрением в Москве ЕМИАС и запуском проекта МСП в 2016 г. на первых этажах московских поликлиник появились удобные стойки информации, где посетителей встречает администратор «Мои документы», что способствует уменьшению объема немедицинской работы специалистов поликлиники. У сотрудников исчезла необходимость поиска медицинской карты: ее перевели в электронный вид. Теперь медицинская карта всегда находится у врача, к которому пациент записался на прием. В холлах организовали зоны ожидания, разместили кулеры с водой и вен-

динговые автоматы. Так был сделан первый шаг к созданию модели современной поликлиники в Москве.

Неотъемлемой частью современной ПМСП является профилактика. Улучшение здоровья населения — это непрерывный процесс. В Москве он базируется на крепкой сети организаций медицинской профилактики, которую составляют ГБУЗ «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы» и центры здоровья при городских поликлиниках и отделений (кабинеты) медицинской профилактики.

Для привлечения молодого трудоспособного населения и мотивирования его к полному прохождению профилактического осмотра – диспансеризации необходимы организационные подходы, направленные в первую очередь на обеспечение удобства прохождения осмотров и увеличение мотивации к ведению здорового образа жизни, а также коррекции уже имеющихся факторов риска.

Чтобы мотивировать пациента к сохранению его собственного здоровья, требуются изменения в работе не только отделений медицинской профилактики, но и других подразделений поликлиники. Для этого планируется разработка методологии прохождения первого и второго этапов диспансеризации.

С целью увеличения охвата населения Москвы мероприятиями, направленными на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, начиная с 2019 г. ежегодно приказами Департамента здравоохранения города Москвы «О проведении профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах и зонах отдыха города Москвы» утверждается порядок организации и проведения мобильными медицинскими бригадами медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих ПМСП взрослому населению, профилактических обследований в сборно-разборных мобильных модулях — павильонах «Здоровая Москва» в парковых зонах, скверах и зонах отдыха города Москвы.

Второй этап диспансеризации предполагает возможность пройти назначенные дополнительные исследования одним днем и в удобное для работающего человека время. В 2023 г. только за три месяца работы в павильонах «Здоровая Москва» комплексную диагностику прошли более 175 тыс. горожан. Специалисты провели свыше 2,9 млн различных исследований, включая более 712 тыс. лабораторных анализов.

Профессионализм специалистов в работе отделений профилактики, в том числе павильонов здоровья, играет важную роль. Непрерывное обучение сотрудников отделений или кабинетов медицинской профилактики эффективным методикам общения с пациентами в очном и дистанционном формате позволят мотивировать молодое население к регулярному и полному прохождению диспансеризации и повысить их приверженность к ведению здорового образа жизни.

Необходимо учитывать и показатели результативности проведения профилактических осмотров при оценке эффективности деятельности терапевтических отделений, отделений медицинской профилактики, в том числе с формированием публичного рейтинга медицинских организаций [23, 24, 25, 26].

Новая модель оказания ПМСП в Москве взрослому населению – это передовой опыт, это образец для всей страны. Модель реализует один из важных трендов здравоохранения — профилактику хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

## 2.5. НАУЧНАЯ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИЗМЕНЕНИЙ ПМСП (НА ПРИМЕРЕ МОСКВЫ)

В современных условиях важнейшим источником экономического роста является научно-технический прогресс. В развитых странах мира, таких как США, Япония, Германия, Великобритания, Франция, а также в новых индустриальных государствах Юго-Восточной Азии и Китае, прирост ВВП на 75–90 % достигается за счет прогресса в знаниях – интеллектуализации основных факторов производства.

Вследствие этого факта обеспечение роста уровня жизни населения России возможно только на основе повышения производительности труда и конкурентоспособности страны на международных рынках инновационной продукции, а также модернизации и устойчивого развития отраслей экономики через создание нового и широкого освоения накопленного научно-технологического потенциала [27, 28].

Москва является крупнейшим в РФ центром науки и высшего образования, где расположены лучшие учебные заведения страны. В этом субъекте РФ сконцентрированы научные и исследовательские возможности, ресурсы и результаты – большинство национальных исследовательских университетов (в настоящее время 11 вузов), наибольшее число исследователей, занятых НИОКР. В Москве располагаются 11 отделений Российской академии наук.

Особое место занимает инновационный центр «Сколково» – научно-технологический комплекс по разработке и коммерциализации новых технологий. В связи с этим в структуре научно-технологического потенциала закономерно наиболее развит блок «Инновации». Москва является абсолютным лидером в РФ по затратам на информационные и коммуникационные технологии, занимает второе место по использованию специальных программных средств в организациях, а также передовые позиции по коэффициенту обновления основных фондов.

По внутренним затратам на НИОКР в процентах к ВРП столица занимает 8-е место, по затратам на технологические инновации в абсолютном выражении в разы опережает остальные субъекты РФ (за исключением Московской области). Как следствие, в Москве наблюдается один из самых высоких уровней инновационной активности в России (7-е место), ведется масштабное производство инновационной продукции.

Важным моментом, свидетельствующим о достижениях города в развитии научно-технологического потенциала, является тот факт, что лидирующие позиции достигаются по относительным показателям.

Сегодня в России локомотивом развития инновационной деятельности выступает государство. Для создания благоприятной инновационной среды и развития высокотехнологичных секторов экономики в нашей стране разработан ряд государственных программ: Концепция технологиче-

ского развития Российской Федерации на период до 2030 года (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.05.2023 №1315-р), Стратегия научно-технологического развития Российской Федерации (Указ Президента Российской Федерации от 01.12.2016 № 642 с изменениями на 15.03.2021), Стратегия национальной безопасности Российской Федерации (Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400), Государственная программа экономического развития и инновационной экономики (Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 316), Национальный проект «Наука и университеты» (2021–2030) (Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474), Программа фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на долгосрочный период (2021–2030 годы) (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31.12.2020 N3684-р), Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 №2580-р) и др.

В столице также активно развивается законодательство в области регулирования правовых основ научно-технологической деятельности. Принят пакет законов по инновационной деятельности и интеллектуальной собственности Правительства Москвы. Базовые нормативно-правовые акты включают:

1. Закон г. Москвы от 26.11.2008 № 60 «О поддержке и развитии малого и среднего предпринимательства в городе Москве»;
2. Закон г. Москвы от 07.10.2015 № 55 «О промышленной политике города Москвы»;
3. Закон г. Москвы от 27.03.2002 № 17 (ред. от 15.02.2017) «О Московской торгово-промышленной палате»;
4. Закон г. Москвы от 20.02.2019 № 5 «Об инновационном кластере на территории города Москвы»;
5. Постановление Правительства Москвы от 09.08.2011 № 349-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы "Развитие цифровой среды и инноваций"».

Наука и технологии являются прочным фундаментом для развития столичного здравоохранения и повышения качества медицинской помощи. В настоящий момент Москва считается лидером по инновационным разработкам, направленным на улучшение здоровья людей и развитие медицины. Однако для того, чтобы медицинские работники могли успешно внедрять инновации и вносить качественные изменения в процесс оказания медицинской помощи, им необходимо развивать научные компетенции и навыки критического мышления.

Сегодня Департамент здравоохранения города Москвы в основных центрах научных исследований, входящих в его структуру (11 научно-практических центров, 4 научно-исследовательских института, 4 городские клинические больницы и диагностический центр (Центр лабораторных исследований)), реализует программу «Научное обеспечение столичного здравоохранения» [29].

Во многих московских клиниках и научно-практических центрах, подведомственных столичному Департаменту здравоохранения, организованы программы поддержки молодых ученых, проводятся научные конференции, школы, научно-практические семинары, круглые столы и вебинары. В Москве регулярно разрабатываются и внедряются образовательные программы для повышения профессионального уровня молодых специалистов, налажена система наставничества.

Развитие новых навыков и компетенций врачей актуально как никогда. Для специалистов первичного звена, начиная с 2021 г., реализуется уникальный образовательный проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника». Проект направлен на развитие исследовательских компетенций и критического мышления у специалистов первичного звена столичного здравоохранения в условиях высокой профессиональной нагрузки.

В 2022 г. в проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» вошли два курса: «Трансформация: индивидуальная траектория профессионального развития врача», где участникам было предложено просмотреть несколько видеолекций и пройти тестирование к каждой из них, и «Акселератор идей» по трекам «Наука» и «Сервис-дизайн».

Участники направления «Наука» получили возможность под руководством персональных наставников подготовить программу исследования, которая стала основой их потенциальных научных публикаций по перспективным проектам модернизации первичного звена в Москве.

Так, через развитие профессиональных компетенций медицинские работники столицы становятся лидерами внедрения технологий в повседневную практику ПМСП. В 2020 г., когда национальные системы здравоохранения во всем мире столкнулись с пандемией COVID-19, нагрузка на врачей первичного звена была колоссальной.

Тогда в Москве приняли решение о создании централизованной модели оказания телемедицинских услуг и открытии Телемедицинского центра Департамента здравоохранения города Москвы как структурного подразделения Центра медицинской профилактики.

Телемедицина в Москве доказала свою эффективность и позволила обеспечить постоянный мониторинг состояния пациентов, а также разгрузить выездные службы поликлиник. За два года (2020–2022) работы Телемедицинского центра для пациентов провели более 2,8 млн консультаций, из них 2,2 млн для тех, кто болел COVID-19. На сегодняшний день работа продолжается и востребованность услуги телеконсультации растет.

За последние 13 лет научно-технологический потенциал столицы стал прочной основой изменений ПМСП, повысилось качество оказания медицинской помощи, от которого напрямую зависит здоровье жителей. Так, модернизация в столичной системе оказания ПМСП населению повлекла за собой и изменения в показателях: в столице в 1,5 раза снизилась смертность от болезней системы кровообращения и на 12 % — от злокачественных образований. Почти в 2,5 раза за это время сократилась младенческая смертность. Средняя продолжительность жизни в Москве сегодня растет и составляет 78,2 года.

Все эти достижения – результат огромного труда не только московских медицинских работников, но и представителей всех сфер столицы. Благодаря научному подходу, развитию компетенций и технологий столице удалось за короткие сроки достичь впечатляющих результатов. Развитие комфортной городской среды, способствующей активному образу жизни, строительство дорог – такой же важный элемент, как и доступная медицинская помощь или такие социальные программы, как «Активное долголетие».

ГЛАВА

# 3

## ЛИДЕРЫ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

## 3.1. ЛИДЕР ИЗМЕНЕНИЙ: КТО, ЧТО ДЕЛАЕТ, КАК ВЫЯВИТЬ

Вопрос «Становятся лидерами или рождаются?» является все еще спорным для науки и, скорее, риторическим для всего остального сообщества. Современная система образования повсеместно ведет активную работу в направлении развития лидерских качеств у молодого поколения, а наиболее популярными организационными тренингами у различных коучей являются именно те, которые тематически связаны с лидерством. Кроме того, во всем мире понятие «лидер» является сегодня эквивалентом понятию «успех». Во многих развивающихся странах вновь открываются, а в развитых давно работают различные имиджевые программы, которые направлены на формирование лидерских навыков у различных возрастных и профессиональных групп. Обусловлено это огромной потребностью социума в лидерах на всех уровнях управления в современных организациях, особенно в рамках турбулентной экономической ситуации.

Здравоохранение стало исключительно сложной и комплексной отраслью: баланс качества и цены, технологии и человеческого фактора предъявляет к медикам все более высокие требования. Эти задачи требуют выдающихся лидеров. Было время, когда считалось, что доктора плохо подготовлены к роли лидеров, но времена меняются. Акцент на здравоохранении, где в центре находится пациент, на эффективности и доступности ПМСП, построении мультидисциплинарных команд и приводит к тому, что теперь врачей, медицинских сестер и других специалистов, работающих в системе, готовят к лидерству. Исходя из всего перечисленного, мировое сообщество возлагает сегодня большие надежды на лидеров изменений в здравоохранении.

В настоящее время под лидером понимается развитый человек как в профессиональном, так и в личностном плане, имеющий своих последователей.

В качестве командного (организационного) лидера признается член группы, который лучше других способен организовать ее на выполнение деятельности, объединить участников на основе общих для них интересов и поддерживать их приверженность общим ценностям. Он наделяется группой правом принятия групповых решений и организации совместной деятельности. Следует отметить, что лидер часто ассоциируется с руководителем, но может им и не быть. Принципиальное отличие этих двух понятий в том, что за первым идут по доброй воле, а второй является назначенным лицом [30]. Лидер отличается от руководителя (менеджера) (табл. 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика лидера и руководителя <sup>5</sup>

Лидер	Руководитель (менеджер)
Выступает как инициатор	Действует как администратор
Вдохновляет подчиненных	Поручает подчиненным выполнение работы
Доверяет подчиненным	Контролирует подчиненных
Ставит перед собой цели	Ставит цели перед другими
Основа его действий – видение организации	За основу действия берет план
Полагается на коллектив	Полагается на систему
При убеждении использует эмоции	При убеждении использует доводы
Является энтузиастом своего дела	Является профессионалом
Претворяет решения в жизнь	Принимает решения
Обожают подчиненные	Уважают подчиненные

Другими словами, руководитель концентрирует внимание на том, чтобы сотрудники выполняли дело правильно, а лидер – на том, чтобы сотрудники делали правильное дело.

В связи с тем, что многие отрасли переживают сегодня трансформацию, к примеру, глобальное здравоохранение совершает переход от традиционной модели к ценностно ориентированной, то можно рассмотреть сравнительную характеристику традиционного и современного лидеров (табл. 3).

Таблица 3. Сравнительная характеристика традиционного и современного лидеров <sup>6</sup>

Сравниваемые позиции	Традиционный лидер	Современный лидер
Принятие решений	Принимает единолично все значительные решения в организации. Решает все проблемы, встающие перед его командой	Делит ответственность с другими членами команды. Помогает подчиненным решать и производственные, и социальные проблемы
Ответственность	Полностью контролирует рабочий процесс и несет ответственность за результаты работы своей команды	Стимулирует в подчиненных стремление к самоуправлению и хозяйскому отношению к выполняемой ими работе
Роль эксперта	Сам отвечает на все вопросы	Задаёт нужные вопросы и обеспечивает связь работников с соответствующими специалистами
Разработка правил	Сам разрабатывает правила	Четко формулирует видение будущего своей организации и набор основных ценностей и объединяет людей вокруг этого
Отношение к коллективу	Высоко ценит единодушие и согласие в коллективе	Высоко ценит способность и стремление людей иметь и высказывать самые разнообразные точки зрения
Отношение к конфликтам	Стремится по возможности их избегать	Относится к конфликтам как к возможности достичь консенсуса в принятии и реализации решений

<sup>5</sup> Составлено авторами на основе обобщения данных.

<sup>6</sup> Составлено авторами на основе [30].

Сравниваемые позиции	Традиционный лидер	Современный лидер
Отношение к переменам	Как правило, реагирует на те или иные события, но противостоит переменам	Действует активно, сам инициирует перемены и относится к ним как к элементу выживания организации
Приоритеты в работе	На первое место ставит потребности организации, а не работающих в ней людей. Основное внимание уделяет рабочим задачам, сугубо техническим навыкам	Стремится разумно сочетать потребности организации и ее персонала. Основное внимание уделяет рабочему процессу и людям
Стиль мышления	Использует линейный, аналитический стиль мышления, не рассчитанный на долгосрочную перспективу	Мыслит нелинейно, целостно, глобально, с учетом долговременных перспектив
Опыт и знания	Стремится к накоплению специализированного, прикладного опыта и знаний	Стремится быть специалистом в разных областях
Компетенция	Интересуется только вопросами, входящими в его компетенцию	Интересуется вопросами всей организации, стремится стать надежным партнером для других групп и подразделений организации
Конкуренция	Жестко конкурирует с другими	Жесткий конкурент, но налаживает необходимые контакты с конкурентами, потребителями, партнерами
Сфера действия	Действует только на территории своего региона	Должен уметь действовать в межрегиональном и международном масштабах
Отношение к персоналу	Относится к подчиненным как ко взаимозаменяемому ресурсу организации	Относится к персоналу как к самому ценному ресурсу организации, знает, как сложно найти замену хорошему работнику
Отношение к риску	Стремится избегать риска	Готов рисковать

Изменения редко проходят легко и гладко. Они могут быть запланированными (эпизодически, постепенными или трансформационными), а также быть экстренными или революционными (например, медицинская помощь во время пандемии COVID-19); в организациях роль и ответственность лидера – руководить запланированными изменениями и управлять возникающими изменениями. Лидер должен направлять сотрудников в ходе процесса разрушения существующих моделей практики, побуждать их отпустить текущие реалии, внедрять новые модели, поощрять их. Изменения в ПМСП – это организационные изменения, проявляющиеся в освоении новых идей или моделей поведения. Эти организационные изменения могут быть представлены в виде множества:

$$\{П, Р, С, Ц, Ф\} = ОИ,$$

где П – переменная; Р – реализация мер; С – сознательная деятельность; Ц – изменение целеполагания; Ф – факторы; ОИ – организационные изменения [31].

Инициатива изменений может исходить от внешних сил (пациента, государства, партнера и др.), а также изнутри организации.

Изменения в ПМСП могут внедряться на трех уровнях:

- индивидуальном;
- командном;
- организационном.

Существует несколько теорий изменений, которые объясняют явления процесса изменений, определяют роль лидера и объясняют, почему участники изменений часто так сопротивляются изменениям.

Теория изменений Левина, разработанная в 1950-х гг., наиболее широко признана в сфере сестринского дела и здравоохранения и включает три уровня изменений: размораживание, изменение и повторное замораживание [32, 33]. Левин также разработал понятие запланированных изменений в сравнении с непреднамеренными или случайными изменениями, что привело к его разработке трех уровней изменений.

Лидер играет важную роль на этапе размораживания, который требует подготовки в организации в соответствии с изменениями. Лидер изменений – сотрудник организации, ответственный за реализацию стратегии изменений, активно работающий со своей командой в творческой и демократичной атмосфере. Также его могут называть «лидер перемен», «лидер-преобразователь», «лидер трансформации», «лидер модернизации», «лидер успеха», «лидер инноваций», «устойчивый лидер», «лидер 2.0», «амбидекстр» или «агент изменений».

Лидерами изменений становятся не только первые лица страны или руководители организаций, утверждающие и обеспечивающие реализацию стратегии регулярных изменений, но и любой специалист, благодаря которому внедряются улучшения. На национальном уровне лидерами изменений выступают президент, премьер-министр или министр здравоохранения, на организационном – главный врач и т. д. Все они служат драйверами перемен. Чтобы любое изменение было успешным, лидеры каждой группы заинтересованных сторон должны быть активными и заметными в руководстве своими командами и способствовать достижению прогресса. Лидеры изменений должны обладать следующими ключевыми навыками.

Сопровождение: привлекает и развивает инициативы всех своих коллег, убеждает их и командует работников с идейным вдохновением. Ключевой навык в этом случае – развитие умений других людей, которые будут способствовать изменению поведения или взглядов.

Мотивация: знакомит своих коллег и пациентов со своими ценностями. Это поможет создать привязанность к идее изменений и в мотивации команды на выполнение предпринятых действий.

Креативность: ищет новые способы пережить пик проведения кампании изменений и со знанием дела использует технику новаторства для удовлетворения организационных потребностей.

Стратегическое мышление: корректирует стратегические цели, используя все существующие ресурсы, и создает стабильные трансформационные сдвиги в организации.

Приспособление к изменяемой ситуации: умеет быстро адаптироваться ко всем возможным изменениям окружающей среды.

Деятельность лидеров изменений нацелена в конечном счете на позитивные изменения в ПМСП. Лидерство в изменениях имеет непосредственное отношение к этапам изменений (а также к эмоциям, связанным с этими этапами), через которые проходят сотрудники в условиях постоянных изменений. Лидерство в изменениях требует от лидеров и организации в целом работы с убеждениями, представлениями и парадигмами, а также развития таких методов и моделей поведения, которые помогали бы людям адаптироваться к изменениям.

В отличие от управления изменениями, которое как процесс направлено извне внутрь и фокусируется на структурах, системах и процессах, лидерство в изменениях – это составляющая, направленная изнутри вовне и непосредственно связанная со способностью справляться с вызовами, обусловленными изменениями. Оно предполагает вовлечение сотрудников в процесс изменений и поддержание этой вовлеченности вопреки неопределенности, страхам и отвлекающим факторам (рис. 2).



Рис. 2. Взаимосвязь лидерства в изменениях и управления изменениями <sup>7</sup>

Традиционные методы выявления лидеров не подходят для выявления лидеров изменений. Необходим иной механизм, который позволял бы измерять инновационный потенциал (и потенциал развития) отдельных сотрудников, подразделений и организации в целом. Экспертами в области оценки персонала была предложена идея использовать метод ассесмент-центра для прогностической оценки конкретных компетенций, что позволяло бы выявить с высокой степенью надежности лидеров изменений.

Ассесмент – это комплексный метод оценки компетенций. Он позволяет определить уровень развития навыков и спрогнозировать эффективность работы сотрудника в конкретной должности или роли.

При этом подразумевается всесторонний анализ компетенций и качеств сотрудников и кандидатов. Акцент делается не на навыках человека, а на особенностях поведенческих реакций в той или иной ситуации. Такой подход обусловлен тем, что умения легко нарабатываются в соответствующей рабочей среде, а для изменения паттернов поведения требуется 1–2 года ежедневной осознанной практики. Главная цель такой комплексной оценки – выявить компетенции сотрудников или кандидатов на должность и выяснить, насколько эффективно человек будет работать в непривычных для него условиях.

Ассесмент-центр – это технология, включающая тестирование, интервью, деловые игры, моделирование ситуации, оценивающая компетентность человека в профессиональном ключе и характеризующаяся, с одной стороны, целостностью, с другой – гибкостью. Выявлением лидеров изменений занимаются специально обученные ассессоры (оценщики).

Ярким примером такого центра является ГБУ города Москвы «Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения» (Кадровый центр). В нем используют разного рода упражнения, имитирующие реальные ситуации, включающие варианты обратной связи от коллег, некоторые содержат элементы самооценки участников, в некоторых используются психометрические тесты.

Технология ассесмент-центра состоит в том, чтобы в специально смоделированных ситуациях, типичных для исследуемой деятельности, выявить, проанализировать и оценить степень выраженности у специалиста профессионально важных качеств, необходимых для успешной работы, дать описание его личностных особенностей, сформулировать задачи для профессионального роста и обучения.

<sup>7</sup> Источник: <https://www.ccl.org/wp-content/uploads/2016/09/CCL-Navigating-Change-A-Leader-Role-RUS.pdf>

Эти техники включают упражнения, симулирующие реальные ситуации, которые могут иметь место на определенной должности или функциональном уровне внутри организации. Эффективность выполнения упражнений оценивается на основании заранее выделенных компетенций, которые принципиально необходимы для выполнения работы в определенной должности или на функциональном уровне. Логика очевидна: если наша задача – выяснить, соответствует ли уровень разных компетенций человека уровню, требуемому для успешного выполнения определенной работы, самый надежный способ – определить и имитировать существенное в этой работе в оценочных упражнениях. По тому, как участник выполнит эти упражнения, можно представить, как он справится и с самой работой. В конечном счете ассессмент-центр фокусируется непосредственно на поведении и включает ряд упражнений, охватывающих основные аспекты работы.

## 3.2. НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЛЯ СТИМУЛИРОВАНИЯ ЛИДЕРОВ ИЗМЕНЕНИЙ

В XXI в. произошел переход к новому технологическому укладу, повлекший структурные трансформации, изменения инновационного характера в обществе и экономике. Новая парадигма технологического и социально-экономического развития мирового сообщества была выработана на основе потенциала всего накопленного научного знания.

В РФ в Федеральном законе № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» научная деятельность рассматривается как деятельность, направленная на получение и применение новых знаний<sup>8</sup>.

Научная деятельность играет важную роль в развитии всех отраслей экономики. Она позволяет систематизировать объективные знания об экономических процессах и различных сторонах экономической деятельности. Эти знания являются основой разработки инновационных направлений деятельности, создания новых технологий и новых механизмов функционирования национального хозяйства. Именно поэтому правительства стран мира уделяют сегодня особое внимание стимулированию научной сферы деятельности.

Изменения, о которых может идти речь в контексте этой работы, объективно не всегда носят инновационный характер, но если рассуждать в ракурсе настоящего времени, то, безусловно, все перемены, которые происходят сегодня в здравоохранении в целом и непосредственно в ПМСП, связаны с инновациями. Инновации – это ведущая тенденция современного цифрового общества. Инновационную деятельность характеризуют по двум направлениям (тенденциям):

- с позиции рекомендаций ЮНЕСКО ее рассматривают как научно-техническую деятельность (НТД), которая включает научные исследования и разработки (НИОКР); научно-техническое образование и подготовку кадров; научно-технические услуги;
- с позиции отечественных ученых-экономистов ее рассматривают как разработку новшеств и деятельность по материализации нововведений.

Здравоохранение является одним из флагманов инноваций в современном мире. Эта отрасль непрерывно сталкивается с изменениями через внедрение новых технологий, стандартов и др. Очевидно, что любые отраслевые изменения и научная деятельность тесно связаны.

Лидерство изменений может реализовываться только при наличии творческой атмосферы, а научная деятельность характеризуется рядом специфических признаков, ключевым из которых яв-

---

<sup>8</sup> О науке и государственной научно-технической политике: Федеральный закон от 23.08.1996 № 127-ФЗ [принят Государственной Думой 12 июля 1996 года; одобрен Советом Федерации 7 августа 1996 года] // СПС «Консультант плюс». – 2023. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 22.08.2023). – Текст: электронный.

ляется творчество. К тому же когда наука тесно связана с практикой, то ее инновации быстрее внедряются. И наконец, если лидеры изменений, имеющие чаще всего административный ресурс, будут заниматься еще и научной деятельностью, то они не только станут проводниками инноваций в практическую деятельность, но и смогут быстрее достичь положительного результата в деле организационных изменений. В целом без акцента на научную деятельность стимулирование лидеров изменений происходит за счет создания специального пространства и системы мотивации, придания изменениям импульса и ценности результатам изменений. При этом стимулирование позволяет воздействовать на внешние обстоятельства с помощью благ – стимулов, побуждающих к определенному поведению.

Стимулы – это то, что ориентирует личность на достижение лучших результатов в своей деятельности и справедливую оценку таких результатов. Различают материально-денежные (зарплата, премии, доплаты, надбавки), материально-неденежные (производственно-технические, организационные, санитарно-гигиенические, временные, бытовые и т. д.) и нематериальные (похвала, почетные звания, правительственные награды и т. д.) стимулы [34].

Здесь также очевидно, что научная деятельность может являться одним из стимулов и побуждать лидеров изменений к более активным действиям по достижению поставленных перед ними целей.

## 3.3. АЛГОРИТМЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ ЛИДЕРА В ПРОЦЕССЫ ИЗМЕНЕНИЙ

Эффективное управление изменениями начинается задолго до их внедрения. При этом важно обеспечить правильную коммуникацию изменения всем группам заинтересованных сотрудников и выстроить процесс таким образом, чтобы максимально вовлечь людей, задействовать их опыт и обратную связь в реализации изменений. Для этого необходимо понимать, на каком этапе отношения к изменениям находится каждый член команды.

Инициатором изменений в системе здравоохранения выступает обычно государство, а в организации – высшее руководство, которые и берут на себя управление изменениями. Чтобы делать это эффективно, им нужны соответствующие знания и навыки, поэтому иногда для делегирования полномочий создают должность руководителя изменениями.

Такие люди одновременно знают отрасль, имеют управленческие компетенции и чаще всего являются лидерами. При этом дальше в управленческой иерархии огромную роль в реализации изменений играют лидеры среднего и нижнего звена. Они могут быть и формальными, и неформальными, но именно они должны донести видение изменений с уровня высшего руководства до рядовых исполнителей, помочь непосредственным подчиненным разобраться в эмоциях, связанных с изменениями и переходным периодом. В связи с этим высшее руководство любой организации, будь то министерство здравоохранения или поликлиника, которым предстоит изменения, должно сначала инициировать их перед лидерами среднего и нижнего звена. Иначе организация не достигнет согласованности и формирования приверженности поставленным целям – факторов, обеспечивающих успех изменений. Поэтому высшему руководству так важно соблюдать алгоритм вовлечения лидеров в процесс изменений:

1. объявить о начале работы по отраслевым или организационным изменениям и ее целях;
2. предложить принять участие во внедрении изменений;
3. установить четкие сроки проведения изменений;
4. оповещать своевременно обо всех работах, которые ведет отрасль или организация в части внедрения изменений;
5. объявить всем сотрудникам итоги работ по отраслевым или организационным изменениям;
6. установить систему вознаграждения за лучшее решение (предложение, идею, ноу-хау) по работе над отраслевыми или организационными изменениями.

Лидеры среднего и высшего звена реализуют изменения в ответ на указания, поступающие сверху. Для того чтобы эффективно руководить этим процессом, им необходимо обеспечивать управления изменениями на трех уровнях.

Личном. Как я справляюсь с изменениями? С каким связанным с изменениями вызовом мне приходится справляться в данный момент? Какова моя роль как лидера изменений и что я должен делать по-новому? Какой стиль лидерства является для меня естественным в условиях, когда мне нужно стимулировать значительные изменения? Как мои предпочтения относительно стиля реализации изменений и реакции на них воздействуют на окружающих? Как я обеспечиваю наличие лидерского потенциала для реализации изменений в масштабах организации?

Командном. Как я помогаю своим сотрудникам справляться с изменениями, особенно в условиях отсутствия выбора или контроля? Как я понимаю различные точки зрения, чувства и реакции людей на изменения в процессе достижения согласованности с целями организации? Как я реагирую на эти точки зрения, чувства и реакции? Как я выстраиваю отношения и убеждаю тех, кто поддерживает изменения, выступает против них или занимает нейтральную позицию, принять участие в реализации порученных мне изменений?

Организационном. Как я возглавляю изменения в контексте общеорганизационной культуры и политических реалий? Как я формирую сеть катализаторов изменений на всех уровнях организации? Какое влияние я оказываю на моем уровне, на вышестоящих и нижестоящих уровнях организации? Как я добиваюсь того, чтобы изменение принесло пользу и для моей команды, и для организации в целом? Как я обеспечиваю наличие лидерского потенциала для реализации изменений в масштабах организации?

Одной из наиболее наглядных моделей, показывающих типичную психологическую реакцию людей, сталкивающихся с изменениями, является матрица изменений, разработанная Деннисом Джафи (Dennis Jaffe) и Синтией Скотт (Cynthia Scott).

Модель представляет отношение людей к изменениям как процесс, состоящий из четырех фаз: отрицание, сопротивление, разведка, приверженность. Задача лидера на всех этапах изменений – помочь сотрудникам максимально эффективно и быстро пройти через стадии отрицания и сопротивления, учитывая их потребность в получении информации, обсуждении, проявлении эмоций и получении обратной связи в отношении изменений.

Отсутствие внимания со стороны лидера к тем психологическим процессам, которые происходят с командой, отсутствие поддержки могут привести к тому, что часть сотрудников зависнет на этапах отрицания и сопротивления или не увидит для себя места в новом процессе на этапе разведки, и ценные сотрудники будут потеряны для компании. Потеряны как в прямом смысле, приняв решение о смене работодателя, так и косвенно – через потерю мотивации.

## 3.4. ЭФФЕКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧАСТНИКОВ ИЗМЕНЕНИЙ: РОЛИ ЛИДЕРА ИЗМЕНЕНИЙ

Изменения постоянны и неизбежны в организациях любого типа, в том числе в ПМСП. Однако исследования показывают, что от 50 до 70 % планируемых изменений оказываются безуспешными. Командные подходы к оказанию медицинской помощи все больше применяются в ПМСП. При данном подходе происходит взаимодействие нескольких поставщиков медицинских услуг (медицинский персонал, узкие специалисты), обеспечивается совместная работа организаций здравоохранения и учреждений социального обеспечения, что, в свою очередь, подразумевает интегрированную помощь [35].

Для того чтобы эти изменения в первичном звене здравоохранения были успешными, необходимо наиболее целесообразным способом организовать взаимодействия участников таких команд. Эффективное взаимодействие – это связь между участниками команды изменений, которая обеспечивает выполнение ими согласованных действий для достижения общего результата.

В образовательном проекте «Научная лаборатория: Московская поликлиника» командное взаимодействие осуществляется на уровне организаторов и участников. В 2023 г. проект открыл третий сезон и состоит из пяти треков, в каждом из которых работает отдельная команда.

Для того чтобы взаимодействие членов таких команд способствовало достижению общей цели проекта – формированию и развитию исследовательских компетенций и критического мышления в сообществе специалистов амбулаторно-поликлинического (первичного) звена системы здравоохранения города Москвы, важно соблюдение общих правил, исполнение которых и контролируют лидеры команд (эксперты, наставники, координаторы): пунктуальности, самокритичности, уважения, целеустремленности, конфиденциальности.

Лидеры команд находятся в крепкой взаимосвязи с участниками изменений – участниками проекта. Каждая команда, имея конкретный образ лидера, с одной стороны, требует от реального лидера соответствия ему, а с другой – лидер должен быть в состоянии поддерживать интересы команды. Лишь в этом случае последователи идут за лидером осознанно.

Характерные черты участников команды, на которую осуществляется воздействие, позволяют лидеру выбирать те или иные модели влияния и обеспечить рост ее активности, координацию действий и укрепление внешних связей, а также способствуют развитию и гармонизации межличностных отношений в ней и обеспечивают личную поддержку всем ее членам. Только так лидер получает неотъемлемый атрибут лидерства – доверие к нему со стороны команды, что является толчком, позволяющим сообществу следовать за лидером. При этом пациент получает качественное медицинское обслуживание. В проекте эта работа осуществляется через разнообразные формы обратной связи, специально созданную для этого виртуальную среду для общения.

Следует отметить, что для осуществления эффективного взаимодействия прежде всего должно быть реализовано эффективное лидерство в таких командах, связанное не с культом личности,

а с энергией социальных и сетевых отношений внутри команды – коммуникациями. Такое лидерство называют распределенным. Оно наиболее эффективно в условиях цифровизации общества.

Распределенное лидерство – стиль руководства, при котором эксперт, наставник или координатор делегирует часть лидерских функций другим членам команд треков, предоставляя им необходимые для этого полномочия.

Цель распределенного лидерства состоит в том, чтобы вырастить больше лидеров, которые используют свой опыт для достижения целей медицинских организаций. Лица, занимающие распределенные руководящие роли, принимают решения, основанные на взаимном доверии и ответственности.

Этот стиль руководства основан на командном подходе, при котором руководство является гибким и изменчивым в рамках проекта, что особым образом укладывается и в образ командного подхода, внедряемого в практику ПМСП. Участники проекта получают уникальный опыт работы в команде. Благодаря этому некоторые из них в будущем могут стать лидерами в своей медицинской организации, если у них есть необходимый опыт работы.

Организаторы образовательного проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» планируют не только приобщить участников треков к науке, но и ожидают, что в итоге в ПМСП, где медицинские и немедицинские работники должны выполнять вместе сложные задания, требующие общения и множества навыков, распределенное лидерство даст возможность врачам приобрести опыт командной работы для повышения качества и доступности медицинской помощи.

Эффективное взаимодействие между лидером и его командой должно помогать решать поставленные задачи. Поэтому лидеры изменений в каждом треке проекта используют следующий инструментарий.

Системы управления проектами – это программное обеспечение, которое позволяет управлять проектами, делиться информацией и координировать работу между участниками команды.

Средства коммуникации, такие как электронная почта, мессенджеры и видеоконференции, помогают удобно и быстро общаться в команде, особенно если участники находятся территориально в разных местах.

Методы организации работы – помогают распределить задачи между участниками команды, установить приоритеты и улучшить взаимодействие внутри команды.

Обратная связь – это процесс, когда один участник команды дает другому обратную связь на свою работу. Это помогает улучшить качество работы и повысить эффективность команды в целом.

Тимбилдинг – это мероприятия, которые помогают участникам команды лучше узнать друг друга за пределами работы и создать более крепкие связи между ними.

На уровне команд треков проекта лидеры изменений играют 4 основных роли:

1. катализатора перемен;
2. мотиватора;
3. модератора;
4. организатора ресурсов.

Инициаторы проекта уверены, что изменения, которые затронут участников, создадут прочную основу для качественных перемен в ПМСП, касающуюся не только «конечных благополучателей» – пациентов, но и многих других. Лидеры изменений (эксперты, наставники, координаторы) через образовательный проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» стремятся повысить качество жизни людей, что обязательно приведет к позитивным изменениям на уровне всего общества.

ГЛАВА

# 4

## СТРАТЕГИИ И ПРАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

## 4.1. КЛЮЧЕВЫЕ БАРЬЕРЫ И СОПРОТИВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сложность систем здравоохранения требует координации между множеством заинтересованных сторон для осуществления значимых изменений. Врачи первичной медико-санитарной помощи являются важнейшим партнером, с которым необходимо взаимодействовать, поскольку их инвестиции и участие имеют решающее значение для успеха любой инициативы системного уровня.

Необходимость периодических изменений в учреждениях здравоохранения не вызывает сомнений. Однако бесконфликтное внедрение изменений в условиях сотрудничества всего коллектива является, скорее, исключением, чем правилом. Сопротивление изменениям – это инстинкт самосохранения, естественная защитная реакция человеческой психики, так как любые изменения – это неизвестность, это риски, и это порождает страхи.

Изменения, как правило, ведут к определенному ряду сопротивлений как со стороны работников, так и со стороны организации в целом. По-разному могут оцениваться изменения со стороны сотрудников (для них перемены чаще чреватые опасностью) и со стороны руководства организации (для него это, скорее, новые шансы).

Сопротивление изменениям может иметь разную силу и интенсивность. Оно проявляется как в форме пассивного, более или менее скрытого неприятия изменений, которое выражается в снижении производительности труда или желания перейти на другую работу, так и в форме активного, открытого выступления против изменений, например, в виде явного уклонения от внедрения изменений. Сопротивление может проявляться на уровне личностных барьеров или барьеров на уровне организации.

### **Примерами личностных барьеров являются:**

- страх перед неизвестным, когда предпочтение отдается привычному;
- потребность в гарантиях, особенно когда под угрозой оказывается собственное рабочее место;
- опасение явных потерь (например, сохранение той же заработной платы при увеличении затрат труда);
- угроза сложившимся на старом рабочем месте социальным отношениям;
- недостаток ресурсов и времени из-за оперативной работы, что тормозит перемены, которые не могут быть реализованы между делом.

## Барьерами на уровне организации выступают:

- инертность сложных организационных структур;
- взаимозависимость подсистем, ведущая к тому, что одно несинхронизированное изменение тормозит реализацию всех остальных изменений;
- сопротивление при передаче привилегий определенным группам и возможным изменениям в сложившемся балансе власти;
- прошлый отрицательный опыт, связанный с изменениями.

По результатам многочисленных исследований также были выявлены барьеры, специфичные при привлечении врачей первичной медико-санитарной помощи к разработке и внедрению изменений в системе здравоохранения:

- отсутствие доверия между врачами первичной медико-санитарной помощи и лицами, принимающими решения;
- сильная профессиональная идентичность врача;
- клинически нерелевантные и сложные предложения;
- недостаток потенциала и поддержки (табл. 4).

Таблица 4. Краткое обобщение барьеров, препятствующих внедрению изменений<sup>9</sup>

Барьер на пути к изменениям	Комментарий
Отсутствие доверия и плохие отношения между первичной медико-санитарной помощью и лицами, принимающими решения	Недоверие к администрации и правительствам часто предшествовало инициативам по изменению и было значительным препятствием, которое приходилось преодолевать при инициировании процесса вовлечения. Исключение первичной медицинской помощи из ранних обсуждений еще больше усугубило недоверие, а плохая коммуникация препятствовала совместным усилиям. В некоторых случаях врачи описывали различия в основных ценностях между группами врачей и немедицинских работников. Другие описывали недостаток знаний о первичной медико-санитарной помощи у лиц, принимающих решения, что приводит к проблемам в инициативах, направленных на интеграцию медицинской помощи
Сильная профессиональная идентичность врача	Существенными препятствиями были профессиональная автономия и сильная идентичность врача. Врачи первичной медико-санитарной помощи стремились контролировать процесс принятия клинических решений и часто рассматривали себя функционирующими независимо от более крупной системы здравоохранения. В некоторых случаях усилия по изменению привели к различным мнениям врачей. Созданные группы врачей, которые усиливают голос врачей, могут значительно затруднить усилия по изменению, если группа не поддерживает предлагаемые изменения
Клинически нерелевантные и сложные предложения по изменениям	Врачи первичной медико-санитарной помощи неохотно принимали участие, если считали, что вмешательства вряд ли будут клинически значимыми или их трудно внедрить. Неясные вмешательства и опасения по поводу увеличения административной работы без клинического улучшения привели к путанице и разочарованию, которые препятствовали усилиям по дальнейшему обсуждению
Нехватка потенциала и поддержки	Отсутствие организационной и административной поддержки для врачей первичной медико-санитарной помощи было сдерживающим фактором для участия. Ограниченное время и возможности еще больше препятствовали участию

Барьеры на пути вовлечения первичной медико-санитарной помощи следует устранять с помощью контекстуально разработанных стратегий и акцентировать внимание на налаживании отношений, совместных усилиях и реализации соответствующих и осуществимых инициатив [36].

<sup>9</sup> Составлено авторами на основе обобщения данных.

## 4.2. ПРИЧИНЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Работники здравоохранения – это уникальная группа. В отличие от других отраслей, практическая деятельность в медицине учитывает мнения и ценности персонала, что приводит к организации и реализации ценностно-ориентированного здравоохранения. Эта динамика сильно отличается от правил в других отраслях, потому что в здравоохранении медицинский персонал заботится о пациентах, которые от него зависят. Когда дело доходит до уязвимых людей, существует множество очень фиксированных мнений о конкретных методах ухода, культурных установках и различных стандартах. По этой причине процесс изменений является сложным из-за ограничивающих убеждений.

Индивидуальные изменения приводят к организационным изменениям. В другой организации здравоохранения существуют небольшие субкультуры в отделениях в рамках всеобъемлющей организационной культуры. Менеджеры по изменениям должны выявлять различные культуры в других областях и знать, почему персонал сопротивляется изменениям, чтобы эффективно способствовать изменениям.

### Основные причины сопротивления изменениям

- Проблемы безопасности с новыми методами.
- Персонал, придерживающийся встроенных норм ухода за пациентами.
- Изменения, влияющие на психологическую безопасность персонала.
- Кадровые вопросы и другие проблемы, связанные с ресурсами.
- Изменение не имеет отношения к конкретному отделу.
- Ощущаются разрывы между теорией и практикой.
- Страх отсутствия автономии для индивидуального ухода.
- Персонал может рассматривать модель изменений как нисходящую и покровительствующую.
- Средства массовой информации пропагандируют негативные чувства к изменениям для команды и общественности.

Такие проблемы часто возникают из-за групповой динамики, что приводит к негативным чувствам по поводу изменений. Эти общие проблемы должны быть известны руководителям изменений и выявлены в конкретных лицах и группах, чтобы помочь персоналу понять и поддержать изменения. Лидер изменений может решить эту проблему, участвуя в совместном принятии решений в рамках успешных процессов изменений, чтобы преодолеть сопротивление и поддержать изменения. Рассмотрим причины сопротивления переменам подробнее.

Эгоистический интерес является основной причиной того, что люди сопротивляются изменению на уровне организации. Это связано с той или иной степенью эгоизма, присущей каждому человеку: люди вследствие своей человеческой природы ставят свои собственные интересы выше интересов организации. Такое поведение в силу его универсальности и естественности не очень опасно, однако его преобладание над другими формами поведения может привести к возникновению неформальных групп, действия которых будут направлены на то, чтобы предложенное изменение не могло быть осуществлено.

Непонимание обычно возникает из-за того, что люди не в состоянии оценить последствия изменений. Например, очень часто именно непонимание сопровождает внедрение новых медицинских технологий в повседневную практику. Основной причиной здесь является отсутствие достаточной информации относительно целей и путей реализации изменений. Такая ситуация чаще характерна для организаций, где степень доверия к действиям руководителей (менеджеров) достаточно низкая.

Различная оценка последствий связана с неодинаковым восприятием стратегических целей и планов. Руководители и сотрудники могут по-разному воспринимать значение изменений для организации и внутриорганизационных групп. При этом руководители часто считают, что сотрудники организации видят преимущества реализации изменения так же, как и они, и что каждый обладает необходимой информацией.

Некоторые люди боятся любых изменений из-за опасения, что они не будут справляться с работой в новых условиях. Такое сопротивление наиболее характерно при внедрении новых технологий, форм отчетности и т. п., например, страх не справиться с компьютером или другим аналогичным оборудованием всегда сопровождает процесс внедрения информационных технологий.

Многие из названных причин сопротивления изменениям проистекают из человеческой природы. Однако на них воздействует и жизненный опыт (например, положительные или отрицательные последствия предыдущих перемен). Люди, испытавшие на себе массу ненужных изменений (например, частых, но бесполезных реорганизаций) или оценившие все происходившие с ними изменения как негативные, обычно становятся очень подозрительными.

Руководители часто ищут причины неудач во внутреннем сопротивлении, хотя они могут быть иными, например, плохой выбор новой технологии или неподходящие организационные условия для ее применения. В таких случаях сопротивление изменениям лишь симптом, причину которого следует обнаружить и устранить. Кроме того, характеры людей различаются по сопротивлению изменениям и способности приспосабливаться к ним. К сожалению, те, кто более всего нуждаются в изменениях, часто больше всех им сопротивляются.

В процессе перемен (или изменений) можно выделить различную степень активности участников и их различное отношение к процессу. Существуют различные классификации типов участников, исходя из их отношения к переменам.

«Инициаторами идеи перемен» называют лиц, имеющих четкое представление о том, что и как следует изменить. Они проводят дискуссии, привлекают на свою сторону единомышленников, порой реализуют свои идеи в значительной степени благодаря своему дару убеждения, энтузиазму и эмоциям.

«Соглашатели перемен» – лица, не являющиеся инициаторами процесса, но соглашающиеся с его целесообразностью и принимающие саму идею. Некоторые лица, относящиеся к этому типу, воспринимают нововведения с энтузиазмом, другие – с опаской и раздумьями. Определенная группа лиц может поначалу относиться к переменам скептически, но постепенно и они встают на сторону нововведений.

«Агенты перемен» – лица, которые управляют этим процессом и помогают персоналу внедрить перемены в практику.

«Консерваторы перемен» – лица, которые могут создать по-настоящему сильное сопротивление изменениям. Они склонны к тому, чтобы повернуть весь процесс вспять и никогда ничего не менять.

На практике бывает очень сложно выявить истинное отношение людей к изменениям. Поступки любого человека предсказать совсем не просто, поэтому важно понять причину, заставляющую его реагировать на нововведение тем или иным образом.

Постоянно ускоряющийся прогресс технологий неизбежен в любой отрасли, особенно в сфере здравоохранения. Одним из примеров является переход на электронные медицинские карты, который потребовал от многих медицинских организаций переделки всех своих систем медицинской документации, но это также подготовило их к будущему, повысив производительность и эффективность.

Внедрение технологий и управление изменениями в здравоохранении чреваты теми же проблемами, что и внедрение технологий в любой другой отрасли. Но во многих отношениях медицинский персонал сталкивается с более сложными проблемами на пути к успешному внедрению цифровых технологий, чем другие отрасли. Причины, по которым медицинский персонал борется с внедрением цифровых технологий, следующие.

- Сложность организаций здравоохранения требует масштабной координации на нескольких уровнях. Сотрудники должны изучать новые технологии, программное обеспечение и рабочие процессы.
- Персонал должен справляться с потенциальной угрозой автоматизации.
- Руководители организаций должны попытаться управлять изменениями в дополнение к графикам, и без того перегруженным.

Медицинский персонал должен понимать недостатки, а также преимущества любого внедрения технологий. Например, команда проходит обучение до и во время внедрения технологии. В этом случае персонал может помочь сократить потери, и, когда сотрудники будут чувствовать себя более уверенно с технологиями, они будут более открыты для будущего внедрения технологий.

Персонал часто мотивирован возможностями или угрозами. Одним из способов снижения сопротивления является продвижение возможностей технологий, а не их потенциальных угроз. В медицинских учреждениях существует несколько способов сообщить об этих преимуществах.

Электронные медицинские карты легче передавать, а история болезни пациента более проста для канцелярского и медицинского персонала, чтобы перемещаться из одного медицинского учреждения в другое. Кроме того, повышается удобство и эффективность, что приводит к улучшению качества обслуживания. Внедрение цифровых технологий влияет на способность персонала меняться.

## 4.3. РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ПРЕОДОЛЕНИИ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

В современном мире любая организация, компания или предприятие обрабатывает, анализирует огромное количество той или иной информации, используемой в процессе работы. Эффективность (прибыль) деятельности организации (бизнеса) коррелирует в зависимости от того, как быстро и правильно информация была переработана, из нее было отобрано необходимое и забраковано ненужное.

Своевременное получение необходимого объема достоверной и точной информации возможно с помощью информационных систем (ИС), которые на сегодняшний момент используются в большинстве организаций и предприятий независимо от их профиля и направления деятельности.

Такие системы применяются для автоматизации всех процессов, связанных с управлением, делопроизводством, всеми видами деятельности, и значительно сокращают время на оформление документации, снижают объем документооборота, упрощают и ускоряют процесс принятия управленческих и организационных решений и др.

Информационная система, как правило, объединяет в себе несколько направлений. Например, для медицинских организаций в такую систему включена система поддержки принятия врачебных решений, электронные медицинские карты пациентов, данные лабораторных и диагностических исследований, данные мониторинга состояния пациента, средства общения (мессенджеры) между сотрудниками, различная административная и финансовая информация, отчетность для руководителя, складской учет и др. Условно можно классифицировать информационные системы, используемые в том числе в здравоохранении, следующим образом:

- технологические информационные медицинские системы (например, ЕМИАС);
- банки информации медицинских служб (например, Единый инфекционный Регистр ЕМИАС, Медико-социальная экспертиза ЕМИАС, Регистр ЛЛО ЕМИАС, Регистр COVID ЕМИАС, Регистр ПИН ЕМИАС, Реестры наблюдения ЕМИАС и др.);
- статистические ИМС (например, Аналитическая подсистема ЕМИАС, Информационно-аналитическая система общественного здоровья ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (НИИОЗММ));
- научно-исследовательские ИМС (например, Мониторинг электронной медицинской карты пациента, Единый радиологический информационный сервис – ЕРИС);
- обучающие (образовательные) ИМС (например, Информационный портал для пользователей ЕМИАС).

К последнему, пятому разделу можно отнести уникальный проект столичного здравоохранения для развития исследовательских компетенций и критического мышления специалистов первичного звена «Научная лаборатория: Московская поликлиника».

Основным назначением информационной системы является обеспечение оперативного доступа сотрудника к необходимой актуальной информации с рабочего места или из приложения с учетом прав доступа.

Любая организация, в которой проходят те или иные изменения, первоначально реагирует на них в большинстве случаев отрицательно, расставляя на пути к ним барьеры-препятствия. Такое отрицание может оправдываться по-разному: отсутствие времени, отсутствие специалистов определенной квалификации, недостаток квалификации и др.

Различают стандартные группы препятствий, характерные для организаций или предприятий.

1. Технологические препятствия. Недостаточное количество компьютерной техники и программ, способных поддерживать работу информационных систем.
2. Организационные препятствия. Непонимание руководителями механизмов реализации информационных решений и использования исполнителями информационных систем.
3. Личные препятствия. Отсутствие желания у сотрудников выполнять дополнительные действия, отсутствие у них определенных навыков, позволяющих в полном объеме пользоваться системами, недостаток знаний в области информационных технологий, недоверие и страх перед новым продуктом.
4. Другие препятствия. Не учитывается желание и стремление сотрудников повышать свою квалификацию, отсутствие в должностных инструкциях описания дополнительных работ и связанная с этим оплата труда и вознаграждения, отрицательный опыт, связанный с участием в предыдущих изменениях.

Перечисленные препятствия, возникающие при внедрении изменений, связанных с продвижением информационных систем, приводят к снижению эффективности деятельности и ошибкам при передаче и анализе информации. Причин, по которым персонал сопротивляется изменениям, несколько:

- собственнический интерес, когда человек убежден, что при изменениях он может потерять что-то ценное для себя или получить дополнительную работу, которая не будет оплачиваться;
- недопонимание и отсутствие доверия, когда коммуникация между руководством и персоналом отсутствует или малоэффективна и значимость работы обесценивается;
- различия в оценке текущей ситуации, когда на первый план выходит субъективное мнение о важности и своевременности работы;
- минимальный уровень готовности к изменениям, когда о предстоящих изменениях у сотрудников очень мало (или нет) разъясняющей информации;
- влияние коллег, которые не хотят или не могут принять изменения;
- усталость от изменений, когда их было сразу несколько и в короткий срок;
- неудачный опыт предыдущих изменений, который мог включать все вышеизложенные причины.

Стратегий в преодолении сопротивления изменениям с помощью информационных систем существует несколько, они имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Наилучший

подход к преодолению сопротивлений основывается на участии и вовлечении сотрудников организации, помощи и поддержки им со стороны руководства.

Если «профилактические» стратегии не были предприняты заранее, то вероятность конфликта между персоналом и работодателем по причине непринятия изменений возрастает многократно. Поэтому в интересах руководства максимально быстро разобраться в текущей ситуации и выяснить реальное положение дел и предпринять меры, которые помогут преодолеть каждое из направлений возражений сотрудников в кратчайшие сроки.

Внедрение любой информационной системы, не использовавшейся до этого, должно проходить комплексно, включая не только технические, но и психологические и организационные аспекты. Положительного эффекта от использования инструментов цифровизации можно добиться только при активном участии всех сотрудников. Однако не стоит забывать о работоспособности самой информационной системы, ее скорости и безопасности на психологический настрой персонала. Если системой удобно, быстро и безопасно пользоваться, то сотрудники быстрее ее примут на вооружение.

## 4.4. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПРАКТИКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

Здравоохранение является уникальной отраслью, в которой постоянно происходят изменения: появляются новые технологии и стандарты, направленные как на лечебно-диагностический процесс и его техническое сопровождение, так и на образование медицинских кадров, которые должны уметь использовать весь широкий спектр новых технологий с должной эффективностью.

В результате развития научно-технического прогресса в медицине совершенствуется организационная структура медицинских организаций, модернизируется их ресурсное и техническое оснащение, повышается уровень подготовки кадров. Но такие изменения сопровождались и будут сопровождаться сопротивлениями. Поэтому с целью гарантированно положительного и результативного внедрения всех запланированных изменений крайне важно управлять данным процессом.

Процесс управления изменениями характеризуется значительным количеством новой информации, которую требуется собрать и исследовать. Такие действия предпочтительно решать с помощью построения модели управления изменениями в организации. Самой распространенной моделью управления запланированными изменениями считается модель изменений Курта Левина, которая была рассмотрена в главе 1.

### **Для каждого этапа данной модели присущи следующие характеристики**

- Размораживание: максимально понятное и простое объяснение необходимости изменений для избегания возможного возникновения сопротивлениям изменений.
- Движение: практическая реализация изменений согласно составленному плану. Важно отметить, что на данной стадии могут возникнуть новые направления сопротивлений, которые нужно тщательно мониторировать, чтобы подвергнуть план внедрения изменений своевременной корректировке.
- Замораживание: важный этап для закрепления полученного результата, оценивания достигнутого и переосмысления плана (что можно закончить, что изменить и т. д.).

Непосредственно для медицинских организаций еще можно добавить использование такой модели управления изменениями, как ADKAR и концепцию Lean (также рассмотрены в главе 1). ADKAR чаще используется как один из подходов для выявления рабочих и нерабочих моментов процесса изменений, а Lean предлагает подход к управлению организацией в случае, если качество работы должно повышаться за счет устранения любого рода потерь.

Проектная деятельность в сфере здравоохранения, представляющая собой особый вид управленческой деятельности, по своей сути нацелена на решение какой-то определенной задачи или достижения намеченной цели за конкретно ограниченный промежуток времени при помощи необходимых финансовых, материальных и трудовых ресурсов.

Московская медицина сегодня находится в состоянии широкомасштабных преобразований, изменений. В работу медицинских организаций внедряются принципы проектного управления, появляется новейшее высокотехнологичное оборудование, осуществляется переход к цифровому здравоохранению. Активно внедряются технологии искусственного интеллекта и системы поддержки принятия врачебных решений. Все это требует совершенно нового уровня подготовки медицинского персонала и появления новой системы адаптации сотрудников.

Любые из проектов столичного здравоохранения, направленные на повышение доступности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи в Москве, текущие или завершившиеся, также проходят через стадию сопротивления. На данный момент одними из ключевых проектов являются «Новый московский стандарт поликлиник», проект «Павильоны здоровья», проект «Мой администратор», стандартная операционная процедура (СОП) по неотложной медицинской помощи, проект «Проактивное диспансерное динамическое наблюдение», организация работы дневных стационаров, проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» и клинические исследования на базе медицинских организаций Москвы.

Проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» стал самым успешным проектом московского здравоохранения в развитии научного потенциала и компетенций врачей поликлиник Москвы (подробно рассмотрен в главе 6). Однако и данный стартап в самом начале своего пути подвергнулся сопротивлению со стороны потенциальных участников.

Проект можно проанализировать по любой из вышеописанных моделей управления изменениями или моделей принятия решений, психологической готовности к организационным изменениям, изложенными в книге ранее.

В данном случае сопротивление будет индивидуальным и, скорее, психологическим, чем инструментальным. Рассмотрим несколько моделей управления изменениями более подробно с точки зрения характеристики модели, проблем, которые приводили к сопротивлениям у потенциальных и настоящих участников проекта, и каким образом сопротивление сглаживалось (табл. 5, подробное описание характеристик моделей см. в главе 1).

**Таблица 5. Соотношение моделей управления изменениями, сопротивления изменениям и способам их решения<sup>10</sup>**

Модель	Характеристика модели	Сопротивления изменениям и их решения
Модель (кривая) изменений Кюблер-Росс	Отрицание	Информационная поддержка проекта в СМИ и социальных сетях, описание проекта простым доступным языком. Информативный сайт проекта. Увеличение количества треков проекта для расширения контингента участников по интересам. Мотивационная помощь в выборе трека для участия в проекте
	Гнев	Помощь кураторов и наставников, постоянная обратная связь через мессенджеры и социальные сети при выполнении заданий, объяснении материала
	Торг	Задания, требующие от участников проекта раскрыть свои исследовательские компетенции и критическое мышление
	Депрессия	Предоставление возможности расширения своего творческого потенциала путем смены трека
	Принятие	Защита диссертационной работы, публикации в научных журналах, участие в проектах ДЗМ

<sup>10</sup> Составлено авторами на основе обобщения данных.

Модель	Характеристика модели	Сопrotивления изменениям и их решения
Модель ADKAR (ADKAR-Prosci)	Осведомленность	Создан информативный сайт с удобной навигацией, содержащий большое количество полезной и необходимой информации для участников проекта
	Желание	Рассылка актуальных новостей участникам, мотивация к выбору трека, удобно составлено расписание
	Знание	Вебинары (видеолекции), дополнительные материалы, тестирование
	Способность	Коррекция домашних заданий с объяснением ошибок, возможность связаться с куратором и наставниками для получения более подробных объяснений материала
	Подкрепление	Поддержка во время участия в проекте или после завершения участия в нем реализации исследовательских амбиций
Модель на базе теории К. Левина	Разморозка	Изучение сайта, новостей, описание треков, мотивация к развитию исследовательского мышления
	Изменение	Практическое выполнение заданий после ознакомления с видеолекциями и дополнительными материалами, консультации с кураторами и наставниками
	Заморозка	Участие в научных исследованиях, научных проектах ДЗМ, внедрение практических результатов в медицинские организации, разработка СОПов, написание и защита диссертационной работы
Модель оценки В. Сатир	Старый статус-кво	Знакомство с сайтом, выбор трека, ознакомление с учебным планом и расписанием
	Сопrotивление	Поддержка кураторов, возможность общения с наставниками
	Хаос	Понимание, оценивание и принятие преимуществ участия в проекте
	Интеграция	Использование персональных ресурсов для участника проекта, в том числе использование виртуальной среды для общения, поддержки в публикациях научных результатов
	Новый статус-кво	Возможность участия в научных работах и исследованиях, влияющих на столичное здравоохранение

Основными причинами неприятия изменений, сопротивления им являются непонимание целей процесса, для чего и кому это нужно. Зачастую людям элементарно не хватает современных знаний, практических умений и навыков. Проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» был создан специально для того, чтобы практикующие врачи стали непосредственными участниками трансформации столичного здравоохранения и могли повлиять на его реформирование на достаточно высоком уровне. Проект формирует интерес и доверие медицинских специалистов к тем изменениям, которые уже происходят и будут происходить в московской системе здравоохранения. Для этого предприняты все возможные шаги, которые могут и будут помогать столичным специалистам изменять систему здравоохранения в соответствии с современными тенденциями и трендами.

## 4.5. ИЗМЕНЕНИЕ МЫШЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР СНИЖЕНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

Управление любыми изменениями, личными или на уровне организации, является достаточно трудоемким процессом, в котором необходимо учесть все направления изменений, в том числе изменение мышления работников, в данном случае медицинского персонала.

Изменение мышления является процессом формирования новых взглядов, убеждений и привычек. Переживания, эмоции, убеждения напрямую зависят от того, что, как и о чем думает человек, какие мысли формируются в его ощущении мира вокруг себя. С помощью мышления индивидуум познает мир вокруг себя, истолковывает значение процессов и действий и на основе анализа всей получаемой информации приходит к тому или иному выводу. Соответственно полученный вывод определяет отношение человека к окружающей обстановке и способствует выражению определенной реакции.

Мышление непосредственно влияет на мотивацию человека. Например, если человек думает о том, что для успешной реализации определенного задания у него есть максимальные возможности и способности, то такое задание в большинстве случаев будет выполнено. И наоборот: мысли о том, что человек не может справиться с заданием, приводят к тому, что снижается мотивация и результат будет достаточно негативный.

Однако человек может не только контролировать свои мысли, но и менять их эмоциональную окраску. Изменение мышления помогает раскрыть потенциал человека и достичь больших результатов в своей жизни, в том числе профессиональной. Изменение мышления позволяет преодолеть страхи и сомнения перед чем-то новым, что мешает действовать и достичь определенной цели; найти новые возможности, те перспективы, которые были раньше недоступны; улучшить качество жизни, сделав ее более интересной и насыщенной, расширить кругозор.

Если говорить об изменениях в принципе, то управление изменениями состоит из набора стратегий, процессов и процедур, которые используются на практике для управления организационными изменениями, затрагивающими людей. Персонал часто сопротивляется переменам потому, что боится перемен: увеличения рабочей нагрузки, устаревания своих навыков, неопределенных ожиданий, увольнения и т. п. Исключительно поэтому управление изменениями всегда ставит человеческий фактор в центр предполагаемых к проведению изменений.

Модификация стереотипа мыслительной привычки работников достаточно серьезный и трудоемкий процесс, требующий немалых усилий и действий со стороны руководства любой организации.

Для изменения мышления необходимо сначала изменить устаревшие или неэффективные методы работы, к которым сформировано и скорректировано поведение. Это простое, по сути, действие требует три несложных шага.

**Шаг 1.** Проанализировать и осознать, что делают сотрудники. Необходимо понять, что именно персонал делает на работе: как распределяются обязанности, как решаются возникшие проблемы, как принимаются решения, каким образом достигается результат и т. д. Такой анализ позволит внести рациональные изменения в рабочий процесс.

**Шаг 2.** Проанализировать и осознать, почему сотрудники делают именно так. Необходимо понять, почему конкретный рабочий процесс и условия позволяют сформировать реальное поведение, которое наблюдает реформатор/работодатель. Что влияет на то, что персонал не идет на риск при принятии решений, почему не проявляет инициативы, что влияет на выработку конкретного стереотипа повседневного поведения и мышления.

**Шаг 3.** Изменить рабочую ситуацию. Анализ существующей структуры, процессов и методов определенным образом формирует и мышление, и поведение. Для изменения мышления необходимо настроить данные элементы в желаемом направлении.

Формирование нового мышления сотрудников займет немало времени и произойдет не за один день. Понимание закономерностей работы защитных механизмов человека, отрицающего резкую смену мыслительного поведения, становится первым шагом, способствующим сдвинуть с мертвой точки развитие организации. Следующие шаги потребуют использования новых навыков при выполнении рутинных практических действий.

Здравоохранение находится в эпицентре изменения социальных институтов, уже не обойтись без переформатирования требований к управленческим навыкам в сфере управления персоналом, таким как профилактика и предотвращение синдрома эмоционального выгорания, развитие персонала в Leap-направлении и вдохновляющего лидерства. Изменение традиционных схем и управленческих моделей с планомерным переходом от более простых к более сложным мерам по организации деятельности и управлению медицинской организацией требует определенных условий, особенно высокого уровня вовлеченности.

Вовлеченность считается базовой характеристикой (организационной культурой) организации. Она демонстрирует уровень взаимодействия в направлении «организация–сотрудник». Этот уровень определяет готовность и желание сотрудника работать, расширяя границы своих прямых обязанностей и прилагая усилия для достижения целей организации.

Общим аспектом для вовлеченных сотрудников является фактор ориентированности на собственный результат в работе, к которому они относятся предельно критично, предлагают решения по улучшениям и реализуют их самостоятельно и, что особенно важно, без давления извне.

Лучшим способом вовлечь сотрудников в процесс изменений считается оценивание их отзывов и включение их в текущие рабочие процессы. Например, некоторым сотрудникам можно предложить возможность более тесного сотрудничества с командами разработчиков и рабочими группами для получения большей информации о соответствующих изменениях.

В мотивировании команды на результат наиболее эффективной является нематериальная мотивация. Люди достигают уникальных результатов, когда они вдохновлены идеей, осознают цель, ощущают поддержку и находятся в системе поощрения развития профессионального мастерства.

Немаловажен и личный пример руководящего состава. Изменения начинаются сверху, поэтому пример руководства в трансформации необходим. Имеет большое значение формирование понимания о том, что изменения дают новые возможности. Для этого необходимо создание четкого видения того, куда идет компания и какой вклад может принести каждый.

Обеспечение условий поддержки инноваций, сплоченной среды с адаптированными процессами для привнесения и реализации идей, расширение и изменение ответственности, открытые пути развития, поощрение вклада сотрудников должно быть аргументированно и видимо для окружающих. Создание культуры непрерывного совершенствования в условиях неопределенности, где наказуема не инициатива, а безынициативность, способствует активированию предпринимательского духа и расширению команды лидеров перемен.

Готовность и способность к изменениям мышления сотрудников медицинской организации достигается не только и не столько изучением регламентов и внедрением новых стандартов лечения. Она достигается трансформацией отношения персонала к работе, совершенно другим уровнем мотивации, осознанием того, что действия каждого взаимосвязаны и ведут к общему результату. Несомненно, этому будет служить внедрение и совершенствование современной системы коммуникаций.

На индивидуальном уровне сотрудники должны понимать процесс изменений и свою роль в нем. Поддержка своей команды требует расстановки приоритетов в следующих задачах:

- предоставлении четких инструкций при назначении новых задач;
- подготовке и учебе сотрудников новому поведению;
- мотивировании команды на внедрение изменений.

Использование психологии и принципов коучинга смогут помочь преодолеть сопротивление изменениям. Помимо этого, простой поддержки в любом проявлении достаточно, чтобы помочь людям адаптироваться к переходу. Существует широкий диапазон методов или тактик, которые можно применять для предотвращения негативных реакций персонала. Среди них выделяют следующие:

- уклонение от ненужных изменений;
- образование и информирование персонала;
- участие и вовлечение;
- поддержка и развитие;
- переговоры и соглашения;
- создание коалиций и альянсов;
- манипулирование и кооптация;
- явное и неявное принуждение.

Необходимо также помнить о воздействии изменений на тех, кого они затрагивают. Известны десять стадий эмоциональной реакции людей на изменения (табл. 6). Человек может проходить эти стадии одна за другой, что-то пропускать, возвращаться к предыдущей. Эти факторы обязательно следует учитывать руководителю при управлении процессом перемен.

Таблица 6. Эмоциональные реакции на изменения <sup>11</sup>

Стадия изменения	Эмоциональная реакция	Действия руководителя
«Замороженная» стадия	Равновесие	Сообщение о планируемых переменах
Ранняя стадия «размораживания»	Отрицание. Раздражение. Заключение соглашения/ хаос	Проведение групповых собраний. Применение навыков межличностного общения. Возможность «выплеснуть» негативные эмоции. Осторожность в заключении соглашений
«Размораживание»	Хаос	Дискуссии на этом этапе полезны, однако не следует принимать скоропалительных решений
Движение	Депрессия. Смирение. Открытость чувств	Обеспечение необходимой информацией об изменении и его последствиях и возможности для открытого выражения чувств
«Замораживание»	Готовность. Возрождение	Руководитель и персонал задают друг другу вопросы, генерируют новые идеи по реализации изменения. Роли определены, понимание достигнуто

Среди основных принципов преодоления сопротивления персонала организационным изменениям можно отметить максимально открытое и честное общение руководства с подчиненными всех уровней, максимум информации о происходящем, дополнительное обучение сотрудников и вовлечение их в процесс принятия решений.

Чтобы эффективно управлять сопротивлением изменениям, необходимо сначала понять основные причины сопротивления, а затем разработать целенаправленный подход к их устранению. Это может включать явное выражение необходимости изменений, вовлечение сотрудников в процесс изменений, предложение обучения и поддержки, а также устранение беспокойств и страхов сотрудников и тем самым способствовать изменению мышления своих подчиненных.

<sup>11</sup> Составлено авторами на основе обобщения данных.

ГЛАВА

5

# РАЗВИТИЕ КУЛЬТУРЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ИЗМЕНЕНИЯМ

# 5.1. КУЛЬТУРА АДАПТАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЯМ: ОСНОВНЫЕ ВЕХИ

Мир непрерывно меняется, и адаптация к меняющимся условиям позволяет людям быть гибкими и приспособиться к новым условиям с сохранением психоэмоционального комфорта и развитием новых навыков. Адаптация является ключевым фактором успеха в современном мире, дает стимул к развитию креативности и нестандартному мышлению. Она необходима для достижения стратегических целей, повышения эффективности и развития инноваций в динамичной и конкурентной среде. Поэтому в любых компаниях и организациях важно развивать коллективную культуру адаптации к изменениям, которая, являясь частью корпоративной культуры, также подлежит формированию и управлению.

Культура адаптации к изменениям, по сути, представляет собой коллективное мышление и модель поведения организации, которые поддерживают и обеспечивают реализацию инициатив по изменению. При этом адаптация – это навык, который можно развить как у отдельной личности, так и у коллектива в целом. Считается, что неуспех программ изменений в организациях на 70 % обусловлен поведением и образом мыслей людей и на 46 % недоверием сотрудников к руководству. Поэтому адаптивность необходимо целенаправленно развивать и ежедневно культивировать в организации.

Специалисты по управлению изменениями отмечают ряд ключевых вех, необходимых для формирования адаптивной культуры к изменениям в трудовом коллективе.

1. Необходимо воспитывать в сотрудниках дух предпринимательства. Он позволяет раскрыть потенциал людей, используя который организация способна в дальнейшем противостоять любым вызовам и кризисам.
2. Поощрять любознательность и бесстрашие. Эти качества помогают преодолеть естественную косность мышления, которая служит одним из факторов сопротивления переменам. Проявляя любознательность, человек открывает дверь для исследования новых возможностей. Это помогает ему осознать, что, адаптируясь к новым ситуациям, он значительно больше приобретает, чем теряет. Любознательность и желание познавать новое способствуют развитию культуры бесстрашия, наполненной творчеством, инновациями и постоянным совершенствованием.
3. Объединять всех членов команды общими целями и ценностями. Как и в случае с инновациями, наиболее успешные идеи изменений исходят не от высшего руководства, а от членов команды, работающих на переднем крае. Как правило, эти люди являются «сердцем» организации, они тесно связаны с получателями услуг и раньше других сотрудников видят изменения и сдвиги. Успешные компании изыскивают время и способы для объединения всех сотрудников в отношении общих целей и ценностей, предоставляя каждому участнику команды безопасный и открытый путь для обмена идеями, вопросами и изменениями.

4. Предоставлять персоналу информацию при принятии ключевых решений. Необходимо всегда сообщать сотрудникам контекст готовящихся решений, т. е. сопровождать любые изменения, позитивные или негативные, достаточной информацией, включающей обоснование решений, которые влияют на коллектив.
5. Объяснять сотрудникам, почему происходят изменения. Создание культуры адаптивности внутри организации очень важно, и оно начинается с убедительного объяснения персоналу, почему происходят изменения. Когда внедряются нововведения, работникам трудно адаптироваться к ним, если они не знают, почему и для чего это происходит. Однако ситуация может измениться, если руководство сообщит коллективу причину изменений. И даже если сотрудников не обрадуют грядущие изменения, по крайней мере они будут понимать суть происходящего.
6. Открыто предлагать опробовать новшества, даже если есть риск, что они не принесут успешных результатов. Человеческая речь играет важную роль в процессе адаптации. Такие фразы, как «давайте попробуем это», «это может сработать», «возможно, это не принесет успех, но давайте попробуем», сигнализируют о том, что корпоративная культура допускает неудачи, и не обязательно знать идеальный ответ, чтобы опробовать новую идею. В вопросах, допускающих возможность экспериментирования, новая идея вполне может стать выходом из тупиковой или кризисной ситуации.
7. Необходимо относиться к чему-то новому как к несложному делу. В процессе жизни и развития наличие изменений является нормальным и даже ожидаемым. Поэтому, внедряя что-то новое, не следует придавать этому большого значения. Персонал со временем адаптируется и будет следовать инструкциям.
8. Освобождать пространство для новых задач и дополнительной нагрузки. Чтобы создать культуру адаптивности, очень важно уменьшать какую-либо нагрузку, когда добавляется новая. Часто, когда появляется новая задача или возможность, к рабочей нагрузке человека или команды добавляется новый рабочий процесс, при этом из старого ничего не убавляется. Поэтому важно найти то, что больше не имеет значения или больше не нужно для осуществления трудовых функций и рабочих процессов. Отменив ненужное, можно освободить пространство для внедрения нового. Это весьма помогает адаптации.
9. Вносить разнообразие в перспективы команды. Разнообразие точек зрения в коллективе создает почву для адаптации. Создавайте и укрепляйте атмосферу психологической безопасности, чтобы люди ценили возможность предлагать альтернативные решения. Создайте механизмы для проведения экспериментов, чтобы новые подходы можно было опробовать с минимальным риском и проверить их на пути к внедрению.
10. Создавать конструктивное отношение к риску. Многие организации на словах поддерживают креативность и инновации, но при этом отвергают идеи, которые не подтвердились, или наказывают за неудачу. Невозможно создать гибкость или ожидать адаптивности, не дестигматизировав неудачу, не установив ожидание экспериментов и не обучив людей процветать в условиях неопределенности.
11. Необходимо принять идею о том, что ошибки – это часть роста. Отмечайте ошибки. Может быть, не все, но наиболее разумные, демонстрирующие гибкость мышления и готовность выйти за рамки нормы. Учитывая уровень развития современного мира и экономики, ошибки неизбежны, и следует поощрять тех, кто мыслит иначе и пробует новые пути. Адаптивность – это главный ключ к процветанию в условиях постоянной неопределенности.

12. Создавать многофункциональные команды. Организации могут формировать культуру адаптивности путем создания многофункциональных команд, чтобы сотрудники могли совместно работать над проектами. Разнообразие точек зрения идет на пользу проекту, а структура заставляет сотрудников адаптироваться к стилю работы и общения коллег. Со временем люди становятся более гибкими и открытыми к изменениям.
13. Развивать систему обратной связи с вовлечением всех заинтересованных сторон. Важно развивать практику оспаривания статус-кво и прислушиваться к идеям сотрудников и сообществ, которые обслуживает организация. Руководитель должен создать инклюзивную систему обратной связи, с помощью которой сотрудники смогут делиться своими мыслями, опытом и проблемами. Инвестиции в исследования и данные могут помочь понять потребности сообществ, с которыми работает организация.
14. Принимать дискомфорт. Необходимо принять установку на рост; всячески поощрять инновации и изменения в организации. Обеспечивать команде работников комфорт при переменах. Любой рост, обучение и изменения начинаются с борьбы. Поэтому необходимо помочь людям принять дискомфорт как необходимость для роста и развития; в свою очередь они будут уверенно реагировать и адаптироваться. Этого можно добиться посредством командного обучения, индивидуального коучинга и признания роста в новых областях.

Отличительными особенностями профессиональной деятельности медработников являются стрессовые условия труда, высокая степень ответственности за жизнь и здоровье пациентов, умственные и физические перегрузки, осознание границ врачебных возможностей, дефицит времени, давление со стороны руководства и проч. Эти факторы приводят к эмоциональному выгоранию, ухудшению самочувствия, снижению качества оказания медицинской помощи и должны учитываться при разработке программ адаптации для медперсонала.

Дальнейшее выстраивание работы по управлению адаптацией медицинских работников к новым для них трудовым условиям предполагает несколько ключевых точек:

1. прояснение и конкретизацию целей и задач адаптации медперсонала в медицинском учреждении (как для новых сотрудников, так и для имеющих опыт работы);
2. выявление группы факторов, влияющих на адаптацию персонала, а также анализ значимости каждого из них;
3. разработку системы оценки (критериев) адаптации медицинских работников (индексы удовлетворенности, показатели эффективности адаптации, интегральные системы оценок, позволяющие выявить взаимосвязь между результатами адаптации персонала и деятельности организации в целом);
4. разработку методов оценки результатов адаптационных программ;
5. коррекцию программ адаптации [37].

Внедрение системы оценки процесса адаптации в медицинской организации может способствовать достижению социально-экономических результатов, а именно сокращению продолжительности периода адаптации медперсонала, снижению числа увольнений в первые месяцы работы новых работников и сохранению устойчивости коллектива при масштабных изменениях, повышению мотивированности и удовлетворенности молодых специалистов и их наставников, увеличению производительности труда.

## 5.2. БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ИЗМЕНЕНИЯМ

Научно-технический прогресс, демографические и социокультурные сдвиги, обусловленные увеличением продолжительности жизни людей, глобальными угрозами, например, такими как пандемия COVID-19, и другими факторами, приносят изменения в общественную жизнь, затрагивая и сферу охраны здоровья населения. Это порождает необходимость внедрять инновации в здравоохранение, изменять модели взаимоотношений между врачами и пациентами, между самими медработниками и отдельными медицинскими учреждениями, а также смежными организациями и ведомствами. Однако адаптироваться к вводимым переменам работникам здравоохранения сложнее, чем в любой другой отрасли. Это связано с тем, что область профессиональной медицины достаточно консервативна, и, в отличие от других сфер деятельности, мнения и ценности работников здравоохранения в ней тесно переплетены, что приводит к формированию ценностно ориентированной практики оказания медицинской помощи. Врачи и медицинские сестры заботятся об уязвимых людях, имеющих определенную зависимость от уровня их профессиональной компетентности.

Помимо профессиональных знаний и требований, которыми руководствуются медработники при оказании помощи пациентам, в профессиональной среде существуют социальные и культурные установки, устойчивые мнения в области медицинской практики. Эти установки и личные мнения работников могут выступать в качестве ограничивающих факторов, затрудняющих процесс введения изменений в системе здравоохранения и адаптации к ним как самого медперсонала, так и пациентов.

Сложившаяся клиническая практика позволяет врачам осуществлять деятельность с минимальными затратами на выработку новых моделей поведения, а организационные преобразования воспринимаются многими не как способ улучшения системы, а как угроза нарушения привычного уклада трудовой деятельности или как посягательство на спокойствие и автономность работы. Отмечено, что врачи легче воспринимают инновации, чем прекращение традиционных практик и устоявшихся моделей поведения. Поэтому, по мнению экспертов, поверхностные однонаправленные преобразования обречены на провал, особенно если реформы здравоохранения разрабатываются и внедряются некомпетентными лицами без участия профессионального сообщества [38].

Специалисты по управлению изменениями в медицинских учреждениях выделяют и другие барьеры, которые могут возникнуть при внедрении новшеств. В общих чертах их можно свести к следующему списку:

- вопросы безопасности в отношении новых практик;
- персонал придерживается встроженных норм оказания помощи пациентам;
- изменения влияют на психологическую защищенность медработников;
- кадровые вопросы и другие проблемы с ресурсами;
- изменение не относится к конкретному подразделению (медицинскому направлению);
- ощутимые разрывы между теорией и практикой;
- опасения по поводу нарушения автономности врача при оказании индивидуальной помощи пациенту;
- сотрудники могут воспринимать модель изменений как нисходящую (сверху вниз) и покровительственную;
- средства массовой информации способствуют формированию негативного отношения к изменениям у медработников и общественности.

Внутри медицинских организаций в подразделениях существуют более мелкие субкультуры в рамках общеорганизационной культуры, которые также могут вносить собственные барьеры и ограничения на пути изменений.

Учитывая эти и другие препятствия, для решения задач по управлению изменениями в конкретных организациях здравоохранения необходимо к анализу и разработке мер по усовершенствованию процессов привлекать максимально возможное число работников медучреждения. Для этого могут быть использованы опросные листы проблем и предложений или другие методики (анкетирование, интервьюирование, фокус-группы и т. п.), позволяющие медперсоналу высказать свое мнение относительно направлений будущих изменений [39].

В связи с этим также уместно использовать принципы бережливого производства, согласно которым руководитель не должен принимать единоличные решения в вопросах оптимизации работы организации, а их выработка должна осуществляться коллегиально в составе рабочих или проектных групп и с учетом мнений пациентов. Кроме того, внедрение технологии бережливого производства в медучреждениях призвано способствовать формированию культуры постоянного улучшения.

Поэтому важно, чтобы с этой технологией были ознакомлены все медицинские работники. С этой целью может быть применен каскадный метод обучения персонала, суть которого заключается в том, что сотрудники, прошедшие курс повышения квалификации по основам бережливого производства, передают полученные в ходе обучения знания и свой личный опыт работникам, стоящим ниже на одну ступень должностной лестницы, а те в свою очередь передают эти знания звеньям ниже, и так продолжается, пока не будет охвачен весь персонал.

Резюмируя способы преодоления барьеров адаптации к преобразованиям, следует сказать, что залогом эффективного управления изменениями в организациях здравоохранения служит вовлечение персонала, коллегиальность принимаемых решений, формирование бережливого мышления и культуры постоянных улучшений [40].

## 5.3. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМАНДЫ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЯМ

Одним из способов преодоления барьеров адаптации персонала к изменениям является развитие командного сотрудничества, или так называемой адхократии. Согласно классическому определению, адхократия представляет собой гибкую, адаптируемую, неформальную форму организации, в которой работают специализированные междисциплинарные команды, сгруппированные по функциям<sup>12</sup>.

Основным элементом адхократии являются временные рабочие группы, которые могут быть организованы внутри трудового коллектива для решения конкретной задачи или выполнения проекта.

Характерные черты адхократической культуры, которые могут иметь место в организациях здравоохранения, следующие:

- лидеры считаются новаторами, готовыми рисковать;
- связующей сущностью организации является преданность новаторству;
- подчеркивается необходимость деятельности на переднем рубеже;
- в долгосрочной перспективе организация делает акцент на росте и приобретении новых ресурсов;
- успех означает предоставление уникальных и новых продуктов и/или услуг [41].

Тема создания и развития междисциплинарных команд весьма актуальна в современном менеджменте, что обусловлено общими тенденциями развития общества в XXI в., а именно усложнением среды жизнедеятельности человека, высокой скоростью ее изменения, внедрением большого числа инноваций, возрастанием количества факторов, которые необходимо учитывать при осуществлении профессиональной деятельности.

Все это приводит к возникновению нетипичных ситуаций, для решения которых в управленческой практике возникает потребность в специалистах, способных эффективно работать в условиях нестандартности, неопределенности и постоянной трансформации.

Применение командного подхода для решения атипичных организационных задач в перечисленных условиях может оказаться эффективным. Кроме того, команда в менеджменте рассматривается как один из инструментов обмена знаниями и формирования самообучающейся

---

<sup>12</sup> Адхократия // Научно-образовательный портал «Большая российская энциклопедия». – URL: <https://bigenc.ru/c/adkhokratia-6461b2> (дата обращения: 21.08.2023).

организации. Создание временных, небольших по числу участников коллективов, состоящих из специалистов, имеющих компетенции в разных предметных областях, позволяет компаниям в короткие сроки и на высоком качественном уровне добиваться реализации новаторских проектов, решать задачи значительной степени сложности, проводить междисциплинарные исследования и т. п.

Важными являются практические вопросы комплектации и подбора участников команд, их материального и нематериального стимулирования, коммуникации, обучения, лидерства, переформирования и расформирования команд, командной динамики и в целом развития командных практик управления. С этой целью изучаются и анализируются как эффективные команды, так и отрицательный опыт групповой работы.

Совместная деятельность коллег в группе не всегда является командной работой, сущность и формат которой имеют характерные признаки (табл. 7).

**Таблица 7. Признаки команды**<sup>13</sup>

Команда, рассматриваемая в аспекте своей сущности	Команда, рассматриваемая как явление
<p>Может быть определена как группа, все участники которой:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• воспринимают свою группу как единую, высоко ценят членство в ней;</li> <li>• имеют ясное видение и осмысленную цель;</li> <li>• принимают и разделяют совместно определенные цели и задачи;</li> <li>• хорошо понимают взаимосвязь целей организации, целей команды и персональных целей;</li> <li>• в меру своей компетентности и в соответствии с взятыми на себя обязанностями участвуют в совместном достижении поставленных целей;</li> <li>• помимо персональной ответственности за свой участок работы, разделяют ответственность за достижение общих результатов и итоговый продукт;</li> <li>• имеют согласованные ценности;</li> <li>• регулярно обмениваются информацией и мнениями о ходе рабочих процессов;</li> <li>• доверяют друг другу в решении вопросов рабочей сферы;</li> <li>• хорошо знают друг друга, способны учитывать особенности стиля работы других участников и целесообразно изменять свое поведение;</li> <li>• способны в зависимости от вида решаемой задачи и конкретной ситуации как лидировать, так и следовать за лидером;</li> <li>• заинтересованы в постоянном повышении эффективности совместной деятельности;</li> <li>• постоянно повышают уровень своей профессиональной компетенции, осваивая смежные профессии и совершенствуя коммуникативные навыки</li> </ul>	<p>Это группа, имеющая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «свое лицо», не совпадающее с индивидуальными качествами ее членов;</li> <li>• особый статус в организации (существует как официально заявленная функциональная единица в рамках той организации, где она создана и работает);</li> <li>• компактный размер (от 3 до 20 человек, по разным источникам);</li> <li>• равный статус участников при принятии решений, т. е. отсутствие внутренней иерархии;</li> <li>• автономию – цели деятельности не связаны непосредственно с основным производственным процессом, в то же время ожидаемый результат согласован с целями организации и имеет особое значение для нее в целом;</li> <li>• «междисциплинарный» характер ожидаемых результатов или итогового продукта, для создания которых необходима интеграция профессиональных знаний разных предметных областей;</li> <li>• в своем составе высококвалифицированных специалистов различного профиля;</li> <li>• постоянно реализуемую возможность регулярных, непосредственных и опосредованных контактов всех участников;</li> <li>• процедуры принятия решений, постановки целей деятельности и регулярной оценки ее эффективности, обязательно предполагающие участие всех членов команды;</li> <li>• документально закрепленные договоренности о совместных целях и обязательствах (отмечается не всегда);</li> <li>• критерии оценки эффективности команды и план развития и обучения, определенные сотрудниками и согласованные с руководством организации</li> </ul>

<sup>13</sup> Составлено авторами на основе [42].

В менеджменте командой признается малая группа специалистов, специально созданная в организации и работающая в ней по особым правилам, которые по большей части определяются отношениями и принципами взаимодействия между участниками и лишь частично задаются извне.

Примером командного решения актуальных задач в здравоохранении служит работа междисциплинарных команд по ведению пациентов с мультиморбидностью. Этот подход получил распространение в связи с тем, что традиционные практики лечения хронически больных оказались малоэффективны в отношении пациентов, имеющих множественную патологию, число которых увеличилось в последние десятилетия. Следование концепции о социальных и экологических детерминантах здоровья и цифровизация здравоохранения привели к появлению в командах врачей и медсестер, оказывающих первичную медико-санитарную помощь таким пациентам, инструкторов по здоровому образу жизни, парамедиков и специалистов немедицинского профиля (IT-администраторов, социальных работников, психологов и др.).

Развитие командного подхода в первичном звене здравоохранения, являясь способом адаптации к новым вызовам в вопросах охраны здоровья населения, требует, в свою очередь, приспособления управленческих механизмов, что, в частности, выражается в поиске и внедрении гибких моделей оплаты услуг ПМСП, стимулирующих коллегиальную ответственность за результаты лечения пациентов (характерно для национальной системы здравоохранения Англии) [43].

Ротационные схемы работы команд медперсонала (например, саутгемптонская<sup>14</sup> модель ведения сердечной недостаточности практикует ротацию медсестер внутри медицинского учреждения и между различными этапами оказания помощи) призваны усовершенствовать профессиональные навыки медработников и предоставить возможность получить всесторонний опыт, столь необходимый при ведении пациентов с хронической патологией.

---

<sup>14</sup> Саутгемптон – город в южной части Великобритании (Англия).

## 5.4. НАСТАВНИЧЕСТВО И ПАРТНЕРСТВО ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Институт наставничества система российского здравоохранения унаследовала от советского периода. В 2015 г. руководители Межрегиональной общественной организации «Ассоциация заслуженных врачей России» на заседании Общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации подняли вопрос о развитии и популяризации наставничества<sup>15</sup>. В настоящее время Минздрав России предпринимает меры по систематизации деятельности этого института. Так, Федеральным центром волонтерства и наставничества Минздрава России в 2023 г. была проведена первая проектная школа наставничества в здравоохранении. Разработаны методические рекомендации по наставничеству молодых специалистов. Параллельно этому на федеральном уровне ведется работа по созданию нормативно-правовой базы института наставничества, определению статуса наставника, его функций и принципов работы.

Проекты трансформации столичного здравоохранения обуславливают необходимость выстраивания системной работы с медицинскими кадрами. Прежде всего речь идет о развитии пациентоориентированного подхода в здравоохранении, тотальной цифровизации его процессов, повышении качества оказываемых медицинских услуг, обеспечении безопасности лечения пациентов и др. Эффективность и реализуемость этих проектов во многом зависят от результатов работы медицинских работников, которые в свою очередь определяются их квалификацией, знаниями, навыками и мотивацией [44]. Одним из инструментов повышения уровня компетенций и адаптации медперсонала является система наставничества.

В 2017 г. Департамент здравоохранения города Москвы разработал и утвердил Положение об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, в котором дано определение понятия наставничества для московской системы здравоохранения: наставничество – «инструмент адаптации, форма взаимодействия более опытного сотрудника – наставника с менее опытным – молодым специалистом, осуществляющаяся в целях быстрее овладения должностными обязанностями, приобретения необходимых профессиональных компетенций, приобщения к организационной культуре, формирования высоких нравственных идеалов, чувства долга и ответственности, позитивного отношения к труду, гордости за выбранную профессию и принадлежность к государственной системе здравоохранения города Москвы»<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Протокол заседания Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ от 16.09.2015 № 21. Доступно по: [https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/028/132/original/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB\\_%E2%84%96\\_21\\_%D0%BE%D1%82\\_16\\_%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F\\_2015\\_%D0%B3.pdf?1445863243](https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/028/132/original/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB_%E2%84%96_21_%D0%BE%D1%82_16_%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8F%D0%B1%D1%80%D1%8F_2015_%D0%B3.pdf?1445863243) (дата обращения: 21.08.2023).

<sup>16</sup> Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2017 № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В этом же документе указаны критерии, по которым медицинский работник может быть привлечен для работы в медицинских учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в качестве наставника. Наставник определяется из числа наиболее опытных и квалифицированных врачей-специалистов/медицинских работников и назначается приказом руководителя на основании дополнительного соглашения к трудовому договору работника с личного согласия работника, которому вменяются обязанности по наставничеству.

В наставничестве признана важность межличностного взаимодействия между наставником и его подопечным. Живое общение способствует не только передаче специализированных знаний, навыков и опыта, необходимых новым сотрудникам для освоения должностных обязанностей и приобретения профессиональных компетенций в условиях постоянного усложнения медицинских технологий, но и формированию профессионального облика и культуры поведения молодого врача. Помимо традиционной формы наставничества, целью которого является профессиональная адаптация молодых специалистов, система наставничества может применяться и в отношении уже состоявшихся в профессии специалистов (рис. 3).



Рис. 3. Основные цели наставничества <sup>17</sup>

Например, для адаптации медработников старшего поколения в целях восполнения компетенций в области компьютерной грамотности или для освоения новых форм отчетности. Наставничество применимо в отношении медперсонала, осваивающего новые приемы диагностики и лечения, для приобретения и закрепления профессиональных навыков при работе на новом оборудовании. В этом случае наставниками могут выступать специалисты, прошедшие обучение новым технологиям за рубежом, представители завода-изготовителя нового оборудования.

<sup>17</sup> Составлено авторами на основе [44].

Наставничество может быть использовано в качестве инструмента организационной и социально-психологической адаптации в новых условиях работы для специалистов, которые сменили направление медицинской деятельности либо перешли на работу в другую медицинскую организацию или другое структурное подразделение, а также с целью адаптации к нормам корпоративной культуры и преодоления эмоционального выгорания (в случае возникновения потребности в наставничестве), в том числе сотрудников, занимающих должности, предполагающие повышенный риск эмоционального выгорания.

При отборе кандидатуры наставника в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, рекомендуется принимать во внимание:

- высокие количественно-качественные показатели эффективности профессиональной деятельности кандидата;
- образовательную подготовку кандидата в рамках систем профессионального медицинского образования и НМО;
- стаж работы кандидата в медицинской отрасли, в данной медицинской организации и в данной должности;
- авторитет кандидата в коллективе;
- предшествующий положительный опыт наставнической деятельности кандидата;
- высокий уровень мотивации кандидата выступить в роли наставника (определяется на основе самооценки кандидата).

Для методического обеспечения работы наставников в столичных медучреждениях создан и активно работает информационный сайт «Московская медицина. Наставничество»<sup>18</sup>. На нем представлены сведения о лучших отечественных и зарубежных практиках наставничества, результаты научных исследований в сфере наставничества в здравоохранении. Сайт также содержит описание наиболее распространенных моделей наставничества, их характеристики, форму самодиагностики и рекомендации по выбору моделей наставничества.

Кроме того, в рамках Года педагога и наставника<sup>19</sup> в Москве реализуется ряд мероприятий, направленных на популяризацию наставничества среди медицинских специалистов. В частности, запущены проекты по развитию наставничества в проектной сфере (марафон «Проектный наставник»<sup>20</sup>) и научной деятельности (проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника»<sup>21</sup>). Проводится конкурс «Наставничество в медицине. Расскажи о своем первом наставнике».

Особое внимание уделяется вопросам подготовки будущих наставников. Для этого разработаны и утверждены образовательные программы «Педагогическое мастерство для наставников в здравоохранении» (36 ак. ч.) и «Медицинские проекты – современный стандарт благополучия населения» (18 ак. ч.). Специалисты столичного здравоохранения могут пройти обучение и получить важный опыт по работе наставником в здравоохранении.

---

<sup>18</sup> Наставничество в сфере здравоохранения города Москвы // Московская медицина. Наставничество: сайт. – URL: <https://mentor.niioz.ru/> (дата обращения: 21.08.2023).

<sup>19</sup> Указом Президента РФ от 27.06.2022 № 401 2023 год объявлен в Российской Федерации Годом педагога и наставника.

<sup>20</sup> Подготовка наставников для поддержки проектов и инициатив в столичном здравоохранении, создающих возможности для личностной и профессиональной самореализации // Марафон «Проектный наставник»: сайт. – URL: <https://projectmentor.niioz.ru/> (дата обращения: 21.08.2023).

<sup>21</sup> «Научная лаборатория: Московская поликлиника» // НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента: сайт. – URL: <https://niioz.ru/projects/nauchnaya-laboratoriya-moskovskaya-poliklinika/> (дата обращения: 21.08.2023).

## 5.5. ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРИОРИТИЗАЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Преобразования в здравоохранении приводят к формированию у медперсонала собственных приспособительных практик, целью которых является «адаптация к изменениям с наименьшими потерями для личности и профессиональной деятельности» [38]. Так, анализ приспособительных тактик поведения медицинского персонала в ответ на реформы здравоохранения, запущенные в 2010-е годы, позволил экспертам выявить различные адаптивные поведенческие модели на основе таких критериев, как «пассивность–активность», «девиантность–недевиантность». Оказалось, что среди медперсонала наиболее распространены активные тактики: чаще врачи в ответ на поступающие от руководства приказы приспосабливаются к ним и остаются в системе. При этом адаптивные модели поведения могут как выходить за установленные рамки (девиантные практики), так и оставаться в их пределах (недевиантные практики).

Активные адаптивные практики реализуются в трех подсистемах: врач–администрация, врач–врач, врач–пациент. Например, при нормальной приспособительной модели поведения врач в ответ на увеличение нагрузки, связанной с оформлением электронной документации (что может занимать значительное время у немолодых специалистов), жертвует личным временем, но при этом не выходит за рамки стандартов. Но в ряде случаев заполненная карточка пациента может не соответствовать действительности (активная девиантная модель).

При этом следует иметь в виду, что формирующиеся модели поведения медперсонала не всегда имеют характер намеренного противодействия изменениям. Приспособительные практики, скорее, являются повседневным способом интерпретации персоналом сигналов, поступающих сверху. «Метис» в трактовке автора концепции – это «множество практических навыков и приобретенных сведений в связи с постоянно изменяющимся природным и человеческим окружением». Соответственно работник не имеет намерения нарушить директивы руководства, а лишь приспособливает старые методы к новым реалиям таким образом, чтобы минимизировать изменения привычного трудового уклада и будущие риски. И это представляет собой обыденное действие, цель которого ответить на приказ сверху.

Если постоянно меняющаяся рабочая среда и эмоциональное выгорание влекут за собой максимальную формализацию труда и врач уже не может качественно выполнять свои должностные обязанности, тогда возможен временный или окончательный уход из профессии или переход из государственного медицинского учреждения в частное (это девиантная пассивная тактика) [38].

Уход медперсонала или другие формы девиантного поведения в ответ на изменения негативно влияют на внутренний климат медучреждения и могут значительно усложнить процесс организационной трансформации. В связи с этим в организациях здравоохранения необходимо проводить мониторинг лояльности сотрудников в виде качественных исследований (фокус-группы,

глубинное интервью, экспертные оценки, кейсовые методы и др.) или количественных измерений (на основе опроса, эксперимента, моделирования, анализа больших данных и т. д.).

Оценка лояльности персонала позволяет выявить степень приверженности сотрудника к работе в конкретной медицинской организации. В качестве одного из инструментов такого исследования может быть использована адаптированная методика Ф. Райхельда [45], в рамках которой измеряется индекс лояльности сотрудников eNPS (employee Net Promoter Score). В ее основе лежит тот же принцип, что и при проведении оценки лояльности потребителя услуг NPS (Net Promoter Score) по оригинальной методике [46].

Эта методика уже применяется в некоторых медицинских учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы. Ее отличительными особенностями является методологическая простота и возможность получить конкретные данные о положительных и отрицательных аспектах работы медучреждения. Методика eNPS включает оценку количественных и качественных критериев. Количественный компонент позволяет выявить число «промоутеров», «нейтралов» и «критиков» среди медперсонала (анализ может основываться на расчете индекса лояльности опрошенных сотрудников или определении соотношении числа «промоутеров» и «критиков»). Промоутеры – это наиболее мотивированные к работе сотрудники, активно предлагающие свои идеи, они также в большей степени ориентированы на пациентов (клиентов).

Качественный компонент методики eNPS дает возможность проанализировать факторы лояльности, которые можно в дальнейшем отнести к таким группам, как психоэмоциональные условия труда, материальное стимулирование, бытовые условия труда, снабжение отделений и оснащенность, нагрузка и иные факторы.

Пилотное исследование факторов лояльности медперсонала, проведенное специалистами ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» в 2018 г., показало, что ключевым фактором лояльного отношения сотрудников к медицинской организации является внутренняя атмосфера коллектива. Отрицательным фактором лояльности, отмечаемым преимущественно медицинскими сестрами, выступает неудовлетворенность заработной платой [47].

Необходимо подчеркнуть, что при планировании преобразований в здравоохранении важно опираться на результаты таких исследований, поскольку бытующие мнения могут значительно отличаться от реального отношения медицинских работников к организации, в которой они работают, и предпринимаемым в ней изменениям.

ГЛАВА

# 6

## ФОРМИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ СОДЕЙСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

## 6.1. РАЗВИТИЕ ЛИДЕРОВ ИЗМЕНЕНИЙ ЧЕРЕЗ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

За последние годы Москва претерпела радикальные изменения и структурные преобразования как в сфере науки, так и в здравоохранении. Она обладает сегодня всеми потенциальными возможностями для того, чтобы стать центром прорывных научно-исследовательских разработок и передовых технологий в области современной медицины, стать связующим звеном между региональной и национальной, а также национальной и глобальной медицинской наукой. Это делает работу по развитию медицинской науки в столице актуальной и значимой в долгосрочной перспективе.

В 2021 г. Москва стала одним из лидеров в развитии медицинской инфраструктуры и оснащенности благодаря планомерной работе по всем основным направлениям модернизации и совершенствования системы столичного здравоохранения, которая позволяет обеспечивать лидирующие позиции московской медицины. Необходимым условием для этого является повышение уровня профессиональной подготовки и развитие исследовательских компетенций врачей (специалистов), что, в свою очередь, определяет эволюционное развитие системы столичного здравоохранения для реализации прорывных проектов трансформации первичного звена в столице Российской Федерации<sup>22</sup>.

В штате городских клинических больниц Москвы работает значительное число ученых и врачей-исследователей, которые в год публикуют большое количество статей в научных рецензируемых журналах, входящих в отечественные и международные реферативные базы данных и системы цитирования. Вклад публикаций стационаров Москвы в общий публикационный поток столицы по тематическому направлению «Медицина» превышает 25 %.

Задача привлечения к этой работе специалистов городских поликлиник сегодня актуальна, поскольку глобальная трансформация первичного здравоохранения делает необходимым развитие городских проектов по созданию систем профилактического наблюдения и управления здоровьем, а также исследовательской базы для профессионального роста врачей.

Кардинальное преобразование московских поликлиник включает не только светлые и комфортные помещения и современные условия труда, но и изменения, касающиеся уровня компетентности, широкой эрудиции, развитого клинического мышления и вовлеченности в общемедицинский научный процесс врачей первичного звена, которые определяют качество оказываемой медицинской помощи и тем самым оказывают существенное влияние на здоровье жителей Москвы.

---

<sup>22</sup> По авторским материалам [48, 49].

Амбулаторно-поликлиническая помощь – наиболее востребованный вид медицинской помощи среди населения. Врач амбулаторно-поликлинического учреждения определяет показания и объем необходимых диагностических исследований для уточнения диагноза, определяет показания для госпитализации в дневной и/или круглосуточный стационар, осуществляет отбор пациентов, нуждающихся в высокотехнологичных видах лечения, осуществляет динамическое наблюдение пациентов с выявленными заболеваниями и проводит лечение и реабилитацию согласно индивидуальному плану лечебно-оздоровительных мероприятий. Несмотря на загруженность врачей, многие из них стараются проводить научную работу или принимать участие в научно-исследовательской деятельности, ведь структурную базу для таких исследований составляют результаты врачебного сопровождения (приема, ведения) пациентов.

Решение проблем отечественного здравоохранения, связанных с сохранением и укреплением физического и психического здоровья каждого жителя нашей страны, невозможно без решения актуальных научно-исследовательских задач, поэтому вопросы развития медицинской науки входят в ранг ключевых национальных приоритетов.

Наука в целом и медицинская наука в частности являются тем фундаментом, на котором базируется квалифицированная медицинская помощь. Совершенствование профессиональной подготовки врачей и развитие исследовательских возможностей специалистов в эпоху новых глобальных технологий имеет огромное значение и способствует повышению качества обслуживания пациентов на всех уровнях и этапах, престижа профессии и самооценки профессионалов. Именно научный прогресс и инновации являются фактором развития клинической практики и совершенствования моделей управления здравоохранением.

В системе столичного здравоохранения лидерами изменений на макроуровне являются руководители различного звена, на мезоуровне – главные врачи и заведующие отделениями, а на микроуровне такими лидерами трансформации могут стать врачи амбулаторно-поликлинического (первичного) звена системы здравоохранения города Москвы.

У каждого столичного врача, будь то гастроэнтеролог, нейрохирург, невропатолог, ортопед, травматолог, гинеколог, уролог, терапевт или окулист, где бы он ни работал, в поликлинике или стационаре, есть свои наработки, наблюдения, клинические случаи, свой опыт, пусть даже иногда и негативный, но который тоже наверняка представляет интерес для соратников по цеху. И этим материалом он может поделиться с коллегами, представив свой практический опыт, исследовательские материалы, заключения в виде научной статьи. А значит, буквально каждый специалист-практик может стать активным участником развития медицинской науки и внедрения изменений в организационную и/или клиническую практику.

Для таких специалистов с целью формирования и развития исследовательских компетенций и критического мышления был разработан и внедрен образовательный проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника».

## 6.2. ПРОЕКТ «НАУЧНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ: МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

При проведении оценки деятельности медицинских организаций в научной сфере заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А. В. Старшинин предложил вовлекать городские поликлиники в научно-исследовательскую деятельность, в связи с тем, что от качества работы первичного звена зависит и успех всей системы здравоохранения в целом.

Поэтому в 2021 г. Департамент здравоохранения города Москвы при поддержке заместителя мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития А. В. Раковой инициировал новый образовательный проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника». Проект направлен на развитие исследовательских компетенций в сообществе специалистов первичного звена здравоохранения с целью увеличения числа научных публикаций и проводимых профильных научно-практических конференций. Оператором проекта является НИИОЗММ, который запустил проект совместно с ГКУ города Москвы «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы» (рис. 4) во главе с директором А. С. Безмянным.

### ОРГАНИЗАТОРЫ:

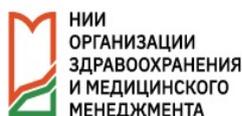
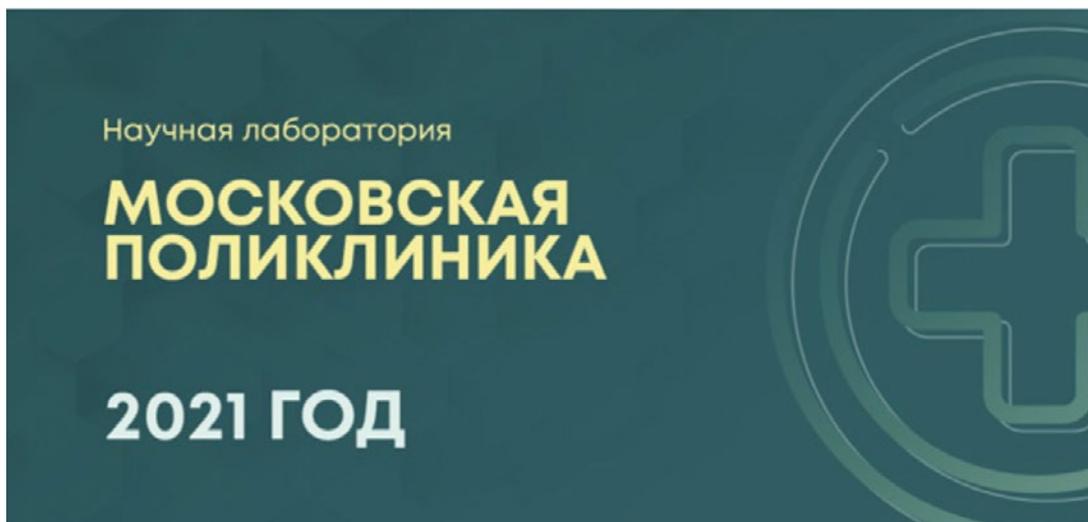


Рис. 4. Основные организаторы проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника»

Первый сезон проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» стартовал в конце июня 2021 г. и продлился до конца декабря того же года (рис. 5).



*Рис. 5. Эмблема проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2021 г. (первый сезон, первый год реализации)*

Вебинары проходили по четвергам в 18:00 на цифровой платформе «Московская медицина. Мероприятия». С осени 2021 г. занятия проводились два раза в неделю: во вторник и четверг в 18:00. Те, кто не успел присоединиться к проекту с самого начала, могли посмотреть лекции в записи. Участником проекта мог стать любой врач, работающий в поликлинике или стационаре. В качестве спикеров приглашались как ведущие ученые, так и врачи, которые прошли уже научный путь и могли показать своим примером, что заниматься наукой возможно, будучи врачом поликлиники, и что это интересно.

Основная особенность первого сезона данного проекта заключалась в широкой и всеобъемлющей подаче теоретического материала, который чередовался в то же самое время с практически аспектами применения полученных теоретических знаний.

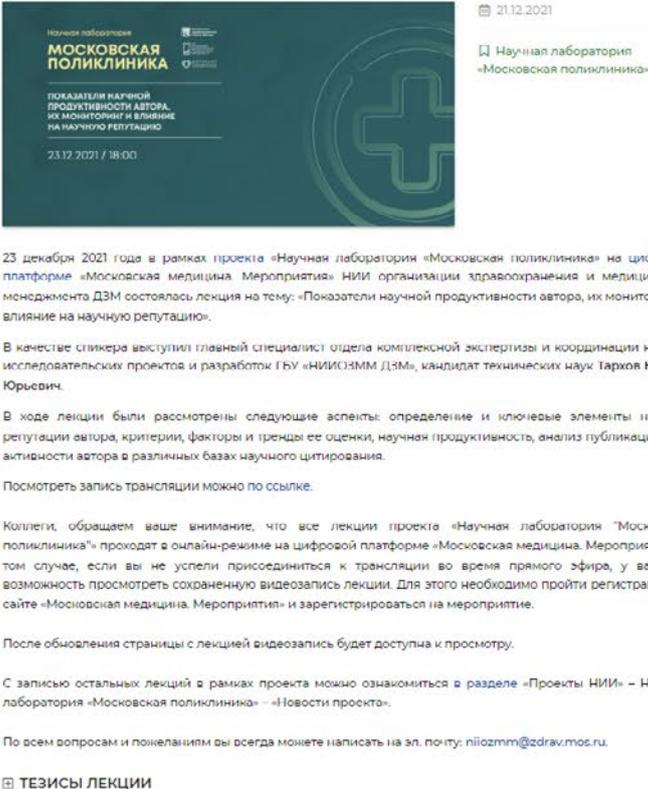
С июня по декабрь 2021 г. было проведено 40 лекций, распределенных на 7 крупных тематических блоков.

1. Методология научного исследования.
2. Подготовка рукописи научной статьи.
3. Выбор журнала для публикации.
4. Подача статьи в научный журнал.
5. Публикационная этика.
6. Продвижение публикации и цитируемость.
7. Исследователь в мире научных публикаций.

Некоторые лекции состояли из нескольких частей, поэтому общее число лекций могло варьироваться в большую сторону и равняться 42.

После проведения каждой лекции на сайт оператора проекта выкладывались ее краткое (тезисное) содержание с указанием темы лекции, основных спикеров и краткая описательная характеристика (рис. 6).

## Состоялась лекция «Показатели научной продуктивности автора, их мониторинг и влияние на научную репутацию»



23 декабря 2021 года в рамках проекта «Научная лаборатория «Московская поликлиника» на цифровой платформе «Московская медицина. Мероприятия» НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ состоялась лекция на тему: «Показатели научной продуктивности автора, их мониторинг и влияние на научную репутацию».

В качестве спикера выступил главный специалист отдела комплексной экспертизы и координации научно-исследовательских проектов и разработок ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», кандидат технических наук Тархова Кирилл Юрьевич.

В ходе лекции были рассмотрены следующие аспекты: определение и ключевые элементы научной репутации автора, критерии, факторы и тренды ее оценки, научная продуктивность, анализ публикационной активности автора в различных базах научного цитирования.

Посмотреть запись трансляции можно по ссылке.

Коллеги, обращаем ваше внимание, что все лекции проекта «Научная лаборатория «Московская поликлиника»» проходят в онлайн-режиме на цифровой платформе «Московская медицина. Мероприятия». В том случае, если вы не успели присоединиться к трансляции во время прямого эфира, у вас есть возможность посмотреть сохраненную видеозапись лекции. Для этого необходимо пройти регистрацию на сайте «Московская медицина. Мероприятия» и зарегистрироваться на мероприятие.

После обновления страницы с лекцией видеозапись будет доступна к просмотру.

С записью остальных лекций в рамках проекта можно ознакомиться в разделе «Проекты НИИ» – Научная лаборатория «Московская поликлиника» – «Новости проекта».

По всем вопросам и пожеланиям вы всегда можете написать на эл. почту: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru).

ТЕЗИСЫ ЛЕКЦИИ

**Рис. 6. Пример новостной заметки по результатам проведения одной из лекций проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2021 г. (первый сезон, первый год реализации)**

В июле 2022 г. был запущен второй сезон проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника», который кардинально отличался от первого сезона, проведенного в 2021 г. (рис. 7).



**Рис. 7. Эмблема проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)**

Помимо развития исследовательских компетенций и критического мышления у специалистов первичного звена города Москвы, одной из целей проекта стало создание цифрового пространства для поиска новых решений, сервисов и технологий, создаваемых врачами в московских поликлиниках, для перехода к медицине будущего. В отличие от первого сезона у проекта в 2022 г. появилось большое количество информационных партнеров (рис. 8).

## Партнеры



Рис. 8. Основные информационные партнеры проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)

Реализация проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. состояла из двух крупных этапов (рис. 9): интенсивного образовательного курса «Трансформация: индивидуальная траектория профессионального развития врача»; практико-ориентированного курса «Акселератор идей».



Рис. 9. Основные этапы проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)

Ключевыми темами интенсивного образовательного курса «Трансформация: индивидуальная траектория профессионального развития врача» стали:

- новые тренды в здравоохранении;
- проекты модернизации первичного звена;
- инструменты поиска и выбора наиболее эффективной траектории профессионального развития московских врачей;
- мотивация и ресурсы врача для занятий исследовательской деятельностью.

Продолжительность курса «Трансформация» составила 18 ак. ч. (всего 8 занятий в онлайн-формате с июля по август 2022 г., продолжительность каждой лекции составляла до 90 мин) по следующей программе:

1. Образ будущего поликлиник в Москве: новые стандарты и качество работы медицинских специалистов.
2. Ключевая роль врача в трансформации первичного звена. Новые требования и новые возможности для врачей Москвы.
3. Врач и пациент: партнерство для здоровья. Новые возможности организации работы с пациентами с учетом типовых поведенческих моделей.
4. Как изменились «типы» пациентов московских поликлиник и их запросы к врачам и системе здравоохранения (статистика и аналитика). Как выстроить работу врачу, чтобы не выгорать эмоционально и профессионально и находить время для развития.
5. Врач и индивидуальная траектория профессионального развития: успех, баланс на рабочем месте, снижение рисков профессионального выгорания.
6. Как правильно построить траекторию своего профессионального развития и найти для этого ресурсы и наставника: выбор программ повышения квалификации, участие в клинических исследованиях, подготовка и публикация научных статей и др.
7. Оптимальное рабочее место медицинского специалиста в поликлинике: как организовать рабочее место, чтобы эффективно взаимодействовать с пациентами, коллегами и другими медучреждениями.
8. Какие идеи медицинских специалистов поликлиник нужны и важны для системы здравоохранения, как их правильно формулировать и обосновывать.

По итогам курса «Трансформация» состоялся самый масштабный городской акселератор – практико-ориентированный курс «Акселератор идей» – онлайн-программа по развитию научных и практических (клинических) компетенций и идей московских врачей, в котором они смогли разработать свои научные идеи и предложения по улучшению организации системы столичного здравоохранения.

Курс «Акселератор идей» проходил с сентября по декабрь 2022 г., его продолжительность составила 62 ак. ч., включал 8 занятий (продолжительность лекции составляла до 60 мин). Курс «Акселератор идей» проходил по двум трекам:

1. «Наука» – направление об инструментах для самостоятельного проведения научных исследований и подготовки публикаций;
2. «Сервиз-дизайн» – направление о современных стандартах медицинского обслуживания, взаимодействии с пациентами, рациональном использовании рабочего места, новых возможностях системы столичного здравоохранения для развития врача и блага пациентов.

В процессе обучения на треке «Наука» участники должны были научиться:

- определять перспективные научные направления медицинской науки;
- определять проблему, которая требует проведения научного исследования;
- формулировать тему, цель, задачи и гипотезу научного исследования;
- искать актуальную информацию в своей области научных знаний;
- планировать свое научное исследование;

- проводить научные исследования, в том числе собирать и обрабатывать первичный материал для исследования;
- визуализировать результаты научного исследования;
- выбирать инструмент представления результатов научного исследования.

Результатом данного трека должен был стать проект научного исследования.

В процессе обучения на треке «Сервиз-дизайн» участники должны были научиться:

- правильно выстраивать коммуникацию с пациентами и коллегами, чтобы работать без стресса и эмоционального выгорания;
- выявлять базовые паттерны поведения пациентов, определять типовые поведенческие модели пациентов и организовывать бесконфликтную коммуникацию с ними;
- подбирать и применять наиболее эффективные инструменты ранней диагностики и профилактики заболеваний (как за время приема собрать максимум данных от пациента и составить для него оптимальный маршрут);
- определять основные ошибки и сложности при использовании цифровых технологий на рабочем месте (где и как повысить свою цифровую грамотность);
- правильно организовывать взаимодействие с различными службами столичного здравоохранения в интересах сохранения здоровья москвичей;
- определять, какие идеи врачей востребованы для развития медицинской науки и практики, оформлять свои идеи и практические наработки и продвигать их для внедрения в московское здравоохранение.

Результатом данного трека должен был стать проект стандартной операционной процедуры (СОП). Общая часть обоих треков («Наука» и «Сервиз-дизайн») курса «Акселератор идей» включала рассмотрение следующих вопросов (рис. 10): введение в дизайн мышления; определение целей; фокусировка на проблеме, сбор и анализ данных; генерация идей, выбор решений; создание прототипа; тестирование прототипа; доработка идей, визуализация данных; внедрение решений.

## ПРОГРАММЫ ТРЕКОВ



Рис. 10. Программы курсов на треках «Наука» и «Сервис-дизайн» практико-ориентированного курса «Акселератор идей» проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)

Специальная часть трека «Наука» фокусировалась на следующих аспектах:

- основы и понятия научно-исследовательской деятельности;
- постановка проблемы и цели в исследовании;
- обоснование необходимости проведения исследования;
- этапы достижения цели исследования, задачи исследования;
- общая схема проведения научного исследования;
- методология и методы проведения исследования;
- визуализация полученных результатов исследования;
- представление результатов научного исследования.

В рамках проведения трека «Наука» 26,0 % специалистов первичного звена столичного здравоохранения в качестве приоритетных тематических направлений исследования выбрали направление «Эпидемиологический сдвиг – от инфекционных заболеваний, перинатальных и акушерских причин заболеваемости и смертности к хроническим неинфекционным заболеваниям», 24,0 % – направление «Изменение социокультурных ожиданий – население рассчитывает на комплексную помощь, отвечающую конкретным потребностям», 23,0 % – направление «Демографический сдвиг – старение населения», 17,0 % – направление «Глобальный экономический кризис – реализация проектов в условиях экономии бюджета» и 10,0 % – направление «Ухудшение социальных показателей здоровья среди малообеспеченных групп населения».

Специальная часть трека «Сервис-дизайн» включала изучение таких тем, как:

- Стандартизация в здравоохранении.
- СОПы как инструмент улучшения качества медицинской помощи.
- Формулировка проблемы, цели (предмета) СОП.
- Структура СОП.
- Алгоритмы описания процессов.
- Область применения, потребители СОП.
- Формы предоставления СОП.
- Процесс внедрения СОП. Область применения.

В рамках проведения трека «Сервис-дизайн» 26,0 % специалистов первичного звена столичного здравоохранения в качестве приоритетных тематических направлений исследования выбрали направление «Инструменты системы скрининга, диагностики, профилактики заболеваний», 15,0 % – направление «Ориентация на потребности и запросы пациентов», 14,0 % – направление «Организация рабочего места», 12,0 % – направление «Укрепление общественного здоровья в первичном звене здравоохранения», 11,0 % – направление «Траектория профессионального развития специалиста первичного звена», 10,0 % – направление «Оценка результатов оказания медицинских услуг», 7,0 % – направление «Междисциплинарные команды специалистов», 6,0 % – направление «Преимущество в оказании медицинской помощи, пациентам на всех этапах жизни, включая социальные услуги», 5,0 % – направление «Передача информации о пациентах между уровнями оказания медицинской помощи» и 3,0 % – направление «Ведение хронических и коморбидных пациентов». В итоге трек «Сервис-дизайн» отличался большим количеством и разнообразием приоритетных тематических направлений.

Еще одной отличительной особенностью второго сезона проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» является то, что в 2022 г. в рамках образовательного проекта для опытных исследователей был создан Научный клуб «Моя поликлиника» (его реализуют сотрудники

Дирекции по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ и НИИОЗММ), в котором объединились специалисты столичного здравоохранения, имеющие опыт подготовки научных публикаций и проявляющих заинтересованность в проведении исследований по двум направлениям (выбранным в качестве основных на 2022 г.): 1) «Деятельность павильонов здоровья» и 2) «Клинические исследования в поликлиниках Москвы».

Основными направлениями работы клуба стали:

- научные дискуссии о приоритетах развития медицинской науки в поликлиниках Москвы;
- обсуждение методологии научного исследования для врачей московских поликлиник;
- планирование коллективных научных исследований в московских поликлиниках;
- консультации с научными наставниками;
- подготовка и публикация научных статей членами научного клуба.

В Научном клубе приняли участие более 100 врачей амбулаторно-поликлинического звена подведомственных ДЗМ медицинских организаций, которые уже зарекомендовали себя как исследователи и выразили желание в этом направлении развиваться и дальше. С учетом занимаемой должности и выбранного научного направления участники были разделены на 10 групп:

- «Наука. Лечебное дело»;
- «Наука. Терапия»;
- «Наука. Кардиология. Сердечно-сосудистая хирургия»;
- «Наука. Неврология. Психиатрия»;
- «Наука. Эндокринология»;
- «Наука. Организация здравоохранения. Телемедицина»;
- «Наука. Хирургия»;
- «Наука. Ультразвуковые исследования. Функциональная диагностика. Рентгенография»;
- «Наука. Клинико-диагностическая лаборатория»;
- «Наука. Клиническая фармакология».

## 6.3. ТИПОВЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЛИДЕРОВ ИЗМЕНЕНИЙ. ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛИДЕРОВ ИЗМЕНЕНИЙ

В 2023 г. (третий сезон) проект существенно расширил свои границы. Программа рассчитана на специалистов столичных поликлиник от только начинающих свою научную деятельность до опытных ученых и охватывает широчайший спектр тематик: формирование новых трендов и современных стандартов медицинского обслуживания, поиск инструментов для самостоятельного проведения научных исследований, выбор траекторий профессионального развития и даже планирование и проведение академического научного исследования для подтверждения ученой степени.

Участникам на выбор предлагается один из пяти образовательных треков (рис. 11).

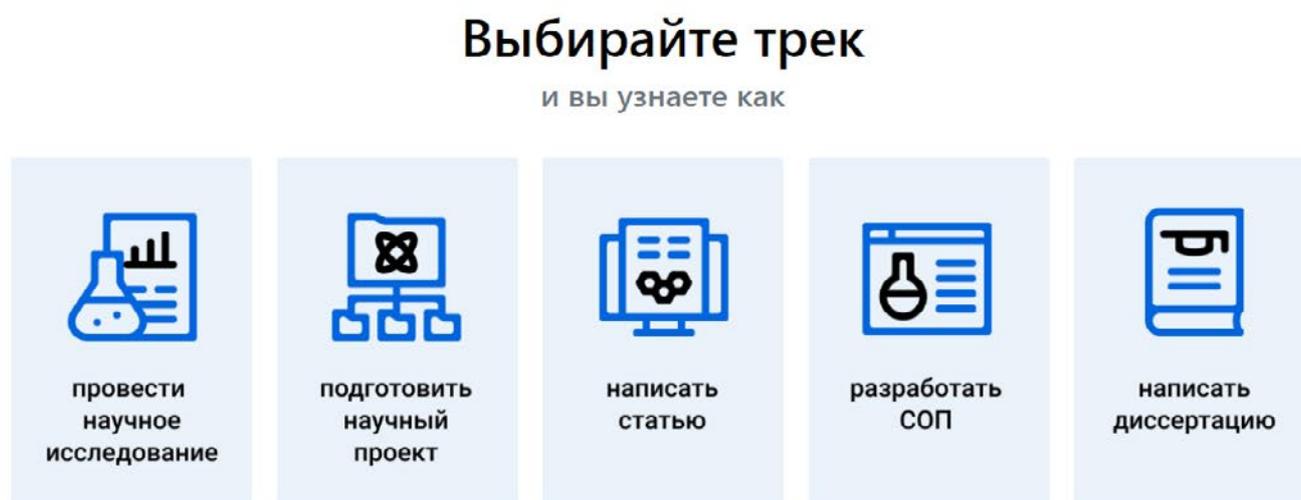


Рис. 11. Треки проекта в третьем сезоне

1. Провести научное исследование – для специалистов, желающих под контролем наставника разработать дизайн собственного научного исследования и провести его для своей организации прямо на рабочем месте.
2. Подготовить научный проект – трек позволит досконально разобраться, что такое менеджмент идей, узнать, какие проекты реализуются сейчас, и защитить свой проект улучшения московской поликлиники.

3. Написать статью – на этом треке участники узнают, как создать профиль исследователя в международных и российских базах знаний, готовить публикации. И в итоге выпустят собственную статью в рецензируемом научном журнале.
4. Разработать СОП – трек научит определять проблемы и формулировать идеи для развития столичного здравоохранения, а также позволит разработать под контролем наставника СОП для своей организации.
5. Написать диссертацию – трек для специалистов, готовых подключиться к научной работе клинических кафедр ведущих вузов России, узнать, какие исследования проводятся на базе клинических кафедр ведущих медицинских вузов, принять участие в подготовке научных докладов и статей.

Программа проходит с июня по декабрь, когда в рамках российской недели здравоохранения состоится масштабный научный форум, на котором участники по всем трекам представят свои достижения. В июле–августе организованы «полезные каникулы»: курс «Трансформация» для всех желающих узнать больше о трендах развития столичного здравоохранения и масштабных проектах на уровне первичного звена.

## 6.4. ЦИФРОВАЯ СРЕДА

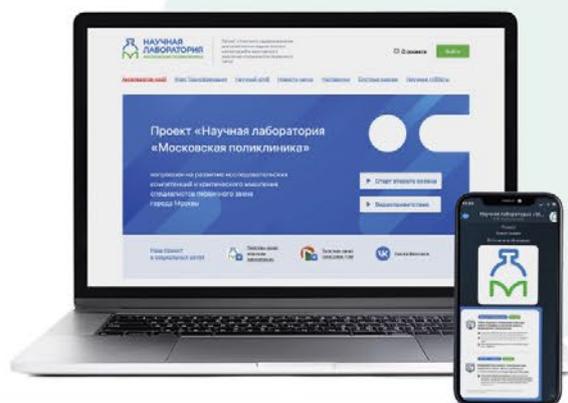
Еще одной особенностью проекта является создание, разработка и поддержка единого электронного пространства (цифровой среды), которая представляет собой единую виртуальную среду для общения и обмена идеями по совершенствованию работы московских поликлиник.

Цифровая среда включает инструменты коммуникации, которые стали некими персональными ресурсами, например, цифровая платформа проекта, личный кабинет участника. С их помощью осуществлялась информационная поддержка (прямое общение с кураторами и наставниками, форма обратной связи и т. д.) участников проекта (рис. 12).

Функционал цифровой платформы среди прочего предусматривает просмотр научных видеолекций по различным тематическим направлениям, ознакомление с краткими научными новостными заметками и библиотекой статей и научных материалов.

### ПЕРСОНАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ И ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА УЧАСТНИКОВ ПРОЕКТА

-  Цифровая платформа проекта
-  Личный кабинет для участников с сохраненными видеоматериалами
-  Прямое общение с кураторами
-  Форма обратной связи 24/7
-  Telegram-канал, который помогает участникам получать актуальную информацию по проекту



*Рис. 12. Структура персональных ресурсов и информационной поддержки участников проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)*

Основным ресурсом проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» является его официальный сайт: <https://sciencelab.niioz.ru>, на котором представлена вся необходимая информация (архитектура проекта, его содержание, учебный план, расписание, основные треки, форма регистрации, список наставников, организаторы, информационные партнеры, новости).

Отдельно стоит выделить телеграм-канал проекта: <https://t.me/sciencelabniioz>. Здесь оперативно размещается вся необходимая информация, анонсы лекций и мероприятий, различные полезные новостные заметки.

## 6.5. НАУЧНЫЕ НАСТАВНИКИ И КООРДИНАТОРЫ

В 2022 г. (второй сезон) изменилось методическое сопровождение проекта: было выделено три категории – эксперты (представители Российской академии наук; эксперты НИИОЗММ и Дирекции по координации деятельности организаций ДЗМ; ведущие ученые российских научных организаций и вузов; представители организаций амбулаторно-поликлинического звена), наставники (сотрудники столичного здравоохранения, которые являются врачами-исследователями, активно публикуются в научных журналах и имеют высокие публикационные показатели) и координаторы; были созданы новые и расширены существующие инструменты коммуникации – цифровая платформа, email-рассылка, сайт оператора проекта, телеграм-канал.

Научные наставники оказывают консультационную поддержку специалистам первичного звена, которые занимаются подготовкой научных публикаций. К научным наставникам предъявляются следующие основные требования:

- наличие ученой степени (кандидат/доктор медицинских наук);
- не менее 5 публикаций в рецензируемых научных журналах за последние 5 лет;
- готовность проводить консультации начинающих врачей-исследователей на безвозмездной основе не менее 2 ч еженедельно (дистанционно).

Каждую из групп Научного клуба «Моя поликлиника» курировали научные наставники – работники столичного здравоохранения, которые активно публикуются в научных журналах и имеют высокие показатели цитируемости на мировом уровне. Они обеспечивают научную поддержку, помогают в выборе актуального направления исследования, формировании гипотезы и дизайна исследования, координируют деятельность участников научного клуба и оказывают ресурсную поддержку, помогают участникам выбрать научный журнал для публикации статьи и подобрать рецензентов.

Онлайн-встречи с наставниками Научного клуба проводились раз в неделю в закрытом телеграм-канале, который был у каждой из 10 групп, для консультаций с наставниками и обсуждения текущих задач и научных вопросов.

В третьем сезоне на всем пути обучающихся будут сопровождать кураторы треков, а участников, желающих написать статью или академическое научное исследование, будет поддерживать научный наставник – врач-исследователь с большим опытом публикаций в научных журналах (рис. 13).

# Персональные ресурсы

для участников акселератора



## Куратор трека

Есть у каждого зарегистрированного участника.

Связь с куратором через ЛК – кнопка «написать письмо»



## Персональный наставник

Персональное сопровождение создания индивидуальной профессиональной траектории развития специалиста столичного здравоохранения



## Виртуальная среда для общения

Единая виртуальная среда обмена идеями по совершенствованию работы московских поликлиник



## Поддержка в публикации научных результатов

Сопровождение подготовки и публикации научных статей в признанных рецензируемых научных журналах

Рис. 13. Персональные ресурсы для участников третьего сезона проекта

## 6.6. ГЕЙМИФИКАЦИЯ

Согласно Вербаху, геймификация – это применение игровых элементов и технологий создания игр в неигровом контексте [50]. Применительно к проекту «Научная лаборатория: Московская поликлиника» геймификация – это внедрение, использование, применение игровых элементов в архитектуре и содержании образовательного процесса на его различных этапах. В научной литературе существует два ключевых подхода к изучению геймификации.

Авторы, которые придерживаются первого подхода, сравнивают между собой различные игровые элементы, например, бейджи, баллы, рейтинговые доски, и анализируют их влияние на результативность работы испытуемого в выбранной геймифицированной системе.

Использование игровых элементов представляет собой преимущественно рутинные действия, для выполнения которых человек должен на протяжении всей деятельности взаимодействовать с системой. Геймификация в данном случае трактуется как инструмент, главная задача которого – добиться фокусирования внимания пользователя на выполняемой задаче и улучшить его результативность.

Сторонники второго подхода рассматривают теоретические основы психологических механизмов, за счет которых работает геймификация, а также виды эмоционально-мотивационных процессов, приводящих к появлению этих эффектов.

В этом случае изучаемые процессы связаны с изменением уровня внутренней мотивации участников при условии разных видов дизайна геймификации, со степенью воздействия отдельных элементов дизайна на изменение эмоционального состояния участников и т. п. Геймификация при этом рассматривается как опыт позитивного и запоминающегося пользовательского интерактивного взаимодействия.

Оба рассмотренных подхода к определению геймификации позволяют лучше изучить потенциал ее применения и эффективности в различных контекстах.

Вербах выделяет три составляющих определения геймификации: элементы игры, технологии создания игр и неигровой контекст. Элементы игры – набор инструментов, создающих ощущение игры (например, баллы, уровни, значки, рейтинги, аватары, награды). Неигровой контекст – это деятельность, не являющаяся игрой ради самой игры. Ее основная цель лежит вне контекста игры, например, получение работы, достижение целей компании или обучение.

Вербах также выделяет три категории геймификации: внутренняя геймификация существует в рамках одной организации. Мотивационная составляющая должна соответствовать системе управления и стимулирования, действующими в данной организации. Внешняя геймификация направлена на улучшение взаимоотношений между организацией и ее клиентами. Геймификация, меняющая поведение, оказывает влияние на систему привычек, и формирует новые привычки.

Кевин Вербх и Дэн Хантер рассматривают геймифицированные системы с точки зрения бизнес-инструмента и предполагают, что современные внутренние процессы организации стремительными темпами проходят этапы слияния с миром игрового дизайна, в рамках которого геймификация является посредником между игрой и решением практических задач. Вербх и Хантер предложили концепцию 6D (шагов, этапов) для разработки и создания успешной системы геймификации:

**Этап 1.** Определение цели. Цели должны быть конкретными (specific), измеримыми (measurable), достижимыми (achievable), актуальными (relevant) и ограниченными во времени, имеющими срок достижения (time-bound).

**Этап 2.** Описание игроков. Необходимо описать разные типы игроков, их потребности и продумать, как можно мотивировать этих людей к выполнению действий. Можно подобрать несколько типажей, обладающих определенными характеристиками.

**Этап 3.** Определение целевого поведения игроков. Представить целевое поведение игроков. Для этого необходимо получить ответы на следующие вопросы: «Что игрокам нужно делать?», «Как это измерить?», «Как это способствует достижению цели?», «Каким образом настроена обратная связь?» Необходимо описать все цепочки действий игроков.

**Этап 4.** Разработка структуры системы геймификации (обозначение пути героя). Структура игровой системы состоит из микроуровня (циклы вовлечения) и макроуровня (история развития игрока от новичка до мастера, которая представляет собой «путешествие игрока», состоящее из множества циклов вовлечения). На микроуровне циклы вовлечения – это цепочки «мотивация к действию → действие → обратная связь».

Идет мотивация игрока к действию, он совершает действие и получает от системы обратную связь (в виде наград или других событий, являющихся реакцией системы на действия игрока). На стадии обратной связи у игрока должна создаваться мотивация к совершению следующего действия (например, с помощью призывов к действию и приемов управления мотивацией). На макроуровне – «путешествие игрока». Это захватывающая история, на которой основана система геймификации, – история развития игрока от новичка до мастера. «Путешествие» состоит из множества циклов вовлечения и должно иметь заранее разработанный сценарий.

**Этап 5.** Подарите игрокам удовольствие. Элементы развлечений. Игра должна быть приятным занятием, развлечением, иначе система не будет работать, даже если будет обеспечиваться удовлетворение потребностей игроков. Время от времени необходимо смотреть на создаваемую систему глазами участника, чтобы понять, будет ли игра удовольствием.

**Этап 6.** Разработка системы геймификации. Подбор инструментов. Необходимо продумать использование технологий для работы игровой системы и свести воедино всю информацию и структуру, добавить игровые механики и динамики и построить систему.

Следует отметить модель поведения людей, вовлеченных в игру. Ее предложил профессор Фогг (Fogg) из Стэнфордского университета. Модель состоит из трех элементов: мотивации (motivation), возможности (ability), импульса (trigger).

1. Мотивация. Это побуждение к участию в игровой системе. Мотивировка игроков к игре базируется на знании их потребностей и обещании их удовлетворить.
2. Возможность. У людей должна быть возможность участвовать. Каждый человек имеет собственные жизненные обстоятельства и по природе своей довольно ленив, поэтому основная задача – максимально упростить целевое поведение и вход в игру.

3. Импульс. Это толчок к конкретному действию. Мотивированный человек, имеющий возможность играть, еще не знает, что именно нужно делать. Его необходимо подтолкнуть с помощью призыва, напоминания, подсказки или любого другого предложения совершить действие.

Чтобы поведение человека изменилось, все три элемента должны существовать и действовать одновременно, иначе человек потеряет интерес. Необходимо рассмотреть элементы игрового процесса, которые можно использовать в образовательных целях. Прогресс – наглядное отображение постепенного роста: уровни – расширение и открытие доступа к контенту; очки – цифровое обозначение значимости вашей работы.

Инвестиции – почувствуйте гордость за ваш вклад в игру:

- достижения – получайте публичное признание за завершение работы;
- новые задания – входите в систему, чтобы получать новые задания;
- совместная работа – действуйте совместно, чтобы достигать своих целей;
- эпичное значение – работайте, чтобы достичь чего-то выдающегося или великого;
- виртуальность – стимул вовлекать других пользователей.

Постепенное открытие информации – постепенно получайте доступ к новой информации:

- бонусы – получайте неожиданные вознаграждения;
- обратный отсчет – выполняйте задания за ограниченный период времени;
- открытия – исследуйте свое образовательное окружение и открывайте новые фрагменты знаний;
- предотвращение потерь – играйте, чтобы предотвратить потерю уже заработанного;
- бесконечная игра – учитесь постоянно, пока не станете экспертом;
- синтез – работайте над задачами, для решения которых требуется сразу несколько навыков.

## 6.7. ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕОРИИ ГЕЙМИФИКАЦИИ В ПРОЕКТЕ «НАУЧНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ: МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Рассмотрим некоторые аспекты вышеприведенных теорий геймификации в разрезе реализации образовательного проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника».

Проект полностью соответствует теории геймификации Фогга, так как дает мотивацию (изучены потребности участников в написании публикаций, подготовке научных проектов, СОПов и диссертаций), возможность (предоставлена бесплатная возможность принять участие посредством простой регистрации в одном из пяти треков) и импульс (широко применяются новостные напоминания, различные подсказки и т. д.).

Проект также полностью отвечает шести требованиям теории Вербаха: его цели конкретны, измеримы, достижимы, актуальны и ограничены во времени. Определены типы участников, каждому из которых (типу) соответствует тот или иной трек. Изучено целевое поведение игроков. Разработана структура системы геймификации и подобраны инструменты реализации.

Игровые механики и динамики – это ключевые элементы-кирпичики геймификации, из которых строится игровая система на основе каркаса, т. е. структуры, которая была разработана на четвертом этапе.

Для иллюстрации этапа 4 (разработка структуры системы геймификации) можно использовать архитектуру курса «Акселератор идей», которая представлена на рис. 14. Каждый день недели (кроме воскресенья) был посвящен определенному виду деятельности: понедельник – день практики, вторник и четверг – вебинар, среда – работа с наставниками, пятница – опрос и научная суббота, в рамках последней каждую неделю в личных кабинетах участников открывался доступ к просмотру 10 новых лекций, спикерами которых выступали научные сотрудники НИИОЗММ и представители научных журналов и реферируемых баз научных знаний. Тематика этих лекций была посвящена актуальности научных изысканий для работников первичного звена, нюансам публикаций научных данных и существующим ресурсам.

# Архитектура проекта

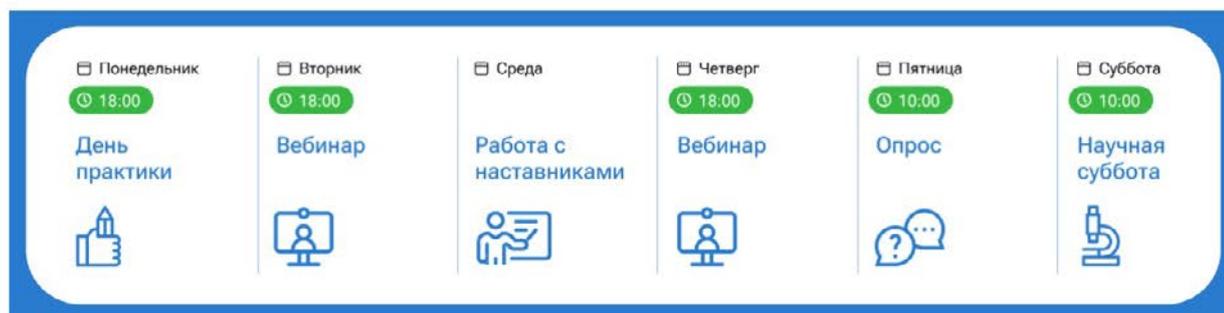


Рис. 14. Архитектура проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г. (второй сезон, второй год реализации)

Подобную архитектуру имеет и третий сезон проекта (рис. 15). Организаторы проекта предусмотрели максимально комфортный режим обучения и работы. Обучающихся ждут лекции в видеоформате, всегда доступные учебные материалы, актуальные кейсы, практики, современные базы знаний. Каждую субботу на сайте проекта в личном кабинете участника будут появляться полезные видеоролики, посвященные методологии проведения исследований, правилам написания научных статей, реферативным базам и другим важным темам, которые необходимо изучить, чтобы впоследствии применить их в своей научной деятельности.

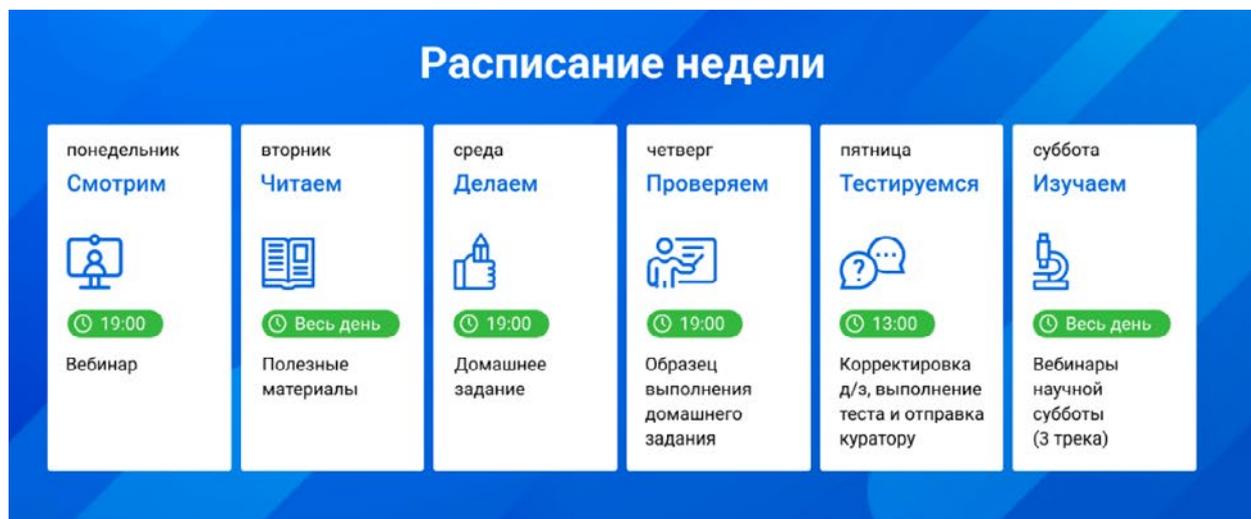


Рис. 15. Расписание недели третьего сезона проекта

К основным видам игровых механик в проекте относятся выполняемые участниками задания различного вида (тестовые, текстовые и др.), накопление ресурсов (баллов) и обратная связь (с кураторами треками, наставниками, координаторами).

В проект также включены и некоторые элементы игрового процесса. Это прогресс в виде начисляемых очков (баллов), инвестиции (новые задания, виртуальность), а также постепенное открытие информации (обратный отсчет при выполнении заданий за ограниченный период времени, открытия, например, добавление новых лекций каждую субботу, синтез – работа над задачами, для решения которых требуется сразу несколько навыков).

Ярким примером использования геймификации в проекте является начисление баллов (табл. 8), в результате которого (в зависимости от их суммы, общего количества) формируется рейтинг участников, определяются лидеры, участники получают сертификаты и могут продолжить свое участие в других треках – все это составляет игровые компоненты проекта (очки, достижения, рейтинги, квест, социальный профиль, доступ к контенту и др.).

Таблица 8. Система начисления баллов за выполнение заданий проекта «Акселератор идей»

Задание	Количество баллов	Сумма, max	Начисление
Регистрация на сайте «Научная лаборатория: Московская поликлиника»	3 балла	3	Автоматическое
Заполнение раздела «Мой профиль»	1 балл за каждое заполненное поле	14	Автоматическое
Просмотр видеолекций программы курса	3 балла за просмотр не менее 90 % каждой видеолекции	27	Автоматическое
Прохождение теста к видеолекции	1 балл за каждый правильный ответ на вопрос к видеолекции	24	Автоматическое
Видео «Научная суббота»	1 балл за каждую видеолекцию	48	Автоматическое
Прохождение опроса на сайте	5 баллов за каждый опрос	25	Автоматическое
Заполнение раздела «Мое портфолио» в личном кабинете участника проекта на сайте <a href="https://sciencelab.nioz.ru/">https://sciencelab.nioz.ru/</a>	2 балла	2	Автоматическое
Заполнение раздела «Мои исследования/Мои идеи»	1 или 2 балла	16	Начисляется наставником
Электронный сертификат курса «Акселератор» участники получают, набрав не менее 100 баллов			

Так, например, в рамках второго сезона проекта (в 2022 г.) проводился конкурс, по результатам которого после выполнения заданий участники, набравшие в сумме не менее 100 баллов, получали электронные сертификаты участников и право на участие в курсе «Акселератор идей. Финал» (по выбору треки «Наука» или «Сервис-дизайн»). Также по результатам конкурса 10 участников – лидеров трансформации, набравших наибольшее количество баллов и представивших описание своих профессиональных достижений в разделе «Мое портфолио» в личном кабинете участника проекта, получали не только право на участие в курсе «Акселератор идей», но и возможность работать на треках «Наука» или «Сервис-дизайн» с индивидуальным наставником из числа ведущих специалистов организаций ДЗМ.

Также к элементам геймификации можно отнести и прошедший 22 декабря 2022 г. в Технопарке инновационного центра «Сколково» в очном формате финал второго сезона проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» (рис. 16).



*Рис. 16. Финал второго сезона проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» в 2022 г.*

Московская медицина – это значительная по своим масштабам область, в которой работает огромное число специалистов первичного звена здравоохранения. Для улучшения качества медицинского обслуживания пациентов, повышения престижа профессии и улучшения самооценки специалистов в системе столичного здравоохранения проводится необходимая работа по всем основным направлениям, в частности по развитию и укреплению научно-исследовательских компетенций врачей и развитию у них критического мышления.

Участие специалистов первичного звена здравоохранения в проекте «Научная лаборатория: Московская поликлиника» помогает выработать концепцию исследовательской работы в поликлиниках и систематизировать объем работы врача поликлинического звена работы и полученные в ходе реализации Проекта знания для последующего их применения. Осуществляя вклад в ту или иную научную работу, врачи повышают свой профессиональный уровень и престиж.

Достигнутые положительные результаты реализации образовательного проекта говорят о том, что в московских поликлиниках работают не только практикующие врачи – профессионалы своего дела, но и исследователи, обладающие критическим мышлением и глубокими знаниями в области медицины.

Поэтому проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника», который реализуется в московском здравоохранении, позволит сформировать научную высококвалифицированную команду врачей – будущее московского здравоохранения, будущее московской науки.

ГЛАВА

7

# ЭФФЕКТИВНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

# 7.1. ЭФФЕКТИВНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Как правило, все нововведения и изменения в организации встречают если не открытое сопротивление, то высокую настороженность. Даже если изменения не столь значительны, большинство сотрудников отнесутся к ним с недоверием. Лучший способ развеять недоверие и пресечь домыслы – это обеспечить изменениям полную прозрачность и наладить процесс внутреннего информирования. Прежде всего руководителю необходимо подробно объяснить, зачем нужны изменения, что послужило причиной, с какой целью будут осуществляться, что повлекут за собой и, главное, как эти изменения отразятся на самих сотрудниках. Начинать информирование нужно заранее, пока изменения еще не вступили в силу. Хорошо также разработать механизм обратной связи, чтобы убедиться, что сотрудники правильно понимают изменения.

Эффективными инструментами информирования сотрудников о появившихся изменениях могут стать:

- очные общие встречи с сотрудниками. Такие встречи покажут заинтересованность руководства, будут иметь эмоциональный окрас и позволят создать позитивный фон изменений, а также помогут оперативно снять самые острые вопросы сотрудников. При информировании об изменениях и нововведениях стоит сконцентрировать внимание на ожидаемых результатах, используя четкую и понятную формулировку, например: сократилось количество жалоб или вырос поток обращений с профилактической целью;
- индивидуальные встречи и обсуждения с сотрудниками, которые более всего вовлечены в реализацию изменений. Такие встречи позволят снять настороженность и даже страх у ключевых сотрудников, заручиться их поддержкой и сделать их проводниками изменений.

Эффективными каналами информирования об изменениях в организации могут стать:

- сайт организации;
- корпоративная электронная почта;
- внутренние чаты;
- корпоративное медиаиздание;
- доска объявлений.

Еще одним эффективным инструментом информирования об изменениях как в организации, так и в отрасли в целом является обучение. В зависимости от целей и задач обучение может быть на местах или в соответствующих лицензированных организациях и центрах, в дистанционном и очном формате, с тестированием или экзаменами или без, с выдачей сертификатов, краткосрочные или среднесрочные и т. д. Чтобы информировать сотрудников о нововведениях и изменениях в отрасли и снизить сопротивление изменениям на местах, часто используются тренинги, направленные на развитие различных компетенций.

Примером эффективного обучения, направленного на развитие исследовательских компетенций и критического мышления специалистов московского здравоохранения, является проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» (<https://sciencelab.niioz.ru>). Именно исследовательские компетенции и критическое мышление позволяют медицинским работникам следить за всеми нововведениями в отрасли и эффективно адаптироваться к изменениям на местах как организационным, так и клиническим. В рамках проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» реализовано сразу несколько задач: образовательная, коммуникационная, информационная.

Каждый зарегистрировавшийся участник имеет свой личный кабинет и свои «персональные ресурсы» для получения и обмена информацией между участниками проекта и организаторами платформы.

Обучение участников выстроено по системе треков – направлений, структурированных от простого к сложному. В третьем сезоне их пять: «подготовить научный проект» (направление базового уровня, для специалистов, никогда не занимавшихся научной деятельностью), «провести научное исследование», «написать научную статью», «разработать стандартную операционную процедуру (СОП)» и «подготовить аннотацию диссертации» (самый высокий уровень для опытных исследователей). Обучение проходит по системе «касаний» в течение всей недели: понедельник – вебинар от эксперта, вторник – дополнительные материалы по теме вебинара, в среду участники выполняют практическое задание, в четверг проверяют себя, используя образец выполнения задания, в пятницу корректируют выполненное задание и отправляют куратору на проверку, чтобы получить индивидуальную обратную связь, и выполняют тесты, а в субботу смотрят дополнительные обучающие вебинары по более широким темам. Именно такая система «касаний» обеспечивает высокую вовлеченность участников и достижение результатов за короткий период времени, а также эффективное информирование о нововведениях в отрасли.

Информирование участников проекта реализуется посредством различных каналов и инструментов, таких как прямое взаимодействие с кураторами, наставниками, экспертами, так и интерактивное общение, социальные сети, специальные чаты в мессенджерах, а также оповещений через электронную почту и т. д.

Для каждого участника выстроена система обратной связи непосредственно в личном кабинете участника, в телеграмм-канале, посредством электронной почты и в социальных сетях, где в реальном времени каждый участник может получить ответ от своего наставника, куратора или технического специалиста.

Проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника» – это виртуальная среда для общения, позволяющая получать новые знания, обмениваться идеями, эффективно адаптироваться к изменениям, творить и развиваться.

## 7.2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЕДИНОЙ КОММУНИКАЦИОННОЙ СРЕДЫ И УСПЕШНОГО ОПЫТА ИССЛЕДОВАНИЙ ИЗМЕНЕНИЙ

Коммуникации основаны на знаниях, навыках, умениях, необходимых для установления взаимодействия людей в бытовой и деловой сфере. Они возникают в производственной, научной, учебной, коммерческой и других видах деятельности. Цель коммуникаций – передача опыта и знаний, необходимых для решения личных, образовательных и профессиональных задач, поиск, сохранение и передача знаний для саморазвития и самореализации.

Коммуникационная среда – это набор условий, позволяющих группе людей или организациям обмениваться релевантной для них информацией путем прямого обращения за ней друг к другу. Информационная среда может быть универсальной, когда всем людям предоставляются одинаковые технические, эмоциональные и социально-этические условия для обмена информацией без ограничения в форматах представления, а может быть специализированной, которая имеет некоторые ограничения между объектами обмена информацией и определена общностью определенных характеристик (общностью интересов, географически компактным расположением субъектов среды, социально-демографическими характеристиками субъектов и т. п.). Глобальная информационная среда обеспечивает возможность обмена информацией между любыми субъектами среды в границах действия технологических средств обмена информацией между субъектами.

Особенность использования коммуникации в сфере образования состоит не только в процессе передачи информации, но и в информационном обмене. Во-первых, установлено, что коммуникация является основой взаимодействия, поэтому, как только речь заходит о коммуникации, под этим сразу понимается взаимодействие. Во-вторых, коммуникация как общение базируется на взаимном обмене информацией, что предполагает взаимодействие между субъектами и наличие обратной связи. В-третьих, коммуникация представляет собой процесс, который характеризуется изменением во времени.

Коммуникационная среда, в том числе в образовании и обучении, представляет собой совокупность субъектов коммуникации (человек, обучаемый, учитель, преподаватель, куратор, наставник, ментор и т. д.) и объектов (технологические средства ИКТ, средства обучения, электронные образовательные ресурсы и т. д.). Эффективность коммуникационной среды, помимо прочего, будет зависеть от подготовленности субъектов коммуникации использовать объекты коммуникации и организации данного процесса.

## 7.3. ИНФОРМАЦИОННЫЕ СРЕДЫ И ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Информационная среда – это совокупность информационных условий существования субъекта (наличие информационных ресурсов и их качество, развитость информационной инфраструктуры).

Основным назначением информационной среды является комплексная информационная поддержка функционально, организационно и информационно взаимосвязанных процессов производственной, научной, образовательной и управленческой деятельности. С точки зрения задач информационных технологий ее целью является целенаправленное создание нового (в первую очередь знаний).

Примером создания эффективной информационной среды для специалистов, желающих обучиться проведению научных исследований и внедрению научно обоснованных изменений в свою работу, является проект «Научная лаборатория: Московская поликлиника». В рамках этого проекта задействовано несколько инструментов создания информационной среды: сайт, чаты, социальные сети, электронная почта. Перед организаторами проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» стояла задача создать такую информационную среду, которая ежедневно предоставляла бы новую организационную и образовательную информацию для участников проекта, удовлетворяла бы их потребности в обратной связи и общении с экспертами (наставниками, кураторами) проекта и требовала бы от участников выполнения различных образовательных задач.

Основным инструментом информационной среды проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника» является его сайт: <https://sciencelab.niioz.ru>.

Сайт имеет два уровня информационной составляющей. Первый уровень – главная страница сайта. На данном уровне как гости (не зарегистрированные пользователи) сайта, так и участники проекта могут познакомиться с организационной информацией проекта (с описанием треков, учебным планом проекта, расписанием активностей на неделю, списком наставников, новостями проекта и т. д.).

На второй информационный уровень сайта гость может попасть, только став участником проекта, пройдя соответствующую регистрацию. Архитектура построения второго уровня сайта выстроена в соответствии с активностями или задачами, которые ставят организаторы проекта перед его участниками. Календарь, размещенный на первой странице, позволяет сориентироваться участнику, какая тема текущей и предстоящих недель и какие активности его ожидают на протяжении всей недели. На странице «Вебинары» участники могут посмотреть видеозаписи

экспертов по тематике недели. При этом для каждого из направлений подготовлен свой отдельный вебинар. Для каждого вебинара прикладывается краткое содержание вебинара. На странице «Дополнительные материалы» экспертами для участников подготовлен пакет дополнительных материалов (статьи, монографии, экспертные обзоры, диссертации и т. д.), касающиеся тематики недели, с которыми они могут знакомиться на протяжении всего времени с момента их публикации. На странице «Задания» участнику предлагается выполнить задание по тематике недели, правильность его выполнения проверят наставники или кураторы проекта, используя инструменты, которые также размещены на сайте. При возникновении проблем с выполнением задания участники могут задать вопрос куратору или наставнику проекта, не переходя на другие сайты или используя почтовые через элемент обратной связи. После знакомства с теоретическими материалами по теме и выполнения заданий участнику предлагается пройти тестирование на специально разработанной для этого странице. Тестовые вопросы также касаются тематики недели. С результатами тестирования участник может познакомиться сразу после прохождения тестирования. Материалы и задания появляются не сразу, а постепенно в течение недели, в соответствии с расписанием или по мере выполнения участниками заданий.

В результате активных действий участника ему начисляются баллы. Количество набранных участником баллов транслируется для него на каждой странице сайта.

Отдельная страница сайта посвящена предоставлению информационных материалов, расширяющих кругозор участника проекта и не касающихся непосредственно темы недели.

Сайт позволяет кураторам и наставникам проекта через его структуры администрировать вопросы, касающиеся заданий для участников, а также проверять выполненные ими задания.

Еще один инструмент, позволяющий повысить эффективность информированности участников проекта «Научная лаборатория: Московская поликлиника», является телеграм-канал, в котором размещается оперативная информация, касающаяся этапов проведения проекта, его результатов и новостей.

Другим элементом информирования участников проекта являются подкасты. Подкаст – вид аудио- и видеоконтента, когда один или несколько ведущих обсуждают разные темы. В случае использования такого формата в проекте это чаще всего трансляция записи кураторов или наставников проекта о выполненных участниками заданиях, типичных ошибках и объяснения, как правильно можно выполнить то или иное задание.

Чаты – полезная и перспективная форма общения. Образовательный, учебный чат — это по-настоящему интерактивная и интенсивная форма работы, которая требует полной концентрации и напряжения внимания и сил от всех его участников. При этом один из участников – это ведущий чата, требования к нему и нагрузка на него особенно велики.

Существует ряд приемов привлечения и удержания внимания участников чата, активизации дискуссии:

- вежливость, комплименты;
- аббревиатуры;
- провокационные вопросы и утверждения;
- метод «подсадная утка»;
- голосование, опрос;
- викторина, конкурсы.

Уровень активности в чате и число его участников также непростой вопрос. Естественно, что для нормального общения (и корректной работы чат-комнаты) в чате не должно быть слиш-

ком много активных участников. Опыт говорит о том, что 8–10 активных участников — это предел для разумно организованного чата. Однако при небольшом числе активных участников (2–3) количество пассивно участвующих в нем, просто следящих за общением, может достигать 20–30 (табл. 9).

**Таблица 9. Разновидности чатов**<sup>23</sup>

Виды чатов	Описание
Чат-консультация	Это самая простая форма чата. В таком чате ведущий отвечает на вопросы участников, дает им рекомендации и установки
Чат-дискуссия, совещание	В таком чате все его участники задают вопросы друг другу, все могут на них отвечать
Чат-интервью	Интернет-аналог встреч с известными людьми, учеными, путешественниками, артистами
Чат-трансляция	Освещение через Интернет важного, интересного многим события, мероприятия
Чат-экзамен (зачет)	В форме специального чата может быть проведен и экзамен (зачет, коллоквиум) по некоторой дисциплине, учебному курсу

Социальную сеть можно определить как онлайн-сервис, позволяющий создавать социальные связи, строить взаимоотношения, распространять разнообразную информацию

Социальная сеть является инструментом удаленной коммуникации, источником информации, содержащим в себе основные инструменты взаимодействия для обмена сообщениями, файлами и другим контентом, необходимым в том числе и для образовательного процесса. Также соцсети обладают набором бесплатных инструментов для проведения опросов, построения рейтингов, позволяют использовать инфографику, опросы, чаты, тесты и другие инструменты.

Информационный ресурс, которым является социальная сеть, как инструмент образовательной среды фактически есть совокупность переданной, принятой, обработанной информации и может рассматриваться как интеллектуальная база данных для воспроизводства новой информации, так как вся переписка в рамках консультационного взаимодействия сохраняется.

Социальные сети – это простые средства коммуникации, которые можно использовать в рамках образовательного процесса.

<sup>23</sup> Составлено авторами на основе [51].

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление изменениями – один из ключевых факторов развития любой организации. Изменения необходимы для быстрого реагирования на трансформацию внешней среды через совершенствование структуры управления и управленческо-организационных процессов в том или ином учреждении. Именно умение управлять изменениями и проводить их в непосредственной связке с изменяющейся внешней средой приводит к тому, что любая организация становится сильной и конкурентоспособной.

Большое количество научных работ посвящено теме управления изменениями. В рамках этих исследований разработано множество моделей управления изменениями, которые широко применяются в управлении организациями уже более 50 лет. Большой вклад в анализ этой междисциплинарной проблемы внесли разные области знаний, включая социологию, менеджмент, управление бизнесом, психологию, социальную политику и др.

Система здравоохранения представляет собой одну из важнейших социально-экономических систем, в которой происходят различные виды изменений (организационные, технологические, информационные, экономические и другие нововведения); внедрение изменений основано на их взаимосвязи и взаимовлиянии с учетом отраслевых особенностей, которые в большой степени оказывают влияние на специфику инноваций в здравоохранении: технологические инновации влияют на экономические и организационные инновации, которые, в свою очередь, приводят к информационным инновациям.

В медицине постоянно происходят процессы оптимизации структуры организаций системы здравоохранения и улучшения качества медицинской помощи (в том числе и первичной медико-санитарной помощи). Происходящие в российском и московском здравоохранении изменения направлены по вертикали – от макро- до мезо- и микроуровня. Но, несмотря на своевременность и необходимость уже принятых законодательных инициатив, ряд вопросов остаются нерешенными. Отсутствие специальных исследований по управлению изменениями в отрасли делает актуальной задачу внедрения управления изменениями в здравоохранении. Различным аспектам данного актуального процесса и посвящена данная монография.

В ходе проведенного исследования показана целесообразность использования положительного опыта в области менеджмента здравоохранения с целью внедрения управления изменениями в организациях здравоохранения Российской Федерации в целом и системе столичного здравоохранения в частности, систематизированы внешние и внутренние факторы, влияющие на изменения в организациях здравоохранения РФ и Москвы на современном этапе, отражены как положительные тенденции, так и возможные угрозы и негативные последствия проводимых изменений.

Для создания новой системы или культуры внутри той или иной медицинской организации изменениям должны подвергнуться не только рабочие процессы, но и отношение и мышление сотрудников. При этом существует множество стандартных подходов и моделей управления

изменениями, но нельзя утверждать, что один вариант будет оптимальным в разных ситуациях. Руководители проектов могут комбинировать имеющиеся методики и создавать собственные гибридные подходы в зависимости от сложности внедряемых изменений, используя сочетание инструментов проектного управления и методов управления изменениями.

В процессе внедрения изменений в медицинских организациях у медицинского персонала возникает неприятие трансформаций. Сопротивление сотрудников – это первая реакция на изменения, которая чаще всего выражается в негативном настрое группы или отдельных сотрудников и замедляет процесс изменений. При этом сопротивление изменениям может также появиться в результате огромного количества факторов, которые могут значительно усложнить процесс внедрения этих изменений.

Для выбора наиболее эффективной стратегии по минимизации сопротивления изменениям необходимо понимать причины этого сопротивления, что в той или иной степени поможет склонить персонал на сторону преобразований. В этих случаях эффективными средствами для преодоления негатива со стороны медицинских работников могут служить рассказ об эффективности перемен, обучение персонала, формирование у них новых компетенций (например, исследовательских), развитие критического мышления, своевременное и эффективное информирование сотрудников о внедряемых изменениях (каналы обратной связи и коммуникационная стратегия), а также обсуждение рисков изменений и оптимизации ресурсов, необходимых для перестройки организации.

Преодоление сопротивления изменениям является самой важной задачей в процессе перехода к новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Только правильный и глубокий анализ даст возможность выявить основополагающие причины и определить верный алгоритм необходимых действий с целью поиска решения той или иной проблемы.

В монографии показано, что управление изменениями в системе здравоохранения необходимо рассматривать в многоуровневом аспекте, т. е. изменения в сфере медицины будут успешными (например, способствовать повышению эффективности), если они будут сосредоточены не на одной переменной (однофакторный процесс), а одновременно на нескольких (много, мультифакторный процесс).

Таким образом, в случае успешной реализации внедрения изменений медицинская организация в ходе такой трансформации должна быть в состоянии выдержать вызовы и в будущем быть предрасположенной к дальнейшим улучшениям.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Kukina, E. N. Joseph Alois Schumpeter and Marxist Doctrine: Comprehension of the Method / E. N. Kukina, I. V. Koroleva, N. N. Solovykh // *Marx and Modernity. A Political and Economic Analysis of Social Systems Management*. – Charlotte : Information Age Publishing Inc., 2019. – P. 89–98.
2. Курихин, С. В. Йозеф Шумпетер о роли нововведений в деятельности предприятий согласно «теории экономического развития» // *Вектор экономики*. – 2022. – № 1(67).
3. Разомасова, Е. А. Развитие концепции инноваций Шумпетера на примере современной организации / Е. А. Разомасова, М. В. Ратке, Ю. Чжан // *Инновационные подходы в решении проблем современного общества : сборник статей III Международной научно-практической конференции*, Пенза, 15 декабря 2018 г. / отв. ред. Г. Ю. Гуляев. – Пенза : МЦНС «Наука и Просвещение», 2018. – С. 70–72.
4. Печеркина, А. А. Личностно-профессиональная самореализация: анализ исследований отечественных и зарубежных авторов / А. А. Печеркина, К. Д. Катькало // *Педагогическое образование в России*. – 2021. – № 1. – С. 88–95. – DOI 10.26170/2079-8717\_2021\_01\_11.
5. Попова, Л. Г. Социально-психологический климат как фактор эффективной деятельности организации // *Евразийский союз ученых*. – 2015. – № 5-2(14). – С. 42–44.
6. Дуреева, Т. В. Критерии формирования готовности к профессиональной деятельности специалиста // *Молодой ученый*. – 2018. – № 43 (229). – С. 62–66.
7. Алексеенко, С. Н., Арженцов, В. Ф., Верменникова, Л. В., Веселова, Д. В., Дегтярев, В. С., Стародубов, В. И. Особенности управления изменениями в медицинской организации в рамках реализации федерального проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». *Кубанский научный медицинский вестник*. 2019; 26(5): 18–28. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-18-28>.
8. Kovylyna, L. L. A Model of Organization Development with Knowledge Management and Organizational Culture Tools / L. L. Kovylyna, N. L. Antonova // *Components of Scientific and Technological Progress*. – 2022. – No. 9(75). – P. 31–34.
9. Домашев, А. Н. Роль правовой культуры в современном социогуманитарном знании / А. Н. Домашев, О. Н. Замятина // *Социология в современном мире: наука, образование, творчество*. – 2020. – № 12. – С. 18–22.
10. Матвеева, Т. Е. Организационная готовность к изменениям как междисциплинарное понятие // *Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования*. – 2020. – № 7. – С. 3–13.

11. Халитова, И. В. Организационная готовность к изменениям: социально-управленческие механизмы и технология управления : специальность 22.00.08 «Социология управления» : дисс. ... канд. социол. наук. – М., 2016. – 221 с.
12. Кандрашина, Е. А. Готовность к проведению организационных изменений: подходы к характеристике и оценке // Наука XXI века: актуальные направления развития. – 2020. – № 1-1. – С. 360–363.
13. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020.
14. Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Puleo, V., Tanna, G. L. D., Ricciardi, W., Cascini, F. The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature. *Front Public Health*. 2022 Aug 11;10:787135. doi: 10.3389/fpubh.2022.787135.
15. Domino, M. E. Unpacking the patient-centered medical home. *Health Serv Res*. 2021 Jun;56(3):350–351. doi: 10.1111/1475-6773.13661.
16. Flanagan, P., Lewis, C. Patient-Centered Medical Home - Kids (PCMH-Kids): Creating a Statewide Pediatric Care Transformation Initiative. *R I Med J* (2013). 2018 Dec 3;101(10):19.
17. Эволюция проактивного диспансерного наблюдения в системе московского здравоохранения / А. В. Старшинин, Е. С. Кучерявых, О. Ф. Гавриленко [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 255–263.
18. Привлечение специалистов с немедицинским образованием к деятельности в медицинской организации / Ю. В. Бурковская, А. В. Иванов, Н. Н. Камынина, А. С. Казаков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5. – С. 437–461.
19. Edwards, N., Sheiman, I. What next for the polyclinic? New models of primary health care are required in many former Soviet Union countries. *BMC Prim. Care* 23,194 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01812-w>.
20. Нестеренко, О. Л. Развитие первичной медико-санитарной помощи под влиянием Алма-Атинской и Астанинской деклараций // Ремедиум. – 2023. – Т. 27, № 2. – С. 142–144. – DOI 10.32687/1561-5936-2023-27-2-142-144.
21. Ткаченко, В. И. Первичная медицинская помощь в мире: результаты 40-летней реализации Алма-Атинской декларации (1978) и будущее развитие согласно Астанинской декларации (2018) // Семейная медицина. – 2019. – № 4(84). – С. 97–102. – DOI 10.30841/2307-5112.4.2019.185203.
22. Бримкулов, Н. Н. Астанинская декларация по ПМСП – видение мирового здравоохранения в XXI веке / Н. Н. Бримкулов, О. Т. Касымов // Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 1. – С. 146–152.
23. Старшинин, А. В. Ценности столичного здравоохранения: доверие, командный подход, профессионализм // Московская медицина. – 2023. – № 4(56). – С. 14–19.
24. Старшинин, А. В. Амбулаторная помощь: новая парадигма развития // Московская медицина. – 2023. – № 1(53). – С. 24–33.
25. Безымянный, А. С. Павильоны «Здоровая Москва – 2021» в системе целей устойчивого развития и концепции управления общественным здоровьем / А. С. Безымянный, Е. В. Прохоренко // Московская медицина. – 2021. – № 6(46). – С. 42–45.

26. Безымянный, А. С. Организация работы павильонов «Здоровая Москва» в целях проведения профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах и зонах отдыха города Москвы / А. С. Безымянный, Э. Н. Мингазова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31, № S1. – С. 842–845. – DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-s1-842-845.
27. Проблемы и направления развития научно-технологического потенциала территорий / К. А. Гулин, Е. А. Мазилев, И. В. Кузьмин [и др.]. – Вологда : Вологодский научный центр Российской академии наук, 2017. – 123 с.
28. Кабышев, С. В. Научограды Российской Федерации в механизме реализации государственной научно-технической политики: конституционно-правовые аспекты // Журнал российского права. – 2023. – Т. 27, № 9. – С. 15–27. – DOI 10.61205/млр.2023.100.
29. Чернова, Е. А. Научные кадры в московском здравоохранении / Е. А. Чернова, Н. Н. Камынина // Московская медицина. – 2023. – № 4(56). – С. 44–51.
30. Щигрев, В. А. Лидер и его основные качества // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства при Президенте Российской Федерации. – 2019. – № 16. – С. 240–243.
31. Антипов, Д. С. Диагностика результативности организационных изменений на грузовых автотранспортных предприятиях: Монография / Д. С. Антипов, Н. А. Логинова. – М. : НИЦ ИНФРА-М, 2016. – 135 с.
32. Дагаева, Е. А. Стратегия внедрения инноваций в контексте теории изменений К. Левина // Инновационная экономика и менеджмент: Методы и технологии : Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, Москва, 26 октября 2017 г. / под ред. О. А. Косорукова, В. В. Печковской, С. А. Красильникова. – М. : ООО Издательство «Аспект Пресс», 2018. – С. 43–47.
33. Сериков, А. Е. Концептуальный конструкт «поведение» в теории поля Курта Левина // Гуманитарный вектор. – 2020. – Т. 15, № 4. – С. 180–187. – DOI 10.21209/1996-7853-2020-15-4-180-187.
34. Тетерский, С. В. Стимулирование научного интереса у начинающих исследователей // Педагогические исследования. – 2021. – № 1. – С. 25–36.
35. Организация работы междисциплинарных команд в первичном звене здравоохранения: зарубежный опыт: Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурковская, Н. А. Гречушкина [и др.]. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 44 с.
36. Talone, M. S., Brown, J. B. Participation of primary health care in health system changes: a general overview of common barriers and effective strategies. BMC Prim. Care 24, 157 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02117-2>.
37. Петрова, Е. А. Методические подходы к оценке системы адаптации персонала // Вестн. Волгоград. гос. ун-та. Сер. 3: Экон., Эколог. – 2015. – № 3(32). – С. 79–86. – Doi: 10.15688/jvolsu3.2015.3.8
38. Темнова, Л. В., Бапинаева, Э. Г. Приспособительные практики медицинских работников в условиях реформирования здравоохранения // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2022. – Т. 22. – № 3. – С. 630–645. doi:10.22363/2313-2272-2022-22-3-630-645.
39. Алексеенко, С. Н., Арженцов, В. Ф., Верменникова, Л. В., Веселова, Д. В., Дегтярев, В. С., Стародубов, В. И. Особенности управления изменениями в медицинской организации в рамках реализации федерального проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» // Кубанский научный медицинский вестник. 2019; 26(5): 18–28. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-18-28>.

40. Вергазова, Э. Бережливая поликлиника: неожиданные проблемы и как их решить // Заместитель главного врача. 2018; 3: 14–25. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2019-26-5-18-28>
41. Проскурнина, Н. Н. К вопросу о формировании организационной культуры в медицинском учреждении // Современные вопросы биомедицины. – 2018. – Т. 2, № 1(2). – С. 22.
42. Чанько, А. Д. Командообразование в современных организациях: междисциплинарный синтез психологии и менеджмента // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Сер. 8. Вып. 2. – С. 161–162.
43. Гречушкина, Н. А. Экономика управления на уровне первичного звена здравоохранения в зарубежных странах: Экспертный обзор. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 34 с.
44. Аксенова, Е. И. Наставничество в здравоохранении: московский опыт / Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова // Московская медицина. – 2023. – № 4(56). – С. 20–31.
45. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (e)NPS). Методические рекомендации № 2 / сост. И. В. Богдан, А. В. Праведников, Д. П. Чистякова. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 36 с.
46. Райхельд, Ф., Марки, Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь; пер. с англ. С. Филина. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – С. 19.
47. Богдан, И. В. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением / И. В. Богдан, М. В. Гурылина, Д. П. Чистякова. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – 28 с.
48. Тархов, К. Ю. Опыт реализации проекта «Научная лаборатория “Московская поликлиника”» // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 130–143. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;130-143.
49. Камынина, Н. Н. Особенности реализации проекта «Научная лаборатория “Московская поликлиника”» // Развитие исследовательских компетенций специалистов амбулаторно-поликлинического звена системы здравоохранения города Москвы : Сборник научных статей и экспертных мнений. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – С. 16–25.
50. Вербак, К. Вовлекай и властвуй: игровое мышление на службе бизнеса / К. Вербак, Д. Хантер. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 223 с.
51. Могилев, А. В. Как применять чаты в обучении? // Народное образование. – 2014. – № 5(1438). – С. 180–187.

Научное электронное издание

**Старшинин** Андрей Викторович, **Безымянный** Алексей Сергеевич,  
**Аксенова** Елена Ивановна и др.

УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ  
И КРИТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

*Корректор Л. И. Базылевич*

*Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов*

Объем данных 8,0 МБ

Дата подписания к использованию: 14.11.2023.

URL: <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](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru)



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА  
2 0 2 3