



ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



тема номера

КАДРЫ МОСКОВСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Кадровая политика

Особенности кадровой политики
в здравоохранении.
Обзор мировых практик

стр. 6

Развитие карьерных стратегий

Новые подходы к управлению
кадрами. Проект «Школа
профессионального роста»

стр. 50

Управление персоналом

Управление персоналом
в многопрофильном стационаре

стр. 66

Еженедельная газета о столичном здравоохранении



«**МЫ ИНФОРМИРУЕМ О ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ МОСКОВСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЗДАЕМ МОДУ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Аналитика

Социологические
исследования

Методология

www.nioz.ru

niozmm@zdrav.mos.ru / +7 (495) 530-12-89
115068, г. Москва ул. Шарикоподшипниковская, д. 9



Алексей Хрипун,

руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

За последние годы московское здравоохранение достигло высочайшего прогресса. Стационары и поликлиники оборудованы по последнему слову медицинской техники. Созданы и эффективно работают инфарктные и инсультные сети, центры амбулаторной онкологической помощи, строятся новые поликлиники и корпуса больниц. Цифровые технологии стали неотъемлемой частью московского здравоохранения. Но в его центре всегда был и остается врач – профессионал, грамотный и чуткий специалист. Именно поэтому Департамент здравоохранения города Москвы уделяет кадровому вопросу особенно пристальное внимание.

Для медицинских работников созданы комфортные условия труда, разработаны эффективные программы дополнительного образования и система стимулирующих выплат. Активно используются новые форматы повышения квалификации – симуляционное обучение, интерактивные и дистанционные модели. Не прекращают своей работы уникальные проекты «Московский врач» и «Московская медицинская сестра», призванные не только выявлять лучших среди лучших, но и стимулировать специалистов на постоянное профессиональное развитие. Уровень здравоохранения столицы очень высокий, и требования к нашим медицинским работникам тоже высоки. И врачи, и медицинские сестры должны непрерывно учиться и самосовершенствоваться. Со своей стороны мы будем делать все, чтобы профессии врача и медсестры были почетными и уважаемыми.

Медицина не терпит равнодушных. И я горжусь своими коллегами, способными дни и ночи спасать жизни пациентов, изучать и внедрять новые технологии. Во время пандемии коронавирусной инфекции медицинские работники за считанные дни сумели переформатировать свою деятельность и в итоге противостояли угрозе. Огромную роль в этом сыграли и наши волонтеры. Они помогали врачам в «красных зонах» больниц, одиноким пожилым москвичам, оказывали психологическую поддержку пациентам. Вместе наши усилия складываются в одно большое дело на благо здоровья москвичей. Будем и дальше совершенствовать свою работу!

Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна

Кадровая политика

- 6** Особенности кадровой политики в здравоохранении. Обзор мировых практик
Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, Н. В. Аликперова и соавт.
- 18** Кадры здравоохранения в России: перспективы развития
- 21** Инфографика. Кадры московской медицины
- 22** Современные задачи развития кадрового потенциала здравоохранения Москвы
О. А. Коленникова, М. С. Токсонбаева

Образование

- 30** Инфографика. Аккредитация медицинских специалистов. Новые правила
- 32** Непрерывное медицинское образование в столичных медицинских организациях
- 42** Симуляционные технологии в Москве

Развитие карьерных стратегий

- 50** Новые подходы к управлению кадрами. Проект «Школа профессионального роста»
А. А. Тяжелников
- 54** Проекты «Московский врач» и «Московская медицинская сестра»



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ



Фото: Shutterstock

Управление персоналом

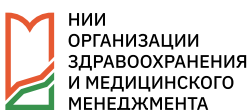
- 61** Медицинская сестра. Эволюция профессии
Т. В. Амплеева
- 66** Управление персоналом в многопрофильном стационаре
М. А. Лысенко
- 70** Специфика управления персоналом в городской поликлинике
И. В. Кокарева
- 72** Пять лет исследований образа медицинского специалиста в московском здравоохранении
И. В. Богдан

Наставничество и волонтерство

- 76** Волонтерское движение в медицине
А. Д. Хараз, Е. А. Сирина
- 82** Направления повышения эффективности системы наставничества в столичном здравоохранении
О. А. Александрова
- 91** Системный подход к управлению лояльностью
И. В. Богдан, Д. П. Чистякова



Фото на обложке: Shutterstock



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Редакция журнала «Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
niiozmm@zdrav.mos.ru
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Учредитель:
Департамент здравоохранения города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года. Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 2 (48) 2022 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 31 мая 2022 года

Отпечатано ООО «Агентство Миг Диджитал», зак. 2631-2022 Тираж 10 000 экз. Печать произведена при содействии полиграфического комплекса АО «Красная Звезда» Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Печатников Леонид Михайлович

Редакционный совет

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Загребнева Алена Игоревна, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зайратьянец Олег Вадимович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Князев Олег Владимирович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Курынин Роман Викторович, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Оленев Антон Сергеевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр и детский нефролог Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Урванова Ирина Анатольевна, директор МГФОМС

Фомин Виктор Викторович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Сергей Викторович Литвиненко**

Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз,**

Наталья Николаевна Верзилина



Фото: mos.ru



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

Contents

- 1** Address from Aleksey Khrypun, the Head of the Moscow Healthcare Department

Staff Politics

- 6** The Healthcare Staff Policy Specifics. World Practice Review
E. I. Aksenova, O. A. Aleksandrova, N. V. Alikperova et al.
- 18** Healthcare Staff in Russian Federation: the Prospective
- 21** Infographics. Moscow Medicine Staff
- 22** Modern Issues for Moscow Healthcare Staff Development
O. A. Kolennikova, M. S. Toksonbaeva

Education

- 30** Infographics. Medical Specialist Accreditation. New Rules

- 32** Continuing Medical Education in Moscow Medical Organization

- 42** Simulation Technologies in Moscow

Career Strategies

- 50** New Approaches to Staff Management. The Project "School for Professional Growth"
A. A. Tyazhelnikov

- 54** Continuing Professional Training: Project "A Moscow Doctor"

Staff Management

- 61** A Nurse. The Evolution
T. V. Ampleeva
- 66** Staff Management in a General Hospital
M. A. Lysenko
- 70** Outpatient Clinic Staff Management Specifics
I. V. Kokareva
- 72** Five Years of Research of a Moscow Medical Specialist Image
I. V. Bogdan

Tutorship and Volunteering

- 76** Volunteering in Medicine
A. D. Kharaz, E. A. Sirina
- 82** The Efficiency Growth Directions for the Moscow Healthcare Tutorship System
O. A. Aleksandrova
- 91** Systematic Approach to the Loyalty Management
I. V. Bogdan, D. P. Chistyakova



Фото: Shutterstock



Cover: Shutterstock



The editorial staff of the «Moscow Medicine» journal:
Bldg. 9, Sharikopodshipnikovskaya str., 115088, Moscow
niiozmm@zdrav.mos.ru
The publisher acts as authors' representative. Reprinting available only upon authors/publisher's permission. Editing team's opinion may be different from authors' opinion.

Journal indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

Founder:
Moscow Healthcare Department

Publisher:
Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media on April 28, 2014
Registration number
ПИ № ФС 77-57984

Issue # 2 (48) 2022
of the «Moscow Medicine» journal
printed on May 31, 2022

Mig Digital Agency, Ltd
Ord. 2631-2022
Circulation — 10 000 copies.
Printed with the assistance of the Printing Complex AO «Krasnaya Zvezda»
Distributed free of charge.

ISSN 2587 - 8670



9 772587 867000

Moscow Medicine

Chairman of the Editorial Board Pechatnikov Leonid Mikhailovich

Editorial Board

Andreeva Elena Evgenyevna, Head of the Office of the Federal Supervision Agency for Customer Protection and Human Welfare in the Moscow city, Chief State Sanitary Doctor in the Moscow city

Antsiferov Mikhail Borisovich, Chief External Expert in Endocrinology of the Moscow Healthcare Department

Bogorodskaya Elena Mikhailovna, Chief External Expert in Phthsiology of the Moscow Healthcare Department

Bryun Evgeniy Alekseevich, Chief External Expert in Psychiatry and Narcology of the Moscow Healthcare Department

Dubrov Vadim Erikovich, Chief External Expert in Traumatology and Orthopedics of the Moscow Healthcare Department

Fomin Viktor Viktorovich, Chief External Expert in Therapy of the Moscow Healthcare Department

Khatkov Igor Evgenyevich, Chief External Expert in Oncology of the Moscow Healthcare Department

Khobotia Mogeli Shalvovich, Chief External Expert in Transplantology of the Moscow Healthcare Department

Knyazev Oleg Vladimirovich, Chief External Expert in Gastroenterology of the Moscow Healthcare Department

Kryukov Andrey Ivanovich, Chief External Expert in Otorhinolaryngology of the Moscow Healthcare Department

Kurynin Roman Victorovich, Head of the Territorial office of the Federal Service for Surveillance in Healthcare in the Moscow City and the Moscow Region

Mazus Aleksey Izrailevich, Chief External Expert in Diagnostics Problems and Treatment of HIV Infection of the Moscow Healthcare Department

Manturova Natalya Evgenyevna, Chief External Expert in Plastic Surgery of the Moscow Healthcare Department

Nazarova Irina Aleksandrovna, Chairman of the Moscow City Council of Chief Doctors

Olenev Anton Sergeevich, Chief External Expert in Obstetrics and Gynecology of the Moscow Healthcare Department

Ordzhonikidze Zurab Givievich, Chief External Expert in Sports Medicine of the Moscow Healthcare Department

Osmanov Ismail Magomedtagirovich, Chief External Expert in Pediatrics and Pediatric Nephrology of the Moscow Healthcare Department

Potekaev Nikolay Nikolayevich, Chief External Expert in Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Healthcare Department

Pushkar Dmitriy Yuryevich, Chief External Expert in Urology of the Moscow Healthcare Department

Urvanova Irina Anatolyevna, Director of Moscow City Compulsory Medical Insurance Fund

Vasilyeva Elena Yurievna, Chief External Expert in Cardiology of the Moscow Healthcare Department

Shabunin Alexey Vasilyevich, Chief External Expert in Surgery and Endoscopy of the Moscow Healthcare Department

Shamalov Nikolay Anatolyevich, Chief External Expert in Neurology of the Moscow Healthcare Department

Zagrebneva Alena Igorevna, Chief External Expert in Rheumatology of the Moscow Healthcare Department

Zayratyants Oleg Vadimovich, Chief External Expert in Pathological Anatomy of the Moscow Healthcare Department

Editor-in-Chief: **Alexey Ivanovich Khripun**

Deputy Editor-in-Chief: **Elena Ivanovna Aksenova**

Science Editor: **Natalia Nikolaevna Kaminina**

Managing Editor: **Sergey Viktorovich Litvinenko**

Editors: **Alina Dmitrievna Kharaz,**
Natalia Nikolaevna Verzilina

Особенности кадровой политики в здравоохранении. Обзор мировых практик

Материал подготовлен на основе экспертного обзора «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения»

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: Shutterstock

Беспрецедентные вызовы нашего времени, такие как вирусные угрозы, рост численности населения, старение и увеличение числа неинфекционных хронических заболеваний, с одной стороны, и активное развитие медицинской науки и новых технологий — с другой, вынуждают переосмыслить подходы к кадровому обеспечению медицинской отрасли и обучению будущих специалистов. В статье представлен опыт систем здравоохранения различных стран.



Проблема кадрового дефицита в мире

Дефицит медицинских кадров и неравномерное распределение работников и учреждений здравоохранения наблюдаются во всем мире. Проблема носит комплексный характер, а ее решение представляется целесообразным как с привлечением новых методологических разработок, так и с учетом имеющегося практического опыта медицинского менеджмента. При этом необходимо пересмотреть кадровые стратегии прошлых лет и изменить способы управления и подготовки медицинских работников.

Глобальный дефицит кадров здравоохранения составляет примерно 2,3 млн врачей, медсестер и акушерок и более 4 млн работников здравоохранения в целом. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), потребность в медицинских работниках к 2030 году вырастет до 54,5 млн, это на 18 % больше по сравнению с необходимостью, наблюдавшейся в отрасли в 2013 году. При этом

дефицит медицинских работников в странах с высоким уровнем дохода прогнозируется на уровне 6 %, а в странах с низким уровнем дохода — 40 %. В настоящее время наибольшая нехватка врачей и медицинского персонала наблюдается в странах с уровнем дохода ниже среднего, далее следуют страны с низким уровнем дохода. Самый большой дефицит отмечается в Юго-Восточной Азии и Африке¹.

В мире, по оценке ВОЗ, от 20 % до 40 % всех средств на нужды здравоохранения расходуются непроизводительно, и это в значительной мере связано с неэффективностью кадровых ресурсов здравоохранения и слабостью руководства и контроля. Причинами дефицита кадров также могут стать недостаточные инвестиции в образование и подготовку специалистов, эмиграция квалифицированных медиков, смена профессии, ранний выход на пенсию, утрата трудоспособности в результате болезней.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), потребность в медицинских работниках к 2030 году вырастет до 54,5 млн, это на 18 % больше по сравнению с необходимостью, наблюдавшейся в отрасли в 2013 году.



Дефицит медицинских кадров наблюдается во всем мире

Фото: Shutterstock

¹ Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Доклад секретариата. — ВОЗ. Декабрь 2015. // https://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf



Швеция

1



НАСЕЛЕНИЕ

10 МЛН ЧЕЛОВЕК



412 ВРАЧЕЙ

НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ШВЕЦИИ РАБОТАЮТ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЦЕНТРАХ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ, ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ПРИ БОЛЬНИЦАХ И ЧАСТНЫХ ЦЕНТРАХ

Здравоохранение Швеции в последние десятилетия испытывает увеличенную нагрузку в связи со старением населения и увеличением числа хронических неинфекционных заболеваний. Отрасль столкнулась с необходимостью модернизации и укрепления системы первичной медико-санитарной помощи. Реформирование системы в стране начали с преобразования подготовки врачей. Было заключено соглашение между правительством, медицинскими специалистами, профессиональными организациями и учебными заведениями по вопросам, касающимся главных проблем здравоохранения и соответствующих компетенций.

Реформа велась в двух направлениях: пересмотр компетенций специалистов и определение стратегий обучения. Под первым аспектом подразумевается подготовка врачей общей практики. Будущим специалистам рекомендуется основное внимание концентрировать на комплексной оценке состояния пациента и его потребностей, упреждающем лечении хронических заболеваний,

медицинском обслуживании, направленном на нужды пациента, и популяризации здорового образа жизни.

Второе направление в подготовке — определение стратегий обучения. В дополнение к традиционной системе «учитель–ученик» были добавлены новые стратегии, такие как межпрофессиональное обучение (совместное обучение на конкретных случаях заболеваний), видеозаписи с консультациями пациентов. Было увеличено время клинической практики, которая в основном проводится в амбулаторных клиниках первичной медико-санитарной помощи.

Врачи общей практики в Швеции работают в государственных центрах первичной помощи, поликлинических отделениях при больницах и частных центрах. Пациент для первичного обращения вправе выбрать любую клинику. Большинство частных поставщиков услуг имеют контракт с государством. Все поликлиники получают одинаковое возмещение за прием каждого пациента.



Ирландия

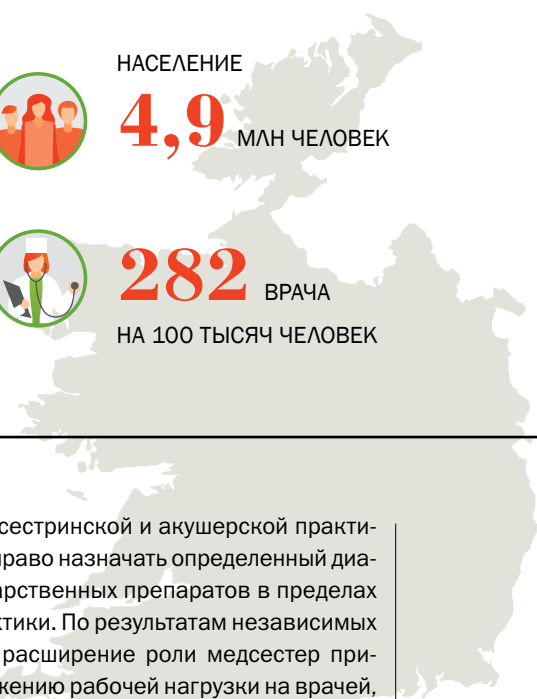
2



НАСЕЛЕНИЕ
4,9 МЛН ЧЕЛОВЕК



282 ВРАЧА
НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК



В некоторых странах Европы в связи с увеличением нагрузки на первичное звено здравоохранения наметилась тенденция расширения полномочий медицинских сестер. Подобная практика снижения кадрового дефицита наблюдается в Великобритании, Финляндии, Ирландии. В частности, медсестрам и акушеркам в Ирландии предоставлено право назначать лекарственные средства, что зафиксировано в новых профессиональных нормативах и законе о Совете по лекарственным средствам. Для медсестер организована шестимесячная программа обучения с получением сертификата «Зарегистрированная медсестра, уполномоченная назначать лекарственные средства».

Медицинские сестры и акушерки, окончившие специальную образовательную программу и зарегистрированные в ирландском

Совете по сестринской и акушерской практике, имеют право назначать определенный диапазон лекарственных препаратов в пределах своей практики. По результатам независимых экспертиз расширение роли медсестер привело к снижению рабочей нагрузки на врачей, сокращению времени ожидания приема, улучшению преемственности ухода за пациентами и их своевременному направлению к врачам-специалистам. Уровень госпитализации снизился, а удовлетворенность пациентов получаемой информацией и медицинской помощью повысилась. Кроме того, в результате проведенной модернизации усилилась мотивация медицинских работников к совершенствованию профессиональных навыков и повышению знаний. Планируется осуществлять дальнейшее расширение полномочий медицинских сестер и акушерок.

Медсестры в Ирландии имеют право самостоятельно назначать лекарства (слева)

The Royal Victoria Hospital в Белфасте — одна из ключевых больниц системы здравоохранения Ирландии (справа)



Фото: Shutterstock



Фото: independent.ie



Испания

3



НАСЕЛЕНИЕ

46,7 МЛН ЧЕЛОВЕК



382 ВРАЧА

НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

Полномочия в сфере здравоохранения в Испании переданы на региональный уровень: в каждом из 17 регионов страны было учреждено региональное министерство здравоохранения.

В Испании кадровая реформа началась в 1985 году, когда вышел закон о реформе первичного звена и медицинскую помощь пациентам стали оказывать многопрофильные команды. Изменения были направлены на обеспечение равного доступа к услугам и повышение эффективности системы здравоохранения за счет расширения сферы услуг. Многопрофильные команды состоят из медицинских работников (семейных врачей, педиатров, медсестер, санитаров), представителей социальных служб и административного персонала. Расширению и укреплению сферы охвата первичной медико-санитарной помощью способствовало участие научных обществ, обеспечивших прочную научную базу проводимых реформ.

Многопрофильные команды обслуживают медицинские участки. Специалисты распределяют внутри команды обязанности по лечению и уходу за пациентами, а также проводят совместные мероприятия — клинические, координационные, учебные. На практике это выглядит так: прием пациентов ведется с 8:00 до 20:00 — в две рабочие смены, при этом время с 14:00 до 15:00 предусматривает одновременное нахождение на работе обеих смен, что обеспечивает эффективное взаимодействие и четкое планирование внутрикомандных мероприятий для совершенствования методов коллективной работы. Вознаграждение врачей трансформировано из подушевой оплаты труда в базовую зарплату с дополнительными выплатами. Одну из ключевых ролей в работе

многопрофильной команды играют медицинские сестры. На их плечи ложатся мероприятия по профилактике заболеваний и медико-санитарное просвещение. Кроме того, медицинские сестры являются первой точкой контакта с пациентами при неотложных состояниях.

Развитие многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи способствовало достижению основной цели — повышению доступности медицинской помощи. Расширился спектр услуг в профилактической медицине. Некоторые стационарные манипуляции и технологии, такие как антикоагулянтная терапия, инъекции, кожные пробы и др., стали выполняться на первичном уровне, за счет чего значительно возросли полнота и качество реагирования на запрос пациентов.

Врачи первичной помощи в Испании пользуются электронным помощником. Информационная система первичной медико-санитарной помощи (ЕСАР) развивается в стране с 1999 года. ЕСАР позволяет семейным врачам и медсестрам не только вести медицинские карты, назначать диагностические процедуры и лекарственные препараты, но и общаться с пациентами в формате электронных консультаций. Специальная система стратификации риска (GMA) классифицирует пациентов в соответствии с вероятностью развития заболеваний и предоставляет информацию врачам для проведения упреждающего лечения людей, страдающих хроническими заболеваниями.



Финляндия



НАСЕЛЕНИЕ

5,5 МЛН ЧЕЛОВЕК



302 ВРАЧА

НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

ОДНУ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ РОЛЕЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИГРАЮТ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ. В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ ЗАНЯТЫ ОКОЛО 5 200 МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (ДАННЫЕ 2017 ГОДА)

В Финляндии действует общенациональная программа здоровья, в ее концепцию входит комплексный подход к охране здоровья на протяжении всей жизни человека. Акцентируется внимание на устранении не последствий, а причин заболеваний, благодаря чему достигаются положительные результаты. В единую систему интегрированы государственные медицинские организации, включая центры охраны здоровья матери и ребенка, учреждения школьного медицинского обслуживания, службы гигиены труда и медицинские центры для пожилых и престарелых граждан². Руководство осуществляют Министерство социального обеспечения и здравоохранения и Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния.

Одну из ключевых ролей в обеспечении общественного здоровья играют медицинские сестры. В государственном секторе заняты около 5 200 медицинских сестер (данные 2017 года). Наблюдение ребенка медсестра

начинает с начала беременности матери и ведет его с рождения до поступления в школу. Помощь медсестры заключается в оценке физического, психического и социального здоровья ребенка, вакцинации, поддержке родителей в воспитании и развитии малыша. С момента поступления ребенка в школу наблюдение за ним продолжают школьные медицинские сестры.

Предотвращением профессиональных заболеваний и производственного травматизма занимаются центры гигиены труда, также укомплектованные медсестрами. Они осуществляют оценку, мониторинг и профилактические мероприятия. Поддержание здоровья и благосостояния людей пожилого возраста ведется в рамках межпрофессионального и межсекторального сотрудничества. В целом за счет эффективной системы перераспределения обязанностей в Финляндии повышается доступность медицинских услуг и грамотность людей в вопросах собственного здоровья.

Оказание медицинской помощи в Финляндии финансируется за счет государства и муниципальных инвестиций.

² Grym K., Borgermans L. Медицинские сестры в Финляндии: профилактика неинфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла. ЕРБ ВОЗ. 2018. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/367272/gpb-hss-ncds-fin-rus.pdf



Дания



НАСЕЛЕНИЕ
5,8 МЛН ЧЕЛОВЕК



366 ВРАЧЕЙ
НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

В Дании в настоящее время ведется реорганизация больничной инфраструктуры: планируется усилить роль неотложной помощи и добиться снижения числа госпитализаций. В 2017 году в стране была внедрена новая схема управления качеством для стационаров, она призвана заменить существовавшую ранее и действовавшую на принципах аккредитации модель. Процедура аккредитации была признана медицинскими работниками стационаров обременительной и негибкой. Новая схема управления качеством опирается на идею «здравоохранение, основанное на ценностях» и специальные национальные показатели, которые обновляются и публикуются ежегодно. Регионам и медицинским организациям предоставлено больше свободы при разработке внутренних процедур и стандартов качества. Происходящие

в отрасли изменения влекут за собой и кадровые. При этом для контроля качества в первичном звене сохраняется аккредитация.

В Дании действует Закон о здравоохранении, обеспечивающий всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию. Правительство Дании формирует нормативно-правовую базу для учреждений здравоохранения, отвечает за надзор. Регулятором также совершенствуется система взаимодействия муниципальных, региональных и частных поставщиков медицинских услуг. Ответственность за планирование и оказание медицинской помощи несут регионы, которые владеют и управляют больницами, финансируют их. Муниципалитеты Дании отвечают за финансирование услуг по уходу на дому, медицинских услуг в школах, отвечают за профилактическую работу.

Rigshospitalet – крупнейшая больница Дании. Расположена в столице страны – Копенгагене



Фото: Shutterstock



Фото: Dansk Stroke Center



Франция

7



ВО ФРАНЦИИ ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ВЫБИРАТЬ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА И МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ. ТРУД СПЕЦИАЛИСТОВ ОПЛАЧИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ ОКАЗАННОЙ УСЛУГИ

Во Франции действует декомпозиционная модель управления системой здравоохранения, при которой задачи государственного органа делегируются на уровень ключевых руководителей и во многом становятся их задачами. Соответственно, критерии результативности государственного органа выступают критериями результативности их руководителей.

Французская система здравоохранения одна из самых успешных в мире. По данным рейтинга «Healthiest country index» («Индекс самой здоровой страны»), страна занимала 12-е место из 56 стран в 2019 году. Во Франции пациенты могут выбирать лечащего врача и медицинскую организацию. Частнопрактикующие врачи имеют право свободного выбора места работы и назначения лечения. Труд специалистов оплачивается на основе оказанной услуги. Взаимоотношения между системой медицинского страхования и работниками здравоохранения

координируются национальными соглашениями.

Учреждения здравоохранения во Франции группируются в центры. Директор, возглавляющий центр, является юридическим представителем учреждения, имеет полномочия управлять работой персонала, контролировать затраты и поступления средств, отвечает за обеспечение надлежащей работы коллектива. Руководители больниц во Франции обладают усиленными полномочиями, при этом они согласовывают действия с советом директоров. Со стороны контроль осуществляет наблюдательный совет. Директор назначает министр здравоохранения после согласования с президентом наблюдательного совета. Анализ эффективности работы медицинской организации осуществляется на основе данных регулирующей инспекции, мнения пациентов, оценки независимых аудиторов, статистических индикаторов и внутренней оценки.



Германия

8



НАСЕЛЕНИЕ

83,5 МЛН ЧЕЛОВЕК



413 ВРАЧЕЙ

НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

В РЕФОРМЕ СТРУКТУРЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ АКЦЕНТ СДЕЛАН НА КАЧЕСТВЕННУЮ АККРЕДИТАЦИЮ И НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ

В Германии несколько лет назад был принят закон о реформе структуры госпитального обслуживания, в котором сделан акцент на качественную аккредитацию и непрерывное образование врачей. Кроме того, обязательным условием является система управления качеством и наличие экспертизы лекарств и процедур.

Проводимые преобразования в системе здравоохранения Германии были обусловлены, помимо других причин, высокой стоимостью медицинских услуг в стране. Созданный Институт качества и экономической эффективности здравоохранения проводит анализ терапевтического действия и эффективности препаратов, создает клинические рекомендации по лечению заболеваний, исследует вопросы качества и финансовой рациональности услуг. Также

в его обязанности входит информирование населения о качестве и эффективности работы системы здравоохранения. Все больницы публикуют результаты по отдельным показателям для обеспечения возможности сравнительного анализа.

В Германии наблюдается достаточно серьезный дефицит медицинских кадров — как сестринского персонала, так и врачей, в том числе узких специальностей. По результатам исследования Немецкого общества поддержки больниц (Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG), в котором участвовали около двух тысяч медицинских организаций из разных федеральных земель, только четверть клиник в стране укомплектованы кадрами на 100 %³. В остальных медучреждениях имеются открытые вакансии.

³ Woratschka R., Haselberger S. Die Patientengesundheit wird zunehmend gefährdet. — Der Tagesspiegel. 27.12.2019. — <https://www.tagesspiegel.de/politik/17-000-pflegestellen-nicht-besetzt-die-patientengesundheit-wird-zunehmend-gefaehrdet/25368014.html>



Великобритания

9



НАСЕЛЕНИЕ
67,5 МЛН ЧЕЛОВЕК



281 ВРАЧ
НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

В Великобритании закон обязывает врачей иметь лицензию на право медицинской практики, которую выдает Главный медицинский совет страны. Аналогичные требования применяются ко всем профессиям в сфере здравоохранения. Обязательная перееаттестация врачей проходит раз в пять лет. В практике врачи ориентируются на национальные стратегии оказания помощи и стандарты качества, которые разработаны Национальным институтом охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE). Созданы и постоянно обновляются национальные реестры для основных групп заболеваний и процедур. Качество оказываемых услуг в сфере здравоохранения контролирует Комиссия по охране качества (CQC). Организация имеет

полномочия закрыть медучреждение в случае выявления грубых нарушений.

Необходимость реформы в здравоохранении была продиктована тем фактом, что на работу Национальной службы здравоохранения (NHS) стало расходоваться до 17 % государственного бюджета. Основными направлениями реформы стали сокращение затрат на управление и более активное участие частного сектора в оказании медицинской помощи населению. При этом до сих пор сохраняется оплата врачей общей практики подушевым методом. Ежегодно получаемое врачами вознаграждение зависит от количества пациентов, зарегистрированных у них на постоянной основе, от их пола, возраста и социального статуса.



◀ В Великобритании врач обязан иметь лицензию на право медицинской практики

Фото: Shutterstock



Южная Корея



НАСЕЛЕНИЕ
51,2 МЛН ЧЕЛОВЕК



230 ВРАЧЕЙ
НА 100 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК

В Южной Корее государственные больницы возглавляет директор, чаще всего не имеющий к медицине никакого отношения. При этом в каждом отдельном департаменте есть руководитель, имеющий высшее медицинское образование, научную степень и дополнительное административно-юридическое образование. В стране действует обязательная система аккредитации медицинских организаций. Больницы общего профиля и другие клиники, имеющие более 300 стационарных койко-мест, обязаны проходить оценку соответствия каждые три года. Аттестация проводится на основе данных письменных анкет, проведения инспекции с выездом на место или опроса пациентов по телефону.

Конкуренция среди клиник высокая, и коллектив каждой клиники прикладывает максимум усилий, чтобы привлечь пациентов. Особенность южнокорейской системы

здравоохранения — абсолютная свобода выбора врача. Пациентам не обязательно посещать врача первичного звена, прежде чем пойти к узкому специалисту. Поэтому в Южной Корее даже с простыми проблемами люди зачастую обращаются к доктору более высокого уровня. Это нередко приводит к кадровым затруднениям.

Национальная система медобразования акцентируется на подготовке врачей узкой специализации, около 25% докторов владеют двумя и более специальностями. Медицинские сестры также предпочитают получить высшее образование — в этом случае их услуги ценятся выше. Однако получения диплома недостаточно для начала практики. По корейским законам медицинскую помощь могут предоставлять только специалисты, получившие лицензию на врачебную деятельность от министерства здравоохранения страны. ММ

Онкологический центр Университета Йонсей в Сеуле



Фото: medifonews.com



Фото: yna.co.kr



Наука

НИИОЗММ ДЗМ – активный участник научного обоснования реформ, проводимых в московском здравоохранении

КОМПЕТЕНЦИИ

- Экспертная деятельность при проведении и планировании реформ в московском здравоохранении.
- Исследовательская работа в области управления здравоохранением и состоянием общественного здоровья.
- Прогнозирование изменений состояния здоровья и социально-демографических показателей среди москвичей.
- Проведение фармакоэкономических расчетов при запуске новых проектов.
- Разработка систем принятия клинических решений.
- Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения.
- Совершенствование базовых технологий оказания медицинской помощи с использованием телемедицины.
- Разработка стратегии экспорта медицинских услуг в Москве.
- Научно-методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияния их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций.

56 ИНДЕКС ХИРША
ПО ПУБЛИКАЦИЯМ В РИНЦ

БОЛЕЕ 400 НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ
АВТОРСТВА СОТРУДНИКОВ НИИОЗММ
ДЗМ ВЫХОДЯТ ЕЖЕГОДНО

20 НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПРОВОДЯТСЯ ЗА ГОД



СОДЕРЖАНИЕ И ПЛАН НАШЕЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО НАПОЛНЕННЫ ПРАКТИЧЕСКИМ СМЫСЛОМ И ПРИВЯЗАНЫ К ПРОЦЕССАМ, ПРОИСХОДЯЩИМ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Елена АКСЕНОВА, доктор экономических наук, директор НИИОЗММ ДЗМ

Кадры здравоохранения в России: перспективы развития



Фото: Shutterstock

В рамках Национального проекта «Здравоохранение» реализуется федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами». Основная цель этого федерального проекта — ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.



ТРИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ КАДРОВ РОССИИ — СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ И МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СПЕЦИАЛИСТОВ

Достижение указанной в рамках федерального проекта цели планируется за счет увеличения к концу 2024 года численности врачей до 598 тыс. (на 49,6 тыс. человек) и до 1 млн 396 тыс. специалистов среднего медицинского персонала. Таким образом, будет обеспечена возможность укомплектовать врачебные, сестринские и другие медицинские должности в организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, до 95 % к концу 2024 года.

Плановый общий показатель обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом к концу 2024 г. составляет 41,7 и 94,8 соответственно специалистов на 10 тыс. населения. Что касается обеспеченности врачами, работающими в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях — а именно на ней сделан акцент в федеральном проекте, — этот показатель должен составить 22,5 специалиста на 10 тыс. населения. То есть более половины всех врачей.

Три основных направления развития кадров России — совершенствование системы образования, в том числе непрерывного медицинского, социальная и материальная поддержка специалистов. О ходе реализации проекта свидетельствуют цифры. По данным, приведенным министром здравоохранения Михаилом Мурашко, в 2024 году в подведомственных Минздраву вузах будет обучаться 396 тыс. студентов, на 100 тыс. больше, чем в 2019 году¹. Кроме того, растет количество врачей дефицитных специальностей. С 2014 по 2020 год заметно выросло число анестезиологов-реаниматологов, врачей-рентгенологов. Однако прирост врачей первичного звена наименее значительный: за этот же

период количество врачей общей практики увеличилось с 9 700 до 10 500 (+ 7,3 %), а врачей-педиатров — с 47 500 до 49 700 (+ 4,6 %).

В активно меняющихся условиях поставленные цели остаются в целом неизменными. Однако постоянный мониторинг кадров и потребностей в том или ином регионе и их анализ дают возможность адаптировать к ситуации локальные нормативные акты и принимать соответствующие решения. Например, в феврале 2022 года появилась информация, что паспорт федерального проекта будет дополнен новыми показателями, характеризующими долю медицинских работников, оказывающих помощь в частных медицинских организациях. Контроль за новыми показателями позволит качественно оценивать характер внутренней трудовой миграции. А в апреле 2022 года Правительством РФ вынесен на рассмотрение законопроект о наделении Минздрава России полномочиями по ведению регистра лиц, получающих медицинское и фармацевтическое образование, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения². Все это сделает прозрачным процесс подготовки медицинских кадров и реализации их трудового потенциала.

Ежегодно определяется реальная потребность субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах в разрезе каждой медицинской организации и каждой медицинской специальности с учетом специфики конкретного региона. В соответствии с актуальными потребностями формируются программы профессиональной подготовки и переподготовки, рассчитываются квоты на целевое обучение. Причем обновленная концепция целевой

Паспорт федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»



¹ Минздрав сообщил о намерении увеличить набор в медицинские вузы. // Медвестник. 16.04.2021.

² Проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"» № 4091п-П12 от 21 апреля 2022 г.

НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЕЙСТВУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НАЦЕЛЕНЫ И СИСТЕМЫ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, АКТИВНО ВНЕДРЯЕМЫЕ В СТРАНЕ

Ежегодно определяется реальная потребность субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах в разрезе каждой медицинской организации и каждой медицинской специальности с учетом специфики конкретного региона. В соответствии с актуальными потребностями формируются программы профессиональной подготовки и переподготовки, рассчитываются квоты на целевое обучение.

подготовки кадров в настоящее время предполагает обязательное трудоустройство выпускников в ту организацию, с которой был заключен такой договор.

Приказом Минобрнауки России Минздрав России наделен полномочиями центра ответственности по формированию предложений по объемам, структуре контрольных цифр приема по специальностям области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Минобрнауки России разработана электронная информационная платформа для сопровождения открытого публичного конкурса по распределению контрольных цифр приема по специальностям и направлениям подготовки и (или) укрупненным группам специальностей и направлений подготовки для обучения по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета (www.gzgu.ru). На повышение уровня компетенций действующих медицинских работников нацелены и системы аккредитации специалистов и непрерывного медицинского образования, активно внедряемые в стране.

Однако наряду с качеством подготовки специалистов первичной медико-санитарной помощи не менее значимый аспект кадрового укрепления амбулаторной системы — мотивация выпускников медицинских колледжей и вузов связать карьерную траекторию именно с первичной медико-санитарной помощью. Для этих целей Минздрав России предлагает региональным министерствам разрабатывать адресные меры социальной поддержки.

Например, в Московской области уже 4 700 врачей, фельдшеров и медицинских сестер получают компенсацию аренды жилья (в пределах 20 тыс. руб.). Программа заработала с 1 января 2022 года, и количество медицинских сотрудников области, получающих эту компенсацию, с каждым месяцем растет.

Аналогичный опыт планируется к внедрению и в Архангельской области. В Ярославской области власти региона объявили о покупке около 50 квартир и домов для медицинских специалистов, работающих в сельской местности.

Подмосковье пошло еще дальше в политике привлечения новых медицинских кадров: с 1 января этого года здесь активирована программа «Приведи друга». Она подразумевает, что сотрудник, привлечший на полную ставку специалиста, ранее не работавшего в организациях Минздрава области, получает премию в размере его оклада.

Нельзя преуменьшить значение дополнительных материальных стимулов для медицинских работников, осуществляющих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией. Грамотная политика доплат сыграла существенную роль в организации медицинской помощи и мобилизации медицинских специалистов в пандемию. В апреле 2022 года подписано очередное распоряжение Председателя Правительства Михаила Мишустина о выделении более 3,3 млрд рублей на страховые выплаты медицинским работникам, которые помогают больным с коронавирусной инфекцией.

Помимо материальных стимулов повышение престижа профессии предполагает проведение конкурсов профессионального мастерства, которые организуются как на уровне субъектов регионов, так и на федеральном уровне в целом, — ежегодно проводятся Всероссийский конкурс врачей (29 номинаций по специальностям) и всероссийские конкурсы «Лучший врач» и «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (8 номинаций). Все это самым благотворным образом сказывается на профессиональном развитии молодых специалистов, избравших путь в медицинской науке и практике. **ММ**

КАДРЫ МОСКОВСКОЙ МЕДИЦИНЫ



Общее число
врачей



34 135
женщин



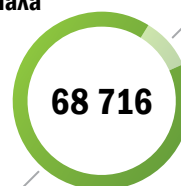
14 135
мужчин



Общее число среднего
медицинского
персонала



62 127
женщин



6 588
мужчин



В детских поликлиниках
и больницах работают

10 212
врачей



12 976
медицинских
сестер



В системе здравоохранения
взрослого населения
работают

35 377
врачей



46 196
медицинских
сестер



В первичной медико-санитарной
помощи (амбулаторное звено
здравоохранения) заняты

28 365
врачей



26 532
сотрудника
среднего
медицинского
персонала*



Стационарную медицинскую
помощь оказывают

17 633
врача



32 088
сотрудников
среднего
медицинского
персонала*



Скорую медицинскую
помощь оказывают

данные по всем должностям врачей ССиНМП им.А.С.Пучкова

2 232
врача



7 529
фельдшеров



541
медицинская
сестра



В медицинских организациях особого типа
(центры медицинской профилактики,
медицины катастроф, Центра крови,
БСМЭ, клиничко-диагностические
лаборатории и др.) работают

975
врачей



880
сотрудников
среднего
медицинского
персонала*



Средний возраст московского
врача, как и московской
медсестры


44 года

*медицинские сестры, медицинские братья, фельдшеры

Приведены данные по учреждениям, подведомственным Департаменту здравоохранения города Москвы
По данным Центра медицинской статистики НИИОЗММ ДЗМ, май 2022 года

Кадровый потенциал московского здравоохранения. Тенденции 2017–2021 гг.

 О. А. Коленишкова, М. С. Токсонбаева

 Институт социально-экономических проблем народонаселения ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» РАН
ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Московское здравоохранение стало флагманом в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации. Столичный статус предъявляет особенно высокие требования к оказанию медицинской помощи, а следовательно, к медицинским кадрам государственной системы здравоохранения города.

Изменения в структуре кадров московской медицины

Соответствие уровня квалификации московских медицинских специалистов самым высоким стандартам и необходимость постоянного ее повышения обоснованы, с одной стороны, реализацией программы модернизации московского здравоохранения, внедрением и освоением нового оборудования и технологий, а с другой стороны — высокими ожиданиями жителей столицы. Все это подразумевает отлаженную систему управления кадровым потенциалом медицины города, гибкость и высокие адаптивные возможности всей городской структуры здравоохранения, оперативное принятие решений для ликвидации кадровых дисбалансов в зависимости от эпидемиологической обстановки, общих особенностей и динамики заболеваемости, иных потребностей населения города.

Москва чутко реагирует на изменения. Общее число врачей с 2017 г. постоянно растет (хотя по отдельным специальностям наблюдалось их уменьшение), а численность среднего медицинского персонала снижается.

Кадровые изменения, в частности наращивание числа специалистов по определенным направлениям, отражают реализацию стратегических задач развития столичного здравоохранения, а именно приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями как главной причиной смертности и инвалидизации населения, раннюю диагностику онкологических заболеваний, расширение доступа к паллиативной помощи и другие задачи.

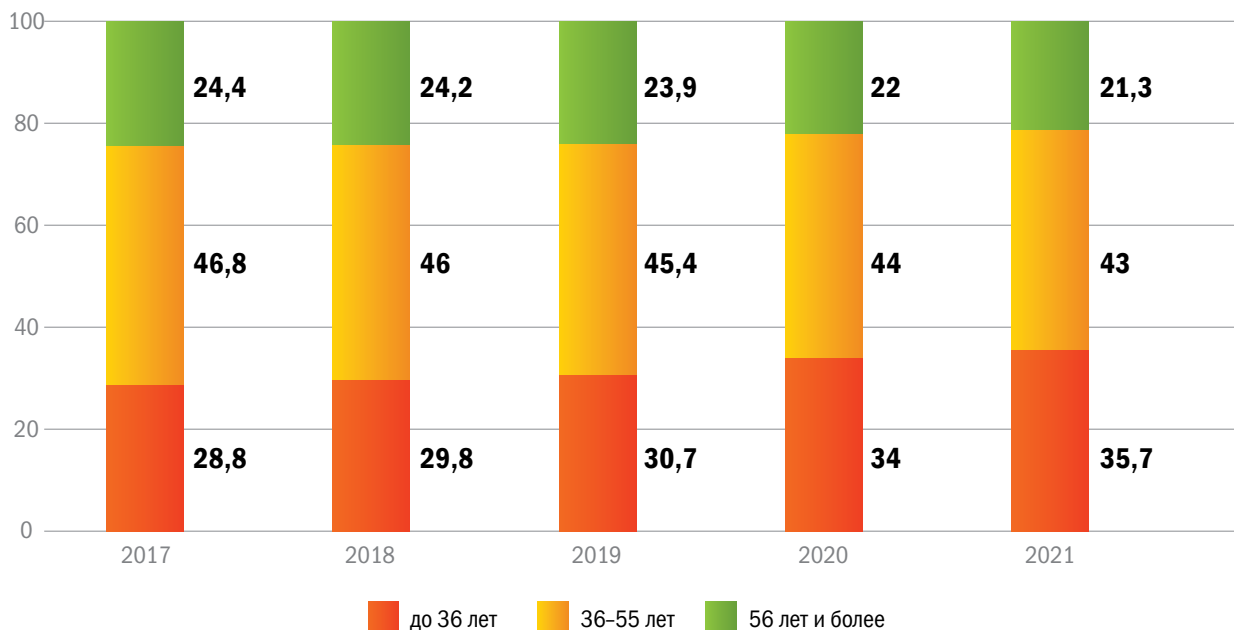


Рис. 1. | Возрастная структура врачей в организациях Департамента здравоохранения города Москвы в 2017–2021 гг., %.

Эпидемиологический кризис предъявил новые требования к московским медицинским кадрам. Если говорить о количественном аспекте, то за два года пандемии число врачей выросло на 8,8 %, хотя за предшествующие три доковидных года — всего на 6,9 %. Численность среднего медицинского персонала при общей тенденции к снижению также немного увеличилась в 2020 г.

В ответ на вызовы пандемии в Москве заметно ускорилось наращивание отдельных категорий врачебного персонала. В связи со спецификой COVID-19 в 1,7 раза выросло число терапевтов и в 1,2 раза — анестезиологов-реаниматологов. Увеличилось число врачей приемного отделения, клинических фармакологов, патологоанатомов, инфекционистов и эпидемиологов. В сжатые сроки был привлечен дополнительный штат, обеспечена подготовка и переподготовка врачей дефицитных на тот момент специальностей. Задача восполнения кадрового резерва была решена, в том числе благодаря привлечению специалистов из регионов.

По мере существенного снижения заболеваемости COVID-19 и улучшения общей

эпидемической обстановки снизилась и потребность в столь значительном количестве медицинских специалистов.

Однако расширение контингента врачей привело к изменению его возрастной структуры (рис. 1).

Тенденция омоложения врачебного персонала прослеживалась и до пандемии, но только за два последних года доля молодых врачей выросла на 5 процентных пунктов (п. п.) — с 30,7 до 35,7 %. И соответственно, доля врачей более старшего возраста снизилась на те же 5 процентных пунктов. В категории 36–55 лет — на 2,4 п. п., в категории 56 лет и более — на 2,6 п. п. В отношении среднего медицинского персонала, который такого масштабного притока кадров не испытал, по имеющейся статистике, значимых возрастных сдвигов не произошло.

Численный и возрастной состав медицинских кадров системы здравоохранения — лишь один из аспектов ее кадрового потенциала. Однако с учетом этих базовых формальных и количественных характеристик выстраивается стратегия качественного развития системы.

Кадровые изменения отражают реализацию стратегических задач столичного здравоохранения, прежде всего — приоритетное развитие первичной медицинской помощи, борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, раннюю диагностику онкологических заболеваний.

Обеспечение квалификации московских медицинских кадров

Формирование условий для планомерного роста профессионального уровня медицинских работников входит в число задач подпрограммы «Кадровое обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы».

Серьезное значение уделяется в городе профессиональному развитию медицинских специалистов. Формирование условий для планомерного роста профессионального уровня медицинских работников входит в число задач подпрограммы «Кадровое обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы», которая является частью Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»¹.

В рамках подпрограммы реализуются мероприятия регионального проекта города Москвы «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами (город федерального значения Москва)».

В системе Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) нет специалистов без требуемых по статусу дипломов, напротив, есть кадры с условно «избыточной» подготовкой (например, средний медицинский персонал с высшим образованием). Можно предполагать, что такая «избыточность» благоприятна для пациентов с точки зрения оказания медицинской помощи.

Для обеспечения должного уровня квалификации медицинских кадров в подведомственных Департаменту здравоохранения

города Москвы медицинских и научных организациях интенсивно развиваются программы дополнительного профессионального образования для специалистов с высшим и средним медицинским образованием, создаются условия для планомерного роста профессионального уровня знаний и умений медицинских работников.

Повышение квалификации и ее оценка регулируются нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации. К оценочным процедурам относятся прежде всего аккредитация медицинских специалистов на допуск к работе по специальности, введенная с 2016 г., и их аттестация на квалификационную категорию, сложившаяся в основных чертах еще в советский период. Правом на создание институтов оценки квалификации обладают и субъекты РФ.

Сравнительно новый институт федерального значения — независимая оценка квалификации², введенная с 2017 г., но фактически реализуемая с 2019 г. Один из ярких примеров — аттестация на статус «Московский врач» (действует с 2017 г.), а также на статус «Московская медицинская сестра» и «Московский медицинский брат» (с 2021 г.), введенная в практику постановлениями Правительства Москвы.

Аккредитация — опыт первых шести лет

Из перечисленных выше оценочных процедур сегодня обязательна только аккредитация, которую медицинские специалисты должны проходить каждые пять лет, подтверждая профессиональную пригодность и соответствие собственным компетенциям общим стандартам. Как органичный элемент аккредитации с 2016 г. внедрена система непрерывного медицинского образования (НМО), которая обеспечивает возможности профессиональной подготовки на уровне современных передовых стандартов для допуска к работе по специальности. Сформированная в ДЗМ инфраструктура НМО активно развивается

и может использоваться как для подготовки к экзаменационным процедурам в рамках различных институтов оценки квалификации, так и для самообразования.

Институт аккредитации медицинских специалистов сегодня находится в стадии становления, переход к нему должен завершиться к 2026 г. В настоящий момент через него пока прошли в основном специалисты, нуждающиеся в первичной и первичной специализированной аккредитации после получения высшего и среднего профессионального образования, обучения в ординатуре. Периодическая (повторная)



аккредитация для работающих специалистов началась только во второй половине 2021 г., так как в 2020–2021 гг. из-за эпидемиологического кризиса действовал мораторий, введенный приказом Минздрава России. Согласно ведомственной статистике ДЗМ за 2020 г., аккредитацию прошли всего 5 % врачей.

Как видно из данных таблицы, до начала пандемии (2018–2019 гг.) доля аккредитованных врачей была весьма скромной (1,6 и 3 %), а среди среднего медицинского персонала — еще меньше. В период пандемии, несмотря на введенные ограничения, состав медицинских специалистов, прошедших аккредитацию, расширился до 11,3 % у врачей и до 5,4 % у среднего медицинского персонала, причем основной приток пришелся на 2021 г. (табл. 1).

По отдельным врачебным специальностям уже можно говорить о том, что аккредитация как сравнительно новый институт оценки квалификации в определенной мере опробована.

Организация первичной аккредитации на базе учреждений высшего и среднего медицинского образования оказалась в целом проще, чем периодической, т. к. в образовательных учреждениях контингент уже собран, организован и обеспечен всеми условиями для прохождения обязательной процедуры. Поэтому в большей мере число аккредитованных врачей увеличивается за счет выпускников, особенно на фоне наращивания врачебного состава столичного здравоохранения, в частности в первичном звене медико-санитарной помощи. Именно поэтому, как видно из табл. 1, наибольшее число аккредитованных врачей — среди терапевтов и педиатров, значительная доля которых работает в городских поликлиниках. Кардиология и онкология являются приоритетными направлениями в рамках нацпроекта «Здравоохранение», поэтому усилению кадрового потенциала по этим медицинским специальностям и подготовке новых

квалифицированных специалистов также уделяется особое внимание.

Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ (НИИОЗММ ДЗМ) для изучения текущей ситуации и дальнейшей адаптации систем оценки квалификации медицинских работников было проведено исследование — «Анализ работы институтов оценки профессиональной квалификации медицинских специалистов». В его основу легли опросы, проведенные в 2019 (анкетный опрос врачей и медсестер) и в первой половине 2021 г. (экспертный и пилотный анкетный опросы врачей).

Результаты показали, что респонденты в принципе позитивно относятся к системе НМО, но есть вопросы к организации процесса³. Во-первых, большая нагрузка, связанная с обучением, которую приходится сочетать с основной работой и весьма распространенными среди московских медицинских специалистов подработками. Опросы выявили, что более половины врачей и около 40 % медсестер вовлечены в подработки в дополнение к основной работе. При этом, по анкетному опросу врачей и медсестер, свыше 70 % признались в значительной загруженности на работе и, как следствие, сильной усталости.

Во-вторых, по мнению опрошенных специалистов, чрезмерны требования к количеству зачетных единиц (ЗЕТ, или баллов), которые начисляются за прохождение обучения. По признанию респондентов, это нередко вынуждает при выборе курсов обучения руководствоваться не столько востребованностью и профессиональным интересом, сколько удобством набора требуемого количества баллов.

В этой связи положительную роль призвано сыграть Положение об аккредитации, принятое Минздравом России в конце 2021 г. Положение упрощает организацию процедуры и снижает дополнительную нагрузку на персонал. Изменения в организационной стороне аккредитации, в том числе в правилах осуществления НМО, в основном затронули

Индикаторами оценки квалификации медицинских специалистов являются обязательная аккредитация, аттестация на квалификационную категорию и различные формы независимой оценки (например, «Московский врач»).

¹ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 г. № 461-ПП (ред. от 30.03.2021) Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

² Федеральный закон от 03.07.2016 № 238-ФЗ "О независимой оценке квалификации".

Таблица 1. | Численность врачей и среднего медицинского персонала ряда специальностей в организациях Департамента здравоохранения города Москвы, прошедших аккредитацию в 2018–2021 гг., %

Категория медицинских специалистов/Годы	2018	2019	2020	2021
Врачи, в том числе >	1,6	3,0	4,7	11,3
терапевты >	13,1	23,1	28,8	44,6
педиатры >	6,4	10,7	13,5	20,3
онкологи >	0	2,0	3,2	15,9
кардиологи >	0	2,9	4,4	13,1
Средний медицинский персонал, в том числе >	0,9	1,8	2,3	5,4
акушерки >	0,9	2,7	3,3	7,6
медицинские сестры >	1,1	2,1	2,5	5,1
медицинские лабораторные техники (фельдшеры-лаборанты) >	0,6	1,8	2,9	6,0
фельдшеры >	0,3	0,8	1,2	9,2

Свыше 13 тысяч специалистов уже воспользовались получением выписки о прохождении аккредитации специалистов через Единый портал госуслуг.



ее периодическую форму, более проблемную по сравнению с первичной. Согласно Положению, значительно уменьшено количество зачетных единиц — с 250 до 144 за 5 лет (пока на 2022 г., так как с 2023 г. их планируют постепенно повышать), что ограничивает вынужденную «гонку за баллами» и позволяет более вдумчиво подходить к выбору программ. Кроме того, один ЗЕТ приравнивали к одному учебному часу, что ослабило проблему спорности прежней балльной оценки. По экспертному и пилотному анкетному опросам врачей, вариация весомости оценок в зависимости от видов НМО не удовлетворяла многих респондентов.

Теперь на обязательное прохождение курсов повышения квалификации в расчете на пятилетие отведено 74 часа, то есть чуть больше половины их суммарной величины. Эти курсы можно пройти очно, дистанционно, заочно, но в случае практических занятий — только очно. Очное обучение в принципе признается предпочтительным, оно нивелирует такой изъян дистанционной и заочной форм подготовки, как дефицит интерактивности, в определенных случаях необходимой для лучшего освоения учебных

программ. Хотя ограничения, привнесенные в нашу жизнь пандемией, придали серьезный импульс к поиску разнообразных креативных решений для подобного рода задач.

Еще одно удобное нововведение: в Положении об аккредитации допущено использование 70 часов на неформальную активность, то есть на участие в вебинарах, семинарах, конференциях и других мероприятиях, подтверждаемое на интернет-портале НМО. Важным остается условие оплаты курсов повышения квалификации за счет бюджетных средств из фонда обязательного медицинского страхования, касающееся государственных организаций, в том числе в системе ДЗМ. Эта мера не только обеспечивает доступность курсов, но и избавляет специалистов от необходимости формального отношения к НМО, когда специалисты вынуждены прибегать к платному обучению, выбирая курсы в зависимости от цены, а не от темы и актуальности, особенно в случаях нужды быстро ликвидировать нехватку нормативных ЗЕТ.

В числе новых правил, облегчающих процедуры аккредитации, следует назвать



ограничение проверочных процедур для ее периодической формы. Если прежде в их состав входили тестирование, оценка практических навыков, решение ситуационных задач, применяемых для первичной аккредитации, то по новому положению достаточна оценка портфолио (отчета об освоении программ повышения квалификации и о нормативном наборе зачетных единиц). Соответствующие документы могут быть отправлены лично специалистом почтой или через Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников, что предполагает выбор более подходящих вариантов. Еще одно удобное нововведение касается документа о прохождении аккредитации. Его

уже не надо получать в бумажном виде, нужные сведения вносятся Минздравом России в личный кабинет специалиста в Единой государственной системе в сфере здравоохранения.

Очевидно, что институт аккредитации ждут и новые изменения, тем более что ныне действующее положение рассчитано на один год. Продолжается апробация этой практики, вносятся конструктивные изменения с целью формирования эффективного механизма как для постоянного профессионального совершенствования и роста каждого отдельно взятого медицинского работника, так и для развития кадрового потенциала системы здравоохранения в целом.

Аттестация — новый взгляд на хорошо забытое старое

Что касается института аттестации на квалификационную категорию, то, как известно, он призван ранжировать медицинских специалистов по уровню квалификации и стимулировать ее повышение. Аттестация дает медикам право (а не обязанность), пройдя положенные экзаменационные процедуры, получить или подтвердить одну из квалификационных категорий — вторую, первую и высшую. Получение категории позволяет специалистам рассчитывать на категориальные выплаты к окладу, а также на должности (в том числе руководящие), где требуется более квалифицированный труд.

В настоящее время работа данного института регулируется Порядком и процедурами прохождения аттестации, утвержденными по приказу Минздрава РФ в ноябре 2021 г. и введенными в действие с начала 2022 г. (после моратория в 2020–2021 гг. из-за эпидемиологического кризиса), а также уточняющим приказом, принятым в феврале 2022 г. В соответствии с этими документами до конца текущего года аттестация может проводиться

для получения категории впервые или для ее повышения. Подтверждение категории приостановлено до следующего года с продлением действия уже выданных сертификатов, поскольку от них зависят категориальные выплаты.

Однако финансовая значимость обладания квалификационной категорией ослабевает в рамках эффективного контракта, на основе которого сегодня работает персонал медицинских организаций государственной системы здравоохранения. И динамика численности врачей, имеющих категорию, подтверждает стремительное снижение интереса к этой оценочной процедуре.

По данным экспертного опроса, в ряде организаций (в основном в поликлиниках) институт аттестации на категорию и вовсе перестал применяться. По информации пилотного анкетного опроса врачей, многие респонденты признались в отсутствии интереса к получению категории. Если еще в 2015 г. число имевших квалификационную категорию было практически одинаковым

Для изучения текущей ситуации и дальнейшей адаптации систем оценки квалификации медицинских работников было проведено исследование — «Анализ работы институтов оценки профессиональной квалификации специалистов».

³ Коленникова О. А., Токсонбаева М. С. Оценка квалификации медицинских специалистов в аспекте непрерывного медицинского образования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2021. Т. 29, № S2 (спецвыпуск). — С. 1318–1323.

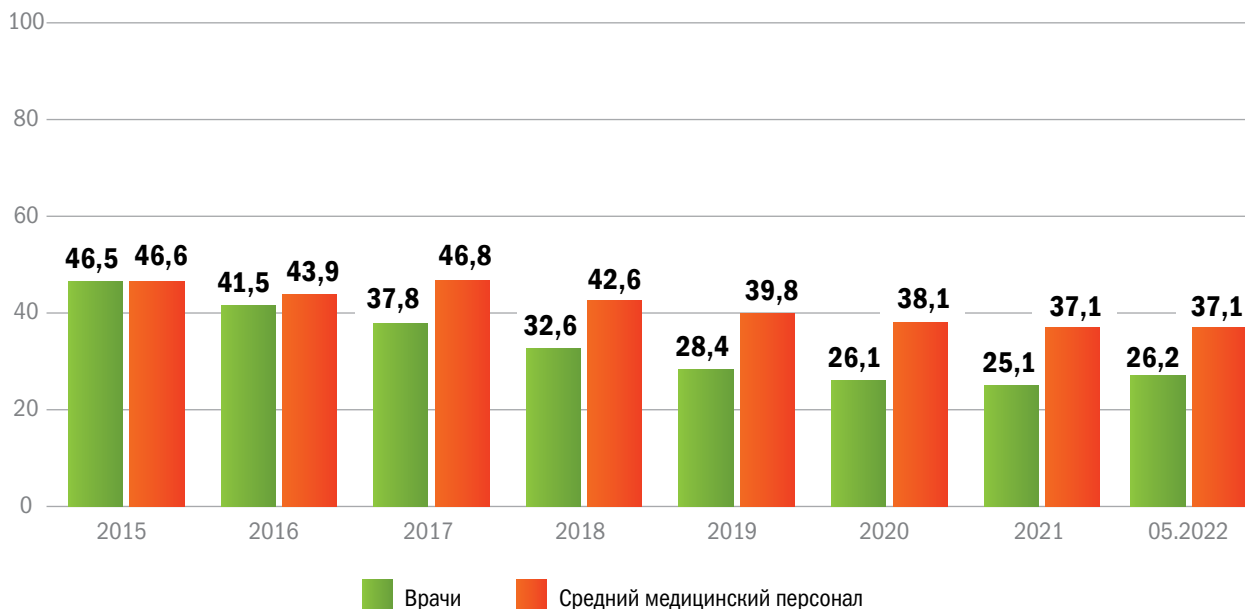


Рис. 2. | Численность медицинских специалистов в организациях Департамента здравоохранения города Москвы, имеющих квалификационную категорию (вторую, первую, высшую) в 2015–2021 гг., %.

Если в 2015 г. треть медицинских специалистов имела высшую категорию, то в 2021 г. — только 18 % врачей и 28 % медицинских специалистов среднего звена. В число причин выявленных различий входит и омоложение состава врачей, и увеличение числа тех, кто еще не накопил требуемого опыта работы для участия в аттестации.

среди врачебного и среднего медицинского персонала (рис. 2), то в последующие годы у врачей эта тенденция носила обвальный характер: численность аттестованных сократилась более чем в 1,8 раза за последние шесть лет. Однако среди среднего медицинского персонала процесс протекает более плавно (рис. 2).

Если в 2015 г. высшую категорию имела треть медицинских специалистов, то в 2021-м — только 18 % врачей и 28 % медицинских специалистов среднего звена. В число причин подобных различий входят уже упомянутое омоложение состава врачей и также расширение масштабов их переподготовки, то есть увеличение числа тех, кто еще не накопил требуемого опыта работы по специальности для участия в аттестации.

Несмотря на то что институт аттестации переживает не лучшие времена и теряет востребованность, мы полагаем, что он очень важен. И не только для ранжирования квалификационного уровня специалиста

(что значимо, в частности, для пациентов или для финансовых стимулов). Проведенный нами анкетный опрос врачей и медсестер выявил, что востребованность дополнительного образования различается у специалистов в зависимости от категории. Чем выше категория, тем серьезнее запросы к дополнительной подготовке. И если институт аккредитации ориентирован на «среднего» специалиста и подразумевает зачетную систему (удовлетворительно/неудовлетворительно), что отражается и на курсах повышения квалификации в рамках НМО, то аттестация — это действительно оценка профессионального уровня специалиста. В этой связи представляется целесообразным изучить вопрос совмещения категориальных выплат со стимулирующими выплатами в рамках эффективного контракта, а также организации дополнительного образования, рассчитанного именно на повышение профессиональной квалификации. ММ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Статистика и аналитика

НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы

КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др.
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов и формирование сборников, статей и обзоров.
- Проведение образовательных программ для специалистов отрасли здравоохранения.

ЦЕНТР УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ, СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ ПО

21 ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ
ЧЕМ ОТ **500** МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ

30 В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ
ВЕДЕТСЯ БОЛЕЕ
МОНИТОРИНГОВ

**В ГИБРИДНОМ ФОРМАТЕ СОСТОЯЛСЯ III СЪЕЗД
МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ МОСКВЫ
«МЕНЯЮЩИЙСЯ МИР ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СУБЪЕКТНОСТЬ & ГЛОБАЛИЗМ»**



ВСЕ МАТЕРИАЛЫ
ДОСТУПНЫ НА ОФИЦИАЛЬНОМ
САЙТЕ СЪЕЗДА

АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ. НОВЫЕ ПРАВИЛА



Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает право на осуществление медицинской деятельности только тем специалистам, которые получили соответствующее образование и имеют свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация — оценка квалификации врачей и специалистов среднего звена здравоохранения

Оценочные мероприятия проходят в три этапа



тестирование



оценка практических навыков в симуляционных условиях



решение ситуационных задач



Процедура проводится аккредитационной комиссией, формируемой по каждой специальности.

Врачи, успешно прошедшие аккредитацию, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности **без прохождения дополнительной подготовки**

Существует три вида аккредитации медицинских работников

первичная аккредитация — для выпускников программ высшего и среднего образования

первичная специализированная аккредитация — для выпускников ординатуры и первичной переподготовки

периодическая аккредитация — процедура обязательного периодического (**раз в пять лет**) подтверждения профессионального уровня специалистами медицинского и фармацевтического профиля

На основании результата тестирования аккредитационная подкомиссия оценивает итог прохождения этапа аккредитации

«Сдано» при результате **70 % или более** правильных ответов от общего числа тестовых заданий

«Не сдано» при результате **69 % или менее** правильных ответов от общего числа тестовых заданий

Свидетельство об аккредитации действует пять лет с даты подписания протокола заседания аккредитационной комиссии, содержащего ее решение о признании специалиста прошедшим аккредитацию.



Не прошедшему какой-либо этап оценочных процедур **предоставляется право пойти его повторно** на основании заявления.



После трех раз непрохождения этапа право на повторную попытку у аккредитуемого возникает **не ранее чем через 11 месяцев**.

1 марта 2022 года вступило в силу новое положение об аккредитации медицинских работников, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 года № 1081н.



С 2022 года нет необходимости получать бумажное свидетельство об аккредитации, выписки из ЕГИСЗ. Сведения о прохождении специалистом периодической аккредитации вносятся в Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников ЕГИСЗ, доступный работодателям.



Бумажное свидетельство при желании также можно получить.

При подаче документов на аккредитацию теперь необязательно прикладывать вкладыш из диплома (с оценками). Если аккредитуемый выразит желание оспорить итоги аттестации, он имеет право присутствовать при рассмотрении апелляции.

Время на прохождение этапов аккредитации определяет методический центр. Новые правила будут действовать **до марта 2023 года**.

Документы, которые необходимы для прохождения аккредитации



заявление о допуске к аккредитации



документы, подтверждающие личность, СНИЛС



портфолио



документы, подтверждающие образование и стаж



документы, подтверждающие сведения об освоении программ повышения квалификации

Портфолио включает

- сведения о профессиональных достижениях за последние пять лет (отчет, согласованный руководителем / заместителем организации)
- либо мотивированный отказ в согласовании отчета
- либо сведения об обучении за отчетный период

Способы подачи документов



через личный кабинет Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников



лично



почтовым отправлением



Основной аккредитационной площадкой для столичных специалистов является

- Московский центр аккредитации и профессионального развития в сфере здравоохранения (Кадровый центр, расположенный по адресу: г. Москва, Успенский переулок, д. 8)



Кроме того, пройти аккредитацию можно

- в учебно-аккредитационном центре Боткинской больницы
- Федеральном аккредитационном центре на базе РМАНПО
- аккредитационных центрах при медицинских вузах Москвы
- других организациях

Непрерывное медицинское образование в столичных медицинских организациях

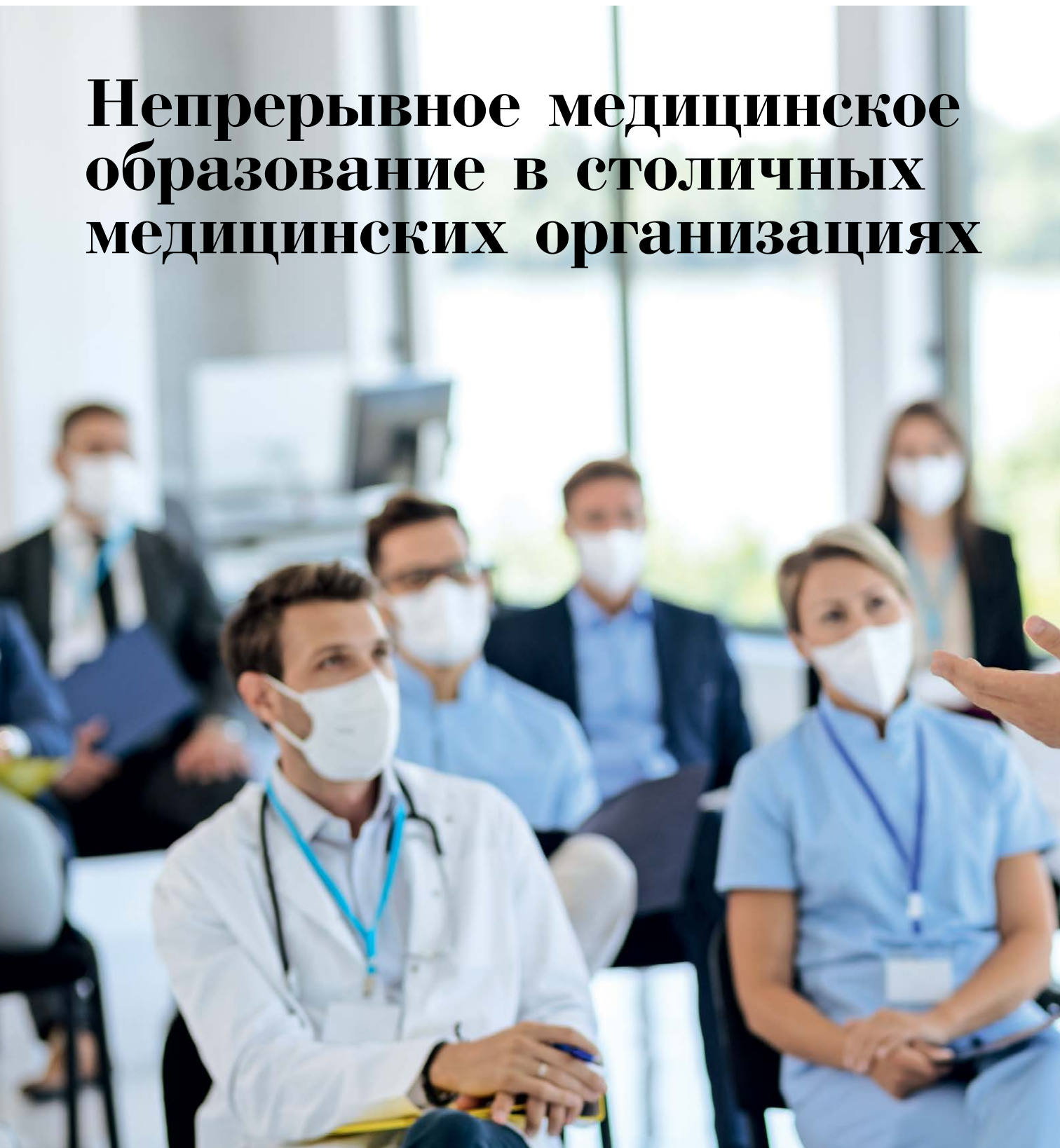


Фото: Shutterstock



Непрерывное медицинское и дополнительное профессиональное образование в действующей медицинской организации обладают рядом преимуществ. Среди них — активное погружение в клиническую работу в ходе обучения, научное руководство со стороны лучших практикующих специалистов системы здравоохранения города, богатая клиническая база для проведения научных наблюдений, исследований и анализа. Образование в структуре медицинской организации эргономично с точки зрения сочетания теоретической и практической составляющих.

Предлагаемые медицинскими организациями учебные программы включают аспирантуру, ординатуру, курсы повышения квалификации по профилям, наиболее развитым в той или иной клинической больнице, научно-практическом центре или институте. В каждой ведущей учебную деятельность организации создана электронная образовательная среда для максимального удобства обучения, которая предусматривает не только размещение информации, но и контрольно-измерительные материалы.

Широкий спектр медицинской деятельности столичных медицинских организаций обеспечивает для абитуриентов и слушателей возможность выбора одного из направлений в многопрофильной организации или полное погружение в то или иное направление в узкоспециализированной организации, где собраны ведущие специалисты в той или иной области.

Городские медицинские организации столицы исторически вовлечены в активную образовательную деятельность и реализуют самые разные направления дополнительного медицинского образования, осуществляют образование в аспирантуре и ординатуре, сохраняя традиции московских медицинских школ и учитывая потребности системы здравоохранения современного мегаполиса.

Городская клиническая больница им. С. П. Боткина (Боткинская больница)

21 направление ординатуры	26 целевых мест	211 внебюджетных мест	> 300 программ дополнительного профессионального образования	24 кафедры вузов на базе больницы
-------------------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Одна из крупнейших больниц столицы ведет обучение по программам ординатуры в рамках направления подготовки профессионального образования 31.00.00 Клиническая медицина. С 2022/2023 учебного года в больнице начнется обучение по 21 специальности (добавились еще 6 специальностей):

31.08.01	Акушерство и гинекология
31.08.02	Анестезиология-реаниматология
31.08.07	Патологическая анатомия
31.08.09	Рентгенология
31.08.11	Ультразвуковая диагностика
31.08.29	Гематология
31.08.36	Кардиология
31.08.42	Неврология
31.08.43	Нефрология
31.08.49	Терапия
31.08.53	Эндокринология

31.08.56	Нейрохирургия
31.08.57	Онкология
31.08.59	Офтальмология
31.08.62	Рентгенэндovasкулярные диагностика и лечение
31.08.63	Сердечно-сосудистая хирургия
31.08.66	Травматология и ортопедия
31.08.67	Хирургия
31.08.68	Урология
31.08.70	Эндоскопия
31.08.71	Организация здравоохранения и общественное здоровье

На базе Боткинской больницы размещены 17 кафедр Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, 4 кафедры Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, кафедра Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, 2 кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, а также подразделения НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского РАН и Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова. Помимо ординатуры, благодаря одному из крупнейших в стране медицинских

симуляционных центров широко развернуто дополнительное профессиональное обучение. По 60 направлениям разработаны уже более 300 программ. С 2015 до конца 2021 г. проведено обучение более чем 66 000 человек. Программы охватывают огромный перечень медицинских специальностей, включая терапевтические, хирургические, функциональную диагностику и реабилитацию. Адресованы как врачам, так и специалистам со средним специальным медицинским образованием.

Боткинская больница — первое учреждение ДЗМ, получившее аккредитацию в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.

Полный перечень



Морозовская детская государственная клиническая больница

13

направлений
ординатуры

30

целевых
мест

38

внебюджетных
мест

8

программ
в системе непрерыв-
ного медицинского
образования

18

кафедр
вузов на базе
больницы

Морозовская ДГКБ имеет славные традиции подготовки специалистов и даже создания новых направлений в педиатрии (например, именно здесь впервые в СССР были созданы отделения детской онкологии, детской гематологии и др.). Ординатуру Морозовской больницы можно назвать кузницей кадров для московской педиатрической службы. Набор по направлениям регулируется в соответствии с потребностями системы здравоохранения города. В 2022 г. планируется набор по специальностям, перечисленным в таблице:

Полный перечень



31.08.02	Анестезиология-реаниматология
31.08.05	Клиническая лабораторная диагностика
31.08.07	Патологическая анатомия
31.08.13	Детская кардиология
31.08.14	Детская онкология
31.08.15	Детская урология-андрология

31.08.16	Детская хирургия
31.08.17	Детская эндокринология
31.08.18	Неонатология
31.08.19	Педиатрия
31.08.29	Гематология
31.08.58	Оториноларингология
31.08.59	Офтальмология

Для обучающихся в Морозовской больнице педиатров особенно ценна возможность подкреплять теоретические знания практикой у постели (или кювета) пациента

На базе больницы работают 18 кафедр всех московских медицинских вузов. Обучающиеся в Морозовской детской больнице становятся приемниками славных традиций

отечественной педиатрии, получают самые актуальные знания и используют инновационные возможности непрерывного медицинского образования.

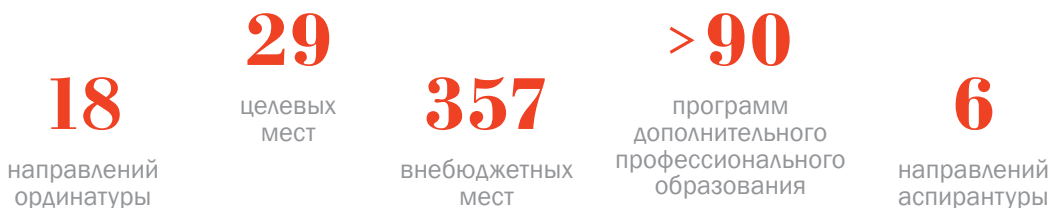


Фото: Морозовская ДГКБ



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского



В одном из старейших образовательных центров в структуре научно-исследовательской медицинской организации столицы основной акцент в обучении сделан на подготовку специалистов в области анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи. Однако широко представлены и другие терапевтические, хирургические, диагностические специальности, которые преподают практикующие эксперты высокого уровня. По некоторым из них НИИ им. Н. В. Склифосовского обладает уникальным опытом. Направления ординатуры:

31.08.01	Акушерство и гинекология
31.08.02	Анестезиология-реаниматология
31.08.03	Токсикология
31.08.05	Клиническая лабораторная диагностика
31.08.07	Патологическая анатомия
31.08.08	Радиология
31.08.09	Рентгенология
31.08.11	Ультразвуковая диагностика
31.08.12	Функциональная диагностика
31.08.36	Кардиология

31.08.42	Неврология
31.08.48	Скорая медицинская помощь
31.08.56	Нейрохирургия
31.08.62	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
31.08.63	Сердечно-сосудистая хирургия
31.08.65	Торакальная хирургия
31.08.66	Травматология и ортопедия
31.08.67	Хирургия
31.08.70	Эндоскопия

Полный перечень



Слияние научно-исследовательской работы и огромного практического опыта создает уникальную академическую атмосферу для обучения молодых врачей и ученых. Профессиональная переподготовка или повышение квалификации по одной

из многочисленных программ, предлагаемых институтом, позволяет слушателям почувствовать причастность к вековым традициям научной организации.



Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова

12

направлений ординатуры

38

целевых мест

274

внебюджетных места

> 350

программ дополнительного профессионального образования

7

направлений аспирантуры

В образовательной работе клинического научно-практического центра объединен многолетний опыт работы Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии в медицине, науке и образовании с самыми современными технологиями лечения в каждом из отделений

многопрофильного стационара. Активная научная и образовательная деятельность обуславливает прорывные достижения, признанные на мировом уровне. Подготовка в ординатуре охватывает широкий круг направлений, востребованных в многопрофильном центре.

Направления ординатуры в МКНЦ им. А. С. Логинова

31.08.02	Анестезиология-реаниматология	31.08.54	Общая врачебная практика (Семейная медицина)
31.08.07	Патологическая анатомия	31.08.57	Онкология
31.08.09	Рентгенология	31.08.67	Хирургия
31.08.11	Ультразвуковая диагностика	31.08.68	Урология
31.08.28	Гастроэнтерология	31.08.70	Эндоскопия
31.08.29	Гематология		
31.08.49	Терапия		

Полный перечень



Для повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала в МКНЦ создана цифровая среда, позволяющая не только выбрать подходящий обучающий цикл, но и выстроить индивидуальную траекторию карьерного развития¹.

¹ Системы электронного обучения в московской медицине. — Московская медицина. — № 2, 2021.

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

1

направление
ординатуры

9

целевых
мест

20

внебюджетных
мест

> 20

программ
дополнительного
профессионального
образования

Образовательная модель ПКБ № 1 отвечает требованиям стремительно развивающегося столичного здравоохранения, включает подготовку кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.20 Психиатрия, научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, психологов и среднего медицинского персонала.

Принцип практикоориентированности реализуется на всех ступенях обучения. База для практической подготовки создана

с учетом структуры психиатрической службы города Москвы, включая современные стационарные и внебольничные подразделения, а также инновационные площадки (клиника первого психотического эпизода, клиника расстройств пищевого поведения, клиника памяти).

Организация взаимодействия учебного центра и научно-клинического исследовательского центра нейропсихиатрии, а также сотрудничество с ведущими профильными кафедрами позволили создать научно-методическую базу для проведения фундаментальных и прикладных исследований и внедрения их результатов в образовательный процесс.

Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий

147

программ
дополнительного
профессионального
образования

Самый крупный и авторитетный отраслевой образовательный центр. Здесь проходят переподготовку и повышение квалификации по направлениям 31.08.09 Рентгенология и 31.08.08 Радиология как врачи, так и средний медицинский персонал по направлению «рентгенология». Это включает изучение протоколов проведения различных исследований (КТ, МРТ и др.) в целом и специфики диагностики отдельных нозологий. Особое внимание

уделено подготовке и повышению квалификации рентген-лаборантов. Ежегодно слушателями становятся более 5 500 медицинских специалистов. С 2017 года проведено более 600 вебинаров, в которых приняли участие более 180 тыс. слушателей. НПКЦ диагностики и телемедицинских технологий можно по праву назвать средоточием самых прогрессивных и перспективных исследований в области, объединившим ведущих экспертов отрасли.



Фото: Shutterstock

Количество направлений	Целевые места	Внебюджетные места	Программы дополнительного образования	Кафедры на базе института
------------------------	---------------	--------------------	---------------------------------------	---------------------------

Московский научно-практический центр наркологии

2	4	6	13	7
----------	----------	----------	-----------	----------

Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева

2	4	14	Тренинги для медицинских работников	4
----------	----------	-----------	-------------------------------------	----------

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины

1	3	5	16	2
----------	----------	----------	-----------	----------

Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии

1	0	17	14	
----------	----------	-----------	-----------	--

Количество направлений	Целевые места	Внебюджетные места	Программы дополнительного образования	Кафедры на базе института
------------------------	---------------	--------------------	---------------------------------------	---------------------------

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой

1	4	14	Программа повышения квалификации «Комплексный подход в работе с детьми и подростками в кризисных состояниях»	2
----------	----------	-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии

5	7	40	10	
----------	----------	-----------	-----------	--

Научно-практический центр детской психоневрологии

1	3	15	4	
----------	----------	-----------	----------	--

Московская городская онкологическая больница № 62

1	3	7	6	
----------	----------	----------	----------	--



Фото: Shutterstock



Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента



Направление 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье переживает новый виток развития, связанный с общими трендами в жизни общества, в частности, цифровой трансформацией и вопросами профилактики болезней цивилизации и предотвратимой смертности. Единственная профильная

организация в структуре Департамента здравоохранения города Москвы отслеживает в режиме реального времени отраслевые изменения и задачи и адаптирует к ним программы фундаментального образования в ординатуре или аспирантуре и циклов повышения квалификации и переподготовки специалистов.

Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского



В соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами институт осуществляет подготовку кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08. Оториноларингология и по программе аспирантуры по направлению «Клиническая медицина, оториноларингология». Кроме этого, в институте проводится

повышение квалификации врачей по следующим направлениям: «Микрохирургия уха»; «Диагностика и лечение патологии вестибулярного анализатора»; «Микрохирургия гортани и фонаририя», «Эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух», «Диагностика и лечение стенозов гортани», а также медицинских сестер по программе «Основы аудиологии». [mm](#)

* Университетская клиника им. академика Б. С. Преображенского

Симуляционные технологии в Москве



Фото: пресс-служба Кадрового центра ДЗМ

В настоящее время симуляционное обучение является обязательным компонентом профессиональной подготовки врачей. Симуляционные технологии позволяют идти в ногу со стремительно развивающейся медицинской наукой, способствуют формированию уверенных клинических навыков и закладывают основу осознанной и безопасной врачебной практики. В Москве за последнее десятилетие создано несколько симуляционных центров, оснащенных симуляторами высшего уровня реалистичности.



Кадровый центр ДЗМ

Кадровый центр Департамента здравоохранения города Москвы открывает широкий спектр возможностей для непрерывного профессионального роста и развития медицинских работников столицы. На одной площадке проводятся как профессиональная оценка на старте карьеры, так и оценка квалификации практикующих врачей, а также комплексные программы повышения квалификации по различным врачебным специальностям и программы по развитию soft skills.

В 2021 году в Москве был создан уникальный Кадровый центр для медицинских работников столичной системы здравоохранения, который не имеет аналогов ни в России, ни в Восточной Европе. Это значительная по площади (4 000 кв.м²) и оснащенная по последнему слову техники (более 1 100 единиц высокотехнологичного симуляционного и медоборудования) специализированная площадка, которая реализует несколько важных направлений: отбирает для работы в системе столичного здравоохранения лучших специалистов, проводит экспертную оценку знаний и навыков медработников и повышает их квалификацию.

«Для поддержания высокого уровня оказания медицинской помощи в системе здравоохранения Москвы необходимо комплексно подходить к развитию кадрового потенциала. Кадровый центр не только оценивает уровень профессионального мастерства медиков, но и предлагает решения для их дальнейшего роста и повышения квалификации. За год работы на площадке центра было проведено более 26 тысяч оценочных процедур, а в учебных программах приняли участие порядка 25 тысяч слушателей из различных медорганизаций. Технический потенциал Кадрового центра позволяет медикам отработать до автоматизма уже имеющиеся практические навыки, получить новые знания и приобрести

ценный опыт, который пригодится в дальнейшей медицинской практике», — отметила заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Елена Ефремова.

Возможности центра позволяют проводить профессиональную независимую оценку по 89 из 95 медицинских специальностей, и их число растет. Здесь проводятся такие виды оценки, как первичная специализированная аккредитация, оценка на присвоение статуса «Московский врач», на присвоение квалификационной категории и аттестация по решению работодателя, а также аттестация при приеме на работу. Оценка профессиональных компетенций представляет собой многофакторную проверку теоретических знаний и их практического применения.

Кадровый центр открывает перед медиками широкие возможности для повышения квалификации и совершенствования практических навыков. Образовательные программы центра разработаны по самым востребованным направлениям, отвечающим современным потребностям столичной медицины. В настоящий момент запущены 11 программ дополнительного профессионального образования, а еще десять стартуют в скором времени.

На площадке центра врачи могут отработать практические навыки путем моделирования реальных клинических ситуаций — провести медицинское обследование, отработать навыки реанимационных процедур, неотложной медицинской помощи и даже провести операционные вмешательства. Все это возможно благодаря большому перечню новейшего оборудования, среди которого есть манекены и симуляторы, до мельчайших деталей воспроизводящие анатомию внутренних органов и максимально реалистично имитирующие основные функции организма. Центр оборудован 31 симуляционной станцией, которая может стать родильным залом,

Кадровый центр ДЗМ обеспечивает организации здравоохранения Москвы квалифицированными кадрами, осуществляет непрерывное профессиональное образование, методическое сопровождение и аккредитационные мероприятия.

Кадровый центр оснащен новейшими симуляторами и медицинским оборудованием (на фото слева)

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПРОФЕССИИ ВРАЧА. КАДРОВЫЙ ЦЕНТР ДЗМ ИГРАЕТ ОДНУ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ РОЛЕЙ В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

ВОЗМОЖНОСТИ КАДРОВОГО ЦЕНТРА ПОЗВОЛЯЮТ ПРОВОДИТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ НЕЗАВИСИМУЮ ОЦЕНКУ ПО 89 МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ, И ЭТО ЧИСЛО РАСТЕТ

операционной или приемным кабинетом врача любой специальности.

Здесь успешно реализуется междисциплинарная программа «Перинатология», где врачи трех специальностей: акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, неонатологи — отработывают алгоритм действий в команде. А также комплексная программа повышения квалификации для врачей общей практики, которая рассчитана на полтора года и охватит более трех тысяч столичных специалистов общей врачебной практики. Все программы повышения квалификации Кадрового центра ДЗМ аккредитованы в системе непрерывного профессионального образования (НМО). Теоретические курсы насыщены примерами из практики, а практические занятия проводятся в имитационной среде с применением симуляционного оборудования.

На площадке центра московские врачи могут принять участие в открытых тренингах и самостоятельно поработать на симуляционном оборудовании по одной из одиннадцати врачебных специальностей: гинекология, урология, оториноларингология, офтальмология, кардиология, травматология и ортопедия, ультразвуковая диагностика и ряд других.

Отдельный обучающий блок направлен на проработку социально-психологических и управленческих навыков, необходимых

во врачебном деле. На площадке центра активно проводятся семинары, тренинги, где медработники учатся, как избежать эмоционального выгорания, осваивают инструменты эффективной коммуникации с пациентом, развивают навыки командной работы. За год работы Кадрового центра ДЗМ такие тренинги прошли уже более семи тысяч человек.

В начале 2021 года на площадке Кадрового центра ДЗМ приступили к разработке нового фонда оценочных средств. К созданию подробных матриц экзаменов по различным специальностям были привлечены ведущие представители медицинского сообщества. Уже сейчас разработаны новые оценочные средства по 26 специальностям, что охватывает 80 % врачебного персонала столичной системы здравоохранения.

Кроме того, центр является точкой подбора персонала. Специалисты центра формируют актуальную и релевантную базу резюме и оперативно реагируют на запросы медицинских организаций Москвы по дополнению штата. В кадровом резерве собрана значительная база резюме успешных кандидатов. Специалисты центра оказывают консультативную поддержку сотрудникам и руководителям медорганизаций по вопросам, касающимся трудоустройства. Для работы в системе московского здравоохранения подбираются только лучшие кадры!

Манекены и симуляторы до мельчайших деталей воспроизводят анатомию внутренних органов и реалистично имитируют функции организма



Фото: пресс-служба Кадрового центра ДЗМ



Фото: пресс-служба Кадрового центра ДЗМ



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗМ ДЗМ

Симуляционный центр Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова

Штат московской скорой помощи по численности можно сравнить с населением маленького города — более 11,4 тысячи человек, из них 2,5 тысячи врачей и 8,4 тысячи сотрудников среднего медицинского персонала. Сформировано более тысячи выездных бригад. В сутки врачи скорой помощи обслуживают до 12 тысяч вызовов. Основной принцип работы службы — оказывать помощь максимально быстро и максимально качественно. Поэтому обучение на скорой помощи всегда имело большое значение. Чтобы соответствовать высочайшим профессиональным

требованиям, сотрудники Станции скорой помощи имеют возможность повышать квалификацию в симуляционном центре.

Симуляционный центр ССиНМП им. А. С. Пучкова был открыт одним из первых в Москве — в 2014 году. В нем ведется обучение актуальным вопросам оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Учебный центр скорой помощи практически полностью удовлетворяет собственные потребности в реализации непрерывного медицинского образования, аккредитации специалистов и соответствии

▲ Занятие в симуляционном центре Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова

**СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНОСТЬЮ
УДОВЛЕТВОРЯЕТ СОБСТВЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ
НМО И АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ВИРТУАЛЬНОЙ КЛИНИКИ БЫЛ ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНЕН ПРИНЦИП БИНАРНОСТИ ПОМЕЩЕНИЙ ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

▲ Ежегодно тысячи московских врачей и медсестер проходят обучение в МСЦ Боткинской больницы

современным тенденциям (утверждение новых клинических рекомендаций, протоколов и профессиональных стандартов).

Уникальность учебного процесса в симуляционном центре скорой помощи заключается в формировании индивидуальной образовательной траектории для каждого сотрудника. Специалистов направляют на обучение по дополнительным программам с учетом требований профессиональных стандартов. Врачи погружаются в максимально приближенные к своей работе условия. Для этого был закуплен полномасштабный симулятор автомобиля скорой помощи. Как говорят врачи скорой, наиболее сложные случаи приходится на оказание помощи именно в машине. Симулятор оснащен медицинским оборудованием, лекарствами, инструментарием и расходными материалами, в нем есть дефибриллятор, электрокардиограф, аппарат ИВЛ, аппарат ингаляционного наркоза и т. д.

Обучающие программы разработаны в соответствии со спецификой осуществления медицинской деятельности и одобрены к размещению на образовательном портале Министерства здравоохранения РФ. Профессорско-преподавательский состав учебно-организационного отдела Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова сформирован из высококвалифицированных медицинских специалистов, имеющих сертификаты по специальностям «скорая медицинская помощь» и/или «анестезиология-реаниматология», регулярно проходящих обучение по дополнительным профессиональным программам по профилю педагогической деятельности. Преподаватели имеют большой опыт практической работы в службе скорой помощи.

Направления образовательной деятельности симуляционного центра скорой медицинской помощи:



- повышение качества оказания скорой медицинской помощи;
- актуализация знаний и практических навыков медицинских работников Станции скорой помощи;
- совершенствование компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации специалистами по занимаемым должностям.

Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы

Медицинский симуляционный центр (МСЦ) Боткинской больницы был открыт в октябре 2015 года по поручению Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города. Центр создан по типу многопрофильной виртуальной клиники, реалистично имитирующей структуру, функции и процессы, привычные для специалистов практического здравоохранения. Одна из основных задач центра — обучение практическим навыкам работы на современном высокотехнологичном оборудовании.

Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы является одним из крупнейших симуляционных центров в России: он занимает более 2 тысяч квадратных метров и лидирует по количеству единиц оснащения. Роботы-симуляторы полностью воспроизводят анатомическое строение и физиологические функции человека: сердцебиение, дыхание, выделительные и другие функции. Электронные пациенты реагируют на лекарства и лечение. Медицинское и симуляционное оборудование рассчитано на обучение врачей различных специальностей. Кроме того, в центре есть многофункциональный комплекс «Медицина катастроф» и макет техногенной катастрофы в метро.

В МСЦ Боткинской больницы реализуется полный комплекс учебных программ — от теоретических и симуляционных до практики в клинике многопрофильной больницы. Здесь разработано и внедрено более 300

дополнительных профессиональных программ повышения квалификации с использованием симуляционных технологий по более 60 специальностям для врачей и среднего медицинского персонала.

При организации многопрофильной виртуальной клиники был впервые применен принцип бинарности помещений для образовательных учреждений, который предусматривает:

- возможность оперативного переоборудования учебных помещений в клинические в случае возникновения чрезвычайных ситуаций;
- разделение потоков передвижения слушателей и персонала;
- расположение центра на двух этажах: на первом размещены вспомогательные и технические помещения, на втором этаже — клиники и отделения, обеспечивающие обучение в высокореалистичной виртуальной среде, аудитории дебрифинга и конференц-зал.

Управление центром осуществляется с помощью высокотехнологичного программно-аппаратного комплекса, с помощью которого происходит загрузка виртуальных симуляторов, роботов, отдельных учебных клиник и контролируется выполнение учебных заданий. Внедряются системы дистанционного обучения. К преподавательской деятельности привлекаются ведущие специалисты

Медицинский центр Боткинской больницы открылся семь лет назад. Он создавался по принципу многопрофильной виртуальной клиники.

В МСЦ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПОЛНЫЙ КОМПЛЕКС УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ — ОТ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И СИМУЛЯЦИОННЫХ ДО ПРАКТИКИ В КЛИНИКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

МЕДИЦИНСКИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ АККРЕДИТОВАН НА ПОРТАЛЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

больницы им. Боткина, медучреждений Москвы, медицинских вузов, РМАНПО. Во время пандемии коронавирусной инфекции сотрудники МСЦ Боткинской больницы проводили выездные образовательные циклы во временных госпиталях города Москвы.

Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы аккредитован на портале НМО — непрерывного медицинского и фармацевтического образования в качестве

образовательной организации. В 2018 году центр успешно прошел добровольную аккредитацию симуляционно-аттестационных центров, которую проводит Российское общество симуляционного обучения в медицине — РОСОМЕД, и получил свидетельство о присвоении III (высшего) квалификационного уровня, которым подтверждается соответствие стандартам РОСОМЕД образовательной, методической и научной деятельности.

Симуляционные центры в медицинских вузах

Обучение в аккредитационно-симуляционных центрах актуально на всех уровнях образовательного процесса: у студентов формируются профессиональные навыки, а у практикующих врачей есть возможность повысить свою квалификацию.

Многопрофильный аккредитационно-симуляционный центр МГМСУ им. А. И. Евдокимова начал активную работу в 2015 году на базе Клинического медицинского центра «Кусково». В нем проводятся обучение студентов и государственная аккредитация специалистов. Центр оборудован тренажерами и симуляторами, среди которых роботы-пациенты 6-го класса реалистичности, тренажеры с обратной связью и модули автоматической оценки действий. Организована симулированная операционная. Основными направлениями постдипломного симуляционного обучения в центре являются нейрохирургия, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия и стоматология, андрология. В аккредитационно-симуляционном центре регулярно проводится аттестация врачей-урологов стационаров Москвы в рамках программы «Московский врач», а также доклинические испытания отечественной оптической навигационной системы «Нейроплан».

Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр РНИМУ им. Н. И. Пирогова осуществляет обучение специалистов системы здравоохранения по программам высшего и дополнительного профессионального образования. В нем проводятся

подготовка и аккредитация медицинских специалистов, разрабатываются научно-методические подходы для внедрения процедуры аккредитации на территории России, формируется оценочный инструментарий. На базе центра проходит обучение членов аккредитационных комиссий, ведутся анализ и интерпретация результатов аккредитации в целях повышения качества образования и развития системы непрерывного медицинского образования.

Центр непрерывного профессионального образования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова разрабатывает новые подходы в подготовке медицинских кадров, создает основу для развития концепции непрерывного медицинского образования и оказывает содействие в повышении доступа населения к качественной медицинской помощи. В настоящее время центр — это организационное звено с обеспечением материальной и методической основы деятельности преподавателей кафедр Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и преподавателей, приглашенных из других организаций, для реализации актуальных обучающих модулей. **ММ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Образование

НИИОЗММ ДЗМ – один из главных организаторов непрерывного профессионального развития медицинских кадров для Департамента здравоохранения города Москвы

КОМПЕТЕНЦИИ

- Разработка методов повышения профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала.
- Создание условий для доступа к результатам современных исследований, актуальным научным публикациям.
- Организация стажировок и профессиональных тренингов за рубежом.
- Подготовка команды современных медицинских лидеров.

В программы обучения входят темы:

- > эффективное управление ресурсами медицинской организации;
- > медицинская статистика;
- > кодирование по МКБ;
- > навыки профессионального общения;
- > оказание медицинской помощи в экстренной форме и др.

С 2016 ГОДА ОБУЧЕНО БОЛЕЕ
6 500 СПЕЦИАЛИСТОВ

РАЗРАБОТАНО БОЛЕЕ **40**
ПРОГРАММ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ

ВСЕ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПРОХОДЯТ АККРЕДИТАЦИЮ НА ПОРТАЛЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ.

С 2019 ГОДА В ИНСТИТУТЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НАБОР В АСПИРАНТУРУ, А С 2020 ГОДА – И В ОРДИНАТУРУ.

АСПИРАНТУРА: НАУЧНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 3.2.3 – ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СОЦИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ.

ОРДИНАТУРА: СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.71 – ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Новые подходы к управлению кадрами. Проект «Школа профессионального роста»

Андрей Тяжельников



С 2018 года Департамент здравоохранения города Москвы совместно с медицинскими вузами столицы реализует проект «Школа профессионального роста», которому нет аналогов. Ординаторы и студенты шестого курса имеют возможность пройти обучение в городских медицинских организациях. Проект направлен на повышение уровня подготовки будущих врачей, их адаптацию к современной системе здравоохранения и формирование сообщества профессионалов в амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи Москвы. О проекте рассказал главный врач поликлиники № 121 Андрей Тяжельников.

Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

Андрей Тяжельников, к. м. н., главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ, главный врач ГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 ДЗМ»

— Какие новые подходы к управлению кадрами в здравоохранении вы видите?

— Непрерывное внимание к специалисту от выхода из вуза и на протяжении карьеры, стимулирование в продолжении образования и профессионального роста — это современный подход к кадровой политике в системе здравоохранения Москвы.



— Каковы цели проекта «Школа профессионального роста»?

— Проект «Школа профессионального роста» был, во-первых, ответом на необходимость устранения пробелов в подготовке специалистов для первичного звена, подготовки их к самостоятельной работе сразу после окончания вуза. Второй целью стало мотивирование выпускников к работе в городских поликлиниках и стационарах. При качественной подготовке в рамках вузовской программы и освоении медицинских знаний даже самые успевающие студенты и ординаторы не до конца понимают, что их ждет на практике. Они не знают, как устроены современные лечебные

взаимоответственности, понимание важности достижения общего результата, а система здравоохранения получает выпускников, не только готовых к практической медицинской деятельности, но и адаптированных в коллективах, что является важным аргументом для молодых специалистов при принятии ими решения о трудоустройстве.

— В чем преимущества проекта?

— Структура программы включает 20 % теоретических занятий, 25 % практических, 55 % от всего времени занимает стажировка в поликлиниках и стационарах Москвы. В этом и заключаются уникальность и пре-

РАЗРАБАТЫВАЯ ПРОГРАММУ, МЫ СТАВИЛИ ПЕРЕД СОБОЙ ЦЕЛЬ — СФОРМИРОВАТЬ КОМПЛЕКСНЫЙ ВЗГЛЯД И ПОНИМАНИЕ У МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ВСЕХ СОСТАВЛЯЮЩИХ БУДУЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ



Фото: kadrcentr.ru

учреждения, не имеют информации о новых технологиях и регламентах, которые там появились, о стандартах, которые введены в московских поликлиниках, о требованиях к специалистам.

Разрабатывая программу, мы ставили перед собой цель — сформировать комплексный взгляд и понимание у молодых специалистов всех составляющих будущей врачебной практики. Мы даем понимание, как все этапы маршрутизации пациента: от работы на стойке администратора, распределения потоков пациентов и других процессов до владения навыками работы в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) — влияют в конечном итоге на результат взаимодействия пациента и врача на приеме. Таким образом, студенты и ординаторы получают представление о взаимосвязанности всех процессов,



Фото: mos.ru



Успешная стажировка в медицинской организации значительно влияет на последующий выбор выпускниками места работы (слева)

Отработка манипуляций и практика взаимодействия с коллегами и пациентами в режиме реального времени позволяет молодым специалистам чувствовать себя уверенно (справа)

имущества проекта — в возможности стажировки на будущем рабочем месте с продолжением обучения. Участникам выплачивается ежемесячная стипендия в размере 25 тысяч рублей и гарантируется трудоустройство. Принять участие в проекте могут студенты шестого курса и ординаторы второго года обучения медицинских вузов города Москвы.

— По каким специальностям осуществляется набор студентов?

— Для студентов шестого курса это лечебное дело, педиатрия. Для ординаторов — анестезиология-реаниматология, инфекционные болезни, кардиология, клиническая фармакология, неврология, неонатология, общая врачебная практика, онкология, педиатрия, терапия, трансфузиология.

— На каких программах и модулях строится обучение?

— Программа стажировки включает несколько модулей. Теоретический модуль касается организации поликли-

диagnostику, диагностику инфекционных заболеваний и туберкулеза, иммунопрофилактику, клиническую фармакологию. Отдельно рассматриваются различные аспекты онконастороженности. Проводится курс лекций на тему «Психиатрия-наркология».

Практическая стажировка организована в наиболее значимых точках контакта врача с пациентами: служба вызова на дом, сестринские посты, процедурные, прививочные кабинеты, все пункты маршрутизации пациентов. По каждому уровню сдаются экзамены.

— Кто является наставниками в «Школе профессионального роста»?

ЗА ВРЕМЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ОБУЧЕНИЕ В «ШКОЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА» ПРОШЛИ БОЛЕЕ 300 ВРАЧЕЙ, КОТОРЫЕ УЖЕ РАБОТАЮТ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКВЫ



Фото: kadrcentr.ru

нической терапевтической службы в Москве, включая регламентирующие нормативные документы. Здесь же рассматриваются алгоритмы приема пациентов с использованием функциональных возможностей ЕМИАС. Другие актуальные темы программы: особенности общения врача с «трудными» пациентами, способы и методы решения конфликтов в медицинской организации, командная работа как основа междисциплинарного подхода к лечению пациента, а также коммуникативная компетентность врача как часть персонального и корпоративного имиджа.

Серия лекционных модулей программы профессионального характера включает также дифференциальную диагностику на амбулаторном этапе, клиническую лабораторную диагностику, функциональную



Фото: kadrcentr.ru



Под руководством наставников обучающиеся осваивают нюансы маршрутизации внутри медицинской организации (слева)

Работа на реальном оборудовании с реальными пациентами — важнейшая часть подготовки будущих молодых специалистов (справа)

— Наставниками становятся опытные коллеги, работающие в тех медицинских организациях, где участники проходят стажировку.

— В каких медицинских учреждениях студенты проходят практику?



— Площадки для прохождения практики — это городские бюджетные учреждения столичного здравоохранения, поликлиники и стационары, в которых есть потребность в специалистах, заявленных в проекте. Участники имеют возможность выбора места стажировки.

— Сколько студентов прошло обучение с начала работы «Школы профессионального роста»?

— В начале этого года стартовал уже пятый поток образовательного проекта «Школа профессионального роста», в котором участвуют 40 студентов шестого курса и ординаторы второго года обучения медицинских вузов. А всего за время реализации проекта обучение прошли более 300 человек, которые уже работают в медицинских организациях Москвы.

— Какова роль проекта в популяризации профессии врача?



Фото: kadrcentr.ru

— Не секрет, что часть выпускников медицинских вузов в нашей стране не приходит работать в поликлиники и стационары либо уходит из профессии в первые годы работы. Кто-то не видит престижности в работе в первичном звене, кто-то боится нагрузки, кто-то не справляется с адаптацией в профессии, поскольку не так глубоко представлял ее нюансы. Поэтому погружение в практику, которое происходит уже на стадии учебы в вузе, позволяет специалисту комфортно войти в профессию, познакомиться с будущими коллегами, условиями работы, новыми технологиями и стандартами московской системы здравоохранения. Это, безусловно, поднимает престиж профессии в глазах молодых специалистов. С другой стороны, более подготовленные специалисты, качество медицинской помощи, оказываемой ими, влияют самым

позитивным образом на рост популярности профессии врача в обществе.

— Как повлиял проект на решение кадрового вопроса в столичном здравоохранении?

— Практически все выпускники, прошедшие через проект, трудоустраиваются в поликлиники и стационары Москвы. Это существенный кадровый прирост. Но главный выигрыш в том, что на рабочие места приходят готовые и мотивированные специалисты.

Отработка алгоритмов ведения приема и общения с пациентами — одна из задач программы (слева)

«Школу профессионального роста» проходят и узкие специалисты, в частности анестезиологи-реаниматологи (справа)



Фото: mos.ru

— Как проходит адаптация новых кадров в медучреждениях?

— Для участников создаются определенные условия, когда они проходят стажировку. Это и внимание, и открытость, и готовность коллег помогать. Они максимально вовлекаются в жизнь коллектива. Поэтому, когда специалист выходит на работу, он уже адаптирован. Неслучайно многие остаются в тех медицинских организациях, где проходили стажировку.

— Каковы перспективы проекта?

— Проект «Школа профессионального роста» признан успешным и был награжден премией Правительства Москвы в области медицины. Поэтому он продолжается, совершенствуется и вовлекает все новых участников. **ММ**

Проекты «Московский врач» и «Московская медицинская сестра»



Фото: Shutterstock



Департамент здравоохранения Москвы в 2017 году запустил проект «Московский врач» с целью повышения квалификации московских специалистов и выявления лучших профессионалов в городском медицинском сообществе. За пять лет в конкурсе приняли участие тысячи врачей, более полутора тысяч из них стали обладателями престижного статуса.





Алексей Кириллин,
врач-хирург, заместитель
главного врача
по хирургической по-
мощи Городской кли-
нической больницы
№ 13 ДЗМ, кандидат
медицинских наук, врач
высшей категории,
обладатель статуса
«Московский врач»

«Московский врач» — нужный и своевременный проект. Участие в нем — отличный стимул для самообразования и повышения профессиональной компетенции врача. Немаловажен тот факт, что проект основывается на желании самого человека определить качество своих знаний и умений. Уровень столичного здравоохранения в настоящее время высочайший, и требования к медицинским специалистам предъявляются соответствующие. Если доктор хочет доказать, что он достоин статуса «Московский врач», ему придется основательно подготовиться. Вопросы тестов сложные, они затрагивают не только ту специализацию, в которой практикует врач, но и смежные направления. Для подготовки к тестированию необходимо будет перечитать книги и пособия, посетить конгрессы и конференции, чтобы понять, что нового произошло в медицине. Если не отслеживать развитие медицинской науки, не изучать новые методики и разработки, врач в профессиональном плане откатывается на несколько шагов назад. Несомненно, проект является одним из эффективных инструментов непрерывного медицинского образования.

Проект «Московский врач» абсолютно объективный и независимый. Отбор достаточно жесткий. Претендентов оценивает экспертная комиссия, которая состоит из главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Москвы, профессоров вузов, руководителей медицинских организаций. Сейчас на участие в конкурсе приходит много заявок. Я уверен, что медицинские работники не ради денег хотят получить статус «Московский врач». Финансовая поддержка важна, но для самого врача главное — доказать себе, что он не середнячок в своей специальности, а на одну-две ступени выше. Звание «Московский врач» — это престиж, это знак качества, и не только для самого врача, но и для клиники, в которой он работает, и всего московского здравоохранения.

Екатерина Гриднева,
заведующая Центром здоровья, врач-педиатр
Детской городской поликлиники № 125 ДЗМ,
обладатель статуса «Московский врач»

Я решила участвовать в конкурсе на присвоение статуса «Московский врач», так как хотела проверить свои силы в профессиональной области. При подготовке к тестированию и экзамену вспоминала лекционный материал институтских лет. Пришлось проштудировать записи в старых тетрадях, проработать новые клинические рекомендации по лечению и реабилитации после различных заболеваний. Конкурс был для меня очень волнительным. Думаю, что такой опыт полезен и неоценим в непрерывном медицинском образовании. Он дает возможность реализовать свои профессиональные компетенции.



Фото: архив НИИОЗММ ДЗМ



Постоянное повышение квалификации — неотъемлемая часть профессии врача. В качестве дополнительного стимула для постоянного профессионального совершенствования Департаментом здравоохранения Москвы был инициирован проект «Московский врач». Он заключается в объективной, непредвзятой оценке знаний и умений медицинских работников. Принять участие в конкурсе могут врачи, имеющие действующий сертификат или свидетельство

об аккредитации врача-специалиста и стаж работы не менее пяти лет. В оценочную комиссию входят главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, представители профильных научных организаций, ведущих медицинских вузов, главные врачи московских клиник, представители профессиональных и пациентских сообществ, специалисты, имеющие высокий авторитет и профессиональную репутацию.

Оценочные испытания

Оценочная процедура устроена таким образом, что претендентам необходимо показать не только знание теории и практические навыки, но и умение нестандартно мыслить и быстро принимать правильное решение. Успешно сдав экзамен, врачи подтверждают, что уровень их квалификации значительно выше базовых требований, предъявляемых к медикам соответствующих специальностей. Если с первого раза испытание пройти не удалось, попытку можно повторить не ранее чем через три месяца. Полученный статус действителен в течение пяти лет. По прошествии этого времени нужно будет заново сдать экзамен и подтвердить статус.

С начала проекта статус «Московский врач» получили более 1 600 врачей 29 специальностей. Список специальностей, по которым можно пройти оценочные тесты, постоянно расширяется. Принять участие в проекте могут не только столичные специалисты, но и врачи из других регионов. Обладатели статуса «Московский врач» получают ежемесячную прибавку к заработной плате в размере 15 тысяч рублей, если они работают в медицинских организациях столичного Департамента здравоохранения. С получением престижного статуса возрастают и перспективы карьерного роста.

В оценочную комиссию входят врачи, имеющие высокий авторитет и профессиональную репутацию



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

Знак качества

▲ Экзамен предусматривает проверку практических навыков на симуляционном оборудовании

«Понятие "Московский врач" для многих — это знак качества, синоним профессионализма высочайшего уровня. Знаменитые московские врачи — от Боткина и Пирогова до наших современников — демонстрировали постоянное совершенствование своих знаний и навыков, соответствие требованиям времени, отзывчивость и гуманизм. Именно поэтому в 2017 году мы запустили крупномасштабную современную программу объективной оценки профессионального уровня медиков для присвоения статуса "Московский врач", — сказал о проекте руководитель Департамента

здравоохранения города Москвы Алексей Хрипун. Подать заявку на участие можно в любое время на официальном сайте Кадрового центра Департамента здравоохранения в разделе «Московский врач»: <https://kadrcentr.ru>. Здесь же размещены тренировочные тестовые задания (в разделе «Пробные тестирования»). Этапы конкурса проводятся в Кадровом центре Департамента здравоохранения Москвы. При успешном прохождении оценочных испытаний врачу в течение месяца выдаются свидетельство о присвоении статуса «Московский врач» и специальный нагрудный знак.

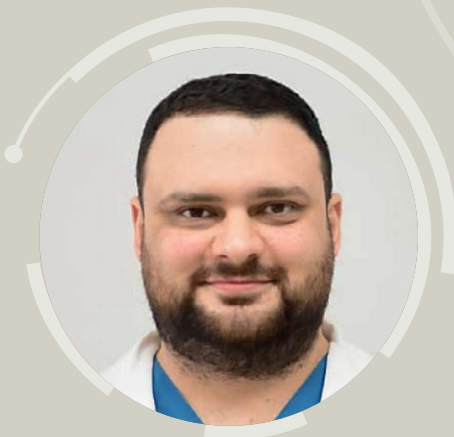
Проект для медицинских сестер

В августе 2021 года подобный проект стартовал для медицинских сестер. Подача документов для прохождения добровольных оценочных процедур на получение статуса «Московская медицинская сестра» или «Московский медицинский брат» также проходит в электронном формате на сайте проекта: <https://mosgorzdrav.ru/ms>. Здесь же можно испытать свои силы на пробных тестовых заданиях. Экзамен предусматривает проверку теоретических знаний, демонстрацию практических навыков на симуляционном оборудовании, решение ситуационных задач

и самопрезентацию. Испытание проводится для медицинских сестер по специальностям «сестринское дело», «сестринское дело в педиатрии», «анестезиология и реаниматология». Претендовать на получение статуса могут медицинские работники из любых регионов нашей страны, но ежемесячную прибавку к зарплате в размере 7,5 тысяч рублей могут получить медсестры и медбратья, работающие в системе московского городского здравоохранения. Всех обладателей престижного статуса ждет общественное признание, уважение коллег и доверие пациентов. ММ



Джамиль Михайлов,
врач-уролог, заведующий хирургическим отделением Городской поликлиники № 36 ДЗМ, обладатель статуса «Московский врач»



Проект «Московский врач» — это путь к дополнительному образованию и профессиональному развитию. Участие в нем стало для меня возможностью проверки своих знаний, понимания своих сил в лечении и оказании помощи людям. Это был вызов самому себе! Никаких поблажек. Мне присвоили статус со второй попытки, что говорит о высокой сложности испытания. Тестирование включало 3 000 вопросов, клинических задач и проверку практических навыков. Но самым сложным, на мой взгляд, оказалось собеседование. По сути, это был качественный устный экзамен.

Получение статуса «Московский врач» дало мне чувство победы, понимание того, что я достоин этого особого статуса. Он имеет немало привилегий, прибавляет доверия со стороны пациентов и уважения коллег. После получения статуса я как руководитель отделения настойчиво рекомендовал коллегам проходить тестирование. Несколько врачей нашего отделения уже готовятся к практическим испытаниям. И всем врачам я советую участвовать в этом суперпроекте столичного здравоохранения!

Я получила статус «Московский врач» в 2019 году. От коллег-врачей, которые на тот момент уже стали обладателями статуса, слышала много положительных отзывов о конкурсе. Мне тоже было интересно испытать свои силы в новом проекте Департамента здравоохранения города Москвы. Вопросы касались не только моей специальности — неврологии, но и смежных направлений и организации здравоохранения. Поэтому нужно было основательно подготовиться, изучить материал. Конкурс проходил в три этапа. Сначала участники выполняли тестовые задания на компьютере. Нужно было набрать более 80 баллов, чтобы перейти к следующему этапу, который заключался в проверке практических навыков, оказании первой медицинской помощи пострадавшим. Третий этап — ответы на тестовые задачи, собеседование. Это было и волнительно, и интересно. В комиссию входили известные неврологи Москвы. Задачи предлагались достаточно сложные и жизненные, и было о чем поговорить.

Проект «Московский врач» — это хороший повод освежить в памяти основы специальности, а изучение смежных областей позволяет повысить уровень профессиональной подготовки. Положительный момент также в том, что сейчас врачам, получившим статус, автоматически продлевается квалификационная категория. Это хороший стимул, в том числе и материальный. На кабинетах устанавливается особая табличка другого цвета и формата, на которой указано, что специалист, ведущий прием, имеет статус «Московский врач». Конечно, это приятно и престижно. Статус дается на пять лет, и я планирую вновь принять участие в проекте в 2024 году. Будет интересно ответить на новые вопросы!



Светлана Вербицкая,
врач-невролог Городской поликлиники № 219 ДЗМ, доктор медицинских наук, врач высшей категории, обладатель статуса «Московский врач»

Фото: архив НИИОЗММ ДЗМ



Наталья Чубакова,
*процедурная сестра ГKB
№ 51, обладатель ста-
туса «Московская меди-
цинская сестра»*

Хотела попробовать свои силы в новом, интересном, престижном проекте и доказать в первую очередь себе, что смогу справиться с испытанием. Не буду скрывать, что некоторые вопросы были сложными, так как касались не только моей специальности «процедурная сестра», но и таких тем, как психиатрия, педиатрия и др. Но подготовка к теоретической части экзамена не прошла зря – тестирование я прошла успешно. На практической части экзамена необходимо было выполнить манипуляции, связанные и с моей работой, и с оказанием неотложной медицинской помощи. С этим приходится каждый день работать, поэтому сложностей практически не было. Впечатления остались только положительные. Даже присутствующее волнение сейчас вспоминаю с удовольствием.

Наша профессия обязывает постоянно развиваться и учиться. Благодаря проекту пришлось освежить немного забытые знания и получить новые. В этом большой, но не единственный плюс проекта. Положительных моментов много: ежемесячная финансовая доплата, автоматически присваиваемая квалификационная категория, а также почет и уважение коллег, пациентов, друзей и родных.

Я решила попробовать свои силы в получении почетного статуса «Московская медицинская сестра», потому что работаю старшей медицинской сестрой травматолого-ортопедического отделения и захотела начать с себя, чтобы подать пример своим сотрудникам. Тестирование было нелегкое, но набрать минимум 80 баллов для прохождения в следующий этап вполне реально. Экзамен состоял из четырех этапов: тестирование, оценка практических навыков, решение ситуационных задач, оценка портфолио. Проект организован на высшем уровне! Хочется выразить огромную благодарность его сотрудникам за поддержку, которую они оказывали на протяжении всех этапов. Думаю, что проект «Московская медицинская сестра» в будущем возможен как элемент непрерывного медицинского образования, если рассмотреть вариант зачисления баллов для прохождения периодической аккредитации.

Помимо приятного бонуса — ежемесячного дополнительного материального поощрения в размере 7,5 тысяч рублей на протяжении ближайших 5 лет, есть еще одна очень позитивная сторона: я познакомилась с коллегами из других медицинских организаций, что для меня лично весьма ценно. Также считаю, что наличие статуса станет для пациента дополнительной гарантией высокого качества оказываемой медицинской помощи и залогом его уверенности в квалификации среднего медицинского персонала. Буду рекомендовать своим коллегам пробовать свои силы в этом проекте.



Мария Васильева,
*старшая медсестра высшей
категории травматолого-
ортопедического отделения
филиала «Поликлиниче-
ское отделение № 2» ГKB
им. М. П. Кончаловского, об-
ладатель статуса «Москов-
ская медицинская сестра»*

Фото: архив НИИОЗММ ДЗМ



Медицинская сестра. Эволюция профессии

Татьяна Амплеева



Стремительно развивается медицина, трансформируются практика оказания медицинской помощи и функционал специалистов сферы здравоохранения. О медицинских сестрах, переменмах в их работе, имидже, статусе рассказывает главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы Татьяна Амплеева.

Фото: из архива спикера

Татьяна Амплеева, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Городская клиническая больница имени В. М. Буянова ДЗМ»

— Татьяна Викторовна, какое место занимают сегодня медицинские сестры в структуре кадров московской медицины?

— Медицинских сестер всегда было больше, чем врачей. В любой медицинской организации они, как правило, преобладающая часть кадрового состава. И кадры по-прежнему решают все. Сегодня медицинские сестры — это совершенно другой персонал, чем был в прежние годы. От современных медсестер требуются не только профессиональные навыки: проведение медицинских

манипуляций, ассистирование врачу, — но и навыки психологического общения, коммуникативные умения и т. д. Если ранее сестры только четко выполняли назначения врача, сегодня они самостоятельно наблюдают за пациентами и принимают определенные решения. Доктор сосредоточен непосредственно на заболевании, какой-то проблеме, а сестра занимается немного другими аспектами — наблюдением за пациентом, профилактикой, реабилитацией после заболевания и восстановлением для нормальной жизни.

— Каков общий спектр сестринской деятельности, как меняются ее направления?

— Ни одна медицинская организация, государственная или частная, не может полноценно функционировать без сестринской помощи. Это и амбулаторно-поликлиническая помощь, и стационарная. Направлений сестринской деятельности много: педиатрическим медицинским сестрам, помимо медицинских навыков, требуется умение общаться и с малышами, и с их

родителями. Особой подготовки требует взаимодействие со старшим поколением — это касается гериатрических медицинских сестер. Сестринская деятельность в онкологических отделениях, в паллиативной помощи также имеет отличительные черты. Помимо выполнения профессиональных манипуляций, работающим здесь требуются умение сочувствовать, сопереживать пациенту и его родственникам, особая тактичность. В стационаре есть сестры палатные, их наибольшее число. Кроме них — сестры операционные, которые ассистируют хирургам во время выполнения оперативных вмешательств; сестры-анестезистки, которые помогают врачу-анестезиологу во время обезболивания; сестры в рентгеновских отделениях прошли профессиональную переподготовку и стали рентгенлаборантами, но изначально они имеют диплом по специальности «сестринское дело».

И хотя пока сохраняется такое традиционное название специальности, уже большое число юношей поступает в медицинские колледжи. Наша профессия перестала быть чисто женской, и это радует. Медицинские братья в основном стремятся работать в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Крайне тяжелые пациенты, экстремальные условия, спасение жизней — все это дает адреналин. Ребята нередко становятся в этих отделениях старшими медбратьями.

— Вы говорили о расширении компетенций медицинских сестер сегодня, что изменилось за последние годы?

— Помимо профессиональных навыков медицинских манипуляций, появилась возможность и необходимость работать в информационных системах. Другой аспект — тему межличностных коммуникаций, основ психологии — я уже затронула. Сестра должна видеть и чувствовать настроение пациента. Готов ли он лечиться, выполнять назначения. Какое у него сегодня состояние и физическое, и душевное, видит ли он сам улучшения, не опускаются ли у него руки. Если она чувствует, что пациент подавлен, медсестра должна обязательно найти правильные слова, поддержать его, одним своим присутствием поднять настроение и дух.

— А этому учат в колледжах?

— Да, этому учат сестер. И затем они отшлифовывают эти навыки в течение всей профессиональной деятельности на различных тренингах, курсах повышения квалификации. Вообще, сестры, как и врачи, учатся в течение всей своей профессиональной карьеры. Получить диплом в медицинском колледже по специальности «сестринское дело» и сказать: «Все, я высококлассный специалист», — сегодня не получится. Для медицинских сестер предусмотрены различные образовательные программы, на которые их направляет работодатель в рамках системы непрерывного медицинского образования или вне этих рамок, также они самостоятельно изучают определенные информационные ресурсы.

— Система НМО обязательна для медицинских сестер, как и для врачей?

— Да, уже давно. Иначе сегодня невозможно. Работать исключительно по принципу «что доктор назначил», ограничиться выполнением процедур, манипуляций, назначений — этого уже мало. Сестра должна обладать обширным кругозором, знать основы реабилитации, основы диетологии, прекрасно понимать, к чему могут приводить медицинские ошибки,

обладать логическим мышлением.

— Получается, она очень активный участник лечебного процесса.

— Конечно! Например, патронажная сестра, которая работает в амбулаторно-поликлиническом звене, выходит на дом к пациенту самостоятельно, без врача. И, естественно, пациент, к которому она приходит, должен иметь гарантии, что получит достоверную информацию и рекомендации. Для этого медицинская сестра должна быть грамотной и не только накапливать профессиональный опыт, но и постоянно заниматься самообразованием, повышать квалификацию.

— Профессия медицинской сестры становится популярнее?

— Да, к этому мы стремимся постоянно. В последние годы много сделано в этом направлении. Самый свежий

**ЕСЛИ МЕДСЕСТРА ЧУВСТВУЕТ,
ЧТО ПАЦИЕНТ ПОДАВЛЕН,
ОНА ДОЛЖНА ОБЯЗАТЕЛЬНО
НАЙТИ ПРАВИЛЬНЫЕ
СЛОВА, ПОДДЕРЖАТЬ ЕГО,
ОДНИМ СВОИМ ПРИСУТСТВИЕМ
ПОДНЯТЬ НАСТРОЕНИЕ И ДУХ**



пример — проект «Московская медицинская сестра / Московский медицинский брат». Этот статус утвержден мэром Сергеем Семеновичем Собяниным по аналогии со статусом «Московский врач». И у нас уже есть обладатели этого почетного звания. Бесспорно, для пациентов это дополнительный знак качества и доказательство, что пришел настоящий профессионал. А сами медицинские сестры, сдавшие соответствующие квалификационные экзамены, получают не только звание, но и ежемесячную доплату.

— Когда началась реализация этой программы?

— Она стартовала в августе 2021 года. А награждение состоялось практически под Новый год в мэрии. Пока у нас 19 обладательниц статуса «Московская медицинская сестра» и один «Московский медицинский брат». Квалификационные испытания могут проходить медицинские сестры разных направлений. Ведь как и у врачей разных специальностей, у них разный круг обязанностей. Разработаны специализированные тесты, соответствующие различным видам сестринской деятельности. Например, у медицинской сестры перевязочного кабинета круг обязанностей и сфера интересов — хирургия. Она наблюдает за пациентами после оперативных вмешательств — от малых до больших, делает перевязки, в ее работе много специфических тонкостей. Процедурная медицинская сестра выполняет различные манипуляции — от забора крови до различных инъекций: внутримышечных, внутривенных, капельных, подкожных и т. д. В ходе тестирования проверяется круг ее профильных навыков и общие теоретические знания.

— В связи со стремительным развитием медицины, расширением круга обязанностей медицинских сестер пересматриваются программы обучения в колледжах?

— Да, по-другому не может быть. Поскольку наука, медицина не стоят на месте, постоянно появляются новое оборудование, новые расходные материалы, новые

методики лечения, протоколы, стандарты. Естественно, не только практикующие медсестры должны учиться и идти в ногу со временем, но и образовательные организации должны успевать перестраивать программы и модули под новые стандарты. В Москве это происходит постоянно, потому что главные специалисты Департамента здравоохранения вплотную работают с образовательными организациями среднего звена и вузами.

— Расскажите, пожалуйста, о возможностях высшего образования для медицинских сестер.

— Первый факультет высшего сестринского образования открылся на базе Сеченовского университета, тогда это была Сеченовская академия, еще в начале 90-х годов. Второй такой факультет открылся на базе Российского университета дружбы народов. В этой сфере по-прежнему идет дискуссия. Кто-то говорит, что это обучение будущих управленцев, руководителей, однако в больнице, где я занимаю должность заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, трудится очень много медицинских сестер с высшим сестринским образованием, и работают

СТАТУС «МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА» — ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЗАНАК КАЧЕСТВА ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ДОКАЗАТЕЛЬСТВО, ЧТО ПЕРЕД НИМ НАСТОЯЩИЙ ПРОФЕССИОНАЛ

они непосредственно палатными, операционными сестрами. Практика показывает отчетливо, что сестры, которые после среднего профессионального образования с небольшим стажем работы поступают на факультет высшего сестринского образования и, завершив его, выходят на работу, это уже совсем другие медицинские сестры. У них другой подход, развитое логическое мышление, они настоящие клиницисты. Это некое промежуточное звено между медсестрой после колледжа и врачом.

— Как вы считаете, это будущее профессии? Назрела необходимость распространения и развития системы высшего сестринского образования?

— Обязательно. Я считаю, что высшее сестринское образование создаст не только пул управленцев, руководителей. Всем медицинским сестрам, которые

работают с пациентами, очень полезно иметь высшее сестринское образование. Особенно тем, которые делают инвазивные манипуляции. Непосредственно с задачами базового ухода: поменять постельное белье, обработать кожные покровы, накормить пациента, перевернуть — прекрасно справится медицинская сестра со средним профессиональным образованием. На эту тему можно долго дискутировать. Но я считаю, что высшее образование желательно для всех медицинских сестер. Я была на стажировках в различных клиниках: в известном госпитале Бундан в Сеуле, в клинике Барселоны — и сама задавала этот вопрос. У них высокий процент сестер с высшим сестринским образованием, и это приносит свои плоды, благоприятно сказывается на качестве лечения. Нам к этому надо стремиться.

— **Какова специфика управления средним медицинским персоналом? И вообще, насколько корректна такая формулировка, если в системе работают сестры с высшим медицинским образованием?**

— На эту тему тоже ведутся споры. Но пока наша номенклатура должностей — документы, распоряжения вышестоящих организаций — сохраняет такую квалификацию, как средний медицинский персонал. Это обидно медсестрам, которые учились пять лет в вузе, а потом еще год в интернатуре. Ведь нет понятия «высший медицинский персонал». Будем надеяться, что и характеристика «средний» с ее не самыми хорошими коннотациями когда-нибудь уйдет в прошлое.

А что касается управления, в каждой медицинской организации есть главная медицинская сестра. В стационарах — заместители главного врача по управлению сестринской деятельностью. В круг их задач входят набор кадров, работа с образовательными организациями: обучение студентов медицинских колледжей начиная со второго курса и привлечение их на практику, подготовка медицинских сестер к аттестации на присвоение квалификационной категории. На руководителях сестринским персоналом лежит ответственность

за работу внутри медицинской организации: контроль санитарно-эпидемиологического режима, наличия лекарственных препаратов, расходных материалов, работа с обращениями пациентов и т. д.

Если, например, в больнице 3 000 сотрудников, 1 800 из них наверняка будут представителями среднего медицинского персонала: медсестрами, лаборантами. Примерно 600 — врачи и еще столько же — обслуживающий персонал: повара, прачки, техники, инженеры и т. д. Получается, что под опекой главной медицинской сестры 1 800 человек. При этом могу про себя сказать — 90 % своего штата я знаю по именам.

— **Что касается сестринских кадров, главная медицинская сестра принимает финальное решение при приеме на работу?**

— Да. Как правило, когда сестра или брат приходят на собеседование в медицинскую организацию, они попадают именно в кабинет главной медицинской сестры. Она первая проверяет документы и проводит устное собеседование. Ей надо понять, чем человек хотел бы заниматься, с какой нозологией работать, за какими пациентами ухаживать. Ведь если человек хочет работать в операционном блоке и ассистировать врачам

**ВЫСОКИЙ ПРОЦЕНТ СЕСТЕР
С ВЫСШИМ СЕСТРИНСКИМ
ОБРАЗОВАНИЕМ БЛАГОПРИЯТНО
СКАЗЫВАЕТСЯ
НА КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ,
НАМ К ЭТОМУ НАДО
СТРЕМИТЬСЯ**

на высокотехнологичных операциях, а мы не услышим этого на этапе собеседования и определим кандидата палатной медсестрой в терапевтическое отделение, человек выгорит, ему будет неинтересно ходить на работу. В таком случае лучшим вариантом будет, если он уволится и пойдет в другую больницу, где его услышат и подберут подходящее место, чтобы он нашел себя. Худший вариант — когда сестра остается там, где ей неинтересно.

— **Недавнее социологическое исследование показало, что лояльность медицинских сестер существенно влияет на результаты деятельности медицинской организации, результаты лечения...**

— Вообще пациент, входя в любую поликлинику или больницу, в первую очередь сталкивается



с медицинской сестрой. И от ее внешнего вида, умения расположить к себе, найти психологический контакт уже складывается впечатление о медицинской организации в целом. Думаю, будет правильным сказать, что медицинские сестры во многом определяют лицо медицинской организации. Пациенты приходят сюда с проблемой, за помощью. И это надо понимать, чувствовать. Здесь должны работать люди, которые умеют сочувствовать, сопереживать, гореть желанием помочь ближнему.

— Для некоторых профессия медсестры — переходный этап, чтобы получить среднее профессиональное образование и потом дальше доучиваться на доктора. Насколько это распространено?

— Конкретный процент я не называю. Но мне кажется, это не такое плохое явление. Например, ребенок окончил школу и недобрал необходимых баллов для поступления в вуз на лечебное дело. Чтобы не терять времени и набраться опыта, он поступает в медицинский колледж. Иногда после окончания колледжа такие выпускники сразу поступают в вуз. Если попытка опять была неудачной, человек продолжает работать в здравоохранении. И все равно свою мечту потом реализует. С моей точки зрения, важно, что человек остается в медицине.

— Вы упомянули выгорание. Вы считаете, оно связано исключительно с необходимостью выполнять неинтересную работу?

— Нет, не только. Я связываю нашу профессию со словом «милосердие». Сестрам присуще чувство эмпатии. Однако и здесь надо уметь почувствовать порог, чтобы эмпатия не пошла во вред, не истощила внутренний ресурс, чтобы не наступило выгорание и сестра не сказала: все, не хочу, не могу больше работать. Это одна из существенных задач руководителя сестринским составом.

— Что делают для того, чтобы не было выгорания?

— У нас в городе для этого проводится множество мероприятий. Например, ежегодный городской конкурс профессионального мастерства с прекрасным призовым фондом. Подобные мероприятия проводятся и среди медицинских сестер, и среди фельдшеров, и среди акушерок. Я думаю, в глубине души каждая хотела бы стать лучшей медсестрой года. Внутри учреждений также работают различные корпоративные программы, организуются конкурсы, праздники. И, конечно, самим сестрам нельзя о себе забывать. В свободное от работы время надо отдыхать, ходить в театры, на концерты, заниматься спортом, плавать в бассейне — кому что нравится, чтобы не допустить внутреннего дисбаланса, организму нужен отдых, эмоциональное переключение.

— Нередко говорят, что врачи приносят работу домой...

— Это правда. Мы тоже нередко приносим домой переживания, волнения, связанные с больными на работе, но все равно о себе не стоит забывать. Сходить к парикмахеру постричься, сделать красивый маникюр. Такие вещи не только расслабляют. Для медсестры, каждый или почти каждый день проводящей время с больными,

это важно. Ее ухоженный, спокойный вид — это как лучик счастья, надежды.

— Как будет развиваться дальше профессия?

— Как я уже сказала, профессия не стоит на месте. Сегодня медицинские сестры принимают участие в крупных научных мероприятиях: форумах, съездах, конференциях — и приезжают не просто послушать, но и выступают с лично подготовленными докладами и презентациями, работают со статистическими данными, проводят сравнительный анализ данных. Медицинские сестры в настоящее время обладают желанием и навыками исследовательской деятельности. Поэтому будущее у нас большое. Я считаю, сестринское направление в медицине обладает существенным научным потенциалом. Профессия всегда будет востребованна, в какое бы время мы ни жили. ММ

**ДУМАЮ, БУДЕТ ПРАВИЛЬНЫМ
СКАЗАТЬ, ЧТО МЕДИЦИНСКИЕ
СЕСТРЫ ВО МНОГОМ
ОПРЕДЕЛЯЮТ ЛИЦО МЕДИЦИНСКОЙ
Организации**

Управление персоналом в многопрофильном стационаре

Марьяна Лысенко



Спецификой работы с кадрами и управления персоналом делится главный врач крупной московской больницы, хорошо известной в московской медицине как среди профессионалов, так и среди пациентов, Марьяна Лысенко.

Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

Марьяна Лысенко, д. м. н., главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ», Герой Труда Российской Федерации

— Марьяна Анатольевна, какие основные принципы, по вашему мнению, лежат в основе успешного управления крупным стационаром?

— Главный принцип, с моей точки зрения, — давать возможность людям реализовывать задачи самостоятельно. Это открывает перспективы для развития и поддержания разных направлений в работе организации. Поэтому одна из самых главных задач руководителя — видеть людей, чувствовать, давать им возможность предлагать и реализовывать новые инициативы. Жесткое вертикальное управление не приносит больших результатов, не позволяет развиваться, особенно в таких областях, как медицина. Через активное общение с персоналом появляется возможность видеть «флажки», которые, вероятно, потом обозначат новые направления

развития учреждения в целом. Большие медицинские организации похожи на производства и живут по тем же законам: кто не развивается, тот проигрывает. И даже в государственной структуре здравоохранения важно быть конкурентоспособным, иметь желание быть лучшим в том или ином направлении.

— Как вы к этому пришли? Каков ваш путь как управленца?

— Думаю, что организационный талант, как и любой другой, либо есть, либо нет. Для того чтобы уметь организовывать процессы в работе с людьми, нужны определенные особенности характера. Можно обучить технологиям, методикам, принципам, но это не гарантирует успеха, если ты не видишь людей и не развиваешься вместе с ними. Другой вопрос: какую задачу ставить перед собой. Если ты нацелен исключительно на личные достижения, такую линию сложно выстраивать в больших коллективах, в крупном учреждении, у которого масса разных задач. Здесь все достижения могут быть только совместными с людьми, которые тут работают. В нашем коллективе это понятно каждому.



Мы свои задачи строим вокруг пациента. Это наша идеология. Поэтому и все взаимоотношения с коллегами строятся вокруг него в рамках диагностики, профилактики, лечения заболеваний. Самые правильные в медицине решения опираются на чувства — сострадание, равнодушие, участие, они и приносят результат.

— В составе вашей больницы не только стационар, но еще и поликлиника, роддом, женские консультации. Требуется разные подходы к управлению персоналом?

— Эти подразделения решают разные задачи, но подход должен быть системный, одинаковый. Поскольку я работала и в поликлиниках, и в стационарах, мне ясно представляется, как нужно организовывать процесс «идеальной» медицины. И мы рано или поздно к ней подойдем. Над этим трудится множество специалистов, это включает реорганизацию разных процессов, маршрутизации, алгоритмов лечения. Поликлиника и стационар не могут существовать в отрыве друг от друга, потому что у нас общий пациент. Сфера медицины традиционно больше других подвержена критике всегда и во всех странах мира, независимо от того, на каком уровне она находится. В этой сфере слишком многое основывается на людях, на личном факторе. Поэтому крайне важно видеть этих людей, чувствовать всех участников процесса: и пациента, и его родственников, и врача, и медсестру, и санитарку, и охранника, — иначе не понять, как усовершенствовать тот или иной процесс.

— Как вы справляетесь с эмоциональным выгоранием тысяч сотрудников? Можно ли его избежать в принципе?

— Сейчас говорят о выгорании людей во многих профессиях, но показатели среди медиков почти в два раза превышают показатели представителей других сфер. Выгорание можно назвать «профессиональным заболеванием», свойственным помогающим профессиям. С одной стороны, это зависимость от людей, ты все время находишься в ситуации, когда нужно принимать корректные решения, с другой стороны — боль за неправильно принятые решения, огромное количество негативных эмоций, связанных с тем, что люди подвергают

критике твой труд. Если бы мы больше занимались проблемой выгорания, научились бы готовить специалистов именно в этой узкой сфере, развивали бы культуру, когда обратиться за психологической помощью — это нормально, у нас бы было меньше проблем в жизни, не только в медицинской профессии.

Однако во время работы в пандемию мы убедились, что существуют факторы, которые спасают от выгорания: научный и творческий поиск, осознание важности своей работы, успешный результат — спасенные жизни. Это дает огромную энергию, которая для многих людей делает нашу работу любимой. Я неоднократно слышала от сотрудников: «Мне всегда интересно, поэтому выгорание мне не грозит». Но, конечно, есть системные факторы, изучением выгорания, его «профилактикой и лечением» надо заниматься. Хорошо, что на эту проблему сейчас обращают все больше внимания.

В самый разгар пандемии совместно с отделом медико-социологических исследований НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента мы провели в больнице масштабное исследование по изучению эмоционального состояния коллектива. В исследовании анонимно приняли участие почти 600 человек.

И сравнение с данными других исследований позволяет утверждать, что у нас показатели выгорания как минимум не превышали показатели медицинских сотрудников в России и за рубежом, работавших в обычных условиях. Мы увидели, что негативные последствия работы в экстремальной ситуации пандемии компенсируются за счет таких факторов, как ощущение себя частью команды, сплочение, эмпатия, профессиональный интерес и развитие, гордость и радость от социально значимой деятельности. В то же время рутинизация рабочих процессов, отсутствие самореализации, особенно при недостаточных материальных стимулах, повышают вероятность выгорания, даже при лучших условиях труда.

Хорошо защищает от выгорания баланс между привычным и новым. Новое — это всегда неопределенность, а высокая степень неопределенности тяжела для многих людей. Больше выгорали сотрудники, у которых изменились обязанности или которым пришлось работать в новом коллективе. С другой стороны, слишком много рутины, выполнение чисто исполнительских функций также приводят к эмоциональному истощению,

**БОЛЬШИЕ МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ПОХОЖИ
НА ПРОИЗВОДСТВА И ЖИВУТ
ПО ТЕМ ЖЕ ЗАКОНАМ: КТО
НЕ РАЗВИВАЕТСЯ, ТОТ ПРОИГРЫВАЕТ**

потере интереса к работе и низкой самооценке. У сотрудников, которые считают, что их мнение учитывается при принятии решений, степень выгорания меньше.

Большинство медицинских и немедицинских сотрудников медорганизаций нуждается в психологической поддержке, и, думаю, мы когда-нибудь придем к созданию специализированной психологической службы поддержки в каждом медицинском учреждении. Такой проект есть и у нас.

— Расскажите, пожалуйста, о нем подробнее.

— Мы только в начале пути. Пока внедрены отдельные элементы такой службы: есть кабинет психофизиологической разгрузки, наши психологи осуществляют индивидуальное и групповое консультирование, проводят тренинги, разрабатывают методики. Учитывая, что мы полностью были погружены в лечение COVID-19, у нас небольшой ресурс по площадям. Занимаемся разными вариантами тимбилдинга, разгружающими мероприятиями вроде танцев, пытаемся на этот процесс выгорания каким-то образом воздействовать.

Поскольку был спонтанный, непрогнозируемый момент единения и эмоционального подъема перед той опасностью, которая на нас обрушилась, потом неизбежен эмоциональный откат. Это естественно с точки зрения физиологии. Поэтому мы сейчас будем тратить время на то, чтобы люди могли оторваться от привычных картинок и почувствовать себя в другой среде. Мы намерены сформировать эту службу, с тем чтобы получать профессиональную оценку и аналитику, какие тенденции в коллективе, с кем можно и нужно работать индивидуально.

— Как связаны между собой выгорание и лояльность персонала?

— Напрямую. Если люди устают от того, чем они занимаются, не видят перспективы, негативными эмоциями окрашен их ежедневный труд, то теряется и лояльность к учреждению, в котором они работают. Сейчас все больше говорят о гуманистическом подходе и биопсихосоциальной модели в медицине. В отношении пациентов это значит учет не только медицинских, но и социальных и психологических факторов, которые оказывают серьезное влияние на здоровье и успешность лечения.

И то же самое можно сказать о сотрудниках: удовлетворение социальных и эмоциональных потребностей людей, поддержка близких, коллектива и руководства, взаимное доверие оказываются значимым фактором мотивации, способствуют лучшему выполнению профессиональных обязанностей. Это показало и наше исследование. Помимо профессионального выгорания, смотрели различные маркеры эмоционального состояния, удовлетворенность материальными и нематериальными условиями труда. Старались выявить факторы, оказывающие наибольшее влияние на эмоциональный климат. Было выдвинуто несколько гипотез относительно атмосферы в коллективе, эмоционального состояния сотрудников и их лояльности, и я рада, что подтвердились самые позитивные.

ТЕ КОЛЛЕКТИВЫ, В КОТОРЫХ ЛЮДИ ПОДБИРАЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ ВЫСОКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КАЧЕСТВ, СПРАВЛЯЮТСЯ С САМЫМИ СЛОЖНЫМИ ЗАДАЧАМИ

— Какие инструменты для обеспечения лояльности сотрудников применяются в больнице? Как они формировались?

— В исследовании мы измеряли индекс лояльности по классической методике на основе вопроса о готовности рекомендовать свое место работы друзьям и знакомым с соответствующей квалификацией. Этот индекс у нас оказался достаточно вы-

соким и составил 7,9 балла по 10-балльной шкале. Коллеги из НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента сравнили его с показателями других медицинских организаций столицы, полученными еще до пандемии, и он оказался выше.

При использовании этой методики выявляются доли «промоутеров», «нейтралов» и «критиков» — людей, давших высокие, средние и низкие оценки. Поскольку в исследовании мы выясняли мнение сотрудников об условиях труда, значимых для них материальных и нематериальных факторах, выявилась интересная закономерность. Наиболее значимыми для тех, кто продемонстрировал высокую лояльность, были нематериальные факторы: уважительное отношение и взаимная поддержка в коллективе, профессионализм и компетентность руководства и коллег. Получается, что там, где люди подбираются на основании высоких профессиональных и человеческих качеств, атмосфера здоровая и комфортная. Такие коллективы справляются с самыми сложными задачами.

Но чтобы нематериальные факторы работали, должны быть удовлетворены базовые потребности.



Московские власти обеспечивали медиков трехразовым горячим питанием, возможностью жить в гостинице, не боясь заразить близких. Очень значимо чувство безопасности, которое давало отсутствие проблем со средствами индивидуальной защиты.

Наиболее значимым фактором нелояльности стал низкий уровень оплаты труда и ее несоответствие нагрузке. Лояльных врачей оказалось больше, чем среднего медицинского персонала.

— В чем специфика работы с врачами, медицинскими сестрами, другими сотрудниками?

— В ходе исследования мы разделили сотрудников по группам: врачи, средний медицинский персонал, младший персонал, административно-управленческий персонал. Также разделили на тех, кто постоянно работал в «красной зоне», периодически работал в «красной зоне» или оставался в «зеленой зоне». Группы изучались отдельно, и показатели у них оказались разные.

Например, показатели выгорания у врачей в «красной зоне», как ни парадоксально, были меньше, чем показатели младшего персонала, выполняющего работу в «зеленой зоне» или работающего в обеих зонах. Таким образом, мы видим, что нелегкая рутинная работа с невысокой оплатой даже при лучших условиях труда — одна из наиболее значимых причин выгорания. К тому же многие сотрудники этого ряда стараются увеличить нагрузку с целью больше заработать. Высокая степень выгорания приводит к тому, что к младшим сотрудникам больше всего нареканий, несмотря на то что у нас «отборные люди». Мы очень любим наших санитарок и гордимся ими. И от них действительно очень многое зависит. Например, от того, как санитарка помоеет пол в отделении гематологической службы, может зависеть жизнь пациента: там необходима высочайшая стерильность. Кстати, я сама начинала карьеру в медицине, работая санитаркой, и уважаю труд каждого из моих сотрудников.

Современные медицинские сестры и братья (в нашей больнице около 70 медбратьев) — высококвалифицированные специалисты, часто с высшим образованием.

У нас очень активные и профессиональные руководители сестринской службы, которые управляют своим коллективом через совет старших сестер. Очень хорошо

работает программа наставничества, она гарантирует не только устраивающую нас квалификационную подготовку среднего медицинского персонала, но и его психологическую подготовку и поддержку.

Разные медицинские специальности требуют разного подхода с точки зрения профилактики выгорания, поскольку каждая привлекает людей разного психотипа, темперамента. И с этим тоже надо считаться. Например, реаниматологи и терапевты — разные. Эту специфику далеко не всегда в состоянии учесть внешние психологи.

— С точки зрения управления чему научили годы работы в пандемию?

— Великий хирург и не менее великий организатор здравоохранения Николай Иванович Пирогов любил

повторять, что эпидемии побеждают организацией. В этом мы убедились на собственном опыте. Во время пандемии клинические и организационные решения оказались тесно связаны. Поиск лечебных решений потребовал перестройки организации работы. Появилась и успешно зарекомендовала себя система старших по корпусам. В нашей больнице девять специализированных реанимаций для пациентов разного профиля — семь из них стали

«ковидными». Специфика заболевания диктовала иной подход к организации реанимационной помощи, поскольку ухудшение у пациента может наступить быстро. Каждое линейное отделение было постоянно на связи с реанимационной бригадой.

Внедрение изменений требует комплексной работы на разных уровнях — это не только методики и инструменты, не только изучение чьего-то позитивного опыта, но и воспитание определенной культуры, анализ существующей практики, начиная с самых нижних уровней. Только понимая это, мы можем быстро и эффективно менять что-то сверху. Для эффективного управления необходимы доверие и обратная связь.

Частью нашей команды стали волонтеры, которые оказывали помощь на всех участках работы. Пандемия способствовала накоплению уникального опыта — как клинического, так и организационного. В том числе пониманию условий, при которых команда становится мощной и эффективной «боевой единицей», способной сделать почти невозможное. У меня команда, на которую я могу полностью положиться. **ММ**

РАЗНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ТРЕБУЮТ РАЗНОГО ПОДХОДА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЫГОРАНИЯ, И С ЭТИМ НАДО СЧИТАТЬСЯ

Специфика управления персоналом в городской поликлинике

Инга Кокарева



Московская городская поликлиника — это многопрофильная лечебно-профилактическая организация с большим кадровым составом, основное звено в системе первичной медико-санитарной помощи. Каждая поликлиника имеет головное подразделение и несколько филиалов. Об организации работы поликлинического объединения, кадровых особенностях и специфике управления персоналом рассказала главный врач городской поликлиники № 6 Инга Кокарева.

Фото: mosgorzdrav.ru/gp6

Инга Кокарева, главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 6 ДЗМ»

— Какие основные принципы лежат в основе успешного управления городской поликлиникой?

— Основа успешного управления — это профессионализм. На мой взгляд, в любой сфере, в том числе и в здравоохранении, без профессионализма никак не обойтись.

— Какова кадровая специфика амбулаторного учреждения?

— Нюансов много, но основная специфика заключается в балансе соотношения медицинского и немедицинского персонала. Для оказания качественной помощи необходимо, чтобы медицинский персонал не думал о бытовых сложностях, а это и расходный материал, и грамотно составленное расписание, и бытовые условия, и своевременно выплаченная заработная плата. Есть масса и других мелочей, зачастую незаметных пациенту, которые обеспечивает именно немедицинский персонал.



— Как изменилась специфика управления после объединения поликлиник в амбулаторные центры?

— Помните фразу из одного известного фильма: «Трудно с тремя подчиненными, а когда трех научишься организовывать, дальше число уже не имеет значения?» («Москва слезам не верит». — Прим. ред.). Главная ценность — это люди, в том числе и руководители филиалов, благодаря которым наш амбулаторный центр функционирует как единый механизм. У каждого «винтика» нашего амбулаторно-поликлинического центра есть своя узкая, но очень важная роль. И задача руководителя — грамотно поставить задачу и расставить кадры.

— Каков ваш путь управленца?

— На мой взгляд, любой управленец только тогда может привести к успеху свое предприятие, когда знает работу изнутри, знает, чем живет и дышит каждый его работник. Поэтому начинала я с рядового врача, потом стала заведующей отделением, через некоторое время начала руководить поликлиникой и уже более 15 лет работаю в должности главного врача.

— Что, на ваш взгляд, важно для успешного управления?

— Руководителю важно ценить и любить свою работу, понимать и ставить правильные цели и задачи. И не менее важно любить людей и помогать как пациентам, так и своим подчиненным.

— В чем особенности работы с врачами, медицинскими сестрами, другими сотрудниками?

— Руководителю нужно понимать, в чем заключается функционал каждого сотрудника, независимо от его специализации, и иметь возможность, что называется, на пальцах объяснить каждому главный посыл и, соответственно, требовать выполнения своих указаний.

— Какова кадровая специфика организации врачебной помощи на дому?

— Врачебная помощь на дому, конечно, имеет свои особенности, к ней нужно адаптироваться. За время

пандемии, когда медицинская помощь преимущественно оказывалась именно на дому, весь медицинский персонал настолько проникся этой работой, что пришлось впоследствии привыкать возвращаться в обычное мирное русло. Но в целом наша главная задача — это оказание качественной медицинской помощи нашему населению, независимо от того, где она оказывается: дома у пациента или во время приема в кабинете врача.

— Как справиться с эмоциональным выгоранием сотрудников или предупредить его? Можно ли его избежать в принципе?

— Вы знаете, я всегда говорю: жизнь многогранна, она не может состоять только из работы. На этот случай у нас есть прекрасный профсоюзный комитет. Мы организуем поездки, встречи, корпоративные мероприятия. В нашем коллективе, кстати, очень много молодежи. Люди общаются, знакомятся, влюбляются. Это прекрасно! Это лучшая профилактика эмоционального выгорания.

— Какие инструменты для обеспечения лояльности сотрудников применяются в поликлинике?

— У всех сотрудников достойная заработная плата, они получают стимулирующие выплаты. У каждого сотрудника есть


возможность обратиться за советом к руководителю любого звена, начиная от старшей медицинской сестры и заканчивая главным врачом. Быть услышанным, понимать, что ты не один, на мой взгляд, очень важно для любого человека, тем более для работника такой сложной структуры, как медицина.


— С точки зрения управления чему научили годы работы в пандемию?

— Пандемия научила нас еще большей сплоченности. В этот нелегкий период было ощущение крепкого плеча рядом. Любого руководителя делает его коллектив, и только слаженная команда в состоянии выполнить любые поставленные задачи. ММ

**РУКОВОДИТЕЛЮ
НУЖНО ПОНИМАТЬ, В ЧЕМ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛ
КАЖДОГО
СОТРУДНИКА, И ИМЕТЬ
ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЪЯСНИТЬ
КАЖДОМУ
ГЛАВНЫЙ ПОСЫЛ**

Пять лет исследований образа медицинского специалиста в московском здравоохранении

 И. В. Богдан

 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

История вопроса

Тематика образа медицинского специалиста, несмотря на свою актуальность, мало представлена в отечественной научной литературе, оставаясь предметом зачастую обыденных дискуссий, когда публичные спикеры высказывают мнения, основываясь не на данных исследований, а на своих субъективных ощущениях о том, каким этот образ должен быть. Такое положение дел может приводить в итоге к неправильному позиционированию медицинских работников в информационном поле, а также к ряду негативных последствий для системы здравоохранения (поскольку, например, исследователи говорят о том, что образ специалиста обнаруживает связь с качеством оказываемой медиками помощи¹, а также с кадровым оснащением системы здравоохранения²).

Обзор литературы показывает, что исследуется в основном позиционирование медицинских специалистов либо в художественных произведениях, либо в СМИ. При этом практически нет:

1) исследований восприятия образа медицинского специалиста как целостного явления, когда рассматриваются его различные аспекты в единстве.

Обычно акцент идет на отдельных аспектах образа, как показывают данные литературы, образ содержит разнообразные представления о личных и профессиональных качествах медицинских работников, об их внешности, статусе и т. д.;

2) исследований на репрезентативной выборке населения. Обычно такие исследования проводятся как контент-анализ источников (которые не всегда отражают общественное мнение) или на выборках студентов (зачастую студентов-медиков). Когда же встречаются исследования различных аспектов образа медработников со стороны крупных опросных (полстерских) организаций – они, как правило, не претендуют на научное осмысление, не осмысливается структура образа, не проводится углубленный анализ результатов.

С позиций указанного слабо освещенным остается вопрос, каков образ медицинского специалиста у населения в целом и каковы его компоненты. В первую очередь нас интересуют данные по нашей стране.

Комплексные исследования образа медицинского специалиста проводятся Центром медико-социологических исследований Научно-исследовательского

ТОЛЬКО В СОТРУДНИЧЕСТВЕ С САМИМИ ВРАЧАМИ И МЕДСЕСТРАМИ МОЖНО ЭФФЕКТИВНО РАЗРАБАТЫВАТЬ МЕРЫ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РАЗРЫВА МЕЖДУ «ИДЕАЛЬНЫМ» И «РЕАЛЬНЫМ» ОБРАЗАМИ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА



института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы с 2017 года. Ввиду ведомственной принадлежности института, исследования посвящены преимущественно образу медицинского работника в Москве. Был проведен ряд исследований:

- Исследование образа медицинской сестры в социальных медиа (2017–2019)³.
- Исследование образа медсестры у врачей (2018)⁴.
- Разработка основ информационной политики по продвижению образа медицинского специалиста (2019–2021).

- Сопоставительный анализ образа медицинской сестры и врача в социальных медиа и в общественном сознании (2021 – н. в.).
 - Образ врача в социальных медиа (2019)⁵.
 - Всемосковский опрос на тему образа медицинских работников у населения Москвы (2021 – н. в.).
 - Всероссийский опрос медицинского и фармацевтического сообщества, в т. ч. посвященный тематике образа медицинского работника (совместно с порталом НМО, 2021 – н. в.).
- В настоящий момент исследования продолжают.

Методология исследований

Стоит отметить роль центра в разработке теоретико-методологических основ исследований образа медицинских работников. Так, например, обзоры сотрудников центра по тематике образа медицинской сестры являются первой попыткой знакомства отечественных исследователей с большим пластом зарубежных работ по тематике стереотипов в восприятии сестринской профессии⁶. Несмотря на то что за рубежом данная тема исследуется в течение нескольких последних десятилетий, работы не публиковались на русском языке.

В ходе исследований апробировались различные методические подходы – опросы (онлайн, очные и телефонные; опросы всего населения, профессиональных групп), аналитика социальных медиа, включавшая в себя как анализ текстов сообщений, так и рисунков, связанных с ними. В последнем случае помимо классических методов количественного и качественного контент-анализа был разработан ряд подходов по автоматической аналитике данных с использованием методик data science, которые являются авторским ноу-хау.

¹ Fletcher K. Image: changing how women nurses think about themselves. Literature review // Journal of advanced nursing.— 2007.— № 58(3).— P. 207–215; Takase M., Maude P., Manias E. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behavior // Journal of advanced nursing. 2006. № 53. P. 333–343.

² Emeghebo L. The image of nursing as perceived by nurses // Nurse Education Today. 2012. № 32(6). P. 49–53; Weaver R., Salamonson Y., Koch J., Jackson D. Nursing on television: student perceptions of television's role in public image, recruitment and education // Journal of advanced nursing. 2013. № 69. P. 2635–2643.

³ Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. 2019. № 3. С. 102–115; Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. (спецвыпуск). С. 552–558; Алипперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В., Гурылина М. В., Дударева А. А., Коленникова О. А., Комолова О. А., Крошилин С. В., Гагарина Е. М., Ненахова Ю. С., Савостина Е. А., Токсанбаева М. С., Турзин П. С., Ходырева Л. А., Чистякова Д. П., Ярашева А. В. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения / под ред. Е.И. Аксеновой, О.А. Александрова, М., 2019. 244 с.

⁴ Богдан И. В. Восприятие медицинских сестер московскими врачами // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. Т. 3. № 2. С. 13–17.

⁵ Богдан И. В. Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа // Сборник тезисов XV Конгресса «Мужское здоровье» / Под ред. А. А. Камалова, С.: МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», 2019. С. 87–88; Реальные и художественные образы врача в сознании москвичей: основы информационной политики / И. В. Богдан, М. В. Гурылина, Д. П. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 12 с.; Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Влияние художественных и реальных образов врачей на доверие населения // Труды 6-й Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (24 апреля 2020 г.; Москва) / Под ред. В. А. Козлова, Е. А. Тарасенко, О. Б. Хоревой. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2020. С. 57–63.

⁶ См. части обзоров Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. 2019. № 3. С. 102–115; Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27. (спецвыпуск). С. 552–558.

ДОКТОР В МАССОВОМ СОЗНАНИИ БОЛЬШЕ АССОЦИИРУЕТСЯ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ КАЧЕСТВАМИ, МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА – С ЛИЧНЫМИ

Методология исследований была апробирована в исследованиях как образов медицинских специалистов, так и медицинских организаций и служб⁷.

Для выявления основных аспектов образа специалиста использовались проективные методики – спонтанные ассоциации с профессией, полученные в открытых вопросах (когда ответ респонденты могли давать в свободной форме), тогда как закрытые вопросы (конкретные вопросы с перечнем ответов) использовались для конкретизации полученных данных.

В ходе исследований не только были описаны основные компоненты образа медицинских специалистов (личные, профессиональные качества, стереотипная внешность, специализация и форма оказания помощи, статус) и разработан подход к их анализу, но и был разработан авторский концептуальный подход к проблематике. Данный подход появился в ответ на желание

объяснить возникавшие в период пандемии противоречивые социологические данные – ряд исследований говорили об улучшении образа врача, ряд – о его неизменности или даже об отрицательной динамике. На основании анализа данных был предложен подход, выделяющий в образе медицинского специалиста собственно образ профессии, который, как правило, более позитивен и имеет отношение к сфере должного (для врачебной специальности этот аспект был метафорически назван «а врач», с использованием английского артикля а, обозначающего «какой-то, не конкретный»), и опыт реальной встречи с врачом, который был обозначен как «the врач» (артикуль the обозначает конкретику), который зачастую бывал более негативным⁸. С позиций такого подхода можно говорить не столько об определенной динамике образа, сколько о переключении восприятия между этими двумя аспектами.

Московский медицинский специалист в глазах общества

Образ медицинского специалиста в целом, как показали наши исследования, в инфополе скорее нейтральный (что объясняется тем, что медицинский работник далеко не всегда является смысловым центром сообщения), а образ профессии в массовом сознании скорее позитивный и у населения, и у коллег – медицинских работников. Медицина воспринимается как высокогуманная стезя, призвание, хотя и не всегда адекватно вознаграждаемое. В целом наше исследование показывает, что врачи (особенно врачи в больницах) находятся среди профессиональных групп, пользующихся наибольшим доверием и положительным отношением населения.

При этом восприятие различных групп медицинских работников достаточно дифференцировано. Основное внимание в наших исследованиях мы уделяли сравнительному анализу образа врача и медсестры, которые зачастую стереотипно рассматриваются как «мужская» и «женская» профессии, несмотря на численное преобладание женщин в нашей стране и там, и там. При этом образ врача практически во всем является более «выигрышным», тогда как медсестры находятся скорее

в тени врачебной профессии. Доктор в массовом сознании больше ассоциируется с профессиональными качествами, медсестра – с личными. Доктор в отличие от медсестры – больше про статус, перспективы профессии, творческую работу и т. д. Еще менее выраженным является образ относительно малочисленных медицинских специалистов, которых, с точки зрения публичного позиционирования, с полным правом можно назвать «молчаливыми профессиями», – это санитары, акушерки, фельдшеры и медбратья (образ которых значительно отличается от их коллег-женщин).

Образ работников больниц является более привлекательным для населения, чем образ работников амбулаторно-поликлинического звена. Это можно связать с тем, что больница ассоциируется с героическим спасением жизней и быстрым избавлением от острой боли (в т. ч. в художественных произведениях), тогда как поликлиника более «рутинная», процесс лечения хронических заболеваний чаще долгий и обычно требующий активности самого пациента (например, изменение пищевых привычек).

Исследования показывают, что крайне важным является именно научно обоснованный подход к позиционированию образа медицинского работника, так как построение управленческих решений на субъективных представлениях о том, что верно в этом отношении, может вредить практике. Например, излишний акцент на выдающихся личностных качествах медсестер (добrote, заботе и т. д.) в ущерб профессиональным может приводить к искаженному образу медсестры как «просто доброй женщины в больнице», что несет риски недооценки профессионального вклада медицинской сестры в лечебный процесс. Очень показательны анекдотичные случаи, приводимые забегными исследователями о том, что основной причиной ухода слушателей с обучения «сестринскому делу» являлась «неожиданная» сложность профессии⁹. Образ доброй женщины, которая занята в больнице просто реализацией своей доброты (что скорее ближе к сиделке) в данном случае не сошелся с реальным функционалом специалиста «сестринского дела», требующим достаточно серьезной подготовки.

В целом по причине большей уязвимости сестринское дело, как и другие «молчаливые» профессии, нам представляется сегодня основной областью приложения информационных интервенций, которые в первую очередь требуют работы с престижем профессии и образом в целом. В исследованиях мы наблюдаем различные подходы к интервенциям, однако можно согласиться с авторами, которые считают, что сначала сами специалисты должны решить, каким они хотят видеть свой образ. Как показывают наши исследования, групповое

сознание медицинских работников в сущностной мере воспроизводит восприятие медиков в массовом сознании. В том числе и с точки зрения негативных стереотипов (например, стереотип о медсестрах исключительно как о «помощниках врача» могут воспроизводить как врачи, так и сами медсестры)¹⁰. Соответственно, поддержка стереотипов профессиональным сообществом будет препятствовать их трансформации в массовом сознании.

Только в сотрудничестве с самими медицинскими работниками можно эффективно разрабатывать меры для уменьшения разрыва между «идеальным» и «реальным» образом медицинского специалиста. В этой связи является крайне важным вовлечение представителей профессионального сообщества в дискуссию об образе профессии, ряд таких мероприятий был проведен центром в прошлом году¹¹.

С некоторыми работами центра по данным тематикам вы можете ознакомиться по ссылкам в этом материале. Также часть работ планируется к публикации до конца текущего года.

Мы приглашаем к сотрудничеству всех заинтересованных коллег – медицинских работников и исследователей, которые хотят участвовать в создании образа нового медицинского работника вместе с нами.

E-mail центра: niiozmm-socmed@zdrav.mos.ru ММ

⁷ См. также Bogdan I., Gurylina M., Chistyakova D., Social Media Research in Medicine: Challenges and Possible Solutions // Book of Abstracts. IV ISA Forum of Sociology. Porto Alegre, Brazil, February 23–27, 2021. P. 90; Bogdan I., Chistyakova D., Pravednikov A. Image of psychiatry and psychic illness during the COVID-19 pandemic: social media monitoring // European Journal of Public Health. Volume 31. Issue Supplement 3. October 2021. ckab164.393, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.393>


⁸ Богдан И. В. Когда мы говорим о доверии врачам, подразумеваем ли мы одно и то же? «The врач» и «а врач» в социологических исследованиях // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Сборник научных трудов. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 12–14; Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Изменился ли образ врача в пандемию? // Труды III Форума с международным участием «Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения». Москва, 23.11.2021. – М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 2021. С. 47–48.


⁹ Brodie D.A., Andrews G.J., Andrews J.P., Thomas G.B., Wong J., Rixon L. Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience // International journal of nursing studies. 2004. No 41(7). P. 721–733.

¹⁰ Например, Богдан И. В. Восприятие медицинских сестер московскими врачами // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. Т. 3. № 2. С. 13–17.

¹¹ Например, см. Богдан И. В. Новые подходы к позиционированию образа медицинского работника в диалоге с молодыми специалистами системы здравоохранения // Труды III Форума с международным участием «Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения». Москва, 23.11.2021. – М.: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 2021. С. 45–47.

Волонтерское движение в медицине

 А. Д. Хараз, Е. А. Сирина

 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»

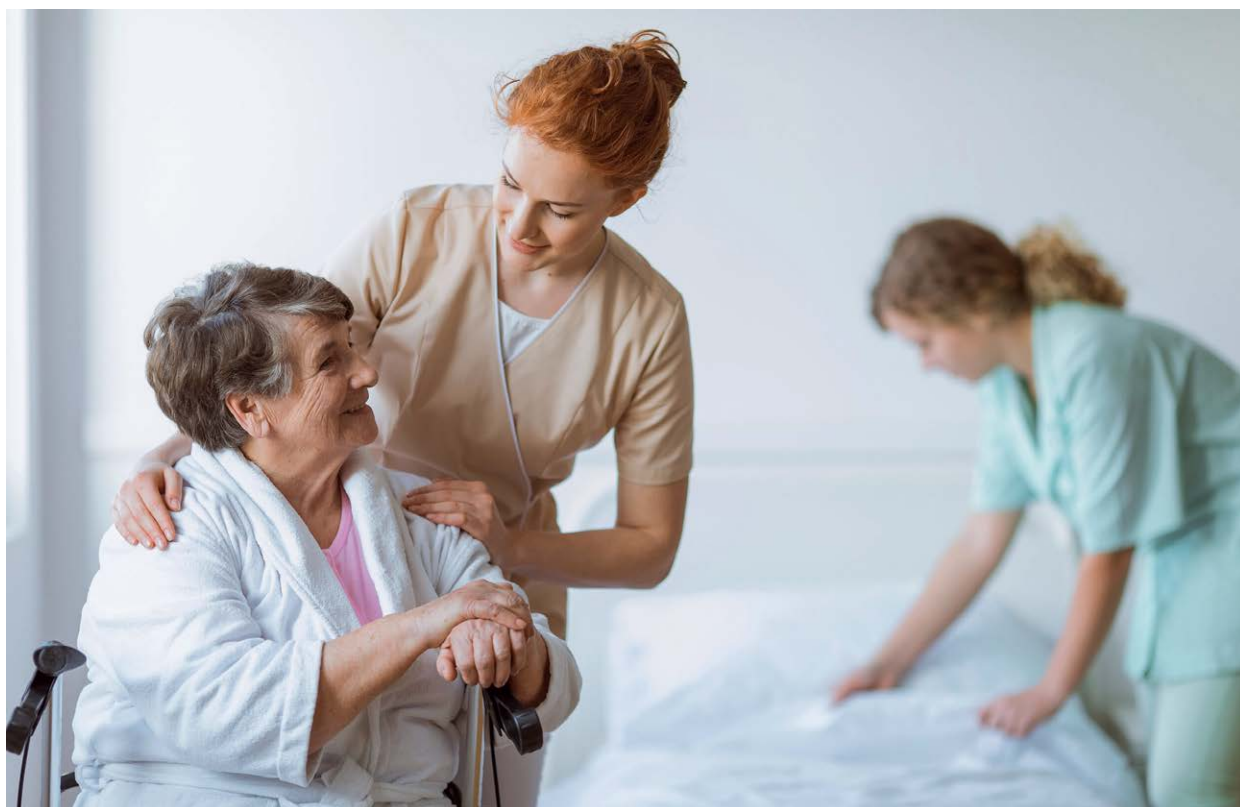


Фото: Shutterstock

Волонтерство становится неотъемлемой частью облика московской медицины. Эта многовековая традиция интенсивно развивается, приобретает новые смыслы на фоне вызовов, стоящих перед здравоохранением города и страны, и наполняет свежей энергией сложившуюся систему.



Природа волонтерства в медицине

Гуманистическая, социальная направленность лежит в «ДНК» мирового здравоохранения. Исторически волонтерское, добровольческое движение в медицине можно назвать одной из основ становления систем здравоохранения как таковых: больничный уход традиционно осуществлялся в Европе монахинями, а лечебницы существовали преимущественно за счет пожертвований. Если квалифицированные врачи назначали лечение, выполняли доступные хирургические вмешательства, проводили исследования, то непосредственно выхаживанием пациентов и наблюдением за ними занимались сестры милосердия, обычно из числа монахинь, или «сердобольные вдовы».

Только в середине XIX века сестринская деятельность стала профессиональной, появилась профессия «медицинская сестра». Однако волонтерское движение не сошло на нет по мере становления профессионального обеспечения ухода и наблюдения за больными и развития различных организационных процессов в здравоохранении, приведших к формированию в итоге национальных систем охраны здоровья граждан. Но в отличие от начальных этапов становления систем охраны здоровья и медицинской деятельности, когда она была определяющей, сегодня волонтерское движение заполняет особую нишу в системе.

«Возобновляемая энергия здравоохранения»¹, «третий глаз»² — подобные характеристики волонтеров в медицинских организациях свидетельствуют о том, что люди не протезируют те или иные функции больницы, а дополняют их. Развитие культуры волонтерства обозначает, с одной стороны,

гражданскую зрелость общества, а с другой — внедрение биопсихосоциальной модели в медицине.

Эта модель была сформулирована в 1977 году психиатром Джорджем Энджелом (1913–1999) как назревшая альтернатива чистому биомедицинскому подходу³. Он подчеркивал значение психологической и социальной составляющих как в развитии любого заболевания, так и в излечении от него, будь то шизофрения или сахарный диабет. Как индивид переживает свою болезнь, зависит не только от биохимических показателей крови или других доступных биомедицине параметров, но и от его психологического состояния и социального окружения. Для успешного ведения больного важно учитывать весь этот биопсихосоциальный комплекс.

Активное развитие модель получила в трудах одного из создателей гуманистической психологии Карла Рэнсома Роджерса (1902–1987), который подчеркивал, что психологические, социальные моменты имеют для выздоровления больного не меньшее значение, чем медицинские. Сейчас эта модель поддерживается Всемирной организацией здравоохранения.

Таким образом, по мере вступления человечества в постиндустриальную фазу развития, в эпоху постмодернизма фундаментальный гиппократовский принцип «лечить не болезнь, а больного» трансформируется в принцип «лечить не больного, а человека». Развитие культуры волонтерства в медицине — одно из доказательств этой трансформации и укоренения биопсихосоциальной модели в здравоохранении.

Гиппократовский принцип «лечить не болезнь, а больного» трансформируется в принцип «лечить не больного, а человека». Развитие культуры волонтерства в медицине — одно из доказательств этой трансформации.

¹ Paine A. E., Kamerāde D., Mohan J., Davidson D. Communities as 'renewable energy' for healthcare services? A multimethods study into the form, scale and role of voluntary support for community hospitals in England // *BMJ Open*. 2019; 9(10): e030243. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030243.

² Трушин А. «Третий глаз» // Журнал «Огонёк» № 48 от 07.12.2020.

³ Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science. 847460.

Миссия волонтерства

Список задач, выполняемых волонтерами в стационаре, может сильно варьироваться в зависимости от направления деятельности подразделения, в котором работают волонтеры.

Волонтеры в медицине — проводники биопсихосоциальной модели. Именно в их компетенции входят в наибольшей степени психосоциальные аспекты заботы о пациенте. Они помогают покрыть не только бытовые потребности человека, находящегося на лечении в медицинской организации, но и усилить элемент персонализации во взаимодействии между системой здравоохранения и человеком. Работа волонтеров способствует повышению удовлетворенности пациента оказываемой помощью⁴. Очевидно, что это связано с формированием атмосферы внимания и заботы, которой окружают волонтеры пациентов, проявляя интерес к нему как к личности. Волонтеры берут на себя нужды пациентов, которые традиционно выходят за рамки оказания медицинской помощи, будучи при этом крайне важными для пациента и неотъемлемой частью его самочувствия.

В силу сложившихся устоев система оказания медицинской помощи выстроена вокруг процесса, но не человека. Включение волонтеров в этот процесс меняет его в корне, адаптирует под нужды пациента и тем самым реализует и развивает пациентоориентированный подход.

Сферы применения усилий волонтеров в стационаре:

- помощь в реабилитации и абилитации пациентов;
- поддержка и уход за одинокими пациентами;
- мониторинг состояния пациентов в реанимации;
- помощь в организации прогулок;
- организационная работа (от координации деятельности самих волонтеров до участия в работе с документацией, например, внесение данных для исследовательских целей);
- анимация для детей;
- обеспечение обратной связи для лучшего понимания процессов и их совершенствования.

Список задач, выполняемых волонтерами в стационаре, может сильно варьироваться в зависимости от направления деятельности подразделения, в котором работают волонтеры. Но закономерно, что в наибольшей степени усилия волонтерских сообществ направлены на помощь наиболее уязвимым категориям пациентов. Чаще всего это касается помощи детям, паллиативной помощи, помощи онкологическим больным.

В условиях стареющего населения планеты развитие культуры волонтерства приобретает особенное значение и может стать значимой частью социальной защиты.

Двустороннее движение

Основные требования к волонтерам: готовность помогать, спокойный характер, эмоциональная стабильность, доброта, отзывчивость и хорошее чувство юмора.

Волонтерская деятельность в медицине подразумевает два разнонаправленных процесса. С одной стороны — волонтерская деятельность со стороны немедицинского сообщества, стремление помочь медицинским специалистам в лечении, реабилитации, паллиативном уходе за пациентами. С другой стороны — волонтерская деятельность самих медицинских специалистов, оказание профессиональной помощи вне рамок постоянной работы в той или иной медицинской организации. Большое значение в этой деятельности имеет Всероссийское общественное

движение «Волонтеры-медики», ставшее одной из крупнейших добровольческих организаций в сфере здравоохранения в Европе. В России открыты 85 региональных отделений, которые объединяют более 100 тысяч человек. Ежегодно помощь и поддержку волонтеров-медиков получают около 4 миллионов россиян⁵.

Внутри движения развиваются различные направления. Среди них — проекты по формированию здорового образа жизни, выездные консультации московских специалистов в регионы, обучение широкой аудитории правилам первой помощи.



Типы и кейсы волонтерской деятельности в московском здравоохранении

В богатом ландшафте разнообразной волонтерской деятельности, связанной с московским здравоохранением, мы выделили два типа и внутри каждого — несколько направлений.

1. ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Медицинская волонтерская деятельность

Одним из заметных кейсов волонтерской деятельности московских врачей является опыт сотрудничества Детской городской клинической больницы им. З. А. Башляевой Департамента здравоохранения города Москвы с **Национальным центром помощи пропавшим и пострадавшим детям**⁶. Национальный центр был создан в 2014 году, а уже в 2015-м к работе активно подключились сотрудники больницы по инициативе главного врача И. М. Османова, главного внештатного специалиста по педиатрии и по детской нефрологии ДЗМ. На добровольной основе специалисты регулярно выезжают в регионы для осмотра пациентов и проведения операций. Бригады в составе высококвалифицированных специалистов уже побывали в Рязани, Костроме, Пскове, Крыму, Омске, Чечне, на Камчатке, в Магадане, Саранске, Алтае, Воронеже, Владимире, Калмыкии, Адыгее, Иркутске, Чите, Смоленской области, Алтайском крае — всего в 32 городах и регионах. За это время более 8 000 детей получили медицинскую помощь. Кроме того, во время поездок московские врачи проводят мастер-классы для коллег по наиболее актуальным проблемам педиатрии. По результатам выездов более 800 детей были приглашены на стационарное обследование и лечение в больницу им. З. А. Башляевой.

Еще один интересный пример волонтерской медицинской деятельности — проект уролога Городской поликлиники № 115 ДЗМ З. Х. Агамова «**Здоровое село**». В рамках проекта врач и его коллеги выезжают

в труднодоступные регионы его родного Дагестана, чтобы в сотрудничестве с местными врачами оказать жителям необходимую профилактическую и медицинскую помощь.

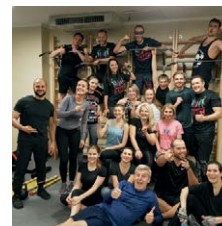
2. Немедицинская волонтерская деятельность

Интересным способом расширения взаимодействия между врачом и пациентом и выведением этого взаимодействия за пределы медицинской организации можно назвать проект «**КМС по здоровью**», созданный по инициативе Молодежного совета при ДЗМ. Его основная задача — вовлечение горожан в активный образ жизни, увеличение доли москвичей, регулярно занимающихся спортом, заботящихся о здоровье и стремящихся повысить качество жизни. Была сформирована команда из волонтеров — практикующих врачей, которые организуют спортивно-оздоровительные просветительские мероприятия для жителей мегаполиса. В команде пять человек, все работают в системе московского здравоохранения: хирург, психиатр, травматолог, стоматолог, детский врач. Иногда к работе над массовыми мероприятиями привлекаются волонтеры-медики. Основное преимущество проекта «КМС по здоровью» заключается в том, что занятия ведут квалифицированные врачи, которые могут учесть многие аспекты здоровья и предупредить риски.

Один из инициаторов проекта, врач-психиатр Центра патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ А. В. Кудряшов, поясняет: «Мы не готовим чемпионов, а помогаем людям улучшать здоровье через спорт. Кроме того,



▲ Консультации проводятся и очно, выездными бригадами больницы, и с помощью телемедицинских технологий



▲ «КМС по здоровью» — это командный дух и сообщество единомышленников

Фото пресс-службы: ДГКБ им. З. А. Башляевой, ДГКБ им. З. А. Башляевой

⁴ Kang R., Hasnain-Wynia R., Hood M. Hospital commitment to community orientation and its association with quality of care and patient experience. // J Healthc Manag 2013;58:277–88. 10.1097/00115514-201307000-00007.

⁵ Волонтеры-медики. Всероссийское общественное движение. Официальный сайт: <https://xn----ctbhcbtapdmikb4a2a0m.xn--p1ai/o-nas/>

⁶ Создан в 2014 году по Указу Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 — 2017 годы».

уделяется внимание не только физическому, но и психическому здоровью. Тренировки составлены с учетом методики нейрохакинга, которая позволяет воздействовать на психические процессы в головном мозге».

3. Сестры милосердия

Особый пласт московских волонтеров из медицинской среды представляет собой сообщество **сестер милосердия**. Все они являются медицинскими работниками, имеющими сертификат, как минимум, младшей медицинской сестры, что позволяет им быть полноценными участниками лечебного процесса в медицинских организациях. В их работе соединяется медицинская и немедицинская добровольческая деятельность. Преимущественно их помощь востребована в отделениях реабилитации, паллиативной помощи, психоневрологических и других, где на первый план выходит уход и психологическое участие в каждом пациенте.

В этой сфере Москва обладает уникальным опытом. Единственное в стране Свято-Димитриевское училище сестер милосердия входит в структуру ДЗМ и представляет собой медицинский колледж. Оно было основано в 1990 году и с тех пор выпустило уже 1 500 сестер милосердия. Курс обучения полностью соответствует государственному стандарту. Выпускницы могут продолжать медицинское образование, работать в качестве медицинских сестер в любых медицинских организациях либо вступить в сестричество и работать в качестве сестры милосердия. При АНО «Больница Святителя Алексия» создан лицензированный учебный центр, который по результатам

обучения выдает государственное свидетельство младшей медицинской сестры и дает право работать сестрой милосердия.

В Москве около 20 сестричеств, а всего по России — около 360. Они являются некоммерческими организациями социальной направленности и существуют за счет пожертвований. Сестры милосердия за редким исключением не входят в штат медицинских организаций, их работа оплачивается именно сестричеством, с которым медицинская организация заключает договор.

Наиболее известный и яркий московский пример — Свято-Димитриевское сестричество, развернувшее активную работу в Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом на базе Инфекционной клинической больницы № 2 ДЗМ. Сестринско-добровольческая служба больницы насчитывает 25 человек и оказывает как медицинскую помощь, так и гуманитарную поддержку пациентам. Руководитель сестринско-добровольческой службы ИКБ № 2 и Ресурсного центра паллиативной помощи Свято-Димитриевского училища О. Ю. Егорова поясняет особенности работы сестер милосердия: «Они делают перевязки, моют, ухаживают, выполняют достаточно сложные манипуляции по уходу. Но имеют возможность делать их не спеша, параллельно уделяя внимание тем, кто в этом нуждается. У медицинской сестры и сестры милосердия один пациент, но с разных сторон подходы». Помимо непосредственно медицинского ухода, сестры милосердия оказывают психологическую поддержку, социальную, моральную и просто бытовую помощь.

II. ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НЕМЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. Деятельность внутри медицинской организации

Это наиболее распространенная и широко известная разновидность волонтерской деятельности. В московской практике она хорошо представлена в детских стационарах. Например, такой интересный значимый проект, как **«Серебряные волонтеры»**, или волонтеры 55+, развернутый, в частности, в Детской городской клинической больнице им. Г. Н. Сперанского с 2015 года.

Главный врач больницы А. А. Корсунский поясняет: «Непосредственно в лечебном процессе волонтеры не участвуют, но для ребенка очень важно, чтобы все время, когда он не получает лечения, было занято позитивной информацией и он чувствовал: весь мир заинтересован в его скорейшем выздоровлении. Благодаря волонтерам дети слушают и читают книги, играют в развивающие игры и, к великой радости родителей, забывают о гаджетах».



▲ Коллектив сестринско-добровольческой службы ИКБ № 2 ДЗМ



▲ Волонтеры-художники расписали стены детской больницы им. Г. Н. Сперанского сюжетами из сказок и мультфильмов

Фото пресс-службы: ДГКБ им. Г. Н. Сперанского, ИКБ № 2 ДЗМ



Другая специфическая форма волонтерской деятельности, организованная для пациентов ожогового центра ДГКБ им. Г. Н. Сперанского, — летний лагерь, где дети, которым из-за повреждений после ожога было бы некомфортно в обычном летнем лагере, могут провести каникулы и получить максимум положительных эмоций, а также психологическую поддержку и помощь в социализации в специализированном лагере. Это одна из программ благотворительного фонда «**Детская больница**».

В 2020 году многие волонтерские программы в московских больницах были свернуты в связи с эпидемическими ограничениями. Однако этот же период открыл другие новые возможности для развития волонтерской деятельности в Москве, в том числе в системе здравоохранения.

Благодаря публикациям в СМИ резонанс приобрел опыт Городской клинической больницы № 52, с самого начала пандемии сосредоточившейся на лечении пациентов с COVID-19. Работу волонтеров в ГКБ № 52 можно описать как один из первых в России опытов масштабного и успешного взаимодействия добровольных помощников без медицинского образования с государственным медицинским учреждением. Во время пандемии волонтеры работали в «красной зоне» и реанимации, помогали в заполнении документации, переоборудовании корпусов, транспортировке пациентов, доставке питания, белья, оборудования и техники — изменения в логистике требовали дополнительных рук. В июне 2020 года стартовал проект «**Тимуровцы**» — волонтеры брали на себя опеку над пожилыми пациентами и больными, перемещаемыми из реанимации в линейные подразделения. Каждый человек имел возможность выбрать наиболее подходящее ему направление работы: от общения с пациентами и их родственниками до заполнения документации или логистики. По признанию главного врача ГКБ № 52 М. А. Лысенко, волонтеры стали полноценными участниками команды больницы.

2. Деятельность вне медицинских организаций

Оба представленных далее кейса отражают креативный подход к волонтерской

помощи и показывают не только острое желание и готовность помогать, делать добрые дела, но и способность находить для этого оригинальные решения.

В рамках проекта «**28 петель**» волонтеры вяжут специальные комплекты для недоношенных детей. 28 петель требуется набрать на спицы, чтобы связать носок для недоношенного ребенка весом около 900 граммов. Сегодня волонтеры вяжут комплекты и для 500-граммовых новорожденных. Как объясняет основатель проекта в Москве А. Перевощикова, «эти носочки не просто предмет одежды. Чистая шерсть, прикасаясь к коже младенца, не только позволяет поддерживать температуру тела, она стимулирует кровообращение и нервные окончания, что очень важно для недоношенных детей, которые лежат в кювезе. Сегодня мы вяжем для Москвы около тысячи изделий в месяц. Комплект представляет собой пару носочков, шапочку, плед (из легкой и не пушащейся чистой шерсти) и игрушку-осьминога — его теплые хлопковые «жгуты» дети хватают, принимая за пуповину. Игрушки сбрызгивают грудным молоком, чтобы малыш чувствовал присутствие матери». Комплекты привозят в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу ДЗМ, родильные дома и отделения неонатологии других детских больниц города, НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова.

Следующий кейс не связан с медицинской деятельностью, но обладает мощным эмоциональным потенциалом, значимым для биопсихосоциальной модели здравоохранения. Проект «**Корона Виктория**» нацелен на поддержку детей с онкологическими заболеваниями и создан мамой такого ребенка. Ю. Панина, автор проекта, и ее единомышленники вяжут шапочки-повязки в виде короны для детей после химиотерапии, чтобы скрыть потерю волос. К проекту подключились и участники программы «Активное долголетие». «Короны» получают пациенты детских онкологических отделений города и области.

Разносторонние волонтерские проекты, связанные с московским здравоохранением, представляют собой опыт, достойный дальнейшего распространения и тиражирования. **ММ**



▲ Волонтеры создают для пациентов связь между больничной и внебольничной реальностью. На фото — волонтер в ГКБ № 52



▲ Вязаный комплект для недоношенного малыша состоит из пледа, носочков, шапочки и осьминога




▲ Такие короны обеспечивают детям положительные эмоции, необходимые для выздоровления

Фото: пресс-служба ГКБ № 52, Анастасия Перевощикова, Юлия Панина

Направления повышения эффективности системы наставничества в столичном здравоохранении

 О. А. Александрова

 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Медицинские кадры — основа системы здравоохранения любого государства. Один из исторически сформировавшихся и доказавших эффективность методов адаптации специалистов и передачи профессионального опыта в здравоохранении — наставничество.

Актуальность возрождения и развития института наставничества

Возрождение и развитие института наставничества обозначено руководством страны, зафиксировано в официальных документах концептуального и стратегического характера, в нормативно-правовых актах федеральных и региональных органов власти.

Проблема обеспечения систем здравоохранения квалифицированными и мотивированными медицинскими кадрами имеет глобальный характер, о чем свидетельствует внимание, уделяемое вопросам профессионального развития медицинских специалистов Всемирной организацией здравоохранения¹.

Одним из способов ее решения, содействующим адаптации вновь пришедших в медицину работников и необходимой помощи уже опытным кадрам, является наставничество. Этот институт, известный медицине с момента ее зарождения, становится все более востребованным в современных условиях ускоренного развития медицинской техники и технологий, организационных изменений, пациентоориентированного подхода к оказанию медицинской помощи. Дополнительную актуализацию тема наставничества

приобрела на фоне борьбы с пандемией COVID-19, потребовавшей ускоренного освоения медицинскими специалистами различных профилей новых профессиональных знаний и навыков, социальной адаптации на новых участках работы, профилактики неизбежного в экстремальных условиях стресса и профессионального выгорания.

В отечественном здравоохранении такая форма передачи опыта, как наставничество, приобрела институциональный характер и получила серьезное развитие в советский период: действовали положения о наставничестве, проводилось обучение наставников специальным методам работы, организовывался обмен опытом. Наставничество поощрялось стимулирующими выплатами, учитывалось при назначении пенсии, широко применялись меры нематериального поощрения, в том



числе награждение почетным знаком «Наставник молодежи».

Сегодня задача возрождения и развития института наставничества обозначена руководством страны, зафиксирована

в официальных документах концептуального² и стратегического³ характера, в нормативно-правовых актах федеральных и региональных органов власти.

В поисках эффективных методик

Москва, как один из флагманов развития отечественной медицины, постоянно совершенствует систему столичного здравоохранения, уделяя большое внимание обеспечению медицинских организаций города квалифицированными медицинскими кадрами. Одним из направлений является адаптация приходящих в городские поликлиники и стационары молодых специалистов — документ, регламентирующий этот процесс, был утвержден Департаментом здравоохранения города Москвы (ДЗМ) в 2017 году⁴.

Однако на этом работа по развитию и совершенствованию института наставничества в столичных медицинских организациях не закончилась: в последние годы к исследованиям в сфере наставничества подключился подведомственный Департаменту здравоохранения НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ).

В 2019 году в рамках НИР «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» сотрудниками отдела организации здравоохранения НИИОЗММ было реализовано комплексное исследование, которое включало в себя анкетный опрос врачей и среднего медицинского персонала (N = 550) на основе квотной выборки, репрезентирующей подведомственные ДЗМ медицинские организации,

а также серию глубинных структурированных интервью (N = 15) с главными врачами медицинских организаций, представителями медицинских колледжей, вузов, учреждений дополнительного профессионального образования⁵. Помимо вопросов, направленных на изучение квалификационно-образовательных характеристик и качества занятости медицинских специалистов, движения кадров в системе здравоохранения Москвы и т. д., респондентам и экспертам задавались вопросы, прямо затрагивающие тему наставничества: насколько велика потребность в данном институте, готовы ли медицинские работники становиться наставниками и при каких условиях.

Одновременно аналитиками отдела велась работа по созданию Атласа лучших региональных практик наставничества в сфере здравоохранения (опубликован в 2020 году)⁶. С помощью контент-анализа доступных информационных ресурсов были выявлены и типологизированы практики наставничества в медицинских организациях Барнаула, Екатеринбурга, Иркутска, Краснодара, Красноярска, Новосибирска, Тамбова, Тулы, Уфы, Алтайского, Забайкальского, Пермского и Приморского краев, Амурской, Белгородской, Оренбургской, Свердловской и Ульяновской областей.



Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения. — Москва. НИИОЗММ. 2020



¹ Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 года. URL: http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1 (дата обращения: 19.02.2021).

² Концепция развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года. URL: <https://docs.cntd.ru/document/556190227> (дата обращения 19.02.2022).

³ Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения 19.02.2022).

⁴ Положение об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. Утверждено приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2017 № 955.

⁵ Подробно результаты исследования см.: Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: кол. мон. / отв. ред. Е. И. Аксенова, науч. ред. О. А. Александрова, А. В. Ярашева. — М.: НИИОЗММ, 2019. — 244 с.

⁶ Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения. — М.: НИИОЗММ, 2020. — 40 с.

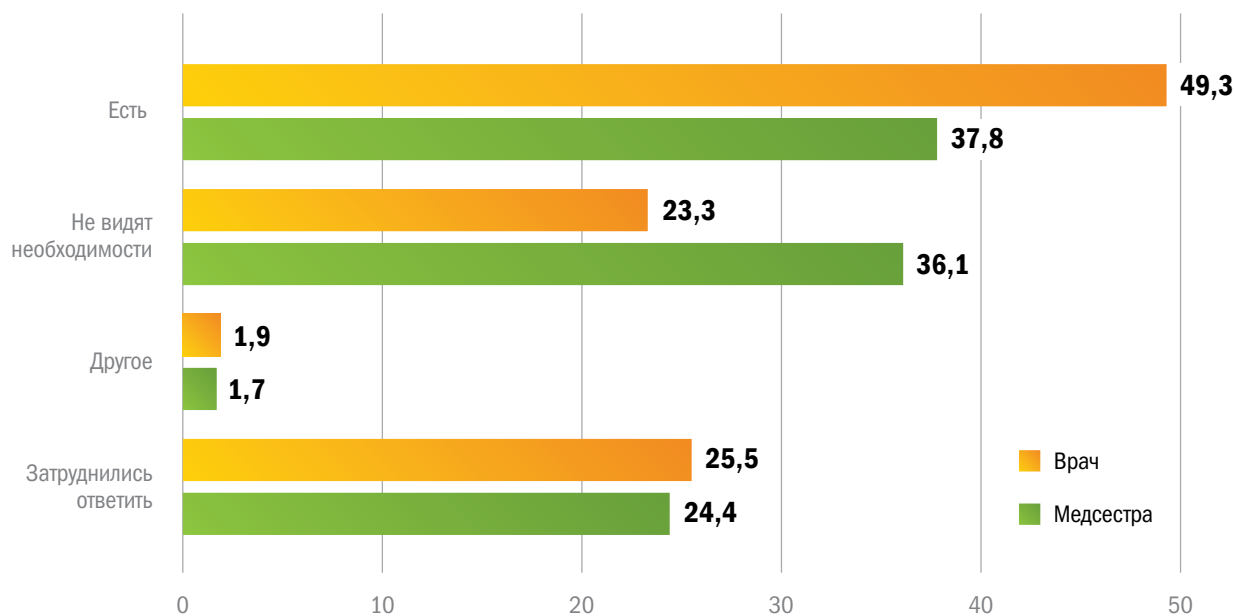


Рис. 1. | Представления медицинских специалистов о необходимости развития института наставничества в их организациях, %.

По данным исследования, проведенного в рамках НИР, врачи в большей степени, чем медицинские сестры, считают важным и необходимым институт наставничества.

В 2020 году в рамках НИР «Научно-методическое сопровождение профессионального роста специалистов и прогноз развития кадрового потенциала государственной системы здравоохранения города Москвы», уже имея определенный багаж знаний и идей по организации наставничества, сотрудники отдела организации здравоохранения НИИОЗММ провели исследование, сфокусированное исключительно на данной теме и направленное на уточнение конкретных вопросов, касающихся различных аспектов и условий функционирования института наставничества. Для этих целей был с помощью специально разработанного бланка проведен экспертный опрос главных врачей (откликнулась 31 медицинская организация), а также серия (N = 8) глубинных структурированных интервью с руководством городских поликлиник и больниц. Результатом всей этой работы должны были стать, во-первых, проекты нормативных документов уровня ДЗМ, призванные содействовать совершенствованию и развитию института наставничества в медицинских организациях, входящих в систему здравоохранения Москвы, а во-вторых,

создание Атласа лучших практик наставничества уже не в региональных, а в московских медицинских организациях.

Полученные в ходе научных исследований результаты и наработки регулярно обсуждались с представителями практической медицины и специалистами в области организации здравоохранения. Так, в 2020–2021 гг. на базе НИИОЗММ были проведены экспертная сессия «Наставничество как система в сфере здравоохранения. Как добиться эффективности?» (3 июля 2020 г.); секция «Организация наставничества в здравоохранении: модели и оценка эффективности» в рамках II Форума организаторов здравоохранения (10 декабря 2020 г.); экспертный семинар «Как выбрать и внедрить лучшую модель наставничества в медицинской организации» (24 июня 2021 г.); Всероссийская конференция «Наставничество в здравоохранении: уроки пандемии» (25 мая 2021 г.). Мнения и предложения участников этих мероприятий, информация об уже имеющемся у них опыте учитывались аналитиками НИИОЗММ при доработке собственных практических рекомендаций.

Таблица 1. | Включенность врачей и медицинских сестер в систему наставничества, %.

	Врачи больниц	Врачи поликлиник	Средний меди- цинский персо- нал больниц	Средний меди- цинский персо- нал поликлиник
Уже являются наставниками >	25,6	12,1	15,2	10,9
Согласились бы стать наставниками >	35,6	31,2	26,6	25,5
Не хотят быть наставниками >	30	41,8	53,3	61,8
Нуждаются в наставнике, и он у них есть >	4,4	5	2,2	1,8
Нуждаются в наставнике, но не имеют его >	2,2	2,1	1,6	0
Другое >	2,2	7,8	1,1	0

Источник: по результатам авторского исследования

Кто выбирает наставничество и почему?

Проведенные исследования позволили получить разнообразную информацию, послужившую основой для разработки концептуальных подходов, которые затем нашли отражение в документах сугубо практического характера.

Во-первых, как показали данные исследования 2019 года, в целом по выборке заметная часть как занятых в практической медицине врачей и медицинских сестер (рис. 1), так и опрошенных экспертов признает необходимость развития системы наставничества.

В то же время на представления медицинских специалистов о необходимости развития в их организациях института наставничества заметное влияние оказывают: опыт работы; кем является респондент (врачом или медицинской сестрой), а также где, в поликлинике или больнице, он работает. Так, среди врачей со стажем работы до 5 лет в пользу развития института наставничества высказались порядка 60 % и выше, а со стажем свыше 20 лет — чуть более 40 %. При этом принципиальной разницы в распределении мнений врачей первичного звена и стационаров не наблюдается. У медицинских сестер картина более пестрая: у работающих в стационарах вместе с опытом работы заметно растет уверенность в необходимости развития наставничества (если среди медицинских сестер со стажем более 20 лет положительно на этот вопрос ответили 67,1 %, то со стажем до 5 лет — лишь 33,3 %);

среди работающих в поликлиниках уверены в необходимости развития наставничества в первую очередь медицинские сестры со стажем работы от 6 до 20 лет (39,6 %), несколько меньше — со стажем более 20 лет (31,1 %), и еще меньше — со стажем до 5 лет (23,1 %).

Что же касается готовности опрошенных медицинских специалистов стать наставниками, а также их собственной потребности в наставнике, картина отражена в таблице 1.

Как выяснилось, на желание врачей становиться наставниками достаточно существенное и противоречивое влияние оказывает стаж работы: чем он больше, тем больше как тех, кто готов, так и тех, кто не готов включиться в систему наставничества (рис. 2). Наиболее продуктивной с этой точки зрения является средняя возрастная группа, в которой наблюдается наибольшая доля согласных стать наставниками и меньше несогласных, чем среди более возрастных врачей.

Другой фактор, оказывающий влияние на готовность врачей стать наставниками, связан с оплатой труда: среди специалистов, полагающих, что она соразмерна их трудовому вкладу, согласных включиться в систему наставничества заметно больше (рис. 3). Заметим также, что среди врачей, уже выполняющих роль наставников, выше доля тех,

На желание врачей становиться наставниками достаточно существенное и противоречивое влияние оказывает стаж работы: чем он больше, тем больше как тех, кто готов, так и тех, кто не готов включиться в систему наставничества. Наиболее продуктивной с этой точки зрения является средняя возрастная группа.

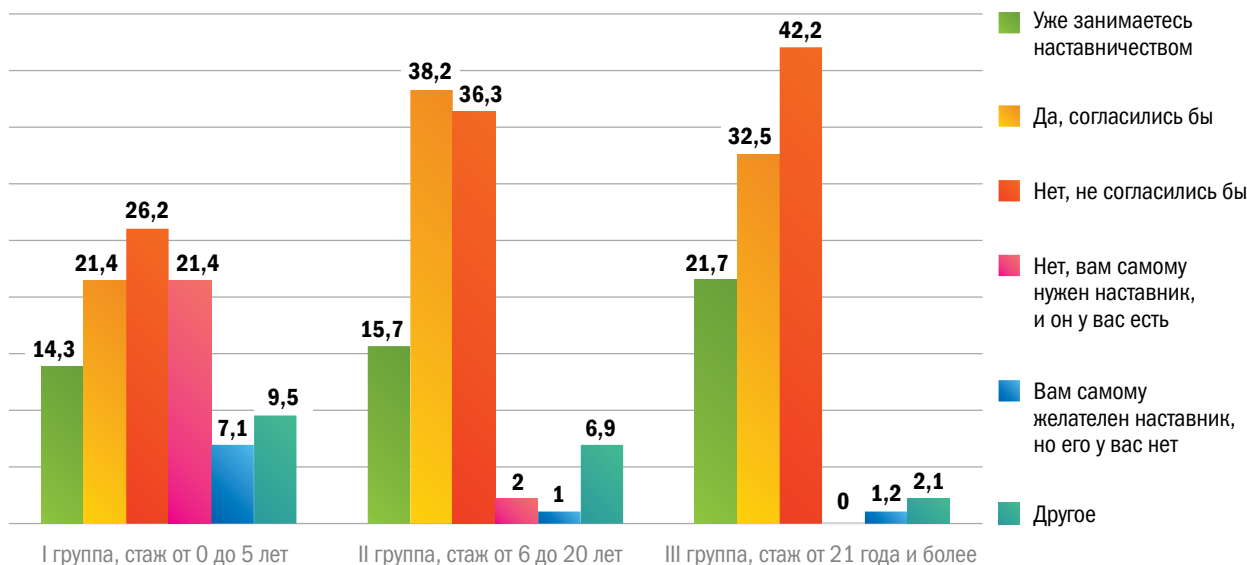


Рис. 2. | Готовность врачей стать наставниками в зависимости от стажа работы, %.

Институт наставничества в медицинской организации — стажировка на рабочих местах — является одним из важных инструментов адаптационной процедуры и включен в Положение об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.

кто полагает, что их профессиональный труд оплачивается не в полной мере.

Наконец, на готовность врачей стать наставниками оказывает влияние загруженность на работе: чем она больше, чем более уставшими они себя ощущают, тем ниже их готовность брать дополнительную нагрузку (рис. 4).

Аналогичная картина и у медицинских сестер. Например, среди тех, кто «очень устает, работает на пределе сил», 69,5 % не готовы стать наставниками, в то время как среди

тех, кто выбрал вариант ответа «нормально загружены, работаете в меру своих сил» не согласных включиться в систему наставничества на четверть меньше (25,5 %). Что касается влияния стажа, то наибольшее число уже являющихся наставниками оказывается среди самых опытных медицинских сестер (21,8 %) — в два раза больше, чем среди медицинских сестер со стажем от 6 до 20 лет (9,6 %). Доля согласных стать наставниками во всех трех возрастных группах примерно одинакова и находится на уровне 24,4–28,1 %.

Семь моделей наставничества

Выявление факторов, снижающих готовность медицинских специалистов стать наставниками (высокая рабочая нагрузка и низкая личная заинтересованность), позволило учесть их при разработке рекомендаций, в том числе в проектах положений о наставничестве в части организации (нормирования) и стимулирования труда наставников. Как отмечали опрошенные эксперты, материальное стимулирование не просто компенсирует наставнику дополнительные трудозатраты,

но и мотивирует выполнять эту свою функцию с большей отдачей как оплачиваемую работу; кроме того, в этом случае и наставляемым проще лишний раз обратиться к наставнику.

Что касается концептуального продвижения, анализ данных массового опроса медицинских работников; мнений экспертов, полученных в рамках двух серий экспертных интервью; информации об опыте наставничества, накопленном в российских регионах, привел к выводу о наличии более широкого

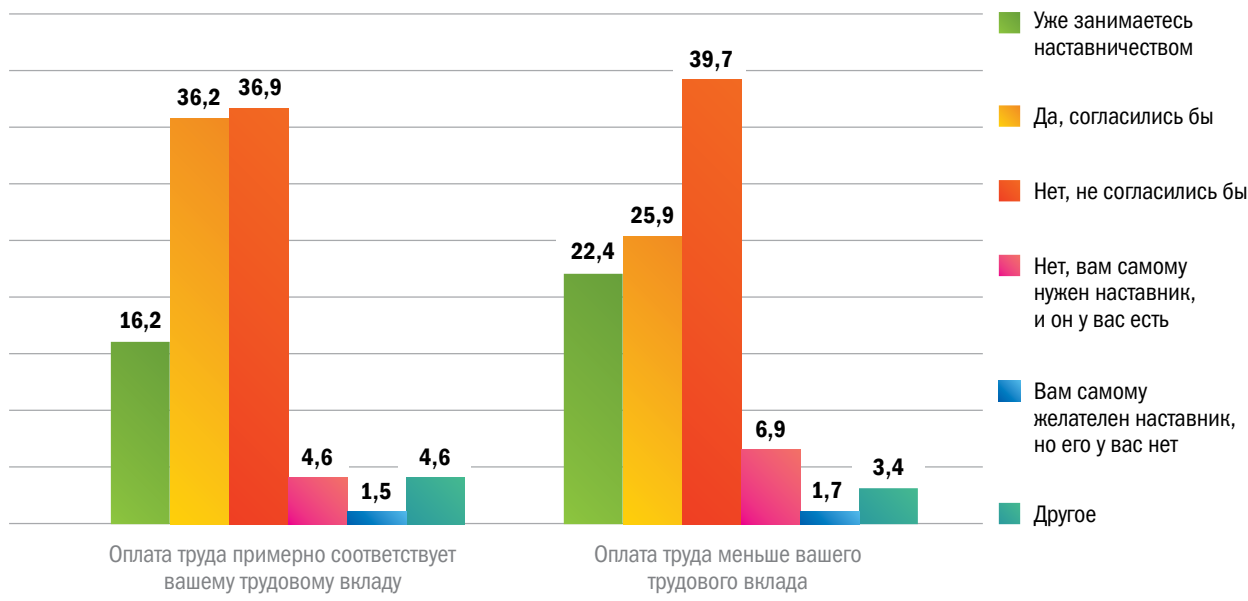


Рис. 3. | Готовность врачей стать наставниками в зависимости от представлений о соразмерности трудового вклада и оплаты труда, %.

спектра целевых аудиторий и целей наставничества, нежели это сегодня предусмотрено действующими нормативно-правовыми актами. В связи с этим были разработаны семь моделей наставничества (табл. 2). Они основаны на матрице, сформированной из пяти целей наставничества, связанных с восполнением дефицита компетенций, обусловленного теми или иными обстоятельствами (внедрением новых медицинских технологий и оборудования либо новых цифровых технологий и форм отчетности; длительным перерывом в работе; сменой направления деятельности или места работы), с необходимостью устранения дефицита корпоративной культуры, профилактики профессионального выгорания, и шести целевых аудиторий наставничества (молодые специалисты / медицинский персонал старших возрастов / медицинские работники, имеющие длительный перерыв в работе / медицинские работники,

сменившие направление медицинской деятельности или организацию / структурное подразделение / медицинские работники, демонстрирующие признаки профессионального выгорания и т. п.).

Для каждой из предложенных семи моделей наставничества разработано описание, включающее в себя указание на целевую аудиторию и задачи наставничества в рамках конкретной модели, сроки наставничества, алгоритмы его проведения, методики отбора наставников, виды поощрения (стимулирования) их труда, ожидаемые результаты для медицинской организации, инструменты оценки эффективности наставничества и т. д., а также формы для проведения анкетных опросов, кейсовые задания, методики их анализа и т. д. Кроме того, разработана форма, призванная помочь медицинским организациям определиться с наиболее подходящей им моделью (моделями) наставничества.

**ПОДСПОРЬЕМ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МОЖЕТ СТАТЬ
«АТЛАС ЛУЧШИХ МОСКОВСКИХ ПРАКТИК НАСТАВНИЧЕСТВА В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», ГОТОВИТСЯ К ИЗДАНИЮ В 2022 ГОДУ**



Рис. 4. | Готовность врачей стать наставниками в зависимости от рабочей нагрузки, %.

Эти разработки легли в основу проектов нормативно-методических документов уровня Департамента здравоохранения города Москвы, направленных на совершенствование работы института наставничества в медицинских организациях столичного здравоохранения. Предполагается, что, опираясь на них, медицинские организации смогут оперативно определиться с моделями наставничества, наиболее подходящими для их конкретных ситуаций, и запустить процесс их реализации: подготовить пакеты необходимых локальных

нормативных актов; провести отбор и создать резерв потенциальных наставников; выявить медицинских работников, попадающих в целевые группы тех или иных моделей наставничества, и приступить к их обучению в соответствии с целями соответствующей модели. Правильный выбор и четкая реализация выбранной модели наставничества позволят медицинским организациям повысить уровень профессионализма и корпоративной культуры работников, усилить профилактику профессионального выгорания.



Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. Монография. — Москва. НИИОЗММ. 2020



Атлас лучших московских практик наставничества

Еще одним подспорьем для медицинских организаций может стать подготовленный отделом организации здравоохранения НИИОЗММ «Атлас лучших московских практик наставничества в сфере здравоохранения» (готовится к изданию в 2022 году). Как показал анализ информации, полученной от столичных медицинских организаций различного типа и профиля (взрослых и детских клинических больниц и поликлиник, станции скорой и неотложной медицинской помощи,

научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям, городской онкологической больницы, стоматологической поликлиники и др.), они нередко в инициативном порядке расширяют целевую аудиторию и направления наставничества в зависимости от специфики и потребностей конкретной медицинской организации. Например, развивают наставничество, нацеленное на улучшение у сотрудников коммуникативной составляющей (навыки

Таблица 2. | Матрица моделей наставничества для сотрудников медицинских организаций.

Цель / аудитория	Устранение дефицита компетенций медицинских работников				Стимулирование развития медицинских работников
	Восполнение дефицита профессиональных компетенций в связи с внедрением новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования	Восполнение дефицита профессиональных компетенций в связи с развитием цифровых технологий, введением новых форм отчетности и т. п.	Организационная и социально-психологическая адаптация медицинского работника	Профессиональная адаптация (только в отношении молодых специалистов)	Повышение трудовой мотивации, соблюдение норм корпоративной этики (культуры)
Молодые специалисты	—	—	МОДЕЛЬ 1	МОДЕЛЬ 1	—
Медицинские работники, чей опыт работы в медицинской сфере превышает 20 лет, и медицинские работники предпенсионного и пенсионного возраста	—	МОДЕЛЬ 2	—	—	—
Медицинские работники, возвратившиеся на место работы после длительного перерыва в работе	МОДЕЛЬ 3	МОДЕЛЬ 3	МОДЕЛЬ 3	—	—
Медицинские работники, сменившие направление деятельности	МОДЕЛЬ 4	—	МОДЕЛЬ 4	—	—
Медицинские работники, сменившие медицинскую организацию, медицинские работники, перешедшие в другое структурное подразделение в рамках одной медицинской организации на аналогичную должность	—	—	МОДЕЛЬ 5	—	—
Медицинские работники, за исключением категории «молодые специалисты», в случае возникновения потребности в наставничестве	МОДЕЛЬ 6	—	—	—	МОДЕЛЬ 7

взаимодействия с коллегами, руководством, пациентами, их родственниками, в том числе в конфликтных ситуациях, представителями СМИ и др.); или наставничество, призванное обеспечить психофизическую сохранность сотрудников (навыки отслеживания психофизического состояния на работе, техники самопомощи в ситуациях хронической усталости, эмоционального выгорания, острых стрессовых ситуациях); экспериментируют с формами наставничества путем развития собственных систем дистанционного обучения (онлайн-платформ, специальных приложений, онлайн-консультаций) и пр. Описание этого разнообразного опыта структурировано

в Атласе в соответствии с теми вопросами, которые традиционно интересуют организаторов системы наставничества в медицинской организации: содержание наставничества применительно к той или иной целевой группе, отбор наставников, их мотивирование; процесс организации наставничества и т. д.

Таким образом, институт наставничества не только сохраняет актуальность, но и предполагает дальнейшее совершенствование. В ряду соответствующих мер — развитие основанной на наработках ученых и опыте практиков нормативно-правовой базы, обеспечивающей его наиболее эффективное функционирование. **ММ**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



Медико-социологические исследования

Одна из задач НИИОЗММ ДЗМ – анализ мнения медицинских работников и потребителей медицинских услуг о преобразованиях российского здравоохранения и разработка на этой основе взвешенных управленческих решений

КОМПЕТЕНЦИИ

- Мониторинг обратной связи от населения.
- Анализ мнений специалистов московского здравоохранения.
- Мониторинг мнений о московском здравоохранении в социальных медиа.
- Экспертное сопровождение преобразований в московском здравоохранении.
- Разработка рекомендаций для развития системы здравоохранения.

В 2021 ГОДУ БЫЛО ПРОВЕДЕНО:

3 ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ
СО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПОБЕДА РАБОТ КОЛЛЕКТИВА В 2 КОНКУРСАХ
«ЛУЧШИЙ КЕЙС ГОДА ПО АНАЛИТИКЕ СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА» ОТ BRAND ANALYTICS
И 1 МЕСТО НА РОССИЙСКОМ ЭТАПЕ «RESEARCH GOT TALENT» ОТ ESOMAR

ЗАПУЩЕНА УНИКАЛЬНАЯ ЦИФРОВАЯ ПЛАТФОРМА
ПО ВОПРОСАМ ЛОЯЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (NPS.NIIOZ.RU) И ВЫПУЩЕНЫ
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НА ДАННУЮ ТЕМУ

30+ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ
ПО ИТОГАМ ИССЛЕДОВАНИЙ


IV ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ:
СОЛИДАРНОСТЬ НОВОГО ВРЕМЕНИ»



SOCFORUM.NIIOZ.RU



Системный подход к управлению лояльностью

 И. В. Богдан, Д. П. Чистякова


 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»



Фото: Shutterstock

Вопрос лояльности кадров крайне важен для общей эффективности работы системы здравоохранения. В статье представлены актуальные наработки по этой теме и результаты проведенных в Москве исследований, а также описаны инструменты, предлагаемые Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ для решения возникающих на пути исследования лояльности вызовов.

Как и зачем исследовать лояльность в медицинских организациях

С 2017 года в ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» проводятся исследования, посвященные тематике лояльности в здравоохранении. Замеряются актуальные значения показателя и его факторы как в отношении медицинских работников, так и в отношении населения.

Последние годы ознаменовались периодом нестабильности во всех сферах общественной жизни начиная с пандемии, которая создала повышенную нагрузку именно на систему здравоохранения. В ситуации нестабильности особую роль играет кадровый состав: его самочувствие и лояльность месту работы определяют способность всей системы бороться с вызовами. В данном случае под лояльностью мы понимаем «высший уровень положительного отношения, доверия и удовлетворенности применительно к объекту лояльности (системе здравоохранения в целом, организации, руководству, коллегам)»¹. Такого же отношения необходимо добиваться и от получателей медицинских услуг: их лояльность — сигнал о том, что здравоохранение развивается в правильном направлении и эффективно выполняет свою основную функцию — обеспечивает охрану здоровья населения.

С 2017 года в Научно-исследовательском институте организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ (НИИОЗМ ДЗМ) проводятся исследования, посвященные тематике лояльности в здравоохранении. Замеряются актуальные значения показателя и его факторы как в отношении медицинских работников, так и в отношении населения. Проводимые исследования позволили накопить большой практический опыт.

Осознавая необходимость мониторинговых исследований, которые позволят быстро, кратко и вместе с тем содержательно рассмотреть различные аспекты лояльности, авторский коллектив изучил многообразие методологий измерения лояльности с целью выбора наиболее подходящей из них.

По результатам проведенного анализа может быть рекомендована популярная бизнес-методология исследования лояльности, предложенная Ф. Райхельдом, в рамках которой замеряется индекс (e)NPS², определяющий

степень лояльности как разность между процентом «промоутеров» и «критиков». Итоговый индекс лежит в интервале от -100 (все респонденты нелояльны, «критики») до 100 (все респонденты лояльны, «промоутеры»). Среди плюсов методологии, позволяющих рекомендовать ее, можно отметить:

- масштабную практическую апробацию (о чем свидетельствуют ее достаточная распространенность и сообщения о значимых экономических выигрывах в результате ее внедрения³);
- экономичность, минимальный достаточный инструментарий (использование всего двух базовых вопросов для замера лояльности и ее факторов) снижают процент отказов от участия в исследовании и позволяют проводить аналитику достаточно оперативно;
- возможность получения не только значения лояльности, но и факторов (сформулированных словами респондентов), которые обуславливают полученный результат. Это позволяет ответить на вопросы, почему мы получили такое значение, какие в организации есть сильные и слабые стороны и что делать для улучшения ситуации.

В целом простота методологии позволяет по достоинству оценить ее практикоприменимость широкому кругу исследователей. Как следствие, все больше управленцев в сфере здравоохранения проявляют заинтересованность в использовании методологии (e)NPS.

Однако вопросы методологии не ограничиваются инструментарием, встает множество других вопросов — кого опрашивать, участия скольких человек достаточно для полноценного исследования, как получить из данных максимум полезной именно для нас информации?

Игнорирование пула методических вопросов может привести к тому, что в итоге

ЛОЯЛЬНОСТЬ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ МЕДУСЛУГ – СИГНАЛ О ТОМ, ЧТО СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В ПРАВИЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ



будет получен малополезный продукт, который приведет по факту к бессмысленной трате ресурсов организации и в целом будет способствовать распространению тезиса о «бесполезности» гуманитарных подходов в управлении здравоохранением, с которым, к сожалению, приходится сталкиваться на практике.

Для того чтобы помочь управленцам в системе здравоохранения и дать им хорошие ориентиры в рассматриваемом вопросе, коллективом социологов НИИОЗММ ДЗМ был выполнен ряд работ:

1. Проведен масштабный комплекс исследований, способствующий анализу методологии (e)NPS, а также объединению эмпирических результатов с выявлением ключевых трендов.

2. Разработан комплекс методических материалов, направленный на стандартизацию, а также тиражирование стандартов исследований высокого качества в данной области.

3. Предложены концепты цифровых решений для построения систем мониторинга кадров. В данный момент они воплощаются в реальность силами программистов.

На основании предложенных концептов управленцы системы здравоохранения могут выбрать свой подход к исследованию лояльности, учесть при самостоятельной подготовке исследования или обращении к подрядчику все необходимые нюансы, а также выстроить систему управления лояльностью в своей организации так, чтобы оперативно и качественно купировать существующие угрозы и развивать организацию.

Заявки на исследования можно направлять по адресу отдела медико-социологических исследований НИИОЗММ ДЗМ: niozmm-socmed@zdrav.mos.ru.

По указанному адресу также может быть направлен запрос на получение авторских методических материалов по тематике лояльности в здравоохранении.

Законы лояльности: общее и частное

Важнейшим аспектом построения системы управления лояльностью для медицинской организации является разделение процессов на системные для здравоохранения и частные, характеризующие специфику отдельной организации. Важно понимать, в какой степени ситуация в конкретной медицинской организации соответствует «стандартной» или наблюдается отклонение (как в положительную, так и в отрицательную сторону).

Для этого в НИИОЗММ ДЗМ была проведена систематизация как авторских многолетних исследований лояльности в московском здравоохранении, так и исследований других авторских коллективов и независимых платформ (отечественные и зарубежные, обнаруженные в открытом доступе)⁴.

С одной стороны, набор кейсов использования методологии NPS в здравоохранении в публичном пространстве достаточно мал — их было найдено порядка 40–50. Еще меньше кейсов измерения лояльности именно медицинского персонала: на момент написания — менее 20, при этом большинство из них представляют исследования НИИОЗММ ДЗМ. С другой стороны, глубокий анализ каждого кейса (как правило, в наших исследованиях вопросы на определение лояльности и ее факторов были частью большой анкеты, которая позволяла анализировать их во взаимосвязи с множеством переменных) позволил выделить общие закономерности в данных, тренды. Приведем основные из них.

nps.nioz.ru



¹ Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика / Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. С. 25.

² Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 352 с.

³ Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика / Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. 187 с.

⁴ Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика / Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. 187 с.

Оценки лояльности для различных типов организаций

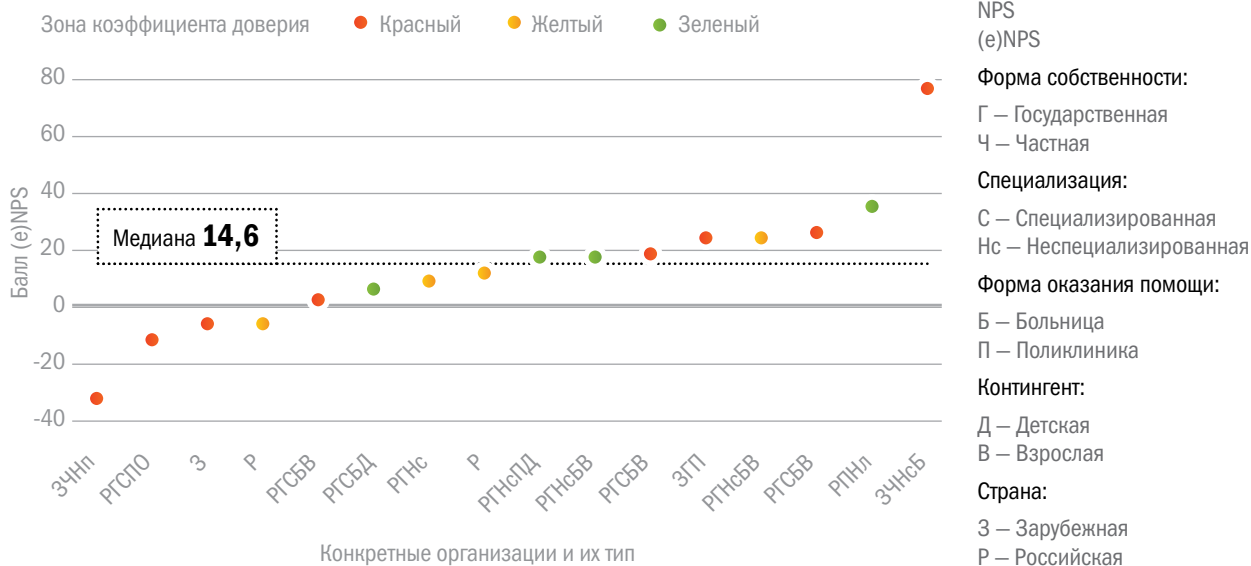


Рис. 1. | Интерактивное решение для выявления бенчмарков (ориентиров) в области лояльности (данные сайта prs.nioz.ru).

Так, наши исследования на московских и всероссийских выборках медицинских специалистов стабильно показывают, что климат в подразделении является основным положительным фактором лояльности. В Москве же психологический климат в коллективе стабильно является основным фактором лояльности. Более того, в исследовании 2017 года именно климат в коллективе, в отличие от других основных факторов, продемонстрировал связь со статистическими показателями деятельности медицинских организаций⁵. Особенно сильной была связь между этим показателем и больничной летальностью для медицинских сестер: чем выше обособленная им лояльность, тем ниже стандартизированная больничная летальность по профилям оказания помощи. Таким образом,

наше исследование продемонстрировало доводы в пользу того, что работа с лояльностью — не дань моде или этический императив, а практический инструмент улучшения качества помощи.

Второй системный аспект, который мы считаем важным упомянуть, — наличие профессиональных расколов в отдельных медицинских организациях: более лояльными являются, как правило, сотрудники, имеющие больше властных полномочий в организации, в основном управленческие кадры. Также типичным является раскол «врачи — медсестры», когда вторые, при исследовании в отдельной медицинской организации, как правило, являются менее лояльными, чем первые. Несмотря на распространенность меньшей удовлетворенности сестринского персонала, с учетом

К КОНЦУ 2020 ГОДА ЛОЯЛЬНОСТЬ В ИССЛЕДУЕМЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НЕ ТОЛЬКО НЕ УПАЛА, А ВЫРОСЛА, ЧТО МОЖНО СВЯЗАТЬ С ПОДДЕРЖКОЙ КАДРОВ СО СТОРОНЫ РУКОВОДСТВА, ПРАВИТЕЛЬСТВА, НАСЕЛЕНИЯ



значения лояльности данной группы для качества медицинской помощи, с нашей точки зрения, важно принимать меры по снижению рассмотренного дисбаланса.

Несколько пандемических кейсов исследований, проведенных НИИОЗММ ДЗМ, показывают, что данные системные факторы не изменились за время пандемии. Именно хорошая работа с психологическим состоянием сотрудников, поддержка со стороны правительства, руководства, населения позволила многим организациям Москвы успешно пройти кризисный период, что привело даже к росту

лояльности в ряде рассмотренных организаций. Можно предположить, что в целом указанные системные факторы будут актуальны и для постпандемического здравоохранения.

Для пациентов существуют также свои «разрывы». Например, важный разрыв «стационар — амбулатория» при оценке лояльности пациентов. Как правило, лояльность первым значительно выше; организации, оказывающие амбулаторную помощь, сталкиваются с большим числом запросов со стороны пациентов.

Прикладные решения

Другой важнейший аспект соотношения системного и частного, затронутый в наших исследованиях, — вопрос так называемых бенчмарков, референтных значений, показателей, которые можно считать эталонными и ориентироваться на них.

С одной стороны, по результатам исследований можно говорить об общих «приемлемых» и «хороших» значениях NPS в здравоохранении на уровне 0–30. С другой — поскольку исследования выявили как значимые факторы лояльности форму оказания помощи, исследовательской группой был предложен подход к референтным значениям. Он заключался в том, что при управлении лояльностью необходимо ориентироваться на максимально похожие медицинские организации.

Для того чтобы облегчить задачу, собранные сотрудниками данные были представлены в удобной для любого желающего форме интерактивного решения (рис. 1). Данное решение доступно для всех желающих по адресу nps.niioz.ru.

Пользователь данного сайта, выбрав организации, схожие с его собственной, может увидеть, на какие значения лояльности в среднем, согласно собранной нами базе данных, ему следует ориентироваться.

Конечно, необходимо учесть факт, что публичная демонстрация не самых хороших результатов ограничена — не все готовы показывать их, в открытых источниках можно встретить откровенно завышенные данные, а в части публикаций отсутствуют данные о том, каким образом получено то или иное значение (возможно, опрос проводился в самом лояльном руководстве отделения?) и т. д. Авторами была предложена методика оценки степени лояльности, в которой можно доверять исследованию с точки зрения корректности методологии и конфликта интересов. Степень доверия имеет цветовое обозначение на интерактивном графике (от красного до зеленого).

Кроме функции помощи в управлении данным решением также имеет мотивирующую функцию, так как критерии оценки степени доверия показывают всем желающим, как провести исследования, на какие принципиальные критерии следует обращать внимание в первую очередь, чтобы исследования попадали в «зеленую зону». Таким образом, наращивая базу знаний за счет качественно проведенных исследований, мы имеем возможность получать обоснованные бенчмарки (ориентиры) для показателей лояльности



НИИОЗММ ДЗМ в 2021 году издана монография «Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика»

⁵ Богдан И. В., Гурьлина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи / Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6-11.

МЫ ПРИГЛАШАЕМ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ, ОРГАНИЗАЦИЙ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ К СОТРУДНИЧЕСТВУ ПО ВОПРОСАМ ИЗМЕРЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ

Для того чтобы провести исследование по всем методическим нюансам, социологами НИИОЗММ ДЗМ в 2021 году были разработаны методические рекомендации, которые на данный момент имеют статус официальных.

организаций различной специализации, формы собственности и т. д.

Для того чтобы провести исследование по всем методическим нюансам, социологами НИИОЗММ ДЗМ в 2021 году были разработаны методические рекомендации, которые на данный момент имеют статус официальных⁶. В них подробно изложены особенности, последовательность шагов и подходы к проведению исследования лояльности в методологии Ф. Райхельда для медицинских организаций, а также распространенные заблуждения. Например, миф о том, что основной параметр качества выборки — это число опрошенных, тогда как более значимым является способ отбора людей, принимающих участие в исследовании.

Наконец, в работах социологов НИИОЗММ ДЗМ предложен концепт цифрового мониторингового решения по управлению лояльностью⁷. Такое решение для мониторинга лояльности персонала представляется состоящим из трех блоков: блока сбора данных, аналитики данных и интерфейса для управленцев на выходе. В контексте последнего предложены решения, которые соответствуют современным признакам (VI) бизнес-аналитики с точки зрения наглядности, информативности, применимости в управлении. В настоящий момент техническое воплощение решения реализуется силами сотрудников НИИОЗММ ДЗМ и планируется к пилотированию в медицинских организациях Москвы, изъявивших желание к участию.

Перспективы

Исследования лояльности НИИОЗММ ДЗМ продолжаются, увеличивается база данных, тестируются новые гипотезы и методические подходы. Из последних крупных событий в этом направлении — всероссийский замер лояльности населения к медицинским организациям Москвы в 2021 году. Несмотря на полученный объем данных и его систематизацию, работы в данной области еще достаточно, ввиду этого институт наращивает кооперацию с заинтересованными лицами и организациями, ведет методическую, консультативную и исследовательскую работу.

Мы приглашаем руководителей медицинских служб, организаций и подразделений к сотрудничеству по вопросам измерения лояльности, а также в области внедрения

прикладных решений на основании проведенных исследований. Все это будет способствовать улучшению психологического климата в коллективе, удовлетворенности сотрудников условиями труда, а в конечном итоге — повышению качества помощи в целом и росту удовлетворенности медицинской помощью пациентов.

По итогу проведенных исследований заказчики могут получить не только замеры показателя лояльности в разрезе подразделений и в соотношении с сопоставимыми организациями, но и анализ факторов лояльности, который в дальнейшем послужит основанием для разработки мер для позитивных преобразований на уровне подразделения, организации, службы. **ММ**

⁶ Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (е NPS)). Методические рекомендации. М., 2021. 36 с.

⁷ Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика / Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. 187 с.