



**КРУГЛЫЙ СТОЛ**

**Кадры столичной  
медицины:  
образ будущего**



**Ирина  
Евгеньевна  
Сокорева,**

начальник Управления  
кадровой политики  
и образования Департамента  
здравоохранения города  
Москвы

Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента положено начало «многосерийной» дискуссии. У каждого из участников и слушателей этого круглого стола есть свой образ медицинского работника. И не всегда у нас будут одинаковые точки зрения и соприкосновения, кто-то делает акцент на администрации, кто-то — на врачах, кто-то затронул проблему среднего медицинского персонала или водителей скорой помощи. Все эти профессионалы — кадры здравоохранения, но рассматривать их необходимо не каждого по отдельности, а вместе, как единую систему, иначе мы попадем в ситуацию лебедя, рака и щуки. Только комплексный подход к решению вопросов, которые связаны с качественной медицинской помощью, позволит создать полный, законченный образ. Нам нужен ясный образ не только будущего медицины, но и настоящего. Что мы ждем от нее, какой ее видим? Такое понимание приведет к спокойному и взвешенному решению, когда образ будущего воплотится в качественно проработанных стандартах и рекомендациях.

**ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ,  
СТОЯЩАЯ ПЕРЕД НАМИ СЕГОДНЯ, —  
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА КАДРОВОГО  
ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ  
СТОЛИЧНОГО СТАНДАРТА ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Елена  
Ивановна  
Аксенова,**

доктор экономических наук,  
директор Научно-исследова-  
тельского института орга-  
низации здравоохранения  
и медицинского менеджмен-  
та Департамента здраво-  
охранения города Москвы

В формате круглого стола обсуждался очень важный для дальнейшего развития столичного здравоохранения вопрос — кадровое обеспечение системы и поиск наиболее эффективных путей развития, прогнозирования кадровых потребностей мегаполиса. Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы в рамках государственного задания в 2019 году реализует масштабный научный проект по описанию современного образа московского специалиста системы здравоохранения.

Уровень развития столичного здравоохранения в существенной степени отличается от общефедеральных значений. В последние годы проведена глобальная модернизация системы. Очень многое сделано для совершенствования сети медицинских организаций, оснащения современным оборудованием, внедрения самых прогрессивных технологий. Поэтому следующий этап развития столичного здравоохранения в большей степени определяется качеством кадрового состава, постоянным профессиональным ростом сотрудников и внедрением прорывных технологических решений в практическое здравоохранение и управление отраслью. По первому направлению Департамент здравоохранения города Москвы имеет колоссальный задел. За последние несколько лет реализовано много проектов, направленных на специалистов системы здравоохранения, их профессиональное развитие. Это внедрение добровольных оценочных процедур на присвоение статуса «Московский врач», реализация проекта формирования кадрового резерва «Лидер.Мед» и др.

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента активно работает над проектом по изучению механизмов повышения качества кадрового состава столичной медицины, выработке механизмов повышения их производительности и выявления лучших практик моделирования профессионального роста. Как было отмечено ранее, в 2019 году в Институте совместно с несколькими академическими институтами (Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Институт социально-политических исследований РАН) реализуется проект «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения». В целях экспертной поддержки и популяризации результатов проекта мы проводим серию круглых столов и экспертных сессий. Первое из таких мероприятий — круглый стол «Кадры столичной медицины: образ будущего», включающий презентацию нашего научного исследования, результаты проведенных социологических опросов, обсуждение выявленных тенденций в мотивации сотрудников, механизмах планирования и построения карьерных стратегий и профессионального развития.

## Цели и задачи исследований, осуществляемых НИИОЗММ ДЗМ в рамках проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» по государственному заданию

- 1 Определение профессионально-квалификационного и социально-демографического составов медицинских работников, занятых в системе здравоохранения города Москвы.
- 2 Выявление специфики рынка труда столичного мегаполиса в сегменте медицинских кадров в аспекте характера и динамики движения медицинского персонала, включая вопросы циркуляции медицинских кадров в системе здравоохранения Москвы (государственные и частные медицинские организации, имеющие лицензии Департамента здравоохранения города Москвы).
- 3 Выявление факторов, детерминирующих текущую кадровую обеспеченность медицинских учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы.
- 4 Прогноз кадровых потребностей медицинских учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее ДЗМ), в краткосрочной и среднесрочной перспективе.
- 5 Изучение условий труда медицинских кадров, занятых в учреждениях, подведомственных ДЗМ, на предмет выявления факторов, мотивирующих медперсонал на оказание качественной медицинской помощи. Классификация мотивационных факторов для различных типов медицинских работников столичного здравоохранения.
- 6 Анализ системы требований, предъявляемых к работе медицинских организаций и их сотрудников, а также подходов к оценке эффективности их деятельности в аспекте влияния на качество оказываемой медицинской помощи.
- 7 Характеристика столичного стандарта медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала), определение минимальных требований к уровню профессиональных и универсальных компетенций медицинских работников.
- 8 Оценка работы системы подготовки медицинских кадров на уровне непрерывного медицинского образования в аспекте их соответствия требованиям к кадровому потенциалу столичного здравоохранения. Анализ доступности для московских медиков программ переподготовки и повышения квалификации, соответствующих мировым стандартам.
- 9 Разработка рекомендаций, направленных на развитие медицинских кадров, занятых в системе здравоохранения города Москвы, и создание условий для раскрытия их трудового потенциала с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи.
- 10 Разработка рекомендаций по развитию системы наставничества в медицинской сфере города Москвы и включение наиболее перспективных медицинских работников в систему наставничества, в том числе определение значимых факторов отбора медицинских работников, их профессионального и социального развития, профилактики профессионального выгорания и нормативно-методического обеспечения их деятельности.



## Круглый стол

# «Кадры столичной медицины: образ будущего»

Заседание круглого стола «Кадры столичной медицины: образ будущего», организованного НИИОЗММ ДЗМ, состоялось 24 мая 2019 года в Доме Правительства Москвы на Новом Арбате. Знаменательно, что мероприятие прошло именно в День кадрового работника.



**Основная задача — в рамках масштабного профессионального обсуждения стратегии развития кадрового потенциала столичного здравоохранения представить данные, провести дискуссии и выработать решение по ключевым темам:**

- рынок труда столичного мегаполиса в сегменте медицинских кадров в аспекте характера и динамики движения медицинского персонала, вопросы циркуляции медицинских кадров в системе здравоохранения Москвы;
- необходимые и достаточные условия для раскрытия трудового потенциала медицинских работников с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи;
- кадровые потребности медицинских учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в краткосрочной и среднесрочной перспективах;
- условия труда медицинских кадров, занятых в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в аспекте факторов, мотивирующих медперсонал на оказание качественной медицинской помощи;
- специфика медицинского менеджмента и управления медицинской организацией, круг профессиональных компетенций и подходов к управлению первых лиц организации.

В работе круглого стола и обсуждении актуальных проблем кадровой составляющей московской медицины приняли активное участие главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, руководители медицинских организаций города, руководители кадровых служб медицинских организаций ДЗМ, специалисты в области экономики, государственного управления, медицинской статистики, подготовки медицинских кадров.

# Кадры столичной медицины: образ будущего



## Анастасия Михайловна Подчернина,

заведующая Центром медицинской статистики Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

## УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ: СТАТИСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

Статистика здравоохранения в части кадровых ресурсов отрасли претерпела значительные изменения в последние годы. На сегодняшний день все больше информации собирается в целом по системе здравоохранения, в том числе в формате персонифицированных регистров. Новая система учета и консолидации данных позволяет проводить анализ не только по отрасли в целом, но и в разрезе отдельных должностей. Теперь можно прогнозировать подбор и целевое обучение сотрудников с учетом возрастных трендов, востребованности отдельных специальностей в отрасли или медицинской организации, загруженности персонала, а также отслеживать влияние социальных процессов на структуру и уровень квалификации врачебного персонала. Таким образом, новые подходы в медицинской статистике, и в частности формирование регистров, — ценный инструмент в осуществлении кадровой политики.

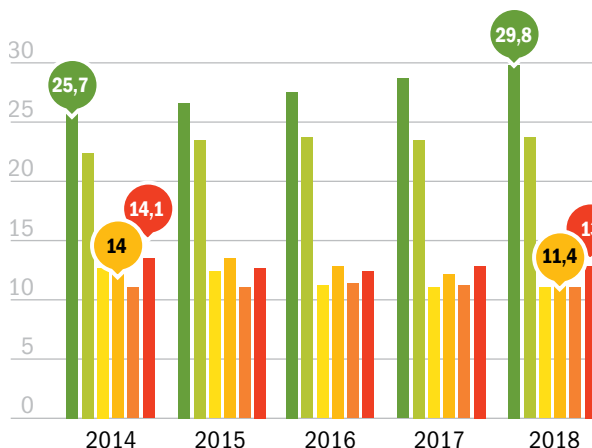
За последнее время значительно улучшилась ситуация по Москве. Один из основных критериев — укомплектованность кадрами. Решающие факторы здесь — сбалансированность штатного расписания и количество привлеченных специалистов. Исходя из этого рассчитывается обеспеченность медицинскими кадрами. Показатели укомплектованности врачами в Москве и медицинских организациях в структуре ДЗМ превышают средние по России, а по укомплектованности средним медицинским персоналом — немного отстают, что в целом характерно для больших городов, где специалистов с высшим образованием традиционно больше. Это определяет одну из задач кадровой политики в медицине — привлекать больше средних медицинских работников в отрасль.

## ПОКАЗАТЕЛИ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ВРАЧАМИ В МОСКВЕ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В СТРУКТУРЕ ДЗМ ПРЕВЫШАЮТ СРЕДНИЕ ПО РОССИИ

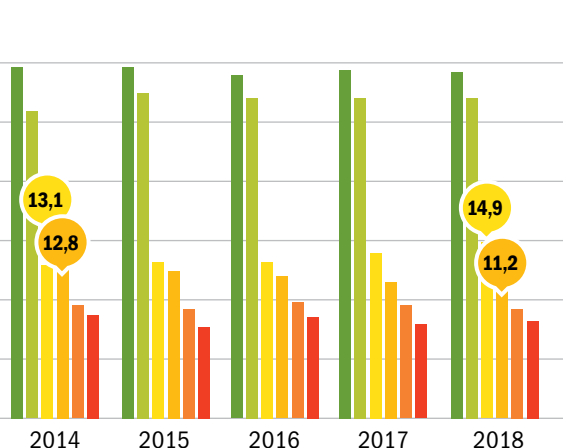
### Динамика возрастной структуры врачей и СМП в 2014–2018 гг.\*

■ до 36 лет   
 ■ 36–45 лет   
 ■ 46–50 лет   
 ■ 51–55 лет   
 ■ 56–60 лет   
 ■ 61 год и более

**ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ПО ВРАЧАМ, %**



**ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ПО СМП, %**



\*По данным формы ФЧН №30

## ВРАЧЕБНОЕ СООБЩЕСТВО МОСКВЫ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО, НО МОЛОДЕЕТ

Персонализация медицины — один из важнейших современных трендов. И это касается не только пациентов, но и специалистов. На это и нацелено формирование персонализированных регистров. Таким образом, мы можем учитывать каждого медицинского работника начиная с его выпуска из учебного заведения, включая все места работы, повышения квалификации, награды. Такой подход позволяет планировать распределение медицинских кадров, целевое обучение работников, ориентируясь на высококвалифицированные специальности и должности, а также должности с высокой долей сотрудников предпенсионного возраста.

**По статистическим данным, за период с 2014 по 2018 год увеличилось число врачей по специальностям:**

- врач общей практики (семейный врач) — в 245 раз (это объясняется массовым переобучением врачей-терапевтов, доля которых как раз заметно уменьшилась);
- врач по паллиативной медицинской помощи — в 39 раз;
- врач по медицинской реабилитации — в 5 раз.

Это полностью отражает современный тренд в развитии медицины. Если оценивать возрастную структуру специалистов, занятых в московской медицине, мы видим, что врачебное сообщество Москвы очень медленно, но молодеет.



### Константин Николаевич Царанов,

кандидат медицинских наук, мастер по государственному и муниципальному управлению (МРА), директор Центра развития здравоохранения и социальной сферы, Московский городской университет управления Правительства Москвы

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

В последние годы изменения в медицинских организациях идут особенно интенсивно. Для обеспечения качества оказания медицинской помощи населению руководителю медицинской организации требуются новые компетенции. Но эффективность клиники не может обеспечиваться только знаниями и лидерскими качествами руководителя. Одна из его задач — формировать команду единомышленников, которая обладает знаниями и умениями по развитию медицинской организации и удовлетворению ожиданий пациентов, обучать и развивать лидеров по конкретным направлениям внутри организации. Новые вызовы по обеспечению безопасности и качества оказания медицинской помощи задают и новые горизонты, требуют особенно внимательного отношения к человеческому капиталу.

Чтобы достойно отвечать на вызовы времени и повышать качество медицинской помощи, необходимо трансформировать систему управления. Не только в целом, но и в каждой конкретной медицинской организации. Для этого требуется в первую очередь трезво оценить текущую ситуацию — где мы сейчас? Существует достаточно простой тест:

### ТЕСТ: где мы сейчас?

#### Есть ли в вашей организации

		+ 1 балл	– 1 балл
Есть	Стратегия развития организации на 10 лет		Нет
Есть	Слаженная команда управленцев		Нет
Есть	Работающий кадровый резерв		Нет
Нет	Высокая текучка медицинского персонала		Есть
Нет	Дефицит кадров		Есть
Есть	Эффективная платформа дистанционного обучения		Есть
Есть	Единое понимание, чему и кого учить		Есть
Есть	Программа адаптации молодых сотрудников		Есть
Есть	Работающая система нематериальной мотивации		Есть
Есть	Счастливые сотрудники		Нет
Есть	Работающая (прописанная) система обратной связи		Нет
Есть	Высокая средняя зарплата		Нет

Он отражает базовые принципы международной системы, по которой проводится аудит и оценка кадрового потенциала компаний. Перспективная организация в идеале набирает 10 баллов. Исходя из этого теста, можно уже понять, к чему стремиться.

Новый вызов времени, который нельзя не учитывать в сегодняшней кадровой политике: нынешнее поколение имеет другое мировосприятие, другую меру ответственности, другие подходы к выстраиванию жизни и другие ожидания от работодателей.

На самом высоком уровне речь идет о «бережливых технологиях», но если мы и весь мир привыкли говорить о бережливом отношении к оборудованию, времени, пространству, то сейчас идет переориентация на задачу беречь сотрудников, кадровый потенциал, о развитии которого мы говорим. Все остальное оптимизировано.

Система московского здравоохранения — одна из самых крупных мировых медицинских корпораций. Поэтому на уровне корпорации мы видим: негуманно и малоэффективно требовать от сотрудников перестройки, другого поведения, если не давать эффективных механизмов обучения, включая дистанционные программы и информационные технологии, повышающие эффективность обучения.

### Решение

Создание комплексной системы сбережения и развития человеческого и социального капиталов на уровне каждой организации и создание условий для этого на уровне корпорации включает в себя:

- 1) план по трансформации корпоративной культуры (мониторинг, обратная связь и т.д.);
- 2) создание системы развития (обучения) сотрудников;
- 3) развитие лидерства в организации;
- 4) создание системы мотивации для сотрудников.

### Выводы

- Главная ценность организации — люди.
- Основные задачи руководителя: привлекать, удерживать и развивать сотрудников.
- Забота — проявление вашего отношения к людям.
- Забота проявляется в системе мотивации и в системе администрирования.
- Условия жизни, ценности и поведение людей постоянно изменяются.
- Эффективно управлять «новыми» людьми в «новых» условиях «по-старому» не получится.
- Эффективному управлению в «новых» условиях «новыми» сотрудниками надо учиться.

**ОДНА ИЗ ЗАДАЧ РУКОВОДИТЕЛЯ — ФОРМИРОВАТЬ КОМАНДУ ЕДИНОМЫШЛЕННИКОВ, КОТОРАЯ ОБЛАДАЕТ ЗНАНИЯМИ И УМЕНИЯМИ ПО РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И УДОВЛЕТВОРЕНИЮ ОЖИДАНИЙ ПАЦИЕНТОВ, ОБУЧАТЬ И РАЗВИВАТЬ ЛИДЕРОВ ПО КОНКРЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ВНУТРИ ОРГАНИЗАЦИИ**



**Алексей  
Николаевич  
Зубец,**

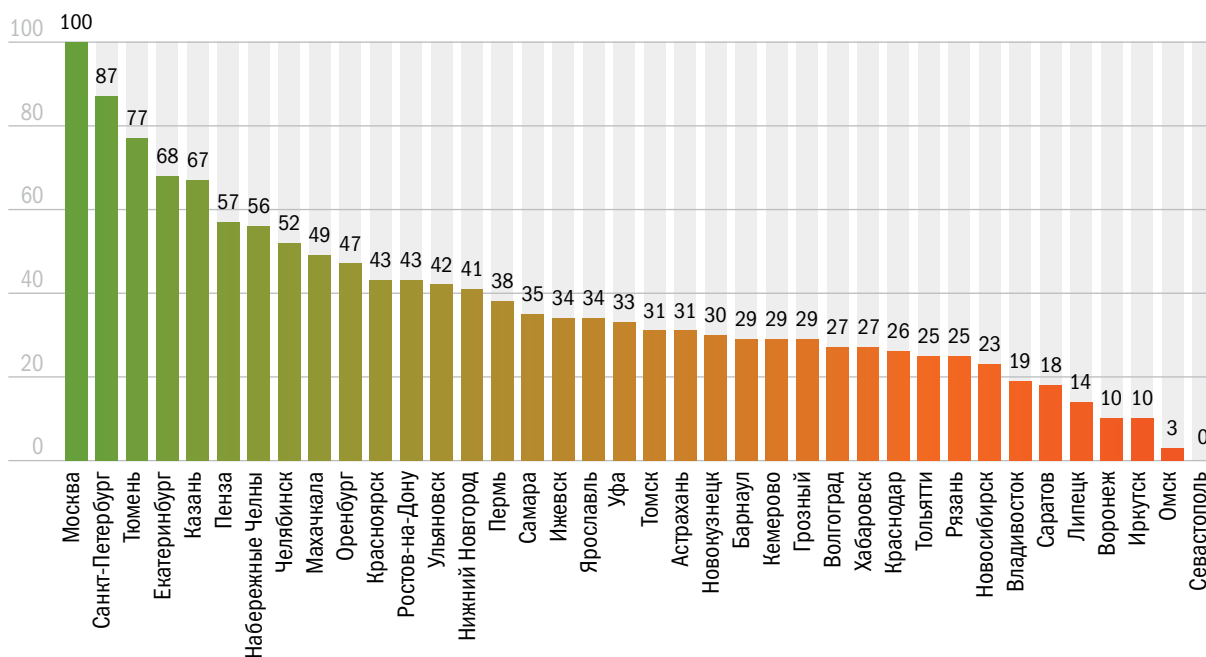
доктор экономических наук,  
доцент, проректор по стратеги-  
ческому развитию и практико-  
ориентированному образованию  
Финансового университета при  
Правительстве РФ

## КАДРЫ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЕГО СООТВЕТСТВИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИМ СТАНДАРТАМ

Потребительское восприятие качества медицинского обслуживания изменилось. Пациенты стали более требовательными. Это соответствует бурному развитию медицинской науки и технологий, с одной стороны, и общему росту качества жизни и сопровождающему его росту потребительских стандартов — с другой стороны. Запрос на более высокое качество медицинского обслуживания наблюдается среди граждан с разным уровнем доходов. Постоянно растущий потребительский стандарт связан также с целью достижения продолжительности жизни людей, обозначенной в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Потребительский стандарт претерпевает изменения буквально у нас на глазах, он напрямую влияет на ожидания населения от качества предоставляемой медицинской помощи. Он может и должен стать одним из ориентиров в развитии организации здравоохранения и его кадрового потенциала.

### Индекс качества медицинского обслуживания жителей российских городов



## Основные составляющие стандарта качества жизни населения российских городов

	Какие блага, по-вашему, должны быть доступны обычной российской семье?	Доля респондентов, назвавших данный вариант
1	Качественная медицина, включая платную медицину	11,7 %
2	Качественное образование, включая платное образование	11,3 %
3	Качественное жилье — собственный дом, квартира, удобный жилищный сервис	11,0 %
4	Качественное, полноценное питание, включая питание вне дома	10,4 %
5	Хорошая работа	8,7 %
6	Современная бытовая техника (телевизор, холодильник, стиральная машина и т. д.)	7,6 %
7	Путешествия, поездки на отдых по России и за границу	7,4 %
8	Полноценный доступ к культурным ценностям (театры, книги, выставки и т. п.)	6,9 %
9	Автомобиль, развитие общественного транспорта и возможность свободного передвижения	6,5 %
10	Занятия спортом или любимым делом	6,4 %
11	Возможность самому организовывать свою жизнь, свобода выбора	5,8 %
12	Большое количество свободного времени	2,5 %
13	Дорогая техника для отдыха и хобби — зеркальная фотокамера, например	2,2 %
14	Помощь по дому (няня, домработница)	1,4 %
15	Другое	0,1 %

Развитие и качество любой социально-экономической отрасли, включая медицинскую, связано с доступными финансами, направленными в эту отрасль, но параллельно и автономно идет развитие потребительского стандарта — так называемого качества жизни, которое включает в себя и медицину. То есть количество денег и затраты государства на медицину живут по своим законам, а стандарты качества жизни — по другим. И важнейшая задача — совмещать существующие потребности населения, которые оно само для себя формулирует, с существующими возможностями системы здравоохранения. По исследованию, проведенному университетом, в перечне атрибутов высокого стандарта качества жизни на первом месте оказалась качественная медицина (включая платную), а в самом конце списка оказались, например, дорогая техника и наличие помощников по хозяйству. Это мы видим впервые за несколько лет проводимого подобного исследования. Раньше на самых верхних строчках были качественное питание, высокий уровень доходов и т. п. В последние 2–3 года становится отчетливо заметной подобная трансформация потребностей населения: определяющим фактором высокого качества жизни становятся качественная медицина и качественное образование.

Москва заметно отличается от других регионов страны именно по уровню стандартов качества жизни. При этом 75 % жителей города удовлетворены качеством медицинского обслуживания, которое они получают. 73 % не имели повода сами и не сталкивались с ситуацией, когда у кого-либо из окружения были желание и повод подать в суд на медицинскую организацию. Это один из самых высоких показателей в стране. Москва совершенно очевидно является одним из лидеров по качеству медицинского обслуживания и по уровню удовлетворенности потребителей этим качеством.

Один из инструментов повышения качества медицинского обслуживания — повышение «стоимости» жизни человека (суммы, которая выплачивается в результате несчастных случаев, врачебной ошибки и т. д.). В настоящее время в нашей стране она одна из самых низких в мире и на порядок меньше суммы, которую должна была бы составлять в соответствии с существующими общемировыми критериями.

Президентским указом обозначена задача увеличения продолжительности жизни. К вопросу медицинских кадров это имеет непосредственное отношение. Поскольку коэффициент корреляции между таким фактором, как доступность базовых медицинских услуг, и ожидаемой продолжительностью жизни составляет 89 %. Таким образом, в кадровой политике здравоохранения необходимо обратить особое внимание на доступность врача по соседству и возможности скорой помощи.



**Наталья  
Сергеевна  
Григорьева,**

доктор политических наук, профессор, руководитель Центра сравнительной социальной политики, факультет государственного управления МГУ имени М. В. Ломоносова

## МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ: ТРЕБОВАНИЯ К ДАННЫМ И МЕТОДАМ ОЦЕНКИ

Решение кадровых вопросов требует комплексного подхода. Как показали статистические исследования, формальное решение, которое сводится к укомплектованности штата сотрудниками необходимых специальностей, не связано напрямую с эффективностью медицинской помощи. В первую очередь необходимо фокусироваться на качестве подготовки специалистов. Подготовка специалистов также должна включать формирование не только профессиональных навыков, но и обучение эффективному взаимодействию с пациентом, поскольку от этого зависит приверженность лечению, а в конечном итоге — и продолжительность жизни. Очевидно, что в первую очередь кадровые вопросы требуют решения в сферах, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности. На что важно ориентироваться при работе с кадровым потенциалом в здравоохранении?

В современных условиях очень и очень важно различать менеджмент и управление в здравоохранении, потому что многие термины, которые красиво и эффектно используются в других отраслях (конкуренция и т. п.), для системы здравоохранения абсолютно в большинстве своем неприемлемы, и нужны совсем другие методы.

Зачем нужен мониторинг результативности услуг здравоохранения? Этот сбор информации позволяет определить, насколько эффективно реализуются программы оказания медицинской помощи на различных уровнях, какие при этом происходят изменения и какие издержки сопряжены с указанными процессами.

### Критерии оценки кадрового потенциала медицинской организации в целях повышения качества услуг

Модуль	Наименование критерия оценки
Объем и качество	Коэффициент интенсивности работы врача Коэффициент интенсивности работы на приеме Коэффициент интенсивности работы на вызовах Коэффициент оценки профилактической работы Коэффициент оценки на диспансеризации Коэффициент интенсивности использования передовых технологий диагностики и лечения и т. д.
Дефекты	Коэффициент дефекта манипуляционной деятельности Коэффициент качества планирования обследования и лечения Коэффициент девиантности трудового поведения и т. д.
Трудовой потенциал	Коэффициент уровня образования Коэффициент уровня квалификации Коэффициент реализации творческих способностей Коэффициент профессионального развития и т. д.



### ХАРАКТЕРИСТИКИ И СИСТЕМА ПОКАЗАТЕЛЕЙ

#### Количественные

- численность, состав, соотношение категорий и групп
- укомплектованность
- состояние внутреннего и внешнего совместительства
- текучесть кадров

#### Качественные

- условия труда и организация научного процесса
- профессиональные квалификационные группы должностей
- размер оплаты труда
- средний трудовой стаж по профессии
- уровень профессиональной подготовки
- удовлетворенность работой

#### Модель структуры и характеристики кадрового потенциала организации

#### Результаты мониторинга:

- необходимы для принятия управленческих решений в сфере здравоохранения;
- указывают на более рациональное использование ограниченных человеческих и материальных ресурсов с целью достижения желаемых результатов.

Если говорить конкретно о мониторинге кадрового потенциала медицинской организацией, важно рассматривать не только количественную его сторону, которую мы очень хорошо себе представляем благодаря статистике, но и качественную, а это всегда очень сложно. Даже проводя исследование оплаты труда, важно смотреть, насколько она связана с удовлетворенностью пациентов, как и уровень профессиональной подготовки, и т. д.

#### Одна из проблемных зон — коммуникация.

- Межличностная коммуникация как отношения между пациентами и организаторами медицинской помощи или же между членами семьи, коллегами и друзьями по вопросам, касающимся состояния здоровья.
- Организационная коммуникация, которая относится к деятельности медицинских учреждений, их иерархии, организации информационных потоков, способам доставки информации.
- Межкультурный аспект коммуникации — что люди понимают под состояниями здоровья и болезни, культурные особенности, влияющие на отношение к болезни, своему состоянию, правилам поведения. Это особенно важно в контексте выстраивания отношений с пациентом — патерналистских или партнерских.
- Социальная коммуникация — насколько сообщения относительно здоровья пациента, организации и предоставления ему помощи, распространяемые через различные каналы коммуникации, могут изменить и улучшить поведение человека (отдельных групп). Возможно ли достижение социальной толерантности, или она чужда социуму?

Также развитие кадрового потенциала в медицине сегодня подразумевает междисциплинарное и даже межпрофессиональное (например, между профессионалами медицинской и социальной сферы) взаимодействие.



**Ольга  
Аркадьевна  
Александрова,**

доктор экономических наук,  
заместитель директора по на-  
учной работе Института соци-  
ально-экономических проблем  
населения РАН, аналитик  
Научно-исследовательского  
института организации здра-  
воохранения и медицинского  
менеджмента Департамента  
здравоохранения города Москвы

## КЛИНИЦИСТЫ И МЕНЕДЖЕРЫ КАК РУКОВОДИТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: О ЧЕМ ГОВОРИТ ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ?

За рубежом уже несколько десятилетий продолжается дискуссия, кем в первую очередь должен быть руководитель медицинской организации — клиницистом или менеджером. Она становится актуальной и в России. Рассмотрены мнения и аргументация российских экспертов в отношении этой дилеммы. На основе зарубежного опыта проанализированы последствия привнесения в работу медицинских организаций методов управления, характерных для бизнеса, а также меры, призванные минимизировать сказывающиеся на качестве медицинской помощи негативные эффекты столкновения организационных культур менеджеров и врачей. Обозначены точки поиска компромиссов.

Зарубежный опыт для нас сегодня — своего рода возможность заглянуть в будущее и посмотреть на те проблемы, с которыми мы если еще не столкнулись, то вскоре столкнемся. И мы можем оценить результаты развития в этом направлении тех стран, по чьему пути в значительной мере пошла и Россия. Плюс перверсивные изменения, которые неизбежны при переносе тех или иных институтов и систем в другую социокультурную среду. При этом свежие исследования на тему менеджмента в здравоохранении показывают: клиницисты должны играть гораздо большую роль в руководстве и управлении, и пропасть между клиницистами и менеджерами должна быть преодолена. Основная проблема — в принципиальной разнице осознаваемых миссий и, соответственно, решаемых задач. По словам врачей, менеджеры смотрят совершенно с другого ракурса, у них лишь цифры и целевые показатели, что отражается на закупках медицинского оборудования, составлении плана работ и т. д. Медики убеждены: необходимы фундаментальные изменения, которые должны состоять, с одной стороны, в получении врачами бóльших возможностей воздействовать на различные аспекты управления медучреждениями, а с другой стороны — в усилении влияния на менеджеров со стороны самих пациентов. Ключевым терапевтическим фактором является партнерство пациента и врача, но из-за изменения ролей и «организационного веса» центральным становится взаимодействие врачей и менеджеров. Именно здесь неизбежно возникает напряжение: вра-

**КЕМ ПО ПРОФЕССИИ ДОЛЖЕН БЫТЬ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ? ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ — НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ВТОРОГО СЕРЬЕЗНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Актуальность вопроса подтверждается многочисленностью публикаций, посвященных проблемам взаимоотношений менеджеров и врачей:**

- K. Enock, S. Markwell. **Interactions between managers, doctors and others.**
- H. Davies, A. Powell. **Managing doctors, doctors managing.**
- R. C. Williams, K. Ludlow, L. Testa, Zh. Li, J. Braithwaite. **Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors?**
- E. A. Rider, M. A. Gilligan, L. Osterberg, W. T. Branch. **Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice.**

**Откуда взялась проблема:**

до 1980-х годов решающую роль и в принятии решений о распределении ресурсов, и в контроле над повседневной деятельностью медучреждений играли врачи. В 1983 г. в NHS была внедрена новая концепция управления: прежний триумвират (врач, медсестра, администратор) заменялся одним менеджером, наделенным правом принятия как стратегических, так и оперативных решений.

чи исповедуют индивидуальный подход, предлагают оказывать пациентам максимально возможную медицинскую помощь, а менеджеры исходят из «больших чисел» и фокусируются на эффективном использовании ресурсов для медицинского обслуживания всего местного населения. Налицо столкновение ценностных установок и организационных культур. Многочисленные исследования показали, что доминирование коммерческого подхода приводит к концентрации внимания отрасли на производительности, эффективности, регламентах и принуждению врачей к обслуживанию большего количества пациентов. Эти требования не совпадают с изначальными ценностными установками медицинского сообщества, также перегрузки приводят к стрессам и ускоренному профессиональному выгоранию врачей (на него указали более половины врачей США). Разрушение традиционных отношений между врачом и пациентом снижает качество медицинской помощи. Чрезмерная концентрация внимания руководства медучреждений на производительности труда врачей, достигаемой за счет сокращения времени общения с пациентами, а в конечном итоге — за счет отказа медикам в праве следовать выработанным навыкам и ценностным установкам, приводит к тому, что между врачами и менеджментом только крепнет барьер. На вопрос «Кем должен быть руководитель медицинской организации — клиницистом или менеджером?» российские эксперты ответили следующим образом: «Врача можно научить экономике, но ни один менеджер не оценит правильно работу врача», признавая, однако, что здесь нет однозначного ответа. Оптимальный вариант — «наличие медицинского образования и второго серьезного образования по организации здравоохранения».





### Игнат Викторович Богдан,

кандидат политических наук, руководитель отдела медико-социологических исследований Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

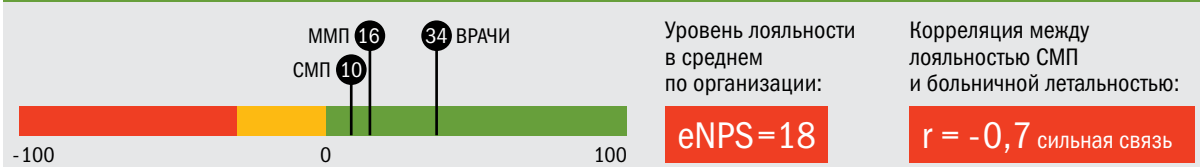
## УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ОТ ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИИ

Согласно проведенному отделом исследованию были обнаружены средние и высокие корреляции между показателем лояльности персонала и рядом статистических показателей результативности и эффективности вплоть до больничной летальности. Наибольшая связь была обнаружена между статистическими показателями и лояльностью среднего медицинского персонала. При этом в целом врачи в три раза более лояльны к своей организации по сравнению с медицинскими сестрами.

Исследование Института Гэллапа показало, что «...вовлеченность среднего медицинского персонала — предиктор № 1 различия в показателях смертности между больницами». И наше исследование это подтвердило.

Можно утверждать, что есть прямая связь между результативностью, эффективностью и лояльностью. Следующий вопрос: как повышать лояльность сотрудников?

### Лояльность персонала организации и показатели результативности и эффективности



### ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ

Связь лояльность – статистика (отображены сильные и средние связи)

	Среднее число дней занятости койки в году (функция койки)	Средняя длительность пребывания	Оборот койки	Больничная летальность	Простой койки (не считая закрытия на ремонт и мойку)
Все категории				-0,67	
Врачи	-0,50	-0,45			0,53
СМП		-0,48	0,54	-0,72	
ММП				-0,51	

ММП – младший медицинский персонал, СМП – средний медицинский персонал

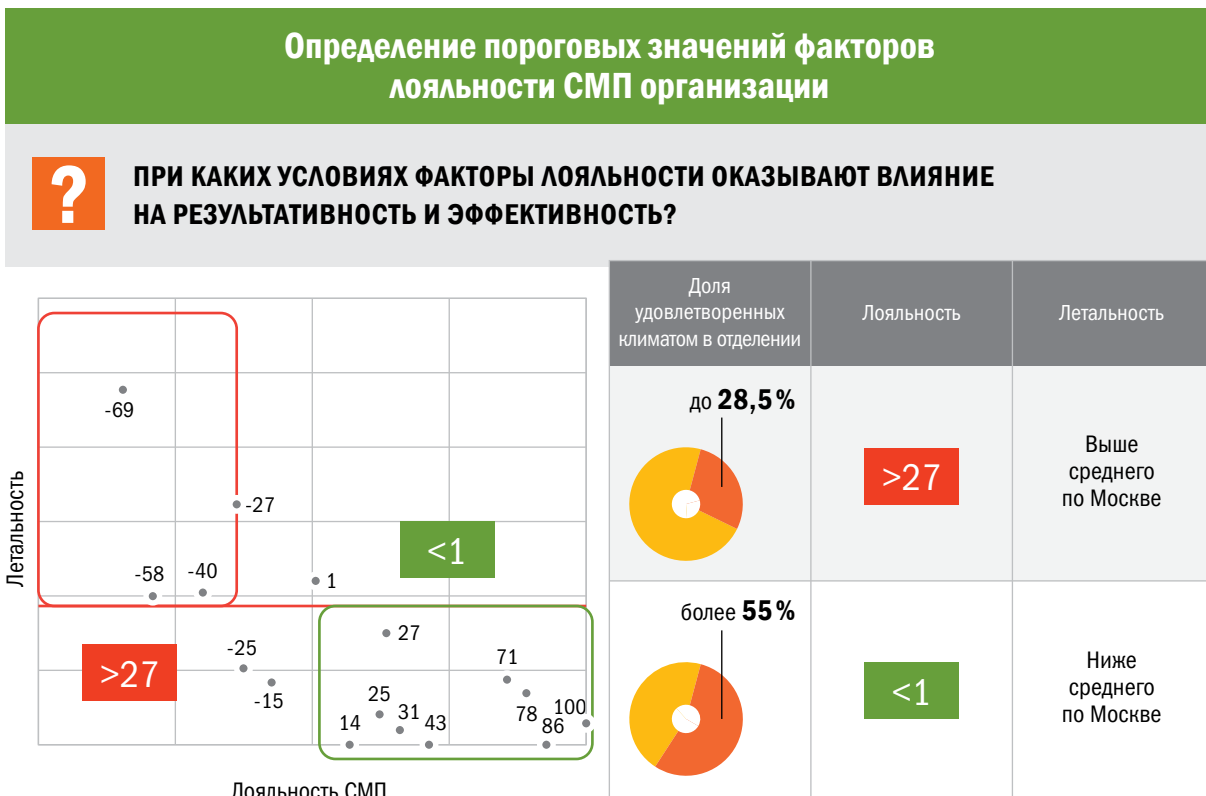
**5 наиболее значимых факторов лояльности:**

- психоэмоциональные условия труда;
- материальное стимулирование;
- бытовые условия труда;
- снабжение отделений и оснащенность;
- нагрузка.

Мы исследовали самый значимый из этих факторов: психологический климат на работе. И обнаружили, что критическим для эффективности деятельности медицинской организации оказался уровень 28,5 % удовлетворенных климатом сотрудников. При индексе ниже этого значения летальность в конкретном отделении оказывается выше средней по Москве (для аналогичных отделений). А при более 55 % удовлетворенных климатом сотрудников в отделении летальность достоверно ниже, чем в среднем по Москве.

Таким образом, проведение подобных мониторингов в организациях системы здравоохранения Москвы видится очень результативным. И второй вывод: одна из актуальных задач кадровой политики — повышение лояльности среднего медицинского персонала.

# ПРОВЕДЕНИЕ МОНИТОРИНГОВ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ ВИДИТСЯ ОЧЕНЬ РЕЗУЛЬТАТИВНЫМ





**Елена  
Анатольевна  
Савостина,**

доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела планирования и координации научных исследований ГБУЗ МО МОНКИ им. М. Ф. Владимирского, доцент кафедры медицинской статистики и информатики РМАНПО

## МОЖНО ЛИ ДОВЕРИТЬ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ ОЦЕНКУ СВОЕЙ РАБОТЫ? (по материалам проведенного исследования)

Удовлетворенность пациента — один из основных критериев оценки качества медицинской помощи. Анкетирование — ведущий общепризнанный метод, которым проверяется степень этой удовлетворенности. Но мы все понимаем, что анкетирование пациентов не может быть достаточно достоверным из-за множества факторов: неудачного момента для предложения заполнить анкету, эмоциональной составляющей, непрофессионализма в оценке и т. д. А если спросить сам медицинский персонал? Ясно, что оценка будет профессиональной, не говоря уже о том, что анкетирование медицинского персонала учреждения намного проще организовать. Однако единственный вопрос, который вызывает сомнения: а будет ли она объективной?

Этот предмет мы и исследовали с помощью так называемого зеркального анкетирования. Перечень вопросов был разработан для пациентов, чтобы оценить их уровень удовлетворенности теми или иными условиями оказания медицинской помощи. Для персонала же были разработаны две анкеты. В одной из них предлагалось предположить, как ответили на тот или иной вопрос пациенты, то есть, по сути дела, угадать, как они относятся к медицинской помощи, которую им предоставляют в организации. Другая анкета содержала вопросы: как вы сами оцениваете те или иные условия оказания медицинской помощи, которые предлагает пациентам ваша организация? Это мы назвали «самооценкой» медицинского персонала. Результаты проведенного анкетирования убедительно свидетельствуют о более высокой оценке различных аспектов оказания медицинской помощи со стороны пациентов по сравнению с оценкой медицинского персонала. Медицинские работники оценивают свою работу и условия пребывания пациентов гораздо строже, чем сами пациенты. При этом 70 % медицинского персонала считает, что результаты анкетирования пациентов также должны учитываться руководством учреждения при принятии управленческих решений. Единственный пункт, в оценке которого не сошлись пациенты и медицинский персонал, — внятное объяснение диагноза и назначенного лечения, на этот момент и предлагаем обратить внимание нашего медицинского сообщества.

# МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОЦЕНИВАЮТ СВОЮ РАБОТУ И УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОРАЗДО СТРОЖЕ, ЧЕМ САМИ ПАЦИЕНТЫ



