*На правах рукописи*

**Мирошникова**
**Юлия Вячеславовна**

# Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в **Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства»**

**Научные консультанты:**
Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, правоведения и информатики ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России
доктор медицинских наук, профессор **Уйба Владимир Викторович**

**Официальные оппоненты:**
доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и профилактической медицины, заведующая лабораторией совершенствования систем управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России **Сквирская Галина Петровна**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России **Муравьева Валентина Николаевна**

доктор медицинских наук, доцент, руководитель Центра высшего и ДПО ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко» **Берсенева Евгения Александровна**

**Ведущая организация:** Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов"

Защита диссертации состоится «29» марта 2019 г. в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ по адресу: 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, 11

Автореферат разослан «_____»_____2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук Сабгайда Тамара Павловна

# ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

***Актуальность исследования.*** В последние десятилетия в период интенсивных организационно-структурных перемен и финансовых ограничений, происходящих в здравоохранении, все более очевидной становится потребность отрасли в повышении качества управления на всех уровнях, что во многом определяется составом руководящего корпуса, его профессионализмом, умением реагировать на вызовы времени, соответствием его профессионально-деловых и личностных качеств требованиям современного менеджмента. Работа в условиях развивающегося рынка медицинских услуг, расширения правовой и хозяйственной самостоятельности учреждений, необходимости обеспечения стратегического развития, наращивания конкурентных преимуществ управляемых подсистем меняет представление о современном руководителе. Безвозвратно проходит время исполнителей. Руководитель нового типа – это креативно и рационально мыслящий, широко образованный в области смежных областей знаний, хорошо подготовленный в части практических навыков лидер, обладающий необходимыми профессиональными качествами, инициативой, харизмой.

Многоплановые отраслевые кадровые проблемы, отмеченные в Указе Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и Государственной программе развития российского здравоохранения, утвержденной постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017г. № 1640 требуют разработки и использования современных методов управления, выбора правильных стратегических курсов, нахождения ресурсов, повышения экономичности аппарата, роста профессионализма руководителей, повышения их ответственности за порученное дело, а также ликвидации функционально-структурной неупорядоченности. В 2017 г. утвержден профессиональный стандарт специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья. Вместе с тем, в здравоохранении традиционно доминирует тенденция выдвижения на руководящие должности профильных специалистов, не всегда в полной мере владеющих системным аналитическим мышлением, организаторскими способностями. Поэтому наиболее остро стоит проблема отбора на ранних ступенях карьеры лиц, в наибольшей степени склонных к руководящей работе, формирования резерва руководящих кадров и его подготовки по широкому профилю дисциплин. Отличительными чертами резерва является его ориентированность на будущее, а самым важным критерием эффективности работы с резервом – его использование для выдвижения на руководящие должности. Наличие кадрового резерва позволяет заранее в плановом порядке на базе научно обоснованных программ готовить

кандидатов на вновь создаваемые или подлежащие замещению вакантные должности, эффективно организовывать стажировку специалистов по различным направлениям деятельности в той или иной организации или стране. Наличие подготовленного резерва является важнейшим условием преемственности руководящих кадров и повышения эффективности управления (Алексеевская Т.И., 2007; Ансофф И.М., 1989). Работа с резервом лишь частично регламентирована рядом нормативно-правовых актов: Приказом МЗ РФ от 20 августа 1998 г. № 252 «О порядке формирования резерва на замещение должностей руководителей и работы с резервом», распоряжениями Правительства РФ от 09.02.2013 № 126 «О Комиссии при Президенте Российской Федерации по вопросам государственной службы и резерва управленческих кадров», приказом МЗ РФ от 26 июня 2014 г. №321 «Об утверждения плана мероприятий («дорожной карты») Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением», образовательным проектом «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011-2014 гг.». С конца 2013 г. началась реализация пилотного проекта Минздрава России по внедрению новой модели медицинского и фармацевтического образования, предусматривающей непрерывность повышения квалификации на протяжении всей профессиональной жизни, в том числе по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Несмотря на большое внимание, уделяемое отбору и подготовке талантливой молодежи, проведению кампаний и осуществлению разнообразных проектов по выявлению и формированию резерва руководящих кадров, проблемы организации системной, планомерной, повседневной работы с резервом на разных уровнях управления здравоохранением в должной степени не решены.

Проблемы управления руководящими кадрами и резервом на руководящие должности в последние 15 лет освещены в работах отечественных и зарубежных исследователей (Базаров Т.Ю., 2014; Веснин В.Р., 2003; Егоршин А.П., Филимонова С.Е., 2007; Кибанов А.Я., 2002; Майорова Т.С., 2007; Маусов Н.К., Одегов Ю.Г., 2004; Травин В.В., 2005; Чередник С.П., 2006; Коул Д., 2004; Монди У., 2004; Баллантайн М.И., 2008; Уиддет С., Холлифорд С., 2008; Армстронг, 2009; и др.). Вместе с тем, отсутствие в отрасли единой системы формирования и подготовки резерва руководящих кадров, построенной на единых принципах и подходах, использующей современные кадровые технологии и обеспечивающей

своевременное выдвижение кандидатов на руководящие должности, обусловливает актуальность данного исследования.

***Степень разработанности темы исследования.***

В здравоохранении отдельные научные, методические и организационные аспекты работы с руководящим составом и резервом управленческих кадров рассмотрены в публикациях многих авторов: Захарченко Н.Д., 2005; Манеровой О.А., 2005; Стародубова В.И., Сидорова П.И., Коноплевой И.А., 2006; Михайловой Ю.В., 2007; Расторгуевой Т.И., 2009; Найговзиной Н.Б., Зиминой Э.В., 2010; Щепина О.П., 2011; Камыниной Н.Н., 2011, 2012; Зиминой Э.В., 2007, 2012, 2013; Сибуриной Т.А., Князева А.А., 2013; Кичи Д.И., 2013; Сквирской Г.П., 2017 и др.

Вопросы подготовки руководителей представлены в публикациях Кучеренко В.З., Забина Ю.Л., 1989; Денисова И.Н., Мелешко В.П., 1996; Дюкаревой А.М., 1997; Мальцевой О.А., 1998; Филатова В.И., Мельниковой ЕА, Козырина К.И., 2000; Жукова В.А., 2001; Вялкова А.И., Кучеренко В.З., Сырцовой Л.Е., 2003; Стародубова В.И., Кириллова А.В., 2004; Пальцева М.А., Денисова И.Н., Чекнева Б.М., 2005; Манеровой О.А., 2005; Захарченко Н.Д., 2005; Михайловой Ю.В, 2007; Расторгуевой Т.И., 2009; Лисицына Ю.П., 2010; Щепина О.П., 2011; Сороко А.В., 2011; Кузьмина М.А., 2012; Базарова Т.Ю., 2016; Кузьмина Ю.Ф, Черновой Т.В., Громовой В.Л., 2017; и др.

Оценочным технологиям в системе управления кадровым резервом посвящены работы Хруцкого В.Е., 2004; Николаева А.В., 2006; Яковлева А.Я., 2006; Барышниковой Т.В., 2007; Туренко Б.Г., 2007; Фокина К.Б., 2008 и др.

Несмотря на высокую значимость результатов исследований, проблема подбора, подготовки и повышения эффективности работы руководящих кадров остается актуальной, авторы почти всех исследований отмечают низкий уровень работы с кадровым резервом в современных условиях. Системная работа с кадровым резервом на руководящие должности в органах управления и медицинских организациях отсутствует, а профессиональное образование и личностное воспитание не имеют направленного целевого подхода (Байхем В.К., 2002; Багадаева О.М., 2011; Князев А.А., 2013). Остаются нерешенными вопросы индивидуализации программ обучения с учетом конкретной должности и, соответственно, модульности в системе образования. Слабо представленное в здравоохранении стратегическое управление, отсутствие обоснованных кадровых стратегий ограничивают возможности подготовки резерва с учетом перспектив развития отрасли, отдельно взятого учреждения, Нерешенной остается проблема планирования резерва, своевременности его подготовки и выдвижения.

***Цель исследования:***

Разработка концептуальных подходов и обоснование организационно-управленческих механизмов работы с резервом руководящих кадров на основе оценки состава руководящих работников, анализа проблем в реализации проекта «Профессиональная команда страны» и разработки методологии выявления базовых потребностей резервистов в профессиональной подготовке.

***Задачи исследования:***

1. Провести анализ сложившихся в мировой практике подходов, методов, технологий формирования и подготовки управленческих кадров, современных механизмов управления резервом на руководящие должности.
2. Выявить основные проблемы в работе с руководящими кадрами на основе исследования их состава, личностно-деловых характеристик, тенденций в динамике количественного и качественного роста.
3. Дать комплексную оценку состава и результативности работы с резервом руководящих кадров (РРК), объединенных в «Профессиональную команду страны».
4. На основе анализа теоретических аспектов работы с резервом руководящих кадров определить общесистемные (отраслевые) особенности подготовки резерва руководящих кадров в здравоохранении.
5. Разработать концептуальные положения по совершенствованию отраслевой системы резерва руководящих кадров.
6. Разработать компетентностные модели должностей главного врача и заведующего отделением медицинских организаций, исходя из требований должности к знаниям, умениям, навыкам и личностным параметрам претендентов.
7. Разработать проект программы и базовые модули обучения резерва на руководящие должности в медицинских организациях с учетом перспективных должностных моделей.

***Научная новизна исследования:***

В результате исследования решена проблема научного обоснования организации системы профессиональной подготовки резерва руководящих кадров в здравоохранении и разработаны организационно-управленческие технологии ее практического использования.

В ходе исследования:

- разработана методология комплексной (интегральной) оценки кандидата в резерв, включающая характеристику профессиональных и личностных качеств претендента, оценку эффективности и результативности его деятельности в занимаемой должности;

- на основании анализа данных системы федерального статистического наблюдения дана оценка состояния работы с руководящими кадрами, выявлены проблемы в их составе и тенденции количественного роста и качественного развития;

- получена комплексная личностно-деловая характеристика действующего состава управленческих кадров с учетом специфики работы руководителей на разных уровнях управления здравоохранением, выявлены основные факторы удовлетворенности трудом;

- дана оценка и выявлены основные проблемы в работе с резервом на руководящие должности на основе исследования его состава, качества подготовки, эффективности использования, определены ключевые факторы, способствующие выдвижению резервистов на руководящие должности;

- определены отраслевые базовые принципы организации работы с резервом в отрасли, сформулированы основные факторы повышения результативности резерва руководящих кадров, разработаны рациональные организационно-управленческие алгоритмы действий по формированию резерва руководящих кадров и мониторингу его использования на разных уровнях управления здравоохранением;

- разработаны базовая и перспективная профессиональные модели должностей руководителей медицинских организаций (главного врача и заведующего отделением), представляющие собой основание для формирования перспективной модели подготовки резерва, разработан понятийный аппарат проблемы РРК.

***Теоретическая и практическая значимость работы*** заключается в разработке конкретных предложений по совершенствованию системы подготовки резерва на руководящие должности в здравоохранении РФ и состоит в следующем:

- разработке и практической апробации в рамках проекта партии Единая Россия «Профессиональная команда страны» методики отбора претендентов в состав резерва руководящих кадров, а также порядка выдвижения кандидатов в регионах в резерв федерального уровня;

-формировании информационной базы «Профессиональная команда страны»;

- создании профессионального и социально-психологического портрета действующих руководителей (органов управления здравоохранением регионального уровня, начальников кадровых служб ОУЗ субъектов РФ, руководителей медицинских организаций);

- определении комплекса структурно-функциональных параметров, определяющих требования должности к претенденту на выдвижение и

подлежащих учету при формировании компетентностной модели подготовки резерва;

- оценке состава резерва и результативности работы с ним, что позволило обосновать предложения по совершенствованию критериев отбора кандидатов в РРК на региональном уровне;

- установлении перечня основных организационных механизмов и управленческих инструментов, необходимых для обеспечения эффективности РРК (стратегии развития кадрового потенциала организации, перспективной профессиональной модели конкретной должности, перспективной компетентностной модели РРК, стратегической карты резервиста, системы мониторинга развития и использования РРК);

- разработаны программа и основные модули обучения резерва, дифференцированное использование которых позволяет реализовать персонализированный подход к подготовке резерва.

Теоретические положения и методологические разработки в области управления резервом руководящих кадров могут быть использованы при формировании резерва на руководящие должности на различных уровнях управления здравоохранением, а также для оценки претендентов на соответствие требованиям рассматриваемой должности в оперативно-тактическом и перспективном аспектах.

***Внедрение результатов исследования использованы при личном участии:***

-в разработке методологического инструментария и формировании резерва руководящих кадров в проекте «Профессиональная команда страны» МЗ РФ и Комитета ГД РФ по охране здоровья, при подготовке профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017г. №768н;

-при разработке Государственной Программы «Развитие здравоохранения» (подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»);

-при разработке региональных программ «Развитие здравоохранения» (кадровое обеспечение);

-при разработке индикаторов независимой оценки кадрового обеспечения первичного сектора здравоохранения (проект МЗ РФ «Независимая оценка качества и доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь и имеющих прикрепленное население»);

-при разработке международных и национальных методологических подходов оценочных критериев управленческих кадров в здравоохранении в странах Партнерства СИЗБ;

-в учебном процессе кафедр общественное здоровье и здравоохранение ФГАОУ ВО "Российский Университет Дружбы Народов», ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова.

По результатам исследования изданы:

- Учебно-методическое пособие «Развитие системы управления персоналом в организациях здравоохранения». /Т.А. Сибурина, Л.Ж. Аттаева, Т.И. Блохина, Н.Н. Камынина, Н.В. Данилова, Г.Н. Барскова, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова, А.Ю. Абрамов, А.Ю. Михайлов, А.А. Калининская, Э.В. Зимина. //М.: Издательство «Агар», 2008. - 145с.
- Методические рекомендации «Внутриорганизационное обучение медицинского персонала крупных интеграционных структур и концептуальные подходы к подготовке управленческих кадров» / Михайлова Ю.В., Волнухин А.В., Сибурина Т.А., Мирошникова Ю.В. // М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2017 - 44 с.
- Методическое пособие «Прогнозирование кадрового потенциала в здравоохранении на принципах стратегического планирования». /Сибурина Т.А., Девишев Р.И., Мирошникова Ю.В. // М.: РИО ЦНИИОИЗ. - 2017- 32 с.

***Положения, выносимые на защиту:***

1. Повышение эффективности управления российским здравоохранением зависит от решения проблемы подбора и подготовки руководящих кадров, в чем особая роль отводится созданию действенной системы резерва на руководящие должности, формированию руководителей нового типа, получивших многостороннюю профессиональную и компетентностно ориентированную подготовку.
2. Основные тенденции в динамике численности и структуры руководящих кадров здравоохранения под воздействием организационно-управленческих перемен в отрасли
3. Технология формирования резерва руководящих кадров федерального уровня на основе интегральной оценки претендента по комплексу критериев, характеризующих профессиональные (управленческие) качества, личностные особенности, трудовые достижения и общественную активность.
4. Характеристика состава «Профессиональной команды страны» (проект партии Единая Россия), оценка эффективности работы с резервом на протяжении 5 лет и факторы, способствующие выдвижению резервистов на руководящие должности.

5. Ключевые принципы, системный подход к организации работы с резервом руководящих кадров, рациональные организационно-управленческие алгоритмы действий по формированию резерва и мониторингу его использования на разных уровнях управления здравоохранением.

6. Комплекс базовых функций, принимаемых управленческих решений, требований к личностным качествам руководителей учреждений здравоохранения (главных врачей и заведующих отделениями), определяющих перспективную профессиональную модель каждой из должностей и компетентностные перспективные модели подготовки резервистов, проекты программы и модулей обучения.

***Степень достоверности и апробация результатов исследования.***

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России и в соответствии с заданием Председателя Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Т.В. Яковлевой (письмо №3.4-21/550 от 15.07.07), заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубова (письмо № 4564-ВС от 08.06.07), а также Договором с офисом ВОЗ в Российской Федерации от 1 июня 2009 г. №5079768, EU RUS JJI 700 RB 08 B и принятых соответствующими организациями в виде заключительных отчетов.

Достоверность результатов подтверждается анализом многочисленных исследований, проведенных в Российской Федерации и зарубежных странах по проблемам руководящих кадров и организации работы с резервом на руководящие должности, а также методическим аппаратом, используемым в подобных исследованиях и построенным на сочетании объективных данных федерального статистического наблюдения и оценке субъективных мнений, полученных на основе опросов руководителей и экспертных групп. Методические разработки, имевшие место в диссертационном исследовании, подтверждены практикой их применения при формировании «Профессиональной команды страны», разработке программы обучения резерва.

Основные положения диссертации доложены на: Всероссийской конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации», Москва, 19–20 мая 2010 г.; Межпарламентских слушаниях Государственной Думы «Профессиональная команда страны», Москва, 2010, 2011 гг.; Научно-практической конференции «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения», Москва, 19–20 мая 2011 г.; Всероссийской научно-практической конференции «Научно-организационные аспекты прогнозирования, планирования и сохранения кадров в здравоохранении Российской Федерации», Москва, 21–22 мая 2013 г.; Всероссийском совещании

службы медицинской статистики, Москва, 9–10 октября 2014 г.; Всероссийской конференции «Управленческие кадры в здравоохранении Российской Федерации», Москва, 15–16 октября 2014 г.; Круглом столе Министерства здравоохранения Российской Федерации представителей здравоохранения Московской области, научных сотрудников, общественных организаций, СМИ, пациентского сообщества «Проблемные ситуации взаимоотношений врач-пациент», Москва, 10 ноября 2016 г.

***Результаты диссертационной работы опубликованы*** в 23 научных работах, в т.ч. в 2 рецензируемых монографиях, 18 статьях в рецензируемых научно-практических журналах, рекомендованных ВАК.

***Научные положения диссертации соответствуют*** пунктам 6 и 8 паспорта научной специальности: 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение».

***Личный вклад автора.*** Автор является организатором и исполнителем проделанной работы. Автор принимала участие в разработке методики интегральной оценки руководящего состава системы здравоохранения (региональных органов управления и медицинских учреждений), создании и практическом применении технологии формирования «Профессиональной команды страны», оценке ее состава, анализе движения резерва в течение пятилетнего периода. Самостоятельно проведен статистический анализ состава и динамики руководящих кадров; дана оценка ситуации и сформулированы проблемы работы с руководящими кадрами; разработаны концептуальные положения организации подготовки резерва на руководящие должности; принципы управления резервом на различных уровнях управления; методически обеспечена, организована и проведена экспертная оценка особенностей трудовой деятельности главных врачей и заведующих отделениями в медицинских организациях ФМБА МЗ РФ; разработаны профессиональные модели этих должностей и компетентностные модели обучения резерва; с привлечением экспертов разработана программа обучения резерва, включающая 13 модулей по общим и специальным вопросам управления.

***Объем и структура диссертации.*** Основное содержание работы изложено на 384 страницах машинописного текста. Диссертация включает введение, аналитический обзор литературных источников и нормативных актов, главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и нормативно-правовых актов. Список литературы содержит 332 источников, в том числе 45 зарубежных публикаций. Диссертация иллюстрирована 70 таблицами и 41 рисунком. Приложения диссертации содержат макеты анкет, методику расчета интегрального показателя оценки руководящих кадров, свод видов трудовой деятельности, выполняемых главными врачами и

заведующими отделениями с учетом приоритетности, и реальных потребностей в их профессиональном обучении, исходящих из сложившихся и перспективных требований должности

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

ВО ВВЕДЕНИИ обоснована актуальность исследования, представлены его цель и задачи, показаны научная новизна, теоретическая и практическая значимость, формы внедрения результатов работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В ГЛАВЕ 1 «РАБОТА С РУКОВОДЯЩИМИ КАДРАМИ (ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ)» представлен анализ сложившихся в мировой практике подходов, методов, технологий формирования и подготовки управленческих кадров. Большинством научных исследований доказывается, что формирование управленческого корпуса должно начинаться заблаговременно в рамках управления резервом, предусматривающего: планирование движения кадров; систему подбора; обеспечение целевой поэтапной подготовки в рамках системы непрерывного образования; планирование карьеры резервистов и своевременное выдвижение на руководящие должности. Неготовность отечественных кадровых служб к такому виду прогнозной по характеру деятельности в настоящее время очевидна. Другим фактором, осложняющим организацию работы с резервом, является сложившаяся система управления в отрасли, которая предъявляет к управленческим кадрам требования, часто не соответствующие ключевым принципам современного управления. Декларируемая во многих нормативно-правовых документах востребованность в руководителях нового типа (инициативных, инновационно актиных, стратегически мыслящих, креативных) на практике не реализуется. Существенным тормозом остается технологическая необеспеченность процесса работы с резервом. Несмотря на общее признание компетентностного подхода, нет общепризнанных методов подбора кандидатов, единства подходов к формированию программ обучения. Не последнюю роль играет сохраняющееся невнимание к кадровым ресурсам и недостаточная финансовая обеспеченность кадровой работы. В результате резервисты в системе дополнительного образования попадают на остаточные места, не занятые действующими руководителями, и не получают индивидуально ориентированной подготовки, что повышает ее затратность и снижает действенность резерва. Проблема руководящих кадров в подавляющем количестве исследований рассматривается фрагментарно, исходя из профессиональной принадлежности авторов, что затрудняет поиски ее системного решения.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ИНФОРМАЦИОННАЯ БАЗА ИССЛЕДОВАНИЯ. Логика работы состоит в теоретическом обосновании и разработке практических подходов к профессиональной подготовке резерва руководящих кадров в системе здравоохранения на основе использования современных технологий, формирования программ обучения резервистов с учетом обеспечения функционально-компетентностного подхода, учета перспективных направлений развития здравоохранения, расширения возможностей для профессионального и личностного развития резервистов. Работа строилась на основе анализа состояния и выявления проблем в управлении руководящими кадрами, особенно в оценке их состава на разных уровнях управления, специфике учета количественных и качественных характеристик управленческого корпуса отрасли, разработке методики формирования резерва руководящих кадров на уровне субъектов РФ, оценке его состава и характера работы с ним, эффективности его использования, а также разработке основных принципов и методических подходов к обеспечению индивидуальной подготовки резервистов в соответствии с реальными требованиями предполагаемой должности.

***Объект изучения:*** руководящие кадры в системе управления здравоохранением Российской Федерации.

***Предмет исследования*:** способы совершенствования процесса подготовки действенного резерва руководящих кадров в системе здравоохранения.

***Методика исследования*** включала комплекс следующих методов: статистический анализ, контент-анализ литературных источников, социологическое исследование, экспертные оценки, организационный эксперимент (разработка и использование методики оценки и отбора кандидатов в резерв, создание базы данных Профессиональной команды страны, разработка программы подготовки резерва), психологическое тестирование.

Статистический анализ обеспечивался применением таких методов, как: анализ динамических рядов, расчет показателей частотности, экстенсивных и интенсивных показателей, балльные оценки и методы ранжирования признаков, расчет интегральных показателей, оценка сбалансированности в развитии субъектов и объектов управления, сравнение отдельных показателей руководящих и врачебных кадров, обоснование репрезентативности социологических исследований на основе определения объема выборочных совокупностей и их структурирования, графические методы, прогнозы ресурсного развития здравоохранения на основе данных системы обработки статистической отчетности «Медстат», включая дополнительный аналитический модуль «Аналитическая система информирования руководителей» (АСИР).

***Методологическая часть работы представлена:***

- теоретическими разработками в области определения общесистемных (отраслевых) особенностей профессиональной подготовки руководящих кадров для здравоохранения, ключевых принципов организации РРК в отрасли и рациональных организационно-управленческих алгоритмов действий по формированию РРК и мониторингу его реализации на разных уровнях управления здравоохранением;

- разработкой методики анализа состава руководящих кадров в субъектах РФ, выявления проблем в работе с руководящими кадрами;

-разработкой методики и инструментария оценки кандидатов и порядка их выдвижения в состав резерва федерального уровня;

- разработкой методики формирования профессиональной модели должности руководителей медицинской организации разных звеньев управления;

- разработкой перспективной компетентностной модели и проекта программы обучения резерва на должности руководителей учреждений здравоохранения.

***Эмпирическая часть работы включала:***

- анализ массива данных федерального статистического наблюдения о составе и характеристике руководящих кадров в системе здравоохранения (за 2000–2013, 2014–2016 годы);

- результаты опроса руководителей органов управления здравоохранением, начальников кадровых служб субъектов РФ, главных врачей учреждений здравоохранения (455 руководителей разного уровня);

- анализ статистических данных информационной базы «Профессиональная команда страны» (1341 участник);

- результаты опроса лиц, вошедших в «Профессиональную команду страны», по истечении пятилетнего срока, о характере движения резервистов (402 респондента);

- результаты экспертного опроса главных врачей (17 человек) и заведующих отделениями (31 человек) медицинских организаций системы ФМБА России о специфике работы, требуемых знаниях и навыках.

Отдельные задачи исследования реализовывались на различных базах, выбор которых был обоснован задачами исследования: статистический анализ состава руководящего состава отрасли проводился в целом по Российской Федерации и в разрезе федеральных округов Российской Федерации (ФО), в опросе руководителей органов и учреждений здравоохранения были задействованы 83 субъекта РФ, в формировании профессиональной команды России принимали участие 77 регионов России, в выборочном исследовании движения резерва руководящих кадров принимали участие представители 26 субъектов РФ, вошедшие в состав «Профессиональной команды страны».

Формирование профессиональных моделей руководящих должностей проводилось с помощью специально сформированных групп из руководителей разных звеньев управления 17 медицинских организаций ФМБА России.

Анализ состава и характеристика руководящих кадров органов управления здравоохранением на основе данных федерального статистического наблюдения осуществлялся за период времени с 2000 г. по 2013 г., руководителей медицинских организаций 2000-2016г. В качестве источника информации использовались учетные статистические формы федерального статистического наблюдения: форма 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; Форма 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» (раздел II. Штаты медицинской организации); Форма 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» (раздел 18. «Врачебные должности в лечебно-профилактических учреждениях»); информационная база АСИР в разрезе показателей, характеризующих управленческие кадры, параметры учета которых претерпевали изменения.

В результате анализ был проведен по следующим параметрам:

- численность руководящих работников органов управления здравоохранением (по специальности врачей) в целом по Российской Федерации (в т.ч. в пересчете на 100 врачей) в разрезе ФО с учетом уровня управления (федеральный (до 2010г.), региональный, муниципальный: в городах и сельской местности) в динамике до 2013 г.г. (позже статистические данные отсутствуют) и на фоне состояния управляемой подсистемы: численности медицинских кадров и количества учреждений здравоохранения, численности врачей, работающих в образовательных учреждениях и научно-исследовательских институтах;
- динамика численности руководителей учреждений здравоохранения на фоне динамики численности врачебных кадров и учреждений здравоохранения в зависимости от типа учреждений и их подчиненности;
- количественная и качественная характеристика врачей – специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья (далее организаторов здравоохранения). С целью сохранения общего тренда с 2002 г. по 2012 г. динамика изучалась по суммарной группе социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения, а также социальных гигиенистов и организаторов госсанэпидслужбы. Разделение групп произошло в 2012 г. С 2015 г. учет социал-гигиенистов и организаторов госсанэпидслужбы не проводился, а состав организаторов здравоохранения ограничился руководителями учреждений здравоохранения и их заместителями (Форма 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении»);

- оценка качественных параметров проводилась по наличию сертификата специалиста и квалификационных категорий среди организаторов здравоохранения на фоне врачей всех специальностей (форма 17. «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах», отменена в 2015 г.);
- состав руководящих кадров за 2015–2016 гг. анализировался на основании данных формы 30 «Сведения о медицинской организации» (Приказ Росстата об утверждении формы от 25.12.2014 №723, от 04.09.2015 №412 - О внесении изменений) раздела 11 «Штаты медицинской организации» пункта 1 «Должности и физические лица медицинской организации, строка 4. «Врачи-специалисты» - руководители организаций и их заместители (организаторы здравоохранения).

Проведенный анализ позволил оценить процессы, происходящие в составе управленческих кадров, и акцентировать внимание на дифференциации ФО по управлению руководящими кадрами. За время настоящего исследования статистический инструментарий активно обновлялся не только в части ввода новых либо упразднения существующих форм и таблиц федерального статистического наблюдения, но и в плане изменения состава и содержания отслеживаемых показателей, а также уточнения терминологии. Трансформации подверглись как названия объектов управления: «лечебно-профилактическое учреждение» – «учреждение здравоохранения» (2009 г.) – «медицинская организация» (2012 г.), так и внесены изменения в типы медицинских организаций. В ходе структурных преобразований в отрасли, реорганизации и укрупнения медицинских организаций с 2014 года из числа самостоятельных были исключены диспансеры.

Значительные изменения происходили в статистических формах федерального учета медицинских кадров, в т.ч. по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье, что нарушило динамичность наблюдения за развитием руководящих кадров. До 2012 г. учет осуществлялся по специальности социальная гигиена и организация здравоохранения, с 2013 г. – по специальностям: «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы», а также – «социальная гигиена и организация здравоохранения», позже - «организация здравоохранения и общественное здоровье». С 2015г. учет социал-гигиенистов и организаторов госсанэпидслужбы не проводился. Состав руководящих кадров за 2015-2016г.г. анализировался на основании данных формы 30 (руководители учреждений здравоохранения и их заместители - организаторы здравоохранения).

Специальное исследование, проведенное среди руководителей органов управления здравоохранением (ОУЗ) субъектов РФ и руководителей медицинских

организаций, позволило получить дополнительную характеристику их состава по параметрам, не отраженным в федеральной системе статистического наблюдения. Анкетный опрос руководителей органов управления здравоохранением сопровождался заполнением психологических тестов. Опрос главных врачей осуществлялся в рамках общей концепции оценки личности и работы руководителя. Методика опроса руководителей кадровой службы предусматривала выявления основных проблем и поиска способов их решения по направлениям состояния и перспектив развития кадровых служб, работы с руководящими кадрами, личностных и профессиональных характеристик работников кадровых служб.

В целях формирования «Профессиональной команды страны» была разработана технология оценки и отбора претендентов, изложенная в Информационном письме руководителям органов управления здравоохранением. Оценка кандидатов осуществлялась на основе данных резюме участника проекта, оценочной карты, заполняемой лицом, рекомендующим кандидата, а также результатов собеседования по вопросам, отражающим профессионализм, известность среди профессионального сообщества и/или населения, новаторство, преданность делу, социальную ответственность, четкость жизненной позиции.

Повторный целевой индивидуальный опрос резервистов (с личным обращением к каждому респонденту) был проведен через пять лет среди 402 участников проекта, что составило 30% его численности на период формирования резерва. Опрос проводился по следующим направлениям: изменение места работы и/или занимаемой должности, профессиональный рост (защита диссертаций, получение или подтверждение квалификационной категории, сертификата специалиста) и развитие резервиста (повышение квалификации, получение дополнительного образования), изменение общественного статуса (участие в деятельности выборных органов и общественных организаций). Сопоставление полученных данных с имеющимися в базе персональными данными лиц, включенных в состав резерва «Профессиональная команда страны», позволило зафиксировать произошедшие с респондентами перемены, определяемые понятием «движение резерва», вертикального и/ или горизонтального лифта для резервиста.

На основе теоретических разработок представлены основные принципы работы с резервом руководящих кадров в здравоохранении РФ, схема организации системы РРК, организационно-управленческие алгоритмы деятельности по формированию и подготовке резерва с учетом специфики различных уровней управления (федерального, регионального, учрежденческого). В рамках этой главы предложен понятийный аппарат по проблеме работы с

резервом руководящих кадров, который базируется на следующих терминах и определениях.

*Резерв руководящих кадров (РРК)* представляет собой, с одной стороны, неотъемлемый и значимый элемент кадровой политики отрасли, стратегии развития организации; с другой стороны, признанный в теории и практике мирового менеджмента метод (технология) своевременного и качественного воспроизводства кадрового управленческого потенциала.

*Кадровая политика* – утвержденный на соответствующем уровне управления (отрасль, регион, организация) стратегический курс на воспроизводство и/или трансформации количественного и качественного состава кадров той или иной категории (этот курс может быть различным в зависимости от перспективного видения развития отрасли: активным или пассивным; консервативным или трансформационным и т.д.).

*Участник РРК* – должностное лицо, в отношении которого принято (в соответствии с оценкой его личных и деловых качеств, а также перспективной кадровой ситуации) решение о включении в РРК.

*Базовая профессиональная (должностная) модель (стандарт) руководителя* – специальным образом структурированный перечень управленческих функций (работ) отражающих фактическое (в отчетный период) типизированное содержание деятельности руководителя того или иного уровня.

*Перспективная профессиональная (должностная) модель (стандарт) руководителя* – специальным образом структурированный перечень управленческих функций (работ), отражающих перспективное видение содержания деятельности руководителя того или иного уровня.

*Базовая компетентностная модель руководителя* – специальным образом структурированный перечень профессиональных компетенций (*знаний* теории, передового опыта, *умений, навыков* – ЗУН), необходимых и достаточных для качественной реализации функций, работ, регламентированных в базовой профессиональной модели (стандарте).

*Перспективная компетентностная модель руководителя* – специальным образом структурированный перечень компетенций (ЗУН), необходимых и достаточных для качественного выполнения руководителем функций (работ), отраженных в перспективной профессиональной модели по соответствующей должности (должностной группе).

*Стратегическая карта РРК* – перечень мероприятий (действий, работ) учебно-воспитательного характера, реализующих принятый в отношении конкретного должностного лица (или групп лиц) – участника РРК перспективный курс профессиональной подготовки на замещение будущей вакансии руководителя того или иного уровня (в содержании стратегической карты

отражаются такие основные позиции, как: цель, задачи обучения, его этапы, последовательность мероприятий, необходимые затраты, ответственность организаторов РРК).

*Мониторинг РРК* – постоянно действующая многоуровневая отраслевая система контроля осуществления мероприятий РРК, оценка его эффективности и необходимой корректировки перспективных профессиональных и компетентностных моделей руководителей.

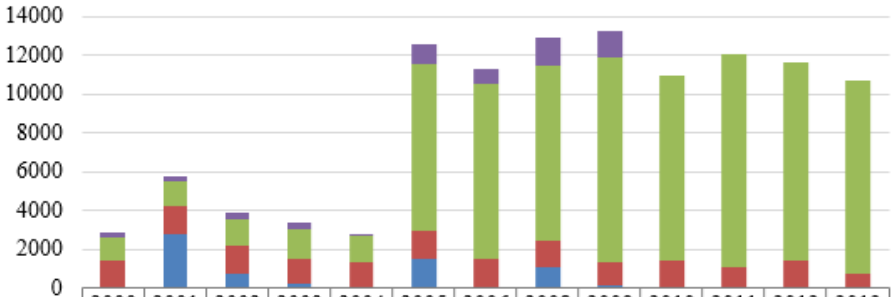
Разработка программ подготовки резерва руководящих кадров проводилась по двум наиболее массовым должностям – главные врачи и заведующие отделениями медицинских организаций на основе экспертного (с помощью должностных лиц) формирования функционально-компетестностных моделей. Разработка конкретной модели должности руководителя стала основой для реализации индивидуального подхода к формированию плана обучения (стратегической карты) руководителя в системе РРК и условием для обеспечения модульной системы обучения. Предложенная модель должности руководителя медицинской организации, построенная на основе опроса главных врачей, позволяет определить и распределить по значимости набор должностных функций (рутинных и долгосрочных), принимаемых управленческих решений, а также перечень вопросов, требующих дополнительного внимания для повышения эффективности работы и уточнить требования к личности руководителя, что должно учитываться при разработке документов, регламентирующих работу руководителя, при подборе кадров, определении направлений повышения квалификации, обучении руководителей (по модульному принципу) и резерва на должности руководителей медицинских организаций. В состав экспертов вошли главные врачи и 31 заведующий отделением 17 медицинских организаций (объединенных больниц) ФМБА России. Подбор фокусных групп осуществлялся на основе квалификационного уровня участников.

На основе обобщения данных экспертной оценки основных направлений обучения резерва управленческих кадров предложена программа подготовки резерва на замещение должностей главных врачей и заведующих отделениями медицинских организаций.

ГЛАВА 3. СОСТАВ И ДИНАМИКА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ, ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ. Численность руководящих работников органов управления здравоохранением в целом по Российской Федерации составила в 2013 г. (последний год учета руководителей органов управления здравоохранением в федеральной системе статистического наблюдения) 10732 человека. На 1000 врачей соответственно приходилось 18,3 работников аппаратов управления. Численность работников аппаратов органов управления, за один 2005 год возросшая в 4,8 раза, была выведена на новый уровень, тренд которого

сохраняется до настоящего времени с некоторыми колебаниями по отдельным годам. При росте за один год в 4,8 раза, дальнейшее снижение за 10 лет составило только 14,5%.

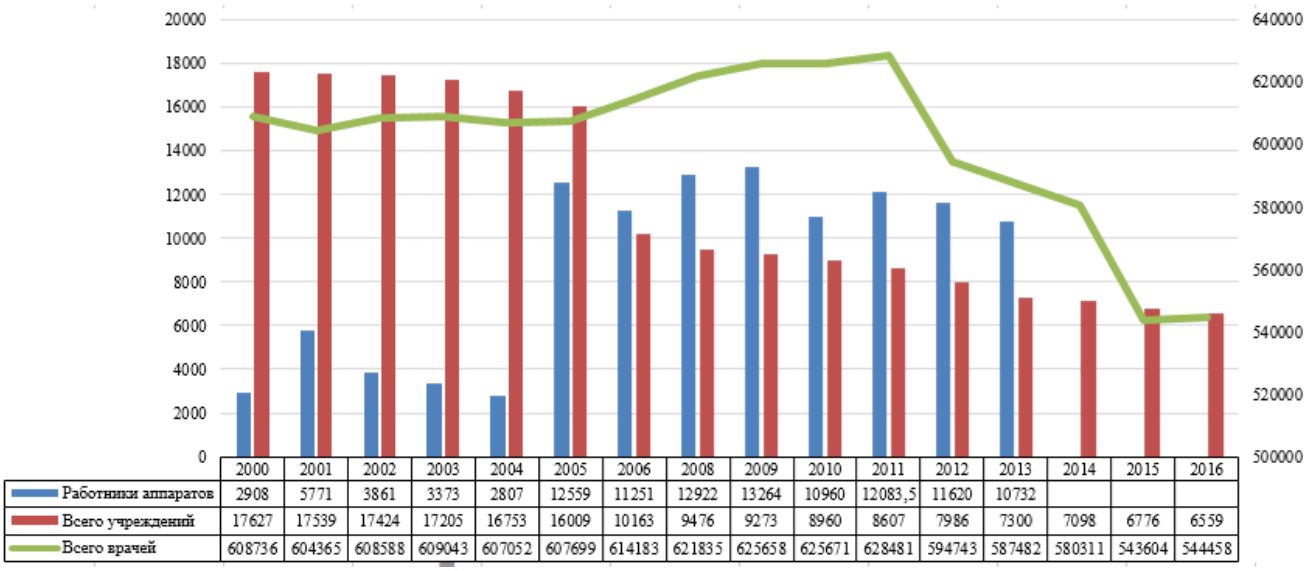
Другая тенденция изменений в составе руководящих кадров была связана с динамикой их структуры по уровням управления в условиях передачи управленческих функций из муниципалитетов на уровень субъектов РФ. Следствием централизации медицинской помощи и концентрации управления на уровне субъектов РФ стал резкий рост с 2000 по 2013 г. численности работников аппаратов управления на региональном уровне - в 8,5 раз при снижении на муниципальном в 1,9 раз. Если в 2000 г. 51,1% аппаратных работников (без учета федерального уровня) работали в органах управления субъектов РФ и приблизительно столько же (48,9%) – на муниципальном уровне, то в 2013 г. 93% работников аппаратов органов управления здравоохранением были сконцентрированы на региональном уровне и только 7% – на муниципальном (в городских поселениях) (Рисунок 1).




| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Федеральный уровень | 310 | 280 | 338 | 332 | 136 | 978 | 745 | 1499 | 1421 | | | | |
| Региональный уровень | 1205 | 1293 | 1336 | 1483 | 1312 | 8630 | 8989 | 8944 | 10497 | 9569 | 10962 | 10146 | 9981 |
| Муниципальный уровень-сельский | 1331 | 1400 | 1409 | 1353 | 1287 | 1438 | 1422 | 1398 | 1231 | 1298 | 1048,5 | 1401 | 737 |
| Муниципальный уровень-городской | 62 | 2798 | 778 | 205 | 72 | 1513 | 95 | 1081 | 115 | 93 | 73 | 73 | 14 |

Рисунок 1 – Динамика количества занятых врачами должностей в аппаратах органов управления различных уровней, 2002-2013г.г.

За этот же период времени отмечались существенные перемены в соотношении численности работников аппаратов органов управления, медицинских кадров и учреждений здравоохранения (Рисунок 2). Сокращение медицинских кадров и уменьшение количества учреждений здравоохранения не оказали существенного влияния на адекватное снижение численности аппаратных работников.




| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Работники аппаратов | 2908 | 5771 | 3861 | 3373 | 2807 | 12559 | 11251 | 12922 | 13264 | 10960 | 12083,5 | 11620 | 10732 | | | |
| Всего учреждений | 17627 | 17539 | 17424 | 17205 | 16753 | 16009 | 10163 | 9476 | 9273 | 8960 | 8607 | 7986 | 7300 | 7098 | 6776 | 6559 |
| Всего врачей | 608736 | 604365 | 608588 | 609043 | 607052 | 607699 | 614183 | 621835 | 625658 | 625671 | 628481 | 594743 | 587482 | 580311 | 543604 | 544458 |

Рисунок 2 – Динамика численности работников аппаратов органов управления здравоохранением, врачебных кадров и количества медицинских организаций в РФ, 2000-2016 гг.

За период времени с 2000 г. по 2013 г. также произошло снижение численности врачей, работающих в учреждениях высшего медицинского образования (на 23,6%), среднего медицинского образования (на 45,7%), НИИ (на 4,05%). Таким образом, рост численности работников аппаратов органов управления невозможно объяснить количественным ростом человеческих и материальных ресурсов системы здравоохранения.

Численный состав руководителей (в т.ч. заместителей) учреждений здравоохранения в 2016 г., если судить по количеству штатных должностей в целом по Российской Федерации, составил 25,7тыс. Начиная с 2000 г., в течение 16 лет отмечалось ежегодное снижение количества штатных должностей руководителей учреждений, составившее за этот период 25,7% при уменьшении количества организаций в 2,7 раза, росте штатных врачебных должностей в медицинских организациях на 20% (Рисунок 3) на фоне снижения общей численности врачебных кадров (физических лиц) на 10,6%,

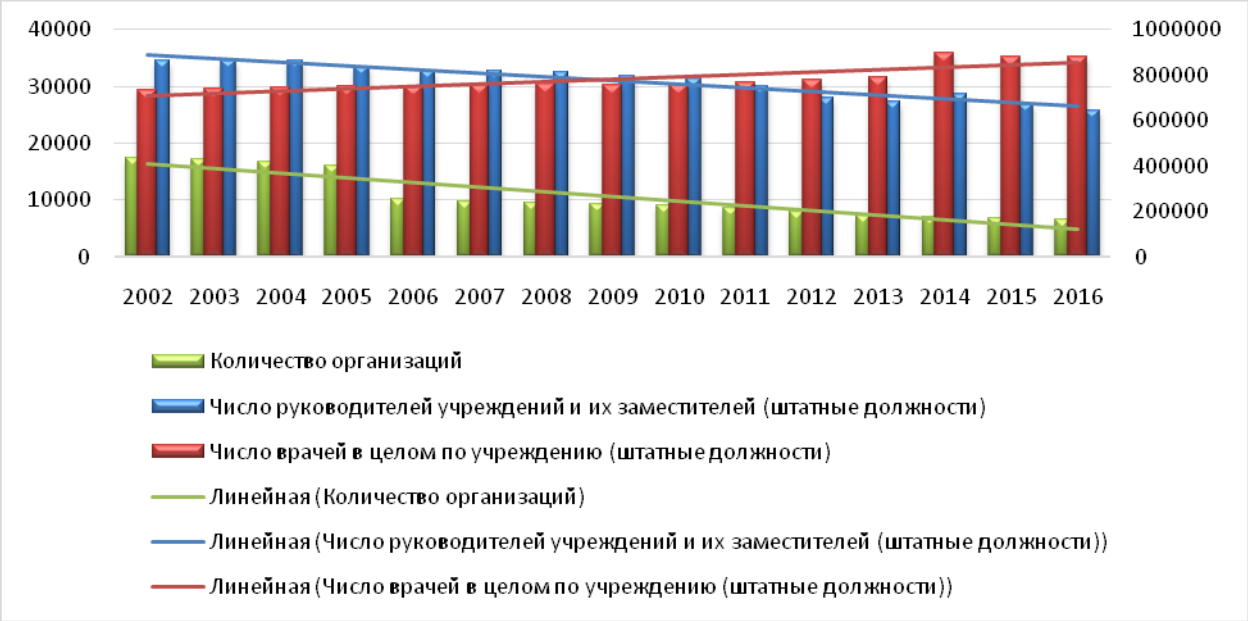



Рисунок 3 – Тренды основных показателей, характеризующих состояние ключевых кадровых и материальных ресурсов здравоохранением (2002–2016 гг.)

За это время существенно изменилась структура учреждений здравоохранения как по типам учреждений, так и по подчиненности. Количество стационарных учреждений уменьшилось в 2,5 раза, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – в 4,7 раза. К 2016 г. в структуре медицинских организаций было 2,4% федеральных учреждений, 6,8% муниципальных и 90,85% - подчинения субъектов РФ. Структурная реорганизация системы здравоохранения продолжается. Так, только за 2016 г. число учреждений федерального уровня снизилось на 4,3%, учреждений подчинения субъектов РФ – на 0,4%, учреждений муниципального подчинения – на 29,8%. Уменьшение количества медицинских организаций сопровождалось их укрупнением, что отразилось на росте врачебных кадров, приходящихся на 1 учреждение (в 2000 г. – 42,1 штатных должностей, в 2006 г. – 74,1, в 2016 г. – 134,2); снижении численности руководителей и заместителей в пересчете на 100 штатных должностей врачей с 4,7 до 2,9; увеличении численности руководителей и их заместителей (с медицинским образованием) в расчете на 1 учреждение с 1,99 до 3,92 штатных должностей.

Профессиональную основу управленческих кадров в системе здравоохранения составляют специалисты в области организации здравоохранения и общественного здоровья (до 2012 года учет проводился по специальности социальная гигиена и организация здравоохранения, включающей организаторов здравоохранения и госсанэпидслужбы). В 2013 году удельный вес врачей этой группы в структуре врачебных кадров составлял 5,3%. Каждый пятый

(21,6%) врач-организатор здравоохранения и госсанэпидслужбы работал на постоянной работе в аппарате органов управления, образовательных учреждениях и НИИ.

Резкое снижение организаторов здравоохранения и организаторов госсанэпидслужбы в составе врачебных кадров произошло в 2014 г. как в целом по РФ, так и во всех ФО (Рисунок 4), тенденция снижения сохранилась в 2015–2016 гг., но снижение стало менее интенсивным. В эти годы произошло изменение в системе федерального статистического наблюдения этой группы специалистов. Группа специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья включала только руководителей учреждений и их заместителей.

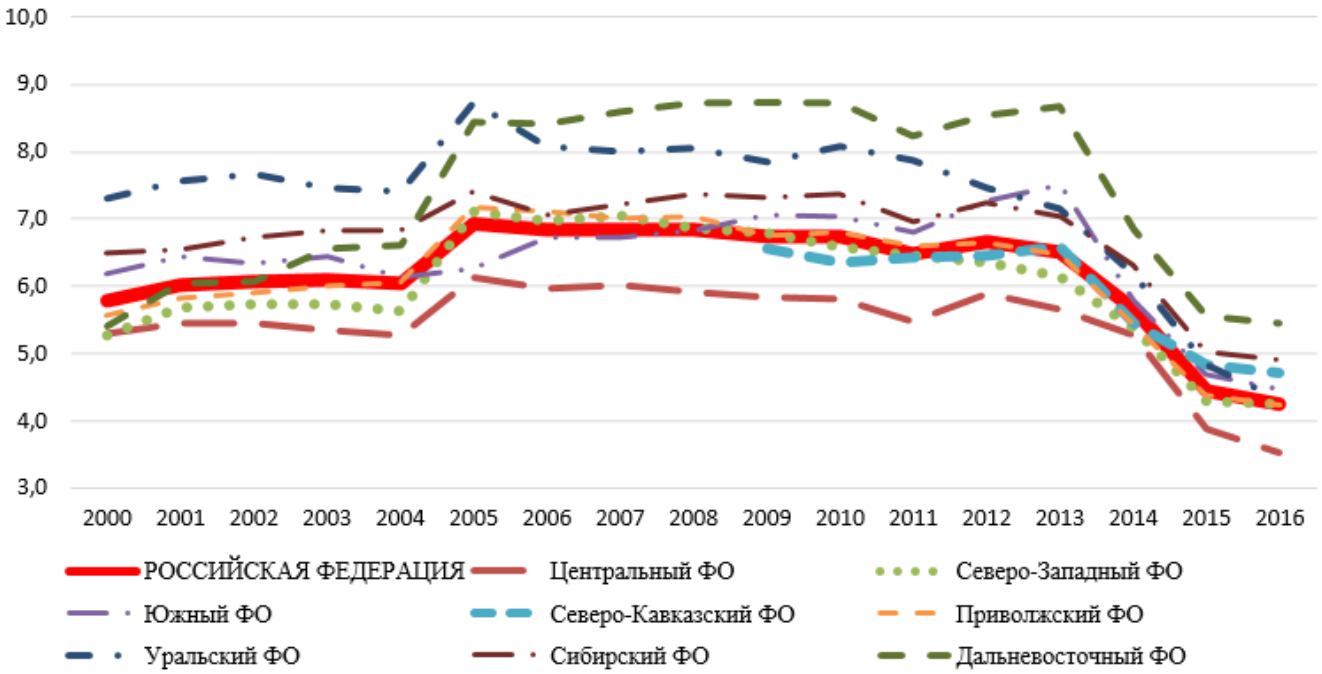



Рисунок 4 – Динамика численности специалистов в области организации здравоохранения в общем составе врачебных кадров ФО (на 100 врачей всех специальностей)

Оценка профессионального уровня специалистов-организаторов здравоохранения в соответствии с возможностями системы учета статистических данных предполагает анализ численности лиц, имеющих сертификаты специалиста, наличие квалификационной категории и ее дифференциацию по уровню. При устойчивом росте частоты сертифицированных специалистов за все годы наблюдения, этот показатель в 2016 г. достиг уровня 97,55%. Квалификационную категорию имели только 48,7% (ниже, чем в 2000г.) при тенденции роста до 2006 г. и последующего снижения к 2013 г. до самых низких цифр за весь период наблюдения (44,0%) и дальнейшего некоторого подъема к

2016 г. При одинаковых тенденциях в динамике показателей частоты наличия сертификата специалиста и квалификационной категории у организаторов здравоохранения и врачей всех специальностей, специфику организаторов составляет более высокий показатель частоты присвоения высшей категории (в 79,0% в структуре уровней квалификации и 62,7% соответственно) при постоянном росте величины этого показателя (Рисунок 5), что косвенно характеризует рост квалификационного уровня руководящих кадров.

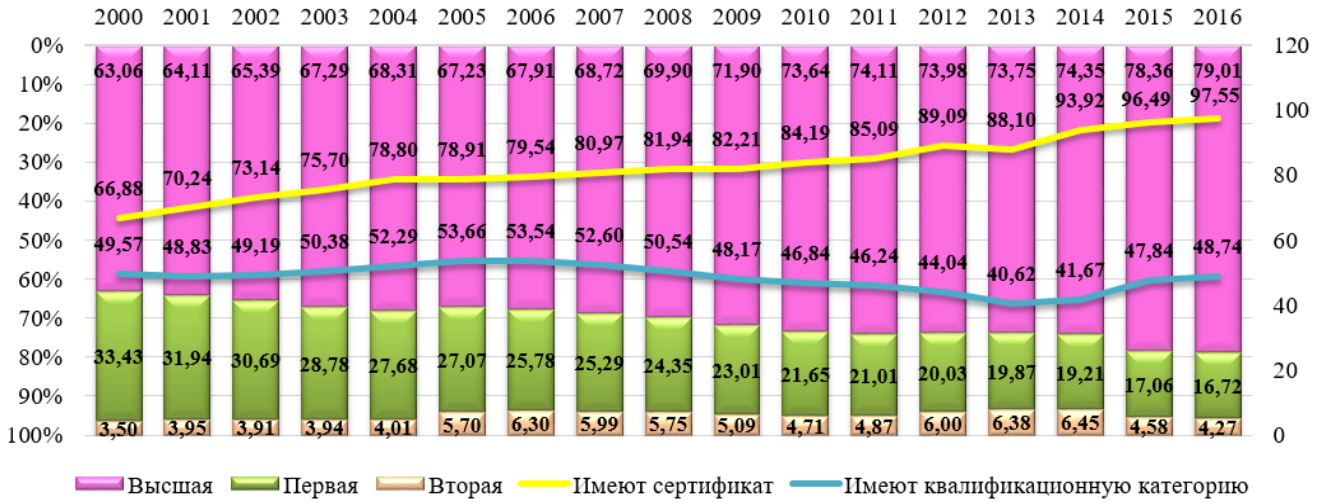



Рисунок 5 – Динамика частоты организаторов здравоохранения, имеющих сертификат специалиста, квалификационную категорию в Российской Федерации за период 2000–2016 гг.

Таким образом, выявленные резкие колебания в составе управленческих кадров свидетельствуют о преобладании ситуационного принципа в управлении руководящими кадрами над стратегическим, определяющим сбалансированность ресурсного развития отрасли и управленческого персонала. Интенсивно происходящие процессы, связанные с резкими перепадами в численности и структуре руководящих кадров, исключающие долговременное планирование и эффективное управление, не способствуют их тщательному подбору, своевременной и качественной подготовке, что обрекает систему здравоохранения на работу в условиях недостаточно высокого уровня управления.

## ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ). Большинство руководителей региональных органов управления здравоохранением и медицинских организаций – это лица с большим общим стажем работы, высоким клиническим стажем, имеющие значительный

опыт руководящей работы. В то же время на момент опроса в настоящей должности 42,4% руководителей органов управления и 32,8% руководителей медицинских организаций работали менее 3-х лет и еще каждый четвертый – от 3 до 5 лет.

Выдвижение на высшие должности в аппарате управления регионального уровня осуществляется с учетом последовательности карьерного роста. Так, из числа руководителей регионального управления здравоохранением каждый третий был назначен с должности главного врача. Остальные 38,6% имели опыт работы в руководстве органами управления, а также главными специалистами и начальниками отделов (13,9%). Карьерный рост руководителей учреждений менее последователен. Около половины (47,4%) назначены с должности заместителей или главных врачей других учреждений. Вместе с тем, высок удельный вес лиц, назначенных на должность главного врача с должности заведующего отделением (27,7%) и врача – специалиста (20,8%). Заместители главных врачей преимущественно назначаются из заведующих отделениями (44,0%) и с врачебных должностей (32,1%).

Существующий порядок назначения руководящих кадров высшего эшелона управления в органах и организациях здравоохранения, а также частая сменяемость руководителей, вселяющая в них неуверенность в стабильности должностного статуса, вынуждают их к совместительству. Так, совмещают основную работу с педагогической и научной деятельностью 43,5% руководителей регионального уровня и 54% – учрежденческого. Притом, что почти 40% из главных врачей и их заместителей имеют совместительство преимущественно в области клинической деятельности.

Состав превалирующих качеств в обеих группах руководителей примерно одинаков (наблюдается только незначительное перемещение рангов). Среди наиболее представленных качеств респондентами выделены: интерес к выполняемой работе, стремление к достижению цели, умение и желание общаться с людьми. В меньшей степени – умение влиять на подчиненных, уверенность в себе. Такие лидерские качества, требуемые для руководителя, работающего в условиях самостоятельности, как стратегическое мышление, способность к творческому решению задач, оптимальное сочетание рискованности и ответственности, эмоциональная уравновешенность и стрессоустойчивость, слабо выражены у действующих руководителей, т.е. не востребованы системой управления. Таким образом, личностный потенциал руководителей, принявших участие в исследовании, требует дальнейшего развития и определенной коррекции в плане формирования лидерских качеств.

Среди руководителей с медицинским базовым образованием специализацию в области организации здравоохранения и общественного

здоровья имели только 41,5% руководящих работников органов управления, и только каждый четвертый руководитель учреждений здравоохранения. Высока доля врачей «прочих» специальностей (соответственно, 29,4% и 64,0%) и врачей-хирургов (28,0% и 12,0% соответственно).

Дополнительное высшее образование получили 41,3% руководителей органов управления и только 13,3% руководителей организаций. Среди первой категории руководителей превалирует образование в области экономики и финансов (29,0%), менеджмента, государственного и муниципального управления (почти по 20%). Руководители медицинских организаций в значительной степени предпочли дополнительное юридическое образование (70%), что в определенной степени отражает специфику их управленческой деятельности - стремление к правовой защищенности.

При анализе самооценки деятельности за последний год, данной руководителями разного уровня, обращают на себя внимание, прежде всего, два фактора. Первый – величина общей оценки в баллах руководителей учреждений ниже, чем работников органов управления, соответственно, 3,35 и 3,85 балла по 5-и балльной системе. Первые три места в перечне достижений в каждой из групп заняли виды деятельности, связанные с выполнением положений, наиболее контролируемых сверху и мало связанных с реализацией основной миссии системы здравоохранения. Положения, отражающие повышение уровня здоровья, удовлетворенности пациентов, качества и доступности помощи, занимают более скромные позиции в перечне достижений. Слабо реализовывались функции, связанные с привлечением дополнительных инвестиций, кадровым обеспечением.

По результатам анкетирования выявлены весьма существенное расхождение между значимостью для респондентов параметров, характеризующих трудовую деятельность, и удовлетворенностью ими. Так, руководители ОУЗ в наибольшей степени удовлетворены взаимоотношением с сотрудниками, должностным статусом, взаимоотношениями с непосредственным начальством, выбранной профессией, отношением с руководством вышестоящих органов управления. В то время как наиболее значимым для удовлетворенности трудом считали: результативность труда, возможность профессиональной самореализации и развития, наличие мотивации.

Удовлетворенность руководителей медицинских организаций также связана преимущественно со статусным положением и хорошими взаимоотношениями в коллективе. При этом наибольшую роль в удовлетворенности трудом, по их мнению, играют такие факторы как: материальная обеспеченность, отсутствие раздражающих ситуаций, результативность труда. Полученное несоответствие в оценках значимости и удовлетворенности отдельными параметрами труда свидетельствует о наличии конфликта в этой сфере.

По результатам анкетирования, наиболее значимыми характеристиками социально-психологического самочувствия руководителей являются: благополучие в семейных отношениях, спокойствие и уверенность в благополучии и обеспеченности семьи в настоящем и будущем, социальная защищенность, возможность личностного самосовершенствования, что отражается на характере их управленческой деятельности – приоритете сохранения стабильности. По результатам психодиагностики, 72,9% респондентов подвержены в той или иной степени эмоциональному выгоранию.

ГЛАВА 5. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ, ОЦЕНКА СОСТАВА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ С НИМ. В результате многоуровневой оценки и отбора кандидатов была сформирована «Профессиональная команда страны» в части здравоохранения, в состав которой вошел 1341 человек. Половину резерва (50,2%) составили лица от 46 лет и до пенсионного возраста. Каждый третий (33,9%) кандидат на выдвижение имел возраст 36–45 лет, на возрастную группу до 35 лет приходилось только 4,8%. Доля лиц пенсионного возраста равнялась 11,1%. Из общего числа резервистов 50,2% составили женщины, 49,8% – мужчины. Профессиональный состав резерва состоял из главных врачей учреждений здравоохранения (29,4%), заведующих отделениями (16,9%) и заместителей главных врачей (14,9%), на долю которых в сумме приходилось свыше 60%. Следующую группу по представительности в должностной структуре занимали главные медицинские сестры (7,5%), врачи (7,2%), старшие медицинские сестры (6,0%). На долю работников аппаратов управления и образовательных учреждений приходилось, соответственно, 8,3% и 3,1%. Подавляющее большинство резервистов во всех должностных группах имело стаж работы после окончания вуза от 21 до 30 лет. Большинство (68,6%) резервистов после окончания института проработали в здравоохранении от 21 до 30 лет. Только каждый шестой имел стаж работы до 10 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что при достаточно длительном стаже работы в здравоохранении, стаж работы резервистов на руководящих должностях был значительно меньше. Так, 39,9% работали на руководящих должностях в пределах 5 лет, каждый четвертый – от 6 до 10 лет. Во всех должностных группах (кроме работников образовательных учреждений) преобладали лица со стажем руководящей работы менее 6 лет, что свидетельствует о частой сменяемости руководящего состава.

На момент регистрации в резерве сертификат специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью имели 45,6 из 100 руководителей, по

клиническим специальностям – 62,5%. Каждый десятый резервист имел сертификат со сроком давности более пяти лет (Рисунок 6).

О недостаточном уровне работы с резервом говорит и тот факт, что дополнительное образование в среднем получили только 10,1% резервистов. Причем среди работников аппаратов управления их число составляло 18%, среди главных врачей и заместителей – 15,0%. В остальных группах от 3 до 4,8%. Среди главных врачей и их заместителей превалировала подготовка в области общественного здоровья и организации здравоохранения (8,4%). Подготовку по менеджменту прошли 3,7%, по экономике -1,2%. Подготовка резервистов остальных групп незначительна. Если учесть, что речь идет об оперативном

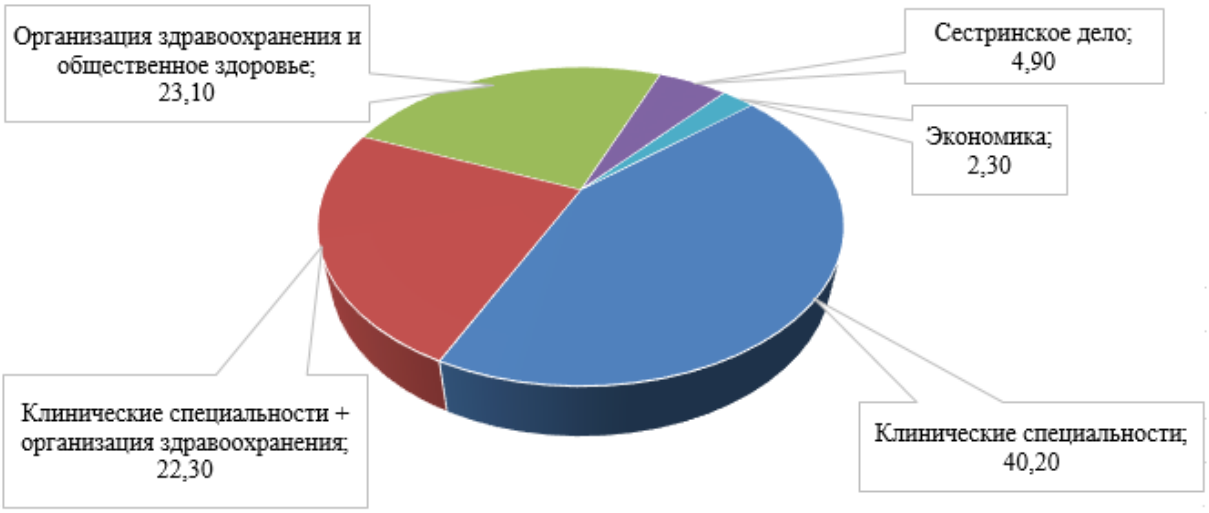



Рисунок 6 – Наличие сертификата специалиста у лиц, состоящих в резерве руководящих кадров (на 100 человек)

резерве, который готовится на занятие конкретных должностей и должен быть использован в ближайшее время, то становится очевидным факт отсутствия должного внимания к своевременной подготовке резерва.

Для характеристики работника и оценки результатов его деятельности важна степень общественной значимости личности, которая может выражаться в участии в работе выборных органов, в партийной жизни страны или региона, в наличии общественного признания заслуг. Активное участие в политической жизни принимали 26,2% лиц, состоящих в резерве. Причем половина из них избирались депутатами разного уровня, еще 4,3% баллотировались в депутаты, 37,3% участвовали в избирательном процессе в качестве организаторов выборов, помощников, доверенных лиц депутатов. Остальные 5,1% – участвовали в работе исполнительных органов власти, общественных организациях. Большинство (62,9%) лиц, выдвинутых в резерв, имели различные виды наград и поощрений, т.е. получили общественное признание своей работы.

В «Профессиональную команду страны» вошли представители 77 субъектов РФ. Численный состав участников колебался от 56 в Самарской области до 1 представителя от Республик Алтай, Саха (Якутия), Северной Осетии – Алании, Таймырского (Долгано-Ненецкого) НО и Тверской области. Подобный разброс можно объяснить только отсутствием этого направления работы у кадровых служб в отдельных регионах.

Более половины состава резерва планировались на должности главных врачей и заведующих структурными подразделениями учреждений здравоохранения (28,6% и 27,1% соответственно). Относительно каждого пятого резервиста предполагаемая должность не указана.

Из приведенных данных, очевидно, что сформированная «Профессиональная команда страны» включает достойных лиц, прошедших строгий экспертный отбор. Вместе с тем, профессиональная готовность резерва к оперативному занятию руководящих должностей низкая, поэтому закономерным стала низкая степень выдвижения резервистов на руководящие должности в течение последующих пяти лет.

Если экстраполировать результаты опроса резервистов репрезентативной выборочной совокупности на весь состав резерва, то информация о происшедших за пять лет изменениях поступила от 28,7% лиц, вошедших в «Профессиональную команду страны». Рассматривались на выдвижение на руководящие должности 8,2% резервистов, назначены на новые должности 4,7 % участников проекта. Подавляющее большинство лиц (2/3), выдвигаемых на новые должности, рассматривались на руководящие должности в другие учреждения, остальные 33,4% - на работу в своих учреждениях.

Несмотря на то, что в структуре «Профессиональной команды страны» преобладали лица возрастной группы (46 лет – и до пенсионного возраста), возрастная структура лиц, выдвинутых на руководящие должности, существенным образом сдвинута к более молодым группам. Так, каждый третий «выдвиженец» (лицо, рассматриваемое на выдвижение на руководящую должность в течение пяти лет участия в проекте) имел возраст до 35 лет, а более 45% – от 36 до 45 лет (Рисунок 7).

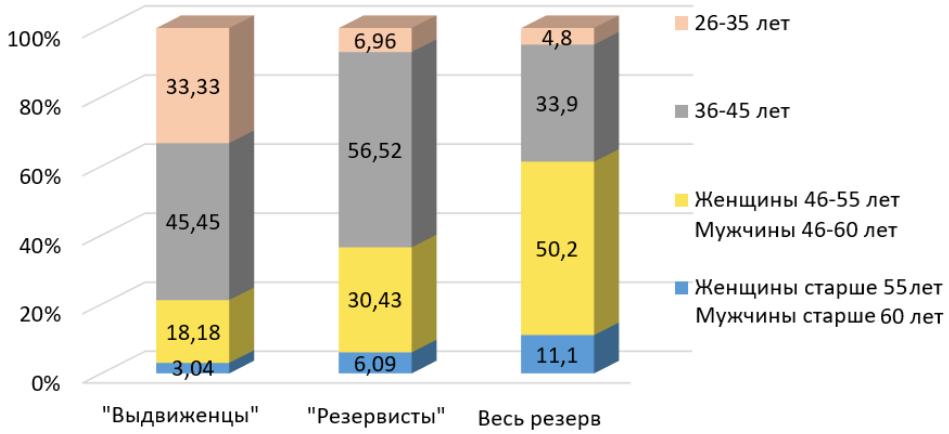



Рисунок 7 – Возрастная структура различных групп резерва (на 100 лиц каждой группы)

Вторым признаком, существенно выделяющим группу «выдвиженцев», является гендерная принадлежность. Если в составе «Профессиональной команды страны» приблизительно равное число мужчин и женщин, то среди «выдвиженцев» существенно (в 4,5 раза) преобладали лица мужского пола. (Рисунок 8).

Внимание на подготовку мужчин - «резервистов» (лиц, в течение пяти лет участия в проекте отметивших какие-либо произошедшие с ними перемены в рамках работы с РРК) обращалось в большей степени, чем на подготовку женщин. Частота перемен, соответственно, составила 65.2 и 34,8 случая на 100 лиц соответствующей группы

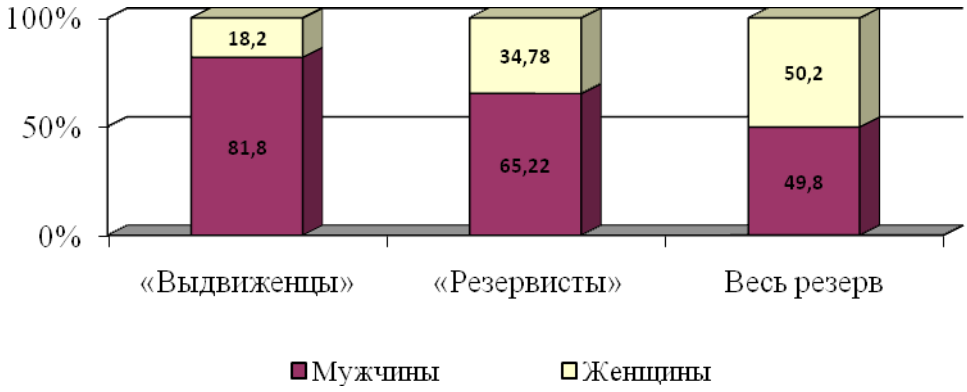



Рисунок 8 – Гендерный состав различных групп резерва (на 100 лиц соответствующей группы)

Среди женщин, выдвигаемых на руководящие должности, подавляющее большинство находилось в самой молодой возрастной группе (26-35 лет), среди мужчин преобладали лица в возрасте 36 - 45 лет, в меньшей степени 26-35 лет.

Выдвижение на руководящие должности осуществлялось преимущественно с должностей заведующих отделениями, заместителей главных врачей, главных врачей и начальников департаментов органов управления здравоохранением. О направлениях и частоте использования различных видов профессионального роста отдельных групп резервистов можно судить на основании данных Таблицы 1.

Таблица 1 – Частота различных видов повышения профессионального уровня различных групп резерва (на 100 человек соответствующей группы)

| Наименование | «Резервисты» | «Выдвиженцы» |
|---|---|---|
| Ученая степень | 13,9 | 15,2 |
| Ученое звание | 12,2 | 9,1 |
| Дополнительное образование | 48,7 | 33,3 |
| Квалификационная категория | 80,9 | 75,8 |
| Повышение квалификации | 187,8 | 148,5 |
| Сертификат специалиста | 138,3 | 148,5 |

Среди «резервистов» наибольшее количество сертификатов было получено по клиническим дисциплинам (89,6 на 100 человек) и только 48,7 на 100 человек – по организации здравоохранения и общественному здоровью. «Выдвиженцы» получили большее число сертификатов, чем «резервисты» (148,5 на 100 человек по сравнению с 138,3 на 100 человек соответственно), но 81,8 сертификатов (на 100 человек) в группе «выдвиженцев» были по организации здравоохранения и общественному здоровью, а 66,7 (на 100 человек) – по клиническим дисциплинам. Повышение квалификации по специальности общественное здоровье и организация здравоохранения (в т.ч. менеджмент и пр. профильные для руководителя направления) прошли почти все представители группы «резервистов». Среди «выдвиженцев» – только 78,8%. Помимо этого, 88,9% «резервистов» и 69,7% «выдвиженцев» повысили квалификацию по клиническим дисциплинам. Дополнительное образование получили 48,7% «резервистов» и 33,3% «выдвиженцев». Приоритет в дополнительной подготовке был отдан управленческим дисциплинам. Дополнительное образование по клиническим дисциплинам получили только 6,1% «резервистов» и никто из «выдвиженцев», два и более вида дополнительного образования получили 8,7% «резервистов». Приведенные данные свидетельствуют о том, что уровень подготовки участников проекта не оказывает существенного влияния на выдвижение на руководящие должности.

Вместе с тем, по такому признаку, как общественно-политическая активность (работа депутатами, в местных органах исполнительной власти,

участие в избирательных кампаниях) явное преимущество имели «выдвиженцы» (Рисунок 9). В то время как участие в работе различных общественных организаций не гарантировало особых преимуществ при выдвижении. Из состава «резервистов» в работе общественных организаций принимали участие 57,4% человек, среди «выдвиженцев» значительно меньше (18,2%).

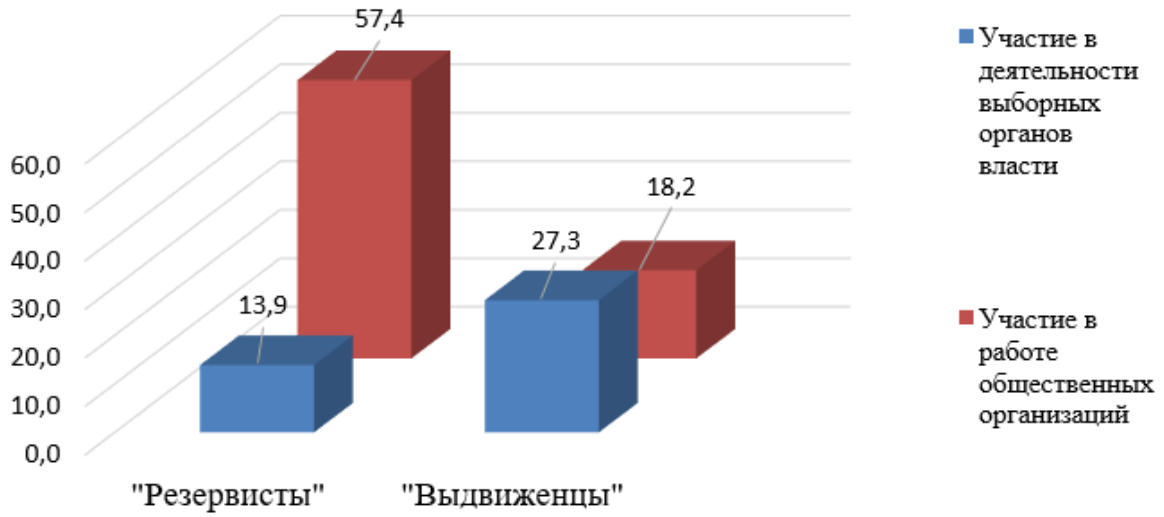



Рисунок 9 – Характеристика политической и социальной активности резервистов (на 100 человек соответствующей группы)

Среди лиц, перешедших на новые должности, 36,8% стали руководителями в органах управления здравоохранением, еще 31,6% – руководителями структурных подразделений и 21,0% – главными врачами медицинских организаций.

Таким образом, среди факторов, способствующих выдвижению, выделены следующие: мужчины в возрасте 36-45 лет, женщины – до 35 лет, наличие руководящей должности, наличие сертификата специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью, участие в работе выборных органов (политическая активность).

Как показал проведенный анализ, резерв руководящих кадров в здравоохранении не стал действенным инструментом кадровой политики: состав руководящих кадров по своим профессиональным и личностным параметрам не в полной мере отвечает перспективным требованиям к повышению качества и эффективности управления отраслью, а работа с резервом на руководящие должности в должной степени не обеспечивает профессиональное развитие управленческого потенциала.

## В ГЛАВЕ 6 «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ РЕЗЕРВА

РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» представлены отраслевые (общесистемные) особенности профессиональной подготовки руководящих кадров для системы здравоохранения, *основные концептуальные положения по совершенствованию отраслевой системы резерва руководящих кадров,* обоснованы компетентностные модели обучения главных врачей и заведующих отделениями медицинских организаций на основе анализа должностных моделей деятельности и разработаны модули обучения резервистов, обеспечивающие реализацию целевого подхода к дополнительному образованию.

Совершенствование методологических и методических подходов к организации РРК, включает: а) разработку понятийного аппарата по проблеме (представлен в описании главы 2); б) определение ключевых принципов организации РРК в отрасли; в) разработку рациональных организационно-управленческих алгоритмов действий по формированию РРК и мониторингу его реализации на основе принятых оценочных критериев.

В качестве основополагающих принципов организации РРК в здравоохранении выделены следующие:

1. Рациональное сочетание отраслевых, межотраслевых и транснациональных подходов к профессиональной подготовке в рамках РРК.
2. Стратегическая ориентированность организации РРК.
3. Взаимообусловленность и взаимосвязь перспективных должностных и компетентностных моделей деятельности руководителей, что предполагает четкое видение «медицинской организации будущего» (ее перспективных структурно-функциональных особенностей).
4. Индивидуализация обучения участников РРК на основе учета исходных компетенций, профессионального опыта и мотивации претендентов на занятие руководящих должностей.
5. Ресурсная обеспеченность организации РРК обусловлена проведением специальных мероприятий затратного характера, предполагающих соответствующее отражение в бюджетах отрасли и конкретных организаций.
6. Приоритет занятий, направленных на развитие ЗУН, связанных с организаторской деятельностью будущих руководителей: целеполаганием деятельности подчиненных, их обучением, воспитанием, мотивацией, контролем. Дополнением к «организаторской» компоненте программ РРК должны быть занятия, связанные: а) с рациональными методами и технологиями принятия решений; б) с теорией и методикой стратегического анализа и планирования. Пропорции между организаторской и аналитико-информационной деятельностью в перспективной должностной и компетентностной моделях должны иметь индивидуализированный характер.

7. Целевая направленность отбора участников РРК предполагает налаживание специальных процедур оценки личностных и деловых качеств соискателей, гарантирующих качественный состав резерва, их высокий управленческий потенциал и, как следствие, эффективность затрат по данному направлению.
8. Компетентностная модель подготовки руководителя включает проведение тренингов по развитию лидерских качеств, навыков коммуникаций, ведения переговоров, разрешения конфликтов, публичных выступлений, неформального лидерства.
9. Мониторинг РРК предусматривает контроль подготовки резервистов на планируемые должности, выполнение «стратегической карты» резервиста, осуществляет оценку степени их готовности, выявляет лиц, не обеспечивающих необходимый уровень мотивации, саморазвития и самовоспитания.

Реализация принципов организации РРК показана на Рисунке 10.

В целях обеспечения системности в управлении резервом разработаны укрупненные алгоритмы реализации РРК на различных уровнях управления здравоохранением (федеральном, региональном, учрежденческом) в соответствии со спецификой как в отношении состава участников, так и тематической направленности обучения. Укрупненные организационно-управленческие алгоритмы работы РРК для медицинских организаций показаны на Рисунке 11.

Углубленный анализ организационно-функциональной структуры должности действующих руководителей медицинских организаций получен по четырем группам параметров: базовые функции, рутинные виды деятельности, управленческие решения, принимаемые самостоятельно, т.е. требующие информационно-аналитической работы, а также вопросы, решение которых в наибольшей степени способствует повышению эффективности работы, перечень личностно-деловых качеств руководителя, потребность в дополнительных ЗУН, распределение рабочего времени.

Перечень параметров, формирующих профессиональную модель должности главного врача и заведующего отделением показал, что работа главного врача в значительной степени складывается из организации и координации текущей работы учреждения, из выполнения основных управленческих функций (планирования, контроля, координации), в меньшей степени связана с управлением развитием учреждения в плане внедрения инноваций, обновления материально-технической базы.

По степени вовлеченности заведующего отделением в работу подразделения приоритет отдан организации лечебно-диагностического процесса и непосредственному участию в оказании медицинской помощи.

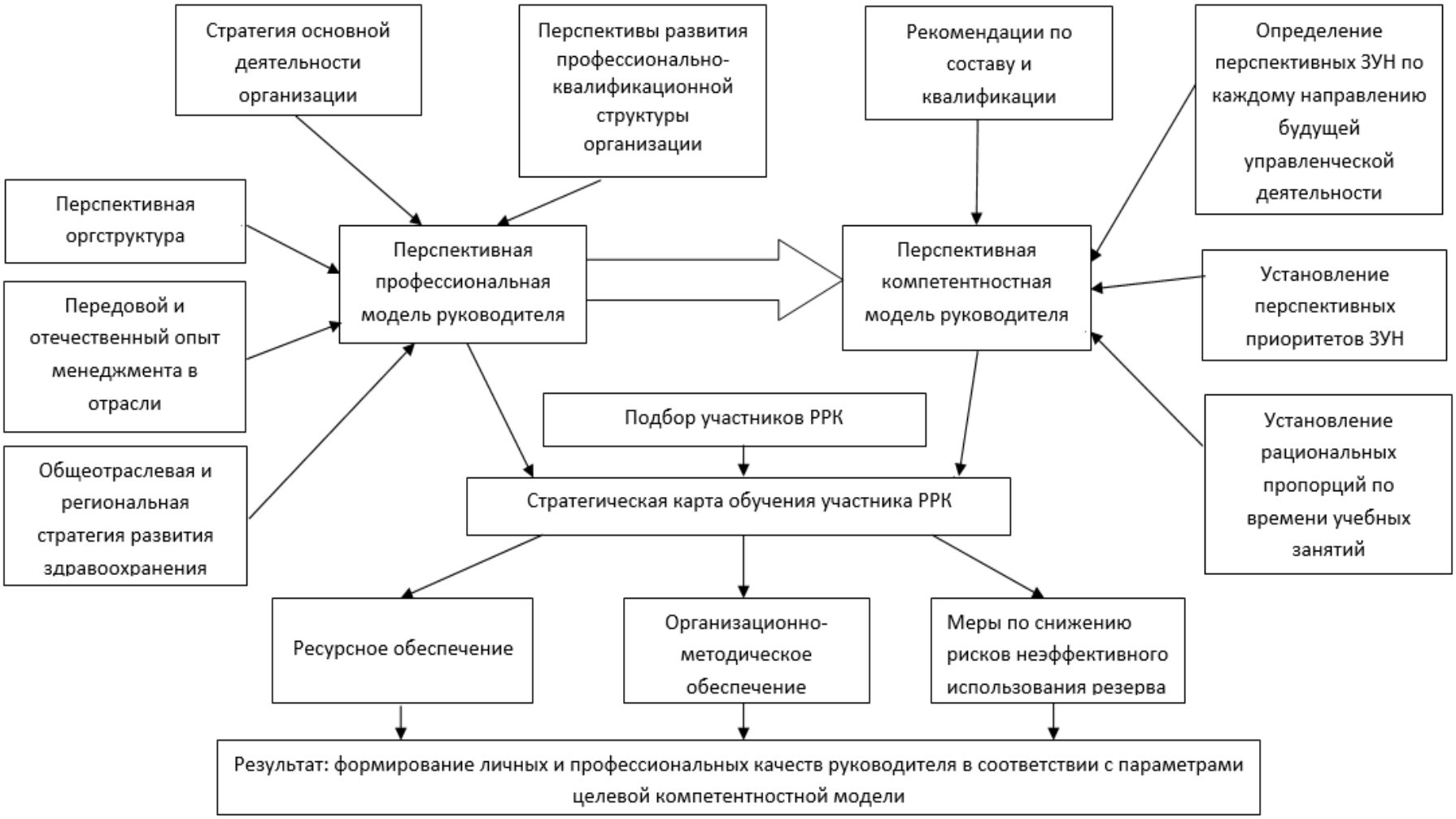



Рисунок 10 – Составные части работы и основные факторы повышения результативности организации РРК

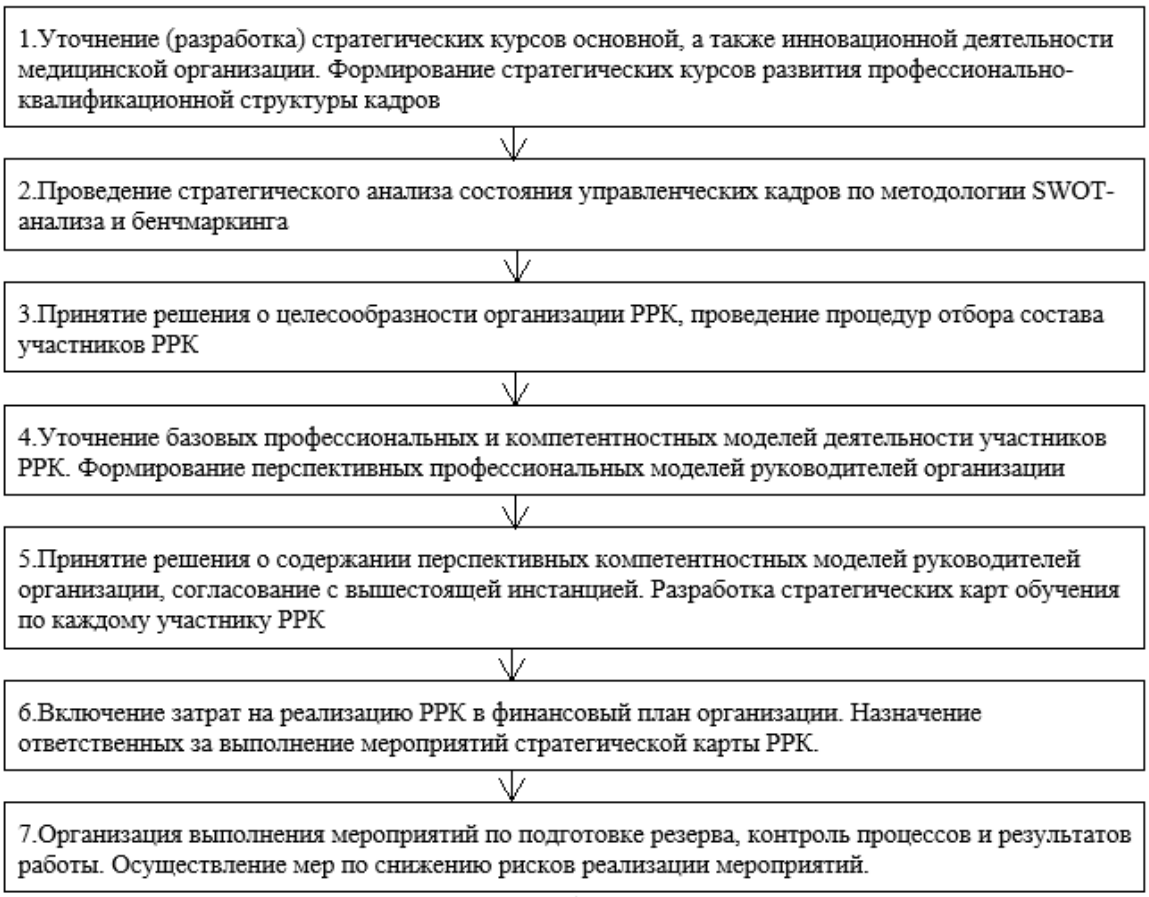



Рисунок 11 – Алгоритм организации РРК на уровне медицинской организации

Таким образом, для обеспечения высокой эффективности работы заведующих отделением основное внимание в их подготовке должно быть уделено вопросам управления персоналом и клиническим аспектам работы. Во всех остальных управленческих работах они являются исполнителями. Мнение действующих руководителей (экспертных групп) по направлениям подготовки резерва представлено в Таблице 2.

Таблица 2 – Направления профессиональной подготовки резерва на занятие руководящих должностей в медицинских организациях

| Мнение главных врачей | % ответов | Мнение заведующих отделениями | % ответов |
|---|---|---|---|
| Оперативное управление и стратегическое планирование | 30,77 | Оперативное управление и стратегическое планирование | 31,82 |
| Профессиональные качества, компетенции (конкретные механизмы, методы, технологии и навыки их использования) | 29,23 | Финансово-экономические, юридические вопросы | 27,27 |
| Работа с персоналом | 18,46 | Профессиональные качества, компетенции (конкретные | 17,27 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | механизмы, методы, технологии и навыки их использования) | |
| Финансово-экономические, юридические вопросы | 13,85 | Работа с персоналом | 11,82 |
| Развитие личностных качеств | 7,69 | Развитие личностных качеств | 11,82 |
| Итого | 100 | Итого | 100 |

Приведенные данные исследования должностных моделей руководителей медицинских организаций свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы их подготовки и адаптации к требованиям, предъявляемым современным уровнем развития теории и практики управления. Работа с резервом должна носить упреждающий характер и быть ориентированной на перспективную должностную модель руководителя и соответственно перспективную компетентностную модель подготовки резервиста.

Разработка перспективных моделей обучения резервистов на указанные должности осуществлялась с учетом полученных результатов исследования, учета направлений развития здравоохранения, включающих следующие стратегии отраслевого развития (Программа развития здравоохранения, проект Стратегии развития отрасли до 2030 года):

- Информатизация здравоохранения;
- Приоритетность профилактической работы учреждений медицинских организаций;
- Обеспечение инновационности развития;
- Использование процессных и проектных подходов в организации управления;
- Сочетание единых и персонализированных подходов в организации обучения;
- Более широкое внедрение конкурент-менеджмента и риск-менеджмента в управлении.

В результате исследования разработаны 13 модулей, дифференцированное использование которых позволит осуществлять индивидуальную подготовку резервистов с учетом имеющихся ЗУН, возможностей самостоятельного освоения материала, проведения групповых занятий и тренингов. Состав и содержание модулей подлежат непрерывному совершенствованию с учетом образовательных потребностей обучающихся и перспектив развития отрасли.

# ВЫВОДЫ

1. Повышение эффективности управления здравоохранением зависит от организации и качества работы с руководящими кадрами на всех уровнях управления как ключевого фактора реализации кадровой отраслевой политики. Практика применения современных технологий оценки, отбора и обучения руководящих кадров, формирования и подготовки резерва на руководящие должности, широко представленная в научной литературе, не получила должного распространения в системе здравоохранения, что обусловлено отсутствием действенных механизмов стратегического управления отраслью, планирования движения руководящих кадров по карьерной лестнице, единой комплексной системы работы с резервом и обучающего процесса, в полной мере отвечающего перспективным потребностям отрасли в формировании управленческого корпуса нового типа.

2. Отсутствие четко выверенной государственной политики в отношении управления руководящими кадрами в сфере здравоохранения способствовало значительным колебаниям в их составе, что не могло не сказаться на их качественном уровне. Высокая интенсивность изменений в составе руководящих кадров получила отражение в увеличении за 2000 г.-2009 гг. (с 2010г. учета не было) численности работников органов управления федерального уровня в 4,6 раз, регионального – к 2014 г. – в 7,2 раза при снижении на муниципальном уровне – в 1,9 раза. С 2010 г. началась корректировка численности аппаратов управления. При росте численности работников аппаратов управления за один 2005 г. год в 4,8 раза, дальнейшее снижение за 10 лет составило только 14,7%. Рост численности руководящих кадров не был обоснован развитием системы здравоохранения с 2000 по 2013 г., т.к. происходил на фоне снижения количества учреждений на 58,6%, численности врачебных кадров – на 3,5%, преподавательского состава вузов на 23,6%, средних медицинских и фармацевтических училищ – 45,7%. Снижение количества медицинских организаций, изменение их структуры по типам учреждений, укрупнение и объединение, расширение региональной сети и т.д. существенным образом отразилось на численности и структуре управленческих кадров.

3. Удовлетворенность руководителей трудом, находящаяся в сфере достижения определенного статуса и хороших отношений в коллективе, не соответствуют их личностным ценностям, включающим потребности: в самосовершенствовании и профессиональном развитии, стабильности, профессиональной самостоятельности, материальной независимости, – и

свидетельствуют о наличии условий, в среднем формирующих тип руководителя – ответственного исполнителя, ориентированного на карьерные достижения, предпочитающего ставить цели не слишком высокие по сложности, не сопряженные с излишним риском их реализации, что обусловливает более сильную мотивированность на избегание неудач, чем мотивацию на успех.

4. Технология формирования резерва в рамках «Профессиональной команды страны» включала многоступенчатый отбор участников проекта в субъектах РФ. Участие субъектов РФ в проекте неравнозначно. Численный состав участников колеблется от 56 в Самарской области до 1 представителя от Республики Алтай, Саха (Якутия), Северной Осетии – Алании, Таймырского (Долгано-Ненецкого) НО и Тверской области.

Целевой работы с резервом на протяжении 5 лет фактически не проводилось. Используемые направления работы преимущественно касались общих регламентируемых мероприятий – повышения квалификации (51,4% ответивших), сертификации специалиста (37,9%), получения или подтверждения квалификационной категории (22,1%).

5. Результативность использования резерва не высока: рассматривались на выдвижение 7,9%, перешли на новую должность 4,5% резервистов. Более высокую вероятность выдвижения на руководящие должности имели мужчины в возрасте 36–45 лет, женщины – преимущественно до 35 лет, лица, занимающие руководящие должности, имеющие сертификат специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью, участвующие в работе выборных органов.

6. В целях совершенствования методологических и методических подходов к организации РРК разработан понятийный аппарат по проблеме, сформулированы ключевые принципы организации РРК в отрасли, прежде всего касающиеся стратегической ориентированности организации РРК, взаимообусловленность и взаимосвязь перспективных должностных и компетентностных моделей, индивидуализация обучения, ресурсное обеспеченность организации РРК, представлены организационно-управленческие алгоритмы работы с резервом на разных уровнях управления.

7. В реально действующей модели должности главного врача превалируют базовые функции управления, связанные с текущим планированием и контролем реализации планов, аналитической деятельностью по оценке эффективности и координации работы подразделений, контролем качества работы специалистов. Компетентностные потребности главных врачей с учетом приоритетов

включают: профессиональные (клинические) ЗУН (82,3%); формирование лидерских качеств (63,2%); управление персоналом (43,8%); реализацию базовых функций управления (41,9%); управление развитием организации (40,7%); финансовое управление (40,5%); коммуникативный менеджмент, хозяйственную деятельность.

8. Специфика труда на должности заведующего отделением медицинской организации состоит в сочетании профессиональной (медицинской) и управленческой деятельности, каждая из которых требует соответствующего уровня компетенции, основанной на знании и владении новейшими медицинскими и управленческими технологиями. Среди приоритетов обучения заведующих отделениями, наряду с клинической подготовкой, значимую роль играет подготовка в области управления человеческими ресурсами, владение организационно-управленческими методами, формирование лидерских качеств.

9. Разработанный пакет обучающих документов в рамках РРК является базовой основой оптимизации модульной системы подготовки резерва, предусматривает различные этапы обучения резервистов и включает индивидуальный подбор модулей и времени их применения, утверждается в «стратегической карте» резервиста, реализация и контроль которой осуществляется в рамках постоянно действующего мониторинга.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Стратегическая значимость проблемы формирования и эффективного использования резерва руководящих кадров должна быть особо регламентирована соответствующим федеральным законом, а также в нормативно-правовой базе планирования развития здравоохранения федерального и регионального уровней.

2. На всех уровнях управления отраслью здравоохранения целесообразна инвентаризация действующего управленческого персонала с позиций наличия качественно разработанных регламентов деятельности, перспективных профессионально-квалификационных моделей, постановки работы с резервом, систем оценки и стимулирования руководителей. Одновременно важно провести работы по уточнению профильных профессиональных стандартов высшего образования с позиций перспективных требований стратегий развития отрасли к кадрам ведущих профессиональных групп.

3. В качественном совершенствовании нуждается система профессиональной переподготовки и повышения квалификации управленческих кадров отрасли, что имеет непосредственное отношение к эффективной организации работы с РРК. Прежде всего, данное совершенствование должно идти в *междисциплинарном* ключе с учетом того,

что уровень специальных (собственно медицинского профиля) знаний не должен, как правило, превышать 15-20 % в структуре затрат времени на профессиональное обучение (переподготовку, повышение квалификации) управленцев. Все большую роль в программах обучения последних должны играть компетенции, связанные с современными финансово-экономическими, организационно-управленческими, информационными и социально-психологическими технологиями. В то же время актуализируется *прикладной* аспект профессионального обучения. Последний предполагает в работе с РРК: а) более широкое использование стажировок на высших и промежуточных руководящих постах; б) проведение конкурсов среди кандидатов с использованием деловых (в том числе компьютерных) игр, тестовых заданий и прочих технологий, ориентированных на состязательность, развитие навыков в командной работе и самостоятельной деятельности в быстро меняющейся внешней среде.

4. Особого внимания заслуживает организация кадрового резерва для своевременной замены выбытия высших руководителей организаций и органов управления здравоохранением, которая предполагает: а) среднесрочное (на 3-5 лет) прогнозирование рисков ухода с занимаемых должностей (по возрасту, состоянию здоровья или другим причинам); б) включение в резерв заместителей первых лиц, их обучение и аттестацию на предмет достаточности лидерских профессиональных компетенций.

5. Подготовка резерва в системе непрерывного профессионального образования должна максимально учитывать накопленный отечественный опыт, опираться на национальные традиции и использовать передовые технологии мирового уровня. В связи с этим огромное значение имеет персонифицированный функционально-компетентностный подход, определяющий требования определенной должности к профессиональному уровню и личностным качествам претендента, плану его развития и модульной системе обучения.

6. Повышение организационно-управленческой культуры в организациях отрасли всех уровней предполагает включение в организационные регламенты руководителей разделов, определяющих требования к базовым и перспективным компетенциям должностных лиц, а также к периодичности профессионального обучения и к самостоятельной переподготовке. Выполнение соответствующих регламентов должно учитываться в системе аттестации, оценке и стимулирования руководящего состава.

7. В работе систематизированы принципы организации РРК, актуальные для всех уровней управления здравоохранением. В то же время постулировано, что данная организация (РРК) должна учитывать специфику целей, задач, функций управленческой деятельности в сфере здравоохранения на каждом из этих уровней: федеральном, территориальном (региональном, муниципальном), учрежденческом.

*На федеральном уровне*:

- более качественная и развернутая характеристика кадровых разделов документов стратегического развития отрасли (разрабатываемых в соответствии с ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» от 28 июня 2014 г. № 172), с учетом первоочередной значимости повышения кадрового потенциала в приоритетных направлениях перспективного развития отрасли;
- дополнение ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Утверждена постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640) требованиями создания многоуровневой (взаимоувязанной по уровням управления) системой формирования, обучения и эффективного использования РРК, прежде всего, в стратегически значимых направлениях развития отрасли;
- законодательная регламентация требований к переподготовке и повышению квалификации руководящих кадров в системе учреждений платных медицинских услуг, созданию в них РРК и проведению соответствующей аттестационной работы;
- инициирование разработки и актуализации комплекса профессиональных стандартов нормативно-методических материалов, способствующих повышению качества организации РРК на всех уровнях управления отраслью и для всех типов учреждений;
- совершенствование технологий профессиональной переподготовки и повышения квалификации руководящего персонала отрасли (включая РРК) в ведущих научно-образовательных центрах, обращая особое внимание на содержание новейших методов как лечения и профилактики, так и работы с информационными базами данных и в области финансово-экономического и кадрового управления;
- формирование (в рамках системы стратегического планирования развития отрасли) системы кадрового Форсайта, увязанного с разработкой прогнозов заболеваемости, угроз здоровью, совершенствованием методов профилактики и лечения социально значимых болезней;
- разработка перспективного видения профессионально-квалификационной структуры отрасли (на базе результатов Форсайта и тенденций развития рынков труда в здравоохранении), учет данного видения в соответствующих федеральных государственных образовательных стандартах;
- определение перечня отраслевых центров, отвечающих требованиям лучшей практики управления, организация работы с РРК на их базе;
- организация отраслевого мониторинга состояния и использования РРК, прежде всего, в разрезе приоритетов развития здравоохранения и ведущих медицинских центров стратегической значимости.

*На территориальном уровне*:

- формирование региональных стратегий и программ развития здравоохранения (с учетом требований соответствующих документов социально-экономического развития территорий, схем размещения производительных сил) с обязательной (специальной) проработкой кадровых разделов, учитывающих социально-демографические и профессионально-квалификационные базовые и перспективные параметры руководящего состава ключевых организаций здравоохранения;
- определение состава ведущих (стратегически значимых для регионов, муниципалитетов) профильных лечебных и научно-образовательных организаций в рамках территории, оказание методической помощи и осуществление контроля за разработкой стратегий и перспективных планов развития данных структур, добиваясь единообразия форматов и показателей соответствующих кадровых разделов, включая работу с РРК;
- определение профильных центров лучшей практики управления территориального уровня, содействие организации РРК подведомственных учреждений на базе данных структур, включая финансирование обучения за счет региональных бюджетов;
- совершенствование учебных планов и программ профильных образовательных организаций, с адекватным отражением региональных компонентов соответствующих стандартов обучения, а также организацией практических занятий на базе территориальных центров лучшей практики управления здравоохранением;
- формирование территориальной информационно-аналитической системы работы с кадрами, включая РРК, охватывающей сеть ведущих региональных и муниципальных организаций здравоохранения (данная система должна быть в разрезе стратегических приоритетов развития отрасли интегрирована с федеральным уровнем);
- осуществление кадрового мониторинга территориальных проектов лечебного профиля, ориентированных на решение ключевых проблем здравоохранения регионов, включение в состав РРК работников – потенциальных лидеров проектных команд.

*На уровне медицинских организаций и их объединений*:

- проведение централизованного (на уровне головных структур) подхода к организации и работе с РРК с учетом специфики деятельности интегрированных структур, разработка единых перспективных планов развития кадрового потенциала последних с учетом стратегической значимости РРК, необходимости налаживания тесного взаимодействия головных и филиальных учреждений в данном направлении и сопряженности соответствующих регламентов;
- повышение общей организационно-управленческой культуры профильных организаций, прежде всего в аспектах а) формирования стратегического видения развития основных подсистем (лечебно-профилактическая работа, техперевооружение, финансы, оргструктура),

включая профессионально-квалификационный состав персонала; б) актуализации важнейших организационных регламентов управленческих кадров всех уровней (задачи, функции, права, ответственность, взаимодействие по вертикали и горизонтали, перечень требуемых компетенций и т.д.); в) оценки деятельности руководящих кадров и реализации соответствующих решений по их обучению и/или перемещению с учетом как профессионально-квалификационных, так и личностно-психологических параметров;

- принятие обязательных решений как в отношении наличия перспективных планов работы с РРК, так и управленческих действий в отношении кандидатов из РРК, прошедших соответствующую профессиональную переподготовку и доказавших свое право на должностной рост или, как минимум (на определенное время) на ощутимую прибавку к заработной плате.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ


1. **Коротков, Ю.А. Кадровое обеспечение лечебно-профилактических учреждений в условиях структурных преобразований в здравоохранении России [Электронный ресурс] /Ю.А.Коротков, Р.А.Манин, Ю.В.Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. – №1(13). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/179/30/. (0,42п.л., авт. 0,14п.л.).**
2. **Сибурина, Т.А. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении [Электронный ресурс] / Т.А. Сибурина, А.А.Князев, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2012. – №5 (27). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/427/lang,ru/. (0,42п.л., авт.0,11п.л.).**
3. Сибурина, Т.А. Российское здравоохранение: фактология деятельности, организационно-управленческие проблемы/ Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова // Материалы к «Правительственному часу» 338 заседания Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации: Аналитический вестник. 2013. - №3 (507). - С. 45-53. (0,38п.л., авт. 0,19п.л.).
4. **Мирошникова, Ю.В. Обобщенный «портрет» руководителей кадровых служб органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации [Электронный ресурс] / Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2014. – №2 (36). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/550/lang,ru/. (0,42п.л., авт.0,42п.л.).**
5. **Сибурина, Т.А., Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития [Электронный ресурс] / Т.А. Сибурина, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Социальные**

**аспекты здоровья населения. - 2014. - №3 (37). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/574/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,14п.л.).**

6. **Сибурина, Т.А. Рейтинги медицинских организаций в системе управления здравоохранением / Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова// Менеджмент и Бизнес-Администрирование. - 2014. – №3. – С. 80-89. (0,42п.л., авт. 0,21п.л.).**
7. **Сибурина, Т.А. Научно-преподавательский потенциал системы здравоохранения в 2000-2012 годах / Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова// Здравоохранение Российской Федерации. - 2014. – №6. – С. 19-25. (0,29п.л., авт. 0,15п.л.).**
8. **Михайлова, Ю.В. Руководящие кадры органов и учреждений здравоохранения (социологическое исследование) / Ю.В. Михайлова, А.А. Князев, Ю.В. Мирошникова // Вестник Росздравнадзора. 2014. – №6. - С. 71-77. (0,29п.л., авт. 0,1п.л.).**
9. **Сибурина, Т.А., Состояние и эффективность работы с резервом руководящих кадров здравоохранения / Ю.В. Мирошникова, Л.К. Лохтина // Здравоохранение Российской Федерации. - 2015. – №1. – С. 4 – 9. (0,25п.л., авт. 0,13п.л.).**
10. **Сибурина, Т.А. Кто они, социал-гигиенисты, сегодня? [Электронный ресурс] / Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. - № 1 (41). – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/642/30/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,21п.л.).**
11. **Мирошникова, Ю.В. О проблемах формирования резерва руководящих кадров (обобщение опыта отбора и оценки претендентов)/ Ю.В. Мирошникова // Вестник Росздравнадзора. - 2015. – №3. – С. 58-62. (0,21п.л., авт. 0,21п.л.).**
12. **Мирошникова, Ю.В. Приоритетные направления в обучении главных врачей медицинских организаций [Электронный ресурс] / Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. - №3 (49). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/757/30/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,42п.л.).**
13. **Михайлова, Ю.В. Теоретические и прикладные аспекты формирования модели должности руководителя медицинской организации/ Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова// Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. - № 2 (48). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/739/27/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,14п.л.).**
14. **Князев, А.А. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров [Электронный ресурс] / А.А. Князев, Л.К. Лохтина, Ю.В. Мирошникова // Социальные**

**аспекты здоровья населения. – 2016. - № 5 (51). - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/779/30/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,14п.л.).**

15. **Иванов, И.В. Методические подходы к формированию риск-ориентированной модели контрольно-надзорной деятельности в сфере здравоохранения/ И.В. Иванов, Ю.В. Мирошникова, Д.Т. Шарикадзе, Е.А. Берсенева // Вестник Росздравнадзора. -2017.- №1 – С. 34-37 (0,17п.л., авт. 0,04п.л.).**
16. **Вечорко, В.И. Роль кадрового мониторинга в оценке инновационных мер по обеспечению регионального здравоохранения ресурсами/ В.И. Вечорко, Ю.В. Мирошникова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – №4. - С. 213-220. (0,33п.л., авт. 0,17п.л.).**
17. **Мирошникова, Ю.В. Обоснование направлений дополнительного образования заведующих отделениями медицинских организаций [Электронный ресурс] / Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. - № 1 - Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/739/27/lang,ru/. (0,42п.л., авт. 0,42п.л.).**
18. Волнухин, А.В Повышение профессионального потенциала медицинских и административных кадров здравоохранения: основные проблемы, перспективные стратегии, организационные механизмы / Монография А.В. Волнухин, **Ю.В Мирошникова**, Т.А. Сибурина, В.И. Вечорко (под научной редакцией Ю.В. Михайловой) // М.: РИО ЦНИИОИЗ, - 2017. - 322 с. (13,42п.л., авт. 3,35п.л.).
19. **Девишев, Р.И. Подходы к прогнозированию кадрового потенциала здравоохранения: основные проблемы / Р.И. Девишев, Ю.В. Мирошникова / Менеджер здравоохранения – 2017.- №1. – С.51-57. (0,29п.л., авт. 0,15п.л.).**
20. **Девишев, Р.И. Подходы к прогнозированию кадрового потенциала здравоохранения: основные проблемы / Р.И. Девишев, Ю.В. Мирошникова / Менеджер здравоохранения – 2017.- №3. – С.45-54. (0,42п.л., авт. 0,21п.л.).**
21. Сибурина, Т.А. Основные концептуальные положения по совершенствованию отраслевой системы резерва руководящих кадров / Т.А. Сибурина, **Ю.В.Мирошникова** // Всероссийское совещание заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения: Сб. науч. статей «Современные образовательные технологии в деятельности кафедр общественного здоровья и здравоохранения». – М.: Либри Плюс, - 2017. – С. 173-178. (0,25п.л., авт. 0,13п.л.).
22. Ляшенко, Т.С. Модульная система подготовки резерва руководящих кадров / Т.С. Ляшенко, Г.Н. Барскова, **Ю.В. Мирошникова** // Всероссийское совещание заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения: Сб. науч. статей «Современные

образовательные технологии в деятельности кафедр общественного здоровья и здравоохранения». – М.: Либри Плюс, - 2017. – С. 130-135. (0,25п.л., авт. 0,08п.л.).

23. Сибурина, Т.А. Методологические, организационные и управленческие принципы формирования системы мониторинга резерва руководящих кадров в органах управления и учреждениях здравоохранения: монография / Т.А. Сибурина, **Ю.В. Мирошникова**; под науч. ред. Ю.В. Михайловой. – Москва: РИО ЦНИИОИЗ, 2018. – 100с. (4,17п.л., авт. 2,08п.л.).