

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Габриелян А.Р.¹, Торубаров С.Ф.¹, Перосов С.Н.¹,
Русак Д.В.¹, Финогенов В.В.²

¹ ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России»,

² ФМБА ФГБУ «Государственный научный центр РФ – Федеральный медико-биологический центр им. А.И. Бурназяна» Институт профессионального последипломного образования, г. Москва, Российская Федерация

Резюме. Современный этап развития российского общества затронул всю систему здравоохранения. С одной стороны, появляется множество новых требований к качеству медицинской помощи, с другой, финансовая ситуация в здравоохранении ухудшается. Государственные медицинские учреждения оказываются в трудном положении, реальность ставит перед ними задачи поиска путей совершенствования деятельности. Объективные составляющие деятельности лечебного учреждения (экономические, социальные, политические) изменить трудно, повлиять можно на субъективный компонент (коллектив, его потенциал, эффективность руководства). Это выдвигает проблему совершенствования управленческой деятельности.

Ключевые слова: организаторы здравоохранения, кадры, потенциал, совершенствование, управленческая деятельность.

САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУН УЮШТУРУЧУЛАРЫНЫН КАДРЛАРДЫ БАШКАРУУНУН ПОТЕНЦИАЛЫН ЖАКШЫРТУУНУН ЖОЛДОРУ

Габриелян А.Р.¹, Торубаров С.Ф.¹, Перосов С.Н.¹,
Русак Д.В.¹, Финогенов В.В.²

¹ ФГБОУ кошумча профессионалдык билим берүү квалификацияны жогорулатуу институту Россия Федералдык медико-биологиялык агентствосу.

² ФМБА ФГБУ “Россия Федерациясынын мамлекеттик илимий борбору А.И. Бурназян атындагы Федералдык медико-биологиялык борбору” профессионалдык дипломдон кийинки билим берүү Институту, Москва ш., Россия Федерациясы

Резюме. Россия коомунун заманбап өнүгүүсү бүтүндөй саламаттык сактоо системасына таасирин тийгизди. Биринчиден, медициналык жардамдын сапатына көптөгөн жаңы талаптар пайда болууда, экинчиден саламаттык сактоонун финансылык абалы начарлоодо. Мамлекеттик медициналык мекемелер оор абалда калууда, алардын иш-аракетин жакшыртуунун жолдорун издөө маселеси айкын коюлууда. Дарылоо мекемесинин иш-аракетинин объективдүү курамын (экономикалык, социалдык, политикалык) өзгөртүү кыйын, субъективдүү курамына гана таасир этүүгө болот (коллектив, анын потенциалы, жетекчиликтин эффективдүүлүгү). Бул башкаруу иш-аракетин жакшыртуу маселесин алып чыгат.

Негизги сөздөр: саламаттыкты сактоонун уюштуруучулары, кадрлар, потенциал, жакшыртуу, башкаруу иш-аракети.

WAYS TO IMPROVE MANAGEMENT OF PERSONNEL POTENTIAL OF ORGANIZERS OF PUBLIC HEALTH

Gabrielyan A.R.¹, Torubarov S.F.¹, Petrosov S.N.¹,
Rusak D.V.¹, V. Finogenov²

¹ the Institute of continuing professional development of the Federal medical biological Agency of Russia,

² the State scientific center of the Russian Federation – Federal medical biological center named. A. I. Burnazyan" of the Institute of professional postgraduate education, Moscow, Russian Federation

Summary. The modern stage of development of the Russian society affected zero the whole health system. On the one hand, there is a lot of new requirements to quality of care, on the other, the financial situation in health care is deteriorating. State medical institutions are in a difficult position, the reality confronts them with the task of seeking ways of improvement. Objective components of activities of medical institutions (economic, social, political) is difficult to change, can affect the subjective component (the team, his potential, leadership effectiveness). This raises the problem of managerial improvement.

Keywords: health care managers, personnel, potential, improvement, and management activities.

Введение. Кадровый потенциал организаторов здравоохранения состоит из работающих в настоящее время организаторов здравоохранения всех уровней управления и способного к эффективному руководству кадрового резерва [1,2,3].

Управление кадровым потенциалом

включает в себя управление

— численностью и структурой кадров,
— их подготовкой и переподготовкой в соответствии с потребностями практического здравоохранения,
— профессиональным ростом управленческого персонала,
— использованием их профессиональных возможностей,

— кадровым отбором,
— мероприятиями по сохранению кадров,
— факторами стабилизации мотивации (социальная защищенность, уровень заработной платы, микроклимат в коллективе и др.).

Кадровая политика включает три взаимосвязанных направления:

— планирование и оптимизация численности и структуры кадров,
— совершенствование подготовки кадров,
— управление человеческими ресурсами здравоохранения [7].

В концепции кадровой политики здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 03.07.2002 № 210) обозначена основная цель, которая состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом отрасли [8,9].

Особо подчеркнуто, что проблемы управления персоналом должны решаться современными технологиями найма и диагностики персонала, компетентной расстановкой кадров с учетом требований рабочего места и потенциала работника, обеспечением профессионального роста сотрудника.

Реализация поставленных в концепции задач должна обеспечить максимальный баланс процессов обновления и создания количественного и качественного состава работников отрасли, развитие кадровых ресурсов в соответствии с потребностями практического здравоохранения [4,5,6].

Безусловно, особо важным направлением в системе управления кадровыми ресурсами отрасли является поддержание высокого профессионального уровня руководящих работников.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование социальных и психологических особенностей организаторов здравоохранения, имеющих значение для эффективной профессиональной деятельности, показало, что разные группы организаторов здравоохранения (в зависимости от уровня управления и условий труда) имеют ряд достоверных различий по этим показателям.

Это должно быть учтено и является необходимым условием для оптимизации управления кадровым потенциалом организаторов здравоохранения.

Отличия выявлены в изученных нами социально-профессиональных характеристиках организаторов здравоохранения — кадровом составе, квалификационной категории, плановости назначения на должность, готовности к профессиональной деятельности организатора здравоохранения, проблемам профессиональной адаптации, факторах, влияющих на удовлетворенность трудом.

Кадровый состав медицинских организаций городского и сельского здравоохранения не идентичен. Основной отличительной особенностью является более раннее назначение на руководящие должности организаторов сельских медицинских организаций (МО). 68 % главных врачей сельских районов имеет управленческий стаж более 15 лет, что почти в 2 раза превышает аналогичный показатель в городских медицинских организациях. В городском здравоохранении 50 % главных врачей имеют стаж работы в данной должности до 9 лет. Наряду с этим в городских МО доля врачей с медицинским стажем до 4 лет в 4 раза больше, чем на селе.

Таким образом, сельские лечебно-профилактические учреждения отличаются более стабильным кадровым составом, однако по сравнению с городскими медицинскими организациями отмечается недостаточный приток новых кадров, что ограничивает возможности кадрового отбора.

Кадровый состав городских МО характеризуется большим, по сравнению с МО сельского района, резервом кадрового потенциала, в том числе, и для управленческих должностей.

Квалификационная характеристика кадрового состава учреждений здравоохранения выявляет меньшую долю лиц с высшей категорией и более высокую частоту лиц, не имеющих категории в сельских МО.

На наш взгляд, причинами этого могут быть:

— недостаточная мотивация самих сотрудников, которые не используют свое право на аттестацию;

— неэффективная кадровая политика руководителей медицинских организаций;

— трудности с регулярным и полноценным последипломным образованием, оторванность врачей, работающих на селе, от научной жизни медицинской общественности.

Отличительной особенностью кадров как одной из разновидностей ресурсов в организационной системе является их высокая стоимость. Это связано как с затратами труда на профессиональную подготовку, так и на оплату труда. До 70 %

средств, выделяемых на здравоохранение в странах, тратится на покрытие этих расходов». В связи с этим как один из ракурсов изучения особенностей кадровой политики в здравоохранении нами проведен углубленный анализ обстоятельств назначения организаторов здравоохранения на руководящую должность и их готовность к этому виду профессиональной деятельности.

В табл. 1 представлены результаты изучения частоты назначения на руководящую должность организаторов, готовых к исполнению этих обязанностей и не готовых к ним.

Таблица 1

Готовность организаторов здравоохранения к руководящей должности на момент назначения (на 100 опрошенных)

Организаторы здравоохранения	На момент назначения	
	На момент назначения не были готовы к организаторской деятельности	На момент назначения были готовы к организаторской деятельности
Сельского здравоохранения	16,67 ±3,40	14,67 ±3,18
Городского здравоохранения	8,20 ±2,48	28,69 ±4,09
В целом	12,40 ±2,12	21,49 ±2,64

В целом, среди организаторов 12,4 % ± 2,12 не были готовы к организаторской деятельности и 21,49 % ± 2,64 были к ней готовы. Но, несмотря на то, что эти различия являются достоверными ($t = 2,77$), данная тенденция формируется в основном за счет положения в городском здравоохранении. Так, среди организаторов сельского здравоохранения 16,67 % ± 3,40 не были готовы к организаторской деятельности на момент назначения, в то время как среди организаторов городского здравоохранения этот процент достоверно ниже и составляет 8,20 % ± 2,48 ($t = 2,02$). Обратная тенденция прослеживается среди организаторов городского и сельского здравоохранения, которые были полностью готовы к организаторской деятельности при назначении на руководящую должность. Так, среди организаторов здравоохранения сельского района были полностью готовы к исполнению должностных обязанностей на

момент назначения 14,67% ± 3,18, в то время как среди организаторов городского здравоохранения этот показатель достоверно выше и составляет 28,69 % ± 4,09 ($t = 2,70$).

Чтобы определить связь этих тревожных закономерностей с эффективностью кадровой политики, мы провели уточняющий анализ плановости назначения на должность организатора. С этой целью нами были изучены данные самоанализа обстоятельств назначения на должность организатора и самооценка трудностей адаптационного периода тех групп организаторов, которые оказались полностью готовыми и полностью не готовыми к руководящей должности. Результаты изучения плановости по самоанализу обстоятельств на должность организатора представлены в табл. 2.

В группе организаторов, полностью готовых к новой должности, достоверно чаще назначаются руководители из

кадрового резерва, чем при «случайных обстоятельствах». Так, в этой группе организаторов сельского здравоохранения никто не назначен «случайно» и 3,33 % ± 1,41 назначены из кадрового резерва ($t =$

2,32), в группе организаторов городского здравоохранения эти показатели соответственно 0,82 % ± 0,97 и 9,84 % ± 2,70 ($t = 3,18$).

Таблица 2

Взаимосвязь плановости назначения на должность организатора здравоохранения и профессиональной готовности (на 100 опрошенных)

Плановость назначения на должность организатора	Организаторы здравоохранения			
	Сельское здравоохранение		Городское здравоохранение	
	Готовы на момент назначения	Не готовы на момент назначения	Готовы на момент назначения	Не готовы на момент назначения
Случайно	16,67 ± 3,40	14,67 ± 3,18	16,67 ± 3,40	14,67 ± 3,18
Из кадрового резерва	8,20 ± 2,48	28,69 ± 4,09	8,20 ± 2,48	28,69 ± 4,09

Среди управленцев, которые считают, что при назначении они были полностью не готовы к исполнению новых обязанностей, достоверно выше процент организаторов, назначенных «случайно». Таким образом в этой группе были назначены 8,33 % ± 2,41 опрошенных (при назначении из кадрового резерва 2,5 % ± 1,62, $t = 2,008$), в группе организаторов городского здравоохранения этот показатель соответственно 5,74 ± 2,11 при отсутствии назначения из кадрового резерва ($t = 2,72$).

Мы считаем это демонстрацией неэффективной кадровой политики, осуществляемой по принципу «спасти участок работы» и нерациональное отношение к самому организатору, являющемуся составляющей частью кадрового потенциала организации.

Иллюстрирует этот вывод о неэффективной кадровой политике и то, что среди организаторов, полностью не готовых к исполнению новых должностных обязанностей 53,34 % испытывали значительные трудности в адаптационном периоде, а 6,66 % оценивают эти трудности «на уровне кризиса».

Появление новых профессиональных обязанностей, не связанных напрямую с врачебной деятельностью, отсутствие управленческих навыков, смена должностного стереотипа, выработка стиля поведения, ответственность не только за себя, но и за своих подчиненных — со всем этим организатор оперативного уровня при

назначении на управленческую должность сталкивается впервые.

Среди главных врачей городских МО и их заместителей треть респондентов в каждой из этих групп отмечают как значительную трудность в адаптационный период из-за отсутствия знаний и пятая часть в каждой из групп от отсутствия преемственности с предыдущим руководителем. Среди прочих причин назывались непринятие новым коллективом, недоброжелательные отношения с прежним руководителем, создание нового подразделения и адаптационные сложности, связанные с этим.

Оказываясь в таких стрессогенных условиях, организатор имеет равную вероятность для многих исходов своей профессиональной деятельности: от мобилизации всех внутренних ресурсов личности и преодоления кризиса с сохранением высокого уровня мотивации или даже повышением его до значительного снижения мотивации, потери интереса к профессиональной деятельности или даже психологического «излома» с дальнейшими плохо корригируемыми проблемами личности. Ставя в такие условия самого организатора, помимо нанесения ущерба становлению его естественного профессионального развития, наносится значительный финансовый вред здравоохранению, учитывая высокую стоимость кадров. Об эффективном руководстве тут говорить не приходится, т.

к. значительный временной отрезок неподготовленный руководитель будет «входить в профессию» и решать свои адаптационные проблемы. Лечебно-профилактическое учреждение при этом находится формально при управленце, но, по сути, работает на него, получая крайне незначительную организационную отдачу.

Выводы. Таким образом, чтобы вложения здравоохранения оправдывали себя в большей мере, должны предприниматься постоянные действия, направленные на эффективное развитие кадров здравоохранения.

Причины, по которым происходит столь выраженная деформация кадровой политики, диктуются в основном современными условиями функционирования здравоохранения. Наше исследование продемонстрировало, что современными социальными особенностями профессиональной деятельности организаторов здравоохранения является ее осуществление при реформировании здравоохранения, недостаточного его финансирования и высоких требованиях к качеству медицинской помощи. При существующем положении вещей, когда в сложившихся условиях значительная часть организаторов всех уровней управления считает целью руководства поддержание объема медицинской деятельности и сохранение материально-технической базы МО, проведение рациональной и эффективной кадровой политики учреждения уходит на второй план.

Литература:

1. Григорьев К.И., Пилюгин В.В. Организация здравоохранения в России // Медицина и здравоохранение. - 2005. - 35 с.

2. Лебедев А.А., Гончарова М.В., Серебрянский О.Ю., Лебедев Н.А. Инновации в управлении медицинскими организациями. Москва: «Литтера», 2010. - 172 с.

3. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: В.Ю.Семенов. – Москва: МЦФЭР, 2004. - 648 с.

4. Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине // Корпоративный менеджмент. - 2012. - №5. – С. 11-14.

5. Трифонова Н.Ю. Необходимость развития сети школ для обучения самоконтролю пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Сб. науч. тр. под ред. Н.И. Вишнякова, Ю.П. Линца. Спб. – 2007. – С. 104-108.

6. Шабров А.В., Чавпецова В.Ф. Развитие кадрового потенциала расширяющихся медицинских учреждений в РФ (на примере КБ-42 г. Зеленогорска). Качество медицинской помощи: проблемы и перспективы совершенствования. Матер. междунар. науч.-практ. конф. Спб. - 2010. - 168 с.

7. Кучеренко В.З. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе: В.З.Кучеренко, М.А.Татарников, Н.Г.Шамшурина // Экономика здравоохранения. - 2005. - №5. – С. 11-19.

8. Лентицев И.В. Реформа системы территориальных медицинских подразделений в субъектах Российской Федерации // Экономический вестник МВД России. - 2006. - №4. – С. 19-22.

9. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студ.мед.вузов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 432 с.