

С. А. Ефименко, Н. В. Зайцева

**УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ:
ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Существующая сегодня система российского здравоохранения, основы которой были заложены в советское время, в изначальной степени была построена в патерналистском ключе в отношении к вопросу охраны здоровья населения и предусматривала четкое, последовательное (преемственное) наблюдение за состоянием здоровья граждан посредством деятельности широкой сети государственных учреждений первичной и специализированной бесплатной медицинской помощи, что, с одной стороны, позволило существенно повысить показатели здоровья у населения, с другой — повлекло постепенное снижение уровня ответственности граждан за собственное здоровье, наиболее ярко это проявилось в делегировании ответственности за свое благополучие государству и системе здравоохранения.

Однако социоструктурные трансформации переходного периода конца XX века обусловили формирование новых, диктуемых свободным рынком государственных приоритетов и соответственное перераспределение финансовых потоков в социальной сфере, в том числе в вопросах социальной защиты и охраны здоровья граждан. Так, тотальный дефицит финансирования учреждений государственной системы здравоохранения отразился в сокращении основного комплекса лечебно-профилактических мероприятий и медицинских услуг, предоставляемых в рамках государственной поддержки (финансирование), обветшании материально-технической и лечебной базы данных учреждений, снижении качества предоставляемых услуг. Кроме того, происходящий в этот период взрывной процесс становления частной медицинской практики обусловил отток профессиональных медицинских кадров в коммерческий сектор медицины. Вместе с тем, несмотря на серьезные трудности, система здравоохранения сумела сохранить функциональность и указанный феномен исследователи объясняют преимущественно высоким запасом прочности системы управления кадрами в медицинских организациях [10].

В настоящий момент модернизационные процессы в российском обществе выходят на первый план государственной политики. Одним из актуальных направлений реформ выступает модернизация системы здравоохранения Российской Федерации, что нашло отражение в Концепции развития здравоохранения до 2020 г. [4]. Стартовавшая в 2011 г. в России реформа здравоохранения затронула все медицинские организации страны и внесла изменения в работу медицинских управленцев [1, 4]. Вместе с тем наиболее значимый фактор, детерминирующий развитие системы здравоохранения, — человеческий, а точнее, кадровый капитал. В соответствии с концепцией социального и человеческого капитала Г. Беккера и Дж. Коулмана грамотно построенная система управления кадровыми резервами организации позволяет прогнозировать поведенческие риски в социальном контексте, а также организовать работу на принципах действия, максимизирующих полезность труда для всего коллектива и организации [5].

Руководство организаций в ситуации перемен требует осмысления того факта, что изменение в любой части

организации оказывает влияние на организацию в целом и затрагивает такие важные аспекты в управлении персоналом, как доверие персонала к организации и степень удовлетворенности персонала трудом [2, 11]. При этом невозможно переоценить значение компетентности руководителей медицинских организаций в данных вопросах, а также принципов и методов, на основе которых строится их работа с персоналом. И, безусловно, процесс управления системой здравоохранения и составляющими ее медицинскими и иными организациями требует знания и учета закономерностей формирования, функционирования и организационных систем в целом [3, 8].

Однако до настоящего момента вопросы управления кадровым потенциалом медицинской организации недостаточно хорошо освещены в социологических работах. При этом социологическое восприятие организационных и управленческих процессов позволяет выявить причинно-следственные связи как на уровне субъектных отношений, так и на уровне социальных структур, всесторонне исследовать особенности функционирования рассматриваемой социальной системы, оценить эффективность и congruentность взаимодействия ее составных элементов, процессов и взаимоотношений [9].

Изучение отношения руководителей медицинских организаций к различным аспектам кадровой проблематики и выявление их потребности в информации о современных технологиях управления были организованы посредством анкетного опроса специалистов руководящего звена медицинских организаций ($n = 57$, октябрь — декабрь 2011 г., Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова) и в дальнейшем детализировано данными экспертного интервью ($n = 57$; май — август 2012 г., Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова). По результатам проведенного исследования выявлены основные тенденции в применении методов управления персоналом, а также ориентации руководителей на применение современных персонал-технологий.

Так, основными задачами в управлении персоналом, по мнению руководителей, являются эффективный подбор и удержание персонала в организации (36,8%); поддержание работоспособности персонала (35,1%); оптимизация кадрового потенциала (28,1%). Вместе с тем наблюдается парадоксальная ситуация: большинство руководителей, осознавая необходимость планирования потребности организации в персонале, не хочет (31,6%) или не может (80,7%) в силу разного рода проблем (затруднения в количественной или качественной оценке потребности в персонале) осуществлять эту деятельность. При этом на практике подбор персонала осуществляется в основном случайным, несистемным, внеплановым образом — предпочтений в стратегии подбора не имеют 70,2% руководителей, еще 19,3% респондентов предпочитают опираться на внутренние источники кадров (отдают приоритет закрытой кадровой политике), 10,5% сознательно предпочитают привлекать сотрудников со стороны.

Однако, кроме информации о формальном соответствии уровня образования соискателя должностным требованиям, которую хотели бы получать 82,5% опрошенных руководителей, существенный интерес у менеджеров высшего звена вызывают результаты тестов на профпригодность (около

С. А. Ефименко — д-р социол. наук, проф., зам. дир. по научной работе (e-mail: niisocmed@mail.ru); Н. В. Зайцева — мл. науч. сотр. (ZNATA168@yandex.ru).

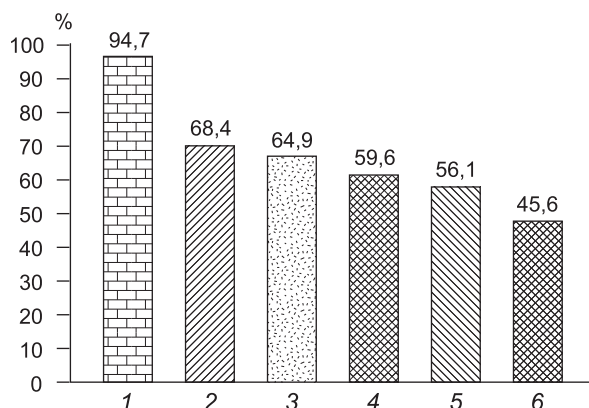


Рис. 1. Основные позиции оценки эффективности работы сотрудников.

1 — уровень профессиональных навыков медицинского специалиста, 2 — наличие навыков общения медицинского специалиста с пациентами, 3 — уровень интеллектуального потенциала и обучаемости медицинского специалиста, 4 — наличие навыков общения медицинского специалиста с коллегами, 5 — стрессоустойчивость и умение работать в нестандартной обстановке, 6 — наличие навыков планирования и организации работы.

половины респондентов), личностных и интеллектуальных тестов (43,9 и 21,1% респондентов), показатели трудовой мотивации соискателя (43,9% респондентов). Также для 28% респондентов важно наличие у соискателя рекомендаций с предыдущего места работы, и еще 45,6% руководителей хотели бы знать мнение уважаемого ими сотрудника о профессиональных качествах соискателя. Помимо указанных показателей, менеджеры руководящего звена отмечают в качестве значимых критериев личное впечатление о соискателе, количество предыдущих исков к медицинскому специалисту от страховых компаний, неофициальное мнение предыдущего руководителя, наличие хороших отзывов с предыдущего места работы, заключение результатов медицинского осмотра (можно отнести к формальному соответствию должности), а также "наличие мозгов и совести".

Безусловно, эффективность работы персонала помимо профессиональных и личностных качеств сотрудника, во многом обусловлена стажем его работы и показателями адаптации в коллективе. При этом процесс адаптации вновь принятого специалиста в коллективе воспринимается 1/3 респондентов как процесс, который не требует внедрения дополнительных мер и процедур адаптации со стороны управленцев и ответственность за который несет сам новый сотрудник. Одновременно большинство (86%) опрошенных руководителей не отрицают наличия проблем у новых сотрудников: более половины (56,1%) видят их в недостаточном уровне подготовки новых сотрудников; по 10,5% выделили проблемы с коллективом и личные (семейные) обстоятельства; 7,1% затруднились с ответом. Только 14% опрошенных выбрали вариант "у новых сотрудников практически никогда не бывает проблем, большинство приживается в коллективе".

Большинство же опрошенных указали на то, что в их организации существуют формальные либо неформальные (стихийно сложившиеся) меры (процедуры), направленные на интеграцию и адаптацию новых работников в коллектив. Заметим, что процедуры адаптации несут ряд несомненных преимуществ: для нового сотрудника способствуют снятию большого количества проблем, возникающих в начале работы; для персонала существенно активизируют творческий потенциал уже работающих сотрудников, усиливают их включенность в корпоративную культуру организации; для руководителя дают информацию о степени развития коллектива, уровне его сплоченности и внутренней интеграции; для организации в целом уменьшают те-

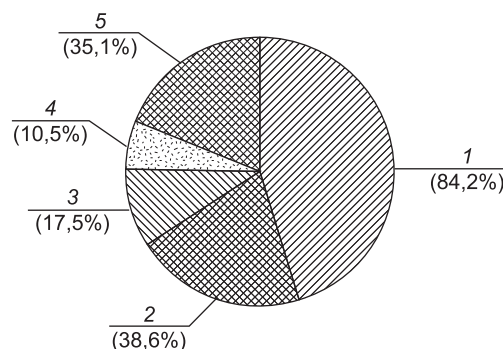


Рис. 2. Формы повышения квалификации и обучения персонала.

1 — в организации применяются только сертификационные курсы и курсы повышения квалификации в строгом соответствии с требованиями к медицинским специальностям, 2 — в организации применяют помимо обязательных сертификационных курсов (курсы повышения квалификации) наставничество на рабочем месте, 3 — в организации применяют помимо обязательных сертификационных курсов (курсы повышения квалификации) кратковременные стажировки в наиболее прогрессивных медицинских учреждениях, 4 — в организации применяют помимо обязательных сертификационных курсов (курсы повышения квалификации) специальные программы обучения персонала необходимым немедицинским навыкам (коммуникативные, информационные, управленческие и т. д.), 5 — в организациях поощряется желание сотрудника повышать свою квалификацию в рамках своей специальности.

куность кадров и повышают производительность за счет полного включения новых сотрудников в трудовой процесс за существенно более короткий промежуток времени.

По данным исследования после зачисления соискателя в штат организации основными мероприятиями, направленными на выявление его соответствия занимаемой должности, являются контроль со стороны непосредственного руководства и аттестационные мероприятия. Такой важный элемент в системе управления персоналом медицинской организации, как анализ деятельности сотрудников, по мнению абсолютного большинства руководителей, очень важен, однако около 1/3 (29,8%) респондентов признались в том, что на практике в их организации он не применяется. При этом анализ деятельности представляется менеджерам руководящего звена как действенный инструмент в вопросах внутренней мобильности кадров (36,8%), оптимизации технологических процессов, расходов на персонал (31,6%), создания программ оценки деятельности и обучения персонала (24,6%), совершенствования должностных инструкций (19,3%).

Оценка эффективности работы сотрудников традиционно представлена организацией аттестации персонала, и отношение к этому мероприятию со стороны самих руководителей весьма неоднозначно: практически половина (45,6%) опрошенных указали на то, что оценка труда сотрудников в организации не проводится либо носит формальный характер, при этом создает напряженность в коллективе и мешает нормальной работе; немногим более 1/3 (36,8%) респондентов считают, что аттестация сотрудников в их организации "дает основания для справедливого поощрения или порицания сотрудников", еще меньше (35,1%) — что "поддерживает у сотрудников чувство справедливости и повышает трудовую мотивацию"; только 26,3% отметили, что в их организациях оценка труда помогает выявить проблемы и создать эффективные программы обучения и развития, 22,8% — что "помогает оценить потенциал будущего продвижения сотрудника".

Вместе с тем руководители указывают широкий спектр характеристик специалистов, важных для оценки эффективности работы сотрудников и внутренней политики управления кадрами организации в целом (рис. 1).

Таким образом, можно заключить, что довольно негативное отношение респондентов к аттестации персонала вызвано отнюдь не отсутствием у них интереса к данному мероприятию как таковому, а преимущественно реалиями ее проведения. Заметим, что ответы практически половины (40,4%) современных руководителей свидетельствуют об их готовности проводить в своей организации оценку по принципу "360 градусов" (подразумевает оценку деятельности сотрудника начальством, подчиненными, коллегами, пациентами и самооценку) либо близкую к ней, стремлении к комплексности, полноте и прозрачности, а главное, к эффективности такой оценки.

Традиционное денежное вознаграждение (премирование) персонала, применяющееся в большинстве учреждений, считают самым эффективным стимулом 61,4% опрошенных, но для значительной части (38,6%) руководителей денежные выплаты не являются однозначно положительным и эффективным методом стимулирования труда, а практически 1/4 (24,6%) считают более действенными методы наказания (порицание) для сотрудников. Кроме того, респонденты выделили в качестве эффективных стимулов для работников предоставление служебного жилья и автомобиля (12,3%), патернализм и организационные формы стимулирования (по 7% ответов), возможность участия в управлении и прибыли организации (5,3%). Заметим, что ни один респондент не отметил как наиболее эффективные формы стимулирования награждение сотрудников грамотами, подарками, размещение фотографий на доске почета.

Вместе с тем профессиональные стратегии развития сотрудников медицинской организации предполагают постоянное самосовершенствование и повышение квалификации [7]. В настоящее время повышение квалификации и обучение персонала в медицинских организациях контролируются и проводятся в строгом соответствии с требованиями к медицинским специальностям, хотя уже наблюдается применение в качестве дополнительных образовательных практик инновационных форм повышения квалификации медицинских специалистов (рис. 2).

Заметим, что многие руководители и организаторы здравоохранения высказывают сомнение в целесообразности проводящегося 1 раз в 5 лет сертификационного обучения персонала как для организации (остающейся без сотрудника в течение длительного времени), так и для самого обучаемого. В качестве альтернативы они, в частности, предлагают использовать обучающие кратковременные стажировки у коллег, работающих с передовыми технологиями или на новейшем оборудовании, за которые обучившемуся будут присваивать баллы. Этот вопрос не относится к компетенции руководителя медицинской организации, однако руководители выражают готовность разрабатывать и применять (при наличии достаточных ресурсов, прежде всего интеллектуальных и финансовых) специальные программы, направленные на развитие необходимых для организации компетенций (например, тренинги клиентоориентированности, тренинги эффективного поведения в конфликте, командной работы), поощрять лучших сотрудников возможностью выбора образовательных программ и курсов, использовать наставничество опытных коллег как элемент обучения.

Так, по данным экспертного интервью, 63,2% руководителей считают важным внедрение современных персонал-технологий и выражают готовность к командной работе. В целом практически все руководители, перед которыми стоит задача формирования кадрового состава и оптимизации кадрового потенциала организации, готовы привлекать в рамках сертификационных курсов организационных психологов и социологов, которые могут предоставить им подробную информацию об особенностях коллективов, существующих методах организации

привлечения, подбора и удержания персонала, а также навыках стратегического планирования работы и создания эффективной процедуры оценки труда персонала.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что современные руководители заинтересованы в информации о возможностях современных персонал-технологий, учитывающей полный комплекс кадровых мероприятий и их стратегическую направленность. Однако для повышения компетентности руководителей в данных вопросах требуется предоставление им дополнительной информации и возможностей самостоятельного выбора при разработке и реализации эффективной кадровой стратегии в учреждениях здравоохранения.

Безусловно, зачастую с позиции государственного регулирования управление системой здравоохранения строится в рамках формального подхода, при этом вопросы повышения кадрового потенциала организации, осуществления внутриорганизационных социологических исследований, направленных на выявление ресурсов системы управления персоналом, не являются приоритетными. Вместе с тем проведение комплексного социологического анализа системы управления кадрами может помочь детально оценить эффективность деятельности и внутренние характеристики отдельных медицинских организаций. Принимая во внимание то, что особенности функционирования учреждений в контексте их управления определяющим образом влияют на специфику взаимоотношений и регулирующего управления в рамках системы здравоохранения, полагаем, развернутая социологическая оценка эффективности системы управления персоналом отдельных учреждений дает основания для экстраполяции основных тенденций в развитии и функционировании данных учреждений, характеристик их кадрового состава и показателей качества предоставляемых услуг на систему здравоохранения в целом.

Статья посвящена анализу влияния специфики системы управления персоналом в медицинских организациях на эффективность деятельности как отдельного сотрудника, так и организации в целом. Эффективность работы персонала медицинской организации, по мнению авторов, обусловлена не только профессиональными и личностными качествами сотрудника, но и стажем работы и показателями его адаптации в коллективе. При этом проведение комплексных социологических исследований специфики функционирования учреждений в контексте их управления позволяет оценить характеристики кадрового состава, показатели качества предоставляемых услуг, общие тенденции развития системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: система здравоохранения, управление персоналом, персонал-технологии, кадровая политика, оценка эффективности работы, система взаимоотношений в медицинском коллективе

The personnel management in medical organizations: the sociological analysis features

S.A. Efimenko, N.V. Zaiytseva

The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance, Moscow

The article deals with the analysis of impact of the system of personnel management in medical organizations on the effectiveness of activities of both single worker and organization as a whole. The effectiveness of activity of medical organization personnel is conditioned not only by professional and personal qualities of worker but also by one's work experience and indicators of staff adaptation. At that, the carrying out of complex sociological surveys of characteristics of functioning of institutions in the management context makes it possible to evaluate the characteristics of manpower, indicators of quality of provided services and general trends in development of public health system.

Key words: public health system, personnel management, personnel technologies, manpower policy, effectiveness, evaluation, relationship in medical staff

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Е. А. Стратегический ассесмент: Как сформировать человеческий ресурс организационных изменений: Учеб. пособие для студентов вузов. — М., 2008.
2. Богачанская Н. Н. // Социол. мед. — 2008. — №2. — С. 42 — 46.
3. Ефименко С. А., Зарубина Т. В. // Врач и информ. технол. — 2007. — № 2. — С. 59 — 65.
4. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года. — М., 2009. — С. 7 — 9.
5. Коулман Дж. // Обществ. науки и современность. — 2001. — № 3. — С. 122 — 139.
6. Медик В. А., Осипов А. М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. — М., 2012.
7. Присяжная Н. В. // Медицинское образование 2012: Сборник тезисов. — М., 2012. — С. 226 — 228.
8. Решетников А. В. Социология медицины: Учебник. — М., 2006.
9. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008.
10. Управление персоналом: Учебник для вузов / Под ред. Т. Ю. Базарова, Б. Л. Еремина. — 2-е изд. — М., 2003.
11. Шурупова Р. В. // Социология медицины: наука и практика: Сборник статей / Под ред. А. В. Решетникова. — М., 2012 — С. 188 — 191.

Поступила 03.10.12

© Н. Ю. ВЯТКИНА, А. Ю. ВАХРОМЕЕВА, 2012

УДК 614.2:616-082

Н. Ю. Вяткина, А. Ю. Вахромеева

ВОЗРОЖДЕНИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Профессия врача — это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов.

А. П. Чехов

Оказание медицинской помощи регламентировалось государственными нормативными актами и частной практикой. Молодых выпускников медицинского факультета городского университета направляли в сельскую амбулаторию, где они на практике обучались искусству врачевания. Медицинская помощь населению оказывалась тремя категориями врачей: земскими докторами, городскими (совмещающими государственную службу и частную практику) и частными семейными врачами.

Основная же масса населения страны была лишена возможности получения квалифицированного и бесплатного медицинского обслуживания. В 1864 г. появился закон "Положение о земских учреждениях", определивший возникновение совершенно новых, никогда ранее не существовавших органов местного самоуправления. Решение этой задачи с XIX века возлагалось на земства — органы местного самоуправления.

По официальным данным, к сфере деятельности земств относились вопросы, связанные с решением хозяйственных дел губерний и уездов (поддержание дорог в хорошем состоянии, развитие земледелия, решение вопросов охраны и противопожарной безопасности, расширение доступа к образовательным структурам, попечение о тюрьмах, почтах, распределение материальных и экономических ресурсов земства, контроль за налогами и сборами) и, кроме того, создание и обеспечение всем необходимым инвентарем сети провинциальных больниц, включая формирование штатного состава и привлечение квалифицированных специалистов разных уровней.

Заметим, что земская медицина второй половины XIX — начала XX века была попыткой реорганизации отставшей российской системы здравоохранения, которая представляла собой замкнутую группу людей, оказывавших медицинскую помощь тем, кто мог за нее платить.

Согласимся с мнением С. А. Ефименко, что "не имеющая аналогов в мировой практике, земская медицина являлась национальной гордостью России. Именно земская медицина заложила основы советского бесплатного здравоохранения" [1].

Несомненным достижением земской медицины явилось создание внебольничной (преимущественно фельдшерской) помощи сельскому населению, введение бесплатной медицинской помощи крестьянам в ряде земств, расширение сети больниц, организация земских лечебниц и известное приближение стационарной врачебной помощи к сельскому населению. Деятели земской медицины в рамках имевшихся в их распоряжении ограниченных возможностей проводили противоэпидемические мероприятия, организовывали борьбу с эпидемическими болезнями. Земской медицине принадлежит заслуга организации земских санитарных бюро, проведения глубоких санитарно-статистических исследований, разработки и внедрения принципа участковости, который был воспринят и развит на новых социально-экономических основах советским здравоохранением.

Вместе с тем ограниченные материальные, правовые и кадровые возможности, зависимость от руководства земств, во главе которых стояли главным образом представители дворянства, лишили земскую медицину возможности решить такие кардинальные вопросы здравоохранения, как организация общедоступной лечебно-профилактической помощи сельскому населению, организация родовспоможения и медицинского обслуживания детского населения, санитарное благоустройство сельских населенных пунктов и др.

Земские врачи находились в полной зависимости от земских управ, главенствующую роль в которых играли помещики земства. Позиция врачей в этой ситуации была неустойчивой, поскольку они не принадлежали ни к земской власти, ни к влиятельным социально-статусным структурам. Таким образом, земское руководство не видело особой необходимости в приглашении на постоянную службу врачей и часто привлекало для этих целей малограмотных фельдшеров, которым было предоставлено право самостоятельного лечения больных. Врач, по их мнению, являлся "господским" лекарем, тогда как фельдшер мог пользоваться простым населением. Школьных или классовых фельдшеров, прошедших краткосрочное обучение в государственных образовательных учреждениях, стали готовить уже гораздо позднее [2]. Само слово "фельдшер" (от нем. Feld — поле) означает "полевой лекарь".

Н. Ю. Вяткина — аспирант (niisocmed@mail.ru); А. Ю. Вахромеева — мл. науч. сотр. (niisocmed@mail.ru).