

vyпуск Levada-tsentra 17.06.2014 g. Available at: <http://www.levada.ru/17-06-2014/rossiiskii-media-landshaft-televidenie-prensa-internet>

3. Australian Public Service Information and Communications Technology Strategy 2012—2015, Copyright Australian Government 2012. Available at: http://www.finance.gov.au/files/2013/01/APS_ICT_Strategy.pdf
4. National eHealth Strategy, South Africa 2012/13–2016/17. Available at: file:///D:/_USERS/pavlenko/Downloads/1348818172_ehealth-strategy-2012-2017.pdf

tegy-2012-2017.pdf

5. *Information for Health: A Strategy for Building the National Health Information Infrastructure. Report and Recommendations from the National Committee on Vital and Health Statistics.* Washington, D.C. November 15, 2001. Available at: <http://aspe.hhs.gov/sp/nhiil/Documents/nhiilayo.pdf>
6. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine. [Sotsiologiya meditsiny]*. Moscow: Meditsina; 2002. (in Russian)

Received 12.07.2015

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 614.2:331.31

Зайцева Н.В.¹, Присяжная Н.В.¹, Богачанская Н.Н.¹, Павлов С.В.¹, Шурупова Р.В.¹,
Дубограй Е.В.¹, Воробьева Г.Ю.²

ХРОНОМЕТРАЖ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ КАК ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ И ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

¹НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 119991, Москва, Россия; ²ГБУ НИИ организации
здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

Для корреспонденции: Решетников Андрей Вениаминович, niisocmed@mail.ru

Представлены результаты изучения итогов реализации управленческих решений по оптимизации кадрового состава и интенсивности труда сестринского персонала, полученные с помощью хронометража рабочего времени среднего медицинского персонала приемного отделения типовой многопрофильной больницы бюджетного сектора здравоохранения. Отмечена объективная необходимость рационализаторских изменений в организации деятельности и расстановке медицинских кадров приемного отделения медицинских организаций такого типа с учетом пиковых периодов пациентопотока и связанной с этим интенсивности трудовой деятельности и загруженности персонала в течение суток и рабочей недели.

Ключевые слова: система здравоохранения; управление персоналом; кадровые изменения; трудовая деятельность; хронометраж; средний медицинский персонал.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (2): 35—40.

Zaitseva N.V.¹, Prisiagnia N.V.¹, Bogachanskaia N.N.¹, Pavlov S.V.¹, Shurupova R.V.¹,
Dubograi E.V.¹, Vorobieva G.Yu.²

THE TIMEKEEPING OF WORKING TIME AS A TOOL OF EVALUATION AND DEVELOPMENT OF ORGANIZATIONAL STRUCTURE IN MEDICAL INSTITUTION

¹The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance of the I.M. Sechenov
first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia

²The research institute of health care organization and medical management, Moscow, Russia

For correspondence: Reshetnikov A.V. niisocmed@mail.ru

The results of study of summing up of implementation of managerial solutions concerning optimization of regular personnel and intensity of work of nursing staff. The information was obtained by using timekeeping of intensity of work of paramedical personnel of admitting office of typical multifield hospital of the budget sector of health care. The objective necessity was marked concerning rationalization alterations in organization of activity and positioning of medical personnel of admitting office of medical organizations of this type subject to peak periods of patient flow and related intensity of working activity and workload of personnel during full day and working week.

Key words: health care system; personnel management; personnel alterations; working activity; timekeeping; paramedical personnel

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (2): 35—40.

Наблюдаемые в последние годы динамичные изменения социально-экономической ситуации в стране актуализировали пересмотр кадровых стратегий руководителей большинства медицинских организаций для обеспечения высоких показателей эффективности деятельности, повышения качества предоставляемых услуг и оптимального распределения имеющихся кадровых ресурсов. Высокие показатели деятельности

лечебного учреждения формируются на основе современной, динамичной и, безусловно, эффективной системы управления персоналом, что требует от специалистов управленческого звена знания основных закономерностей функционирования организационных систем в целом [1]. В сложившихся условиях на первый план для руководителя выступают не только вопрос совершенствования управленческих подходов к реализа-

ции кадровых изменений и оптимизация кадровых расстановок, но и необходимость наиболее эффективного применения трудового потенциала каждого работника и рационализации рабочего (трудового) времени сотрудников.

Рационализация рабочего времени в медицинской организации подразумевает не только оптимальное распределение общего временного трудового цикла, но и выделение "временного коридора" для отдельных видов рабочей деятельности, что, безусловно, влияет на планирование и организацию рабочих процессов в целом. Так, И.В. Бубликова [2] и И.Н. Труханова [3] отмечают, что существующие базовые нормативы времени для осуществления медицинских манипуляций порой не соответствуют реальным потребностям и не способствуют повышению качества медицинской помощи. В этой ситуации действенным методом оценки рациональности распределения рабочего времени с целью его возможной последующей корректировки выступают "полевые" исследования и прежде всего хронометраж рабочей деятельности персонала.

Хронометраж рабочей деятельности — это особый вид не включенного наблюдения, при проведении которого изучаются распределение и затраты времени на отдельные виды деятельности персонала, в первую очередь повторяющиеся элементы трудовой активности, трудовые циклы, связанные с повторениями определенных рабочих операций. Метод хронометража используют в различных областях профессиональной деятельности для получения детальных эмпирических данных о фактическом распределении трудового времени с целью выработки практических рекомендаций по рационализации рабочих процессов и повышения качества трудовой деятельности и эффективности труда.

В системе отечественного здравоохранения хронометражные исследования показали высокую эффективность. Впервые задачу стандартизации норм рабочего времени, необходимого для эффективного приема пациентов (в тот момент для врачей амбулаторных учреждений), поставило перед своими статистическими службами Министерство здравоохранения СССР в начале 1980-х годов: приказ от 23.09.81 г. № 1000 "О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений" предписывал введение штатных нормативов медицинского и педагогического персонала отделений восстановительного лечения и отделений профилактики городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тыс. человек. В дальнейшем приказом Минздрава СССР от 22.07.87 г. № 902 данные нормы были признаны утратившими силу, но продолжали использоваться в качестве информационных материалов для расчета потребности во врачебных кадрах, необходимых для удовлетворения объемов помощи, предусмотренных территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Последующие кризисные годы постперестроечного периода наиболее серьезным образом отразились не только на материально-технической базе системы здравоохранения, но и на кадровой составляющей медицинских организаций. На фоне общих социально-структурных изменений российская медицина испытала серьезную деформацию профессиональной среды, связанную прежде всего с оттоком высококвалифицированных кадров из отрасли и недостаточной при-

влекательностью работы для молодых специалистов в здравоохранении. К началу XXI века необходимость модернизации системы отечественного здравоохранения, восполнения и укрепления кадрового ресурса отрасли стала очевидной.

Одновременно с положительной динамикой в трансформации профессиональной ситуации возникла настоятельная потребность в изучении существующей практики деятельности медицинских специалистов и получении научно обоснованных данных с целью выработки актуальных рабочих нормативов для врачей различных специальностей, пересмотра нагрузки специалистов и перераспределения ресурсов рабочего времени врача в сторону увеличения времени непосредственной работы с пациентом и сокращения временных затрат на оформление документации [4].

Оценка временных затрат для расчета нормативов работы врачей различных специальностей была выполнена при помощи метода хронометража. Хронометрирование работы врачей отдельных специальностей было проведено в феврале-июне 2014 г. в 17 регионах страны. Результаты оказались неутешительными: например, выяснилось, что на осмотр одного пациента врач тратит около 5,5 мин, оставшееся время занимала подготовка пациента к осмотру (4 мин), заполнение амбулаторной карточки больного и ряда другой документации (5 мин). По итогам исследования было решено:

- ♦ передать $\frac{2}{3}$ обязанностей врача по работе с документацией среднему медицинскому персоналу (с целью увеличения времени врачу для более детального осмотра и опроса пациента);
- ♦ внедрить в практику работы медицинских организаций "электронного рабочего стола врача": подключить рабочее место врача через специализированный сайт к обширной информационной базе (включающей истории болезней), а также научной библиотеке;
- ♦ расширить практику выдачи справок через Интернет-порталы [5];
- ♦ открыть в поликлиниках сестринские кабинеты доврачебного приема пациентов (измерение температуры, давления, первичный осмотр) для "освобождения" врача от механической работы [6].

Репрезентативность, наглядность и относительная простота, а также невысокая стоимость проводимых методом хронометража первичных исследований способствуют расширению применения данной методики для изучения распределения рабочего времени врачебного персонала организаций бюджетного сектора здравоохранения. Однако хронометраж временных затрат сестринского персонала медицинских организаций до настоящего момента не получил должного применения. Вместе с тем, принимая во внимание, что именно сестринский персонал составляет $\frac{2}{3}$ от общего числа работников медицинских организаций (на 1-е января 2015 г. в медицинских организациях работали 580 311 врачей и 1 287 659 работников среднего медицинского персонала), данное направление исследования имеет широкие перспективы [7].

Проведенное авторами хронометражное исследование деятельности среднего медицинского персонала приемного отделения ГБУЗ г. Москвы "Городская клиническая больница № 50" было нацелено на оценку эффективности управленческих решений по оптимизации кадрового состава многопрофильной больницы, оптимизации интенсивности труда сестринского пер-

сонала и выявление направлений совершенствования стратегии кадровых изменений.

Приемное отделение было выбрано, поскольку в нем были реализованы меры по сокращению кадров, что обусловило рост социальной напряженности и конфликтов, и стояла задача интенсификации деятельности, вторым критерием отбора именно этого отделения выступил факт постоянной загруженности (незначительность сезонности в потоке пациентов) при одновременном укороченном цикле работы в отличие от других отделений, когда циклограмма рабочей деятельности существенно зависит от конкретной специализации отделения.

Принимая во внимание соответствие организационных параметров работы приемного отделения выбранной больницы средним показателям по городу (многопрофильность, штатный состав, включающий более 1 тыс. медицинских специалистов, "коридор" годового пациентопотока от 40 до 50 тыс. человек, подключение к единой городской информационной базе, ведение регламентированного бумажного документооборота, утвержденный распорядок и процедуры работы с пациентами и др. [8]) позволили классифицировать приемное отделение ГКБ № 50 как типовое для этого вида больниц.

На этапе разработки программы и инструментария исследования авторы опирались на рекомендации И.Н. Трухановой, Т.В. Бухаловой, С.В. Лапика [3], которые для изучения методом хронометража трудовой деятельности медицинского персонала предлагают выделить в качестве основных направлений наблюдения группы трудовых операций, в том числе основную и вспомогательную деятельность, работу с документацией, административные мероприятия, хозяйственную деятельность, личное время. В соответствии с этим, а также руководствуясь общепринятой классификацией видов деятельности сестринского персонала был составлен перечень трудовых операций медицинских сестер приемного отделения по группам (основные медицинские манипуляции, вспомогательные виды трудовой деятельности, работа с документацией, личное время).

В соответствии с существующими требованиями [9] к проведению хронометражных исследований в медицинских организациях авторами были определены временные промежутки наблюдения, достаточные для получения репрезентативных данных. Учитывая цикличность трудовых процессов приемного отделения, интенсивность пациентопотока и существующую организацию деятельности персонала, основным временным промежутком исследования была определена неделя, дополнительным — сутки. При этом особенности работы отделения (круглосуточный прием поступающих больных, наличие кратковременных медицинских манипуляций и рабочих действий, необходимость ведения статистического учета и анализа пациентопотока и др.) определили и специфику организации исследования: хронометраж проводился в течение 7 дней включительно в непрерывном режиме 24 ч в сутки. Фиксация расхода времени по видам деятельности проводилась в типовом инструментарии (лист хронометража рабочего времени среднего медицинского персонала) в формате "час.минута.секунда — час.минута.секунда", что позволило предельно точно измерить временные затраты на отдельные виды трудовой деятельности. Кроме того, исследование предусматривало фиксацию всех без исключения действий медицинского персонала, включая не только основную трудовую деятель-

ность, но и действия, косвенно связанные с ней, а также периоды отдыха и выполнение действий, не включенных в должностные обязанности.

Хронометражное наблюдение было проведено в фиксированной связи исследователь — медицинская сестра, когда действия одного объекта отслеживали в течение суток, а поскольку организация работы приемного отделения предусматривает одновременное суточное дежурство 3 медицинских сестер (смена), хронометраж проводился по очереди в разные дни дежурства. Объем выборочной совокупности составил 7 человек (7 суточных дежурств). В исследовании приняли участие все специалисты отделения, находившиеся в период наблюдения на работе, и график хронометража был построен с учетом суточного дежурства персонала с исключением повторных наблюдений за одним и тем же специалистом для избежания перекоса результатов наблюдения из-за личностных особенностей медицинских сестер.

Половозрастное распределение медицинских сестер приемного отделения, принявших участие в исследовании, показало, что трудовой коллектив состоит из женщин наиболее трудоспособного возраста (от 25 до 55 лет). Специалисты до 35 лет составили 12,5% от общего сестринского состава отделения, 45,8% медицинских сестер находились в возрастном диапазоне 36—45 лет, возраст сопоставимого числа работников отделения (41,7%) варьировал от 46 до 55 лет.

В исследовании приняли участие преимущественно специалисты, имеющие значительный опыт работы: стаж работы в должности 72% медицинских сестер приемного отделения составил свыше 5 лет, от 1 года до 2 лет работали 11,3% медицинских сестер, стаж 3—5 лет имели 16,5% специалистов отделения. Стаж работы практически каждого третьего работника (27,6%) составлял от 6 до 10 лет, немногим меньше половины (44,6%) среднего медицинского персонала состоит в штате отделения свыше 11 лет.

Исследование позволило получить фактическую картину распределения рабочего времени персонала отделения. Несмотря на то что до его начала в отделении были реализованы управленческие кадровые решения, направленные на сокращение штата и перераспределение трудовой нагрузки, полученные данные выявили сферы для оптимизации рабочих процессов в рамках данного отделения: $\frac{1}{3}$ рабочего времени медицинского персонала занимает ожидание трудовой деятельности (рис. 1).

Ожидание трудовой деятельности — это моменты вынужденного простоя сотрудника, связанные с внешними факторами (отсутствие поступления пациентов, ожидание назначений по комплексу мероприятий с пациентом от врача, необходимость ожидания помощи от коллег, если речь идет о групповом действии, простой из-за неготовности результатов анализов или любых

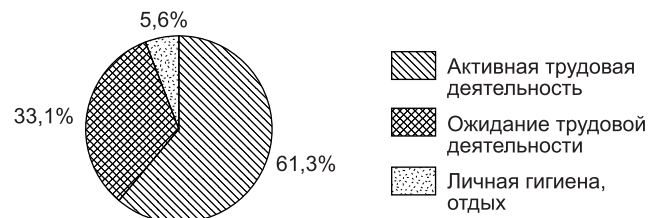


Рис. 1. Распределение рабочего времени среднего медицинского персонала приемного отделения.

других документов). Стоит отметить, что специфика работы отделения не позволяет заполнять моменты "ожидания" какими-либо объемами работы, поскольку рабочие процессы ориентированы на точечную работу с пациентопотоком, без пролонгированной занятости.

При этом основное рабочее время (активная трудовая деятельность) медицинского персонала приемного отделения распределяется, преимущественно, в нескольких направлениях: работа с документами, медицинские манипуляции, уборка кабинетов, подготовка медицинского инструментария, сопутствующая деятельность.

Детализация активной трудовой деятельности проводилась на основе временных затрат на выделенные виды деятельности. Анализ соотношения временных затрат сотрудников на выполнение трудовых операций показывает, что $\frac{2}{3}$ активного рабочего времени затрачивается медицинским персоналом приемного отделения на работу с документацией: оформление историй болезни, заполнение журналов, подсчет и передачу данных статистики, что собственно и является основным функционалом работников отделения. Вместе с тем оставшаяся $\frac{1}{3}$ трудовой активности медицинских сестер была распределена не вполне рационально.

Так, медицинские манипуляции медицинской сестры приемного отделения, помимо стандартных манипуляций при поступлении пациента (взятие анализов, выполнение назначенных врачом инъекций, измерение температуры, подготовка пациента к исследованиям и осмотру и др.), включала проведение процедуры ЭКГ каждому третьему пациенту, поступившему по скорой помощи. На эту процедуру в совокупности затрачивается 8,7% от активного трудового времени медицинского персонала. При этом медицинские сестры отмечали, что ЭКГ-исследование части пациентов делают повторно при поступлении в отделение, еще часть заболевших не нуждается в неотложном проведении данной процедуры, а для многих пациентов ЭКГ не является необходимой диагностической процедурой. Безусловно, для некоторых пациентов проведение ЭКГ является обязательным, однако выполнение этого исследования целесообразно делегировать медицинскому персоналу отделений, в которые поступает пациент. В этом случае практически 9% времени активной трудовой деятельности будет высвобождено для других рабочих операций в отделении (рис. 2).

Хронометраж деятельности медицинских сестер приемного отделения позволил также выявить неравномерную интенсивность труда и загруженность медицинского персонала в зависимости от времени суток. Были выделены цикличности трудовых процессов и периоды максимальной и минимальной трудовой активности. Так, данные хронометражного наблюдения показывают, что наиболее высока интенсивность труда сестринского персонала утром с 9 ч до 11 ч. "Плотность" выполненных трудовых операций (рабочей деятельности) в этот период составляет более 90% времени в час. Минимальная суточная загруженность работой медицинского персонала отделения наблюдается утром с 5 ч до 7 ч, "плотность" рабочей деятельности опускается ниже 20% времени в час (рис. 3).

Период с 00 ч до 6 ч является для сестринского персонала существенно менее загруженным и не требует присутствия на рабочем месте нескольких сотрудников



Рис. 2. Распределение времени активной трудовой деятельности среднего медицинского персонала приемного отделения.

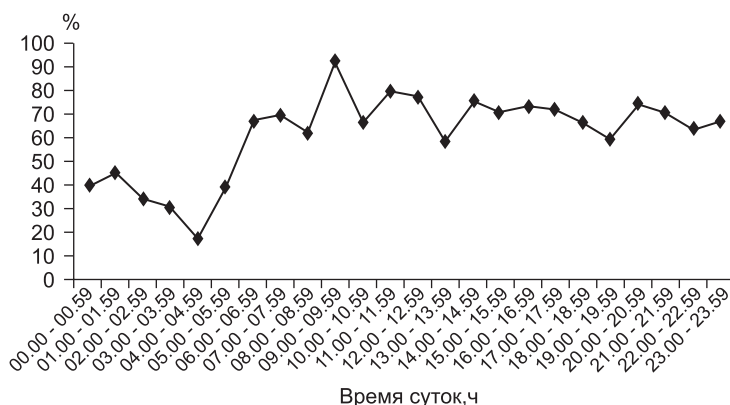


Рис. 3. Анализ суточной загруженности трудовой деятельностью среднего медицинского персонала приемного отделения.

отделения. В "пиковые" утренние часы (9—12 ч) все без исключения сотрудники отделения работают с абсолютной загруженностью, не имея возможности даже на кратковременный уход с рабочего места.

Хронометраж деятельности медицинского персонала приемного отделения больницы выявил значительную амплитуду колебаний интенсивности труда по дням недели. Так, наибольшие показатели интенсивности деятельности отделения приходятся на понедельник (71% рабочего времени сотрудники заняты активным трудом), тогда как в субботу лишь 40% рабочего времени затрачивается сотрудниками на непосредственную работу (рис. 4).

Данные показывают, что в понедельник, среду, пятницу и воскресенье трудовая активность находится на высоком уровне, а в субботу интенсивность труда на $\frac{1}{3}$ ниже, чем в другие дни недели. Такое распределение интенсивности пациентопотока позволяет рекомендовать пересмотр существующих графиков работы сутки — через трое и внедрение в практику деятельности приемного отделения "плавающих" (гибких) графиков работы с разной часовой загруженностью (8-, 12- и 24-часовой). Кроме того, графики работы персонала должны строиться с учетом "пиковых" периодов суточной загруженности, а также с учетом показателей нагрузки по дням недели.

В рамках хронометражного наблюдения исследователи отметили, что в более сложных рабочих группах выполнение рабочих операций происходит гораздо

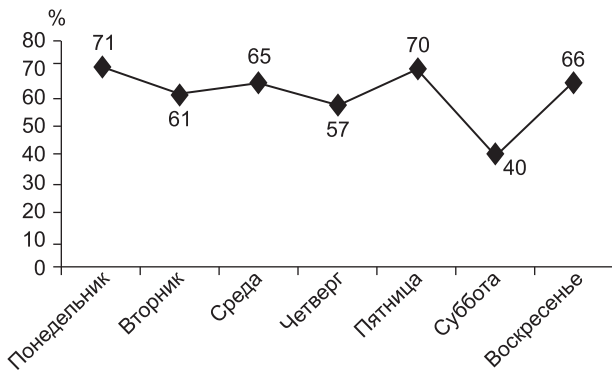


Рис. 4. Анализ загруженности трудовой деятельностью среднего медицинского персонала приемного отделения по дням недели.

быстрее за счет согласованности, сформированного понимания последовательности действий друг друга, выработанных практик преемственности. Одновременно конфликтные ситуации и недовольство отдельными действиями чаще встречается среди медицинских сестер-коллег с небольшим стажем совместной работы. Заметим, что в научной литературе отмечается, что влияние сложившейся внутренней культуры организации наиболее наглядно проявляется в согласованности действий коллектива, вовлеченности сотрудников в процессы, происходящие в организации, в том числе снижение сопротивления организационным изменениям. Так, представительной, на наш взгляд, является точка зрения И.Ю. Ермаковой, которая рассматривает организационную культуру как основу функционирования медицинской организации и ведущий фактор, обуславливающий повышение конкурентоспособности учреждения в условиях современного рынка медицинских услуг [10].

Интересно, что анализ индивидуальных показателей медицинских сестер по приведенным выше направлениям деятельности показал, что продолжительность стажа никак напрямую не влияла на длительность выполнения медицинской сестрой необходимых трудовых операций. Наблюдение показало, что при равном уровне и качестве выполнения трудовых операций медицинские сестры с большим опытом работы выполняют свои обязанности быстрее на 6—8 с по подготовке и выполнению инъекций и заполнению бумажных журналов, тогда как работа с базой данных и оформление при помощи компьютера истории болезни пациента сотрудниками со стажем работы до 5 лет выполняется быстрее примерно с таким же резервом времени (9—10 с). Таким образом, можно отметить, что многие операции доведены опытными медсестрами "до автоматизма", однако большой стаж и привычка работать по определенным правилам, стандартам иногда является препятствием для гибкого, быстрого реагирования специалистом на различные нововведения (включая информационный документооборот), которых в современной российской медицине достаточно много.

Хронометражное исследование не выявило взаимосвязи возрастных характеристик и специфики выполнения сотрудником трудовых операций. Скорее данные наблюдения показали, что специалисты, приближающиеся к пенсионному возрасту, имеют достаточный опыт работы и обладают определенным профессионализмом, который позволяет выполнять трудовые операции качественно и с высоким уровнем

ответственности, а также сохранять выдержку в непростых рабочих ситуациях и общении с пациентами. Немаловажно, что специалисты старше 50 лет менее склонны к смене места работы и распределяют рабочее время более рационально, стараясь минимизировать личное время в пользу "полезного".

Результаты хронометража позволили получить детальное представление о содержании деятельности персонала приемного отделения в условиях реформирования. Вместе с тем в непосредственном общении исследователей с медицинскими сестрами был собран массив мнений специалистов об итогах кадровых изменений в отделении. Интересно, что все сотрудники признавали кадровые изменения необходимыми, однако многие действительно необходимые изменения не были поставлены в план реформирования отделения, а часть реализованных кадровых решений была выполнена недостаточно эффективно. Так, по мнению медицинского персонала, предварительное обсуждение руководством больницы с коллективом отделения предстоящих кадровых изменений позволило бы более рационально перераспределить трудовые нагрузки персонала. Кроме того, организация работы медицинских сестер приемного отделения могла быть более успешной, если бы при формировании функциональных обязанностей планируемые направления деятельности и объем трудовых операций были согласованы с коллективом отделения, сотрудниками, вовлеченными в процесс, т. е. напрямую с заинтересованными в качественном выполнении своей работы лицами.

Принимая во внимание, что большинство медицинских организаций имеют определенную историю и обладают сформировавшейся организационной культурой, стратегию кадровых управленческих мер необходимо выстраивать по принципу диагностика — внедрение изменений — диагностика. Предварительная диагностика позволит выявить основные элементы организационной культуры, оценить эффективность кадровых управленческих решений, выделить наиболее характерные черты и определить области для совершенствования и наличие необходимых ресурсов. Заметим, что отсутствие диагностики и информации о значимых факторах в развитии организационной культуры может привести к тому, что при внедрении организационных изменений сработает неучтенный фактор, снижая эффективность нововведений, приводя к потере затраченных денежных средств, времени, людских ресурсов. Следовательно, этап диагностики является необходимым и ключевым шагом в разработке успешной кадровой стратегии медицинской организации. Дальнейшие изменения зачастую подразумевают вызов существующей организационной культуре, вынуждая персонал пересмотреть то, что считалось само собой разумеющимся. При этом непременно возникают новые альтернативы профессионального и социального взаимодействия всех сотрудников медицинской организации, претерпевающей организационные изменения.

Безусловно, для руководителя медицинской организации оптимальным является рациональная организация рабочего процесса, соответствующего требованиям времени и уровню развития современной медицины, позволяющая минимизировать риск вынужденного простоя, ожидания сотрудником момента, когда можно будет приступить к выполнению следующей трудовой операции и избежать повторения проведенных пациенту медицинских услуг. Однако не менее важной управ-

ленческой задачей руководителя является создание положительной социально-психологической обстановки в коллективе. Этому может способствовать повышение вовлеченности персонала в процесс принятия управленческих решений, связанных с вопросами организационных изменений, повышения качества и эффективности работы, а также планомерная работа по выстраиванию системы двусторонних внутренних коммуникаций для оперативного информирования коллектива о целях изменений и обратной связи с руководством по результатам реформ и достигнутым успехам [11].

Заключение

Проведенный анализ основных направлений трудовой деятельности отделения доказывает, что существует объективная необходимость внесения рационализаторских изменений в организацию деятельности и расстановку медицинских кадров приемного отделения многопрофильных больниц бюджетного сектора здравоохранения с годовым пациентопотоком от 40 до 50 тыс. человек. Прежде всего целесообразно:

- ♦ внедрить в практику работы приемного отделения более рациональные 8-, 12- и 24-часовые смены работы медицинского персонала;
- ♦ график работы медицинского персонала отделения должен быть построен с учетом "пиковых" периодов пациентопотока и связанной с этим интенсивности трудовой деятельности и загруженности персонала в течение суток и рабочей недели;
- ♦ рассмотреть возможность найма для работы с документацией сотрудника не медицинской специальности, например документоведа, для высвобождения части времени среднего медицинского персонала;
- ♦ определить перечень исследований, которые необходимо выполнять пациенту при поступлении в приемное отделение, чтобы их проведение, безусловно, способствовало правильной постановке диагноза и последующему корректному лечению, одновременно позволяя сотрудникам экономить рабочее время, которое можно эффективно перераспределить и использовать при выполнении необходимых рабочих операций.

Исследование показало, что эффективность работы среднего медицинского персонала приемного отделения обусловлена не только профессиональными и личностными качествами сотрудника, но и рациональной управленческой стратегией в кадровых вопросах, основанной на понимании специфики работы медицинских специалистов.

Для принятия взвешенных, адресных и эффективных управленческих кадровых решений руководитель должен владеть оперативной, актуальной и исчерпывающей информацией о специфике работы и качестве предоставляемых медицинских услуг, об основных характеристиках кадрового состава и особенностях внутренней организационной культуры, о специфике функционирования структурных подразделений и медицинской организации в целом. Получение данной информации не является разовым актом, а требует научно обоснованного подхода к организации сбора и анализу данных. Именно поэтому представляется целесообразным рекомендовать внедрение в практику управленческой работы многопрофильных медицинских организаций регулярное проведение научных исследований, позволяющих получить обширный и достоверный эмпирический материал.

ЛИТЕРАТУРА

1. Армстронг М. *Стратегическое управление человеческими ресурсами*. М.: "ИНФРА-М"; 2002.
2. Бубликова И.В. Проблемы и перспективы разработки нормативов нагрузки медицинских сестер, использующих в работе новые сестринские технологии. *Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала*. М.; 2003; 11: 47—9.
3. Выступление В.И. Скворцовой на совещании у Президента РФ В.В. Путина. Москва, Кремль, 21.01.2014 г. Обращение к ресурсу URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/20090> 25.05.2015 г.
4. *Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г.* М.; 2015; 135—7.
5. Ермакова И.С. *Социальная культура*. М.: Аспект-Пресс; 2000.
6. Интервью В.И. Скворцовой от 24.11.2014 г. Обращение к ресурсу URL: http://radiovesti.ru/article/show/article_id/154190 29.05.2015 г.
7. *Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала*. М.: ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации; 2013.
8. Официальный сайт ГКБ № 50 г. Москвы, обращение к ресурсу URL: <http://50gkb.ru/o-bolnitse.html> 22.05.2015 г.
9. Пять пациентов в час: сколько времени врач должен тратить на прием больного. *Российская газета*. № 6414 (142) от 27.06.2014 г. Обращение к ресурсу URL: <http://www.rg.ru/2014/06/27/priem-bolnica.html> 07.08.2015 г.
10. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
11. Труханова И.Н., Бухалова Т.В., Лапик С.В. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража. *Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала*. 2008; 1: 90—6.

Поступила 12.10.2015

REFERENCES

1. Armstrong M. *Strategic Human Resource Management*. [Strategicheskoe upravlenie chelovecheskimi resursami]. Moscow: INFRA-M; 2002. (in Russian)
2. Bublikova I.V. Problems and prospectsof development standards of workloadof nurses uses new technologies. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2003; 11: 47—9. (in Russian)
3. Speech of Health Minister Veronika Skvortsova. Available at: <http://kremlin.ru/events/president/news/20090> (accessed 5 January 2014). (in Russian)
4. *Report on the State of Health of the Population Following the Executive Bodies of Subjects of the Russian Federation Operating Results*. 2014. Moscow; 2015: 135—7. (in Russian)
5. Ermakova I.S. *Social Culture*. [Sotsial'naya kul'tura]. Moscow: Aspect-Press; 2000. (in Russian)
6. Interview of Health Minister Veronika Skvortsova from 24 November 2015. Available at: http://radiovesti.ru/article/show/article_id/154190 (accessed 29 May 2015). (in Russian)
7. *Methodology of Development of Standards Medical's Staff Time and Load*. Moscow: FGBU CRI of organization and informatization of health; 2013. (in Russian)
8. Official website of Moscow Municipal Clinical Hospital № 50. Available at: <http://50gkb.ru/o-bolnitse.html> (accessed 22 May 2015). (in Russian)
9. Five patients per hour: how much timethe physicianhas to spendonpatient consultation. *Rossiyskaya gazeta*. № 6414 (142) ot 27/06/2014. Available at: <http://www.rg.ru/2014/06/27/priem-bolnica.html> (accessed 07 August 2015). (in Russian)
10. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Textbook*. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
11. Trukhanova I.N., Bukhalova T.V., Lapik S.V. Cost analysis of hospital nurse's working time according the time tracking. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2008; 1: 90—6. (in Russian)

Received 12.10.2015