

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Сошкин Алексей Алексеевич

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ
КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза (медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Медведева О.В.

Рязань – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ВЕКТОР РАЗВИТИЯ.....	14
1.1 Структурные компоненты обеспечения здравоохранения управленческими кадрами.....	14
1.2 Портрет современного руководителя медицинской организации: фокус проблемы.....	22
1.3 Парадигма формирования системы оценки руководителя медицинской организации: роль профессиональных стандартов, компетентностный подход и технологии.....	36
ГЛАВА 2 ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48
2.1 План и программа статистического наблюдения.....	48
2.2 Методология и методы исследования.....	53
ГЛАВА 3 ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	64
3.1 Анализ трендовых моделей и прогноз показателей численности управленческих кадров.....	64
3.2 Анализ укомплектованности кадрами и процесс обновления кадрового состава руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов области.....	70
3.3 Анализ функциональных и нефункциональных характеристик руководителей медицинских организаций и их заместителей в г. Рязани и муниципальных районах области.....	78
ГЛАВА 4 СИТУАТИВНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПОРТРЕТЫ РУКОВОДИТЕЛЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....	95

4.1 Анализ общих сведений о медицинских организациях, включенных в исследование.....	95
4.2 Основные характеристики и ситуативный профессиональный портрет руководителя (главного врача) медицинской организации.....	100
4.3 Основные характеристики и ситуативный профессиональный портрет заместителя руководителя медицинской организации.....	109
ГЛАВА 5 РАЗРАБОТКА И ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ПРОФИЛЯ ДОЛЖНОСТИ) КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	127
5.1 Анализ экспертной оценки профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации.....	127
5.2 Оценка согласованности мнений экспертов по основным компонентам экспертных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации.....	134
5.3 Анализ экспертной оценки компетентностного содержания и основных компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций	141
5.4 Оценка согласованности мнений экспертов по основным компетенциям и компонентам структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций	148
5.5 Проектирование организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности.....	155
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	166
ВЫВОДЫ.....	175
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	179
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	180
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	181
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	182

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Значимость федеральных проектов «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», в рамках масштабирования Национального проекта «Здравоохранение», и «Медицинские кадры» в контексте реализации Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» детерминирована потребностью региональных систем здравоохранения в высококвалифицированных специалистах. В свою очередь, с обеспеченностью медицинскими кадрами коррелирует численность руководителей медицинских организаций, включая руководящие должности всех уровней (Паспорт национального проекта «Здравоохранение», 2018; Лапыгин Ю.Н., Ковалев Е.А., 2021; Пасмурцева Н.Н., Колотов М.С., 2023; Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», 2025).

Особенности трансформации здравоохранения, в сторону повышения эффективности функционирования, в значительной степени, определяется уровнем изменений в руководящем составе и уровнем квалификации руководителей медицинских организаций (Гимпельсон В.Е., Капелюшников Р.И., 2017; Паспорт Федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», 2018; Ходакова О.В., Сенотрусова Ю.В., 2023). От современных руководителей требуется не только владение профессиональными навыками, но и формирование, и развитие компетенций, способствующих повышению эффективности деятельности медицинских организаций (Найговзина Н.Б., Зими́на Э.В., Титкова Ю.С., Васильева Е.П., 2022; Садыкова Т.И., Низамов И.Г., Сон И.М. и др., 2023; Ходакова О.В., Кунгурцев О.В., Чигрина В.П. и др., 2023; Fanelli S., Pratici L., Zangrandi A., 2021). Кроме того, существенным фактором является возрастной состав работников, который, по данным открытых источников, характеризуется уменьшением числа молодых специалистов в отрасли и увеличением количества лиц, чей возраст превышает 56 лет (Найговзина Н.Б., Сон И.М., Зими́на Э.В., 2022;

Меньшикова Л.И., Пелецкая К.Н., Огрызко Е.В., Флеглер Н.А., 2022; Садыкова Т.И., Валеева Д.Р., Низамов И.Г., 2024).

Развитие системы управления медицинскими организациями на настоящем этапе сопровождаются трендом на усиление внимания к процессам, связанным с оценкой руководящих кадров. Акцент делается не только на привлечение новых сотрудников, обладающих необходимыми компетенциями, но и на разработку технологий оценки (Найговзина Н.Б., Зимина Э.В., Титкова Ю.С. и др., 2021; Камашева А.В., Жаворонков В.В., 2022). Ориентиром оценки, определяющим уровень подготовки руководителя для выполнения определенных профессиональных задач, служит, внедренный в практику здравоохранения, профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», который, однако, не содержит четких критериев, которые можно идентифицировать, как дескрипторы профессиональных компетенций руководителей.

Смена парадигмы подготовки управленческих кадров с акцентом на интеграцию инновационных методик и технологий, и потребность медицинских организаций в квалифицированных руководителях с высоким уровнем компетенций, определяет актуальность проводимого исследования, а необходимость комплексной оценки компетенций детерминирует выбор научного обоснования организационной технологии с позиции конструктивного описания ее зафиксированных составляющих, формирования шкалы и определения инструментов оценки соответствия компетенций руководителей определенному уровню, с учетом траектории развития.

Степень разработанности темы исследования

В последние десятилетия ученые активно изучали широкий спектр вопросов, связанных с подготовкой квалифицированных специалистов в области управления здравоохранением; анализировались особенности применения стратегий управления персоналом; предложена интегрированная с практикой методика оценки управленческих кадров организаций здравоохранения по количественным параметрам и методика оценки профессиональных навыков в ходе процедуры

аттестации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»; изучены особенности практической деятельности руководителей медицинских организаций в контексте реализации функциональных обязанностей и трудовых действий с позиции соответствия профессиональному стандарту «Специалист в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья»; сформирован «портрет регионального министра здравоохранения». Итоги вышеперечисленных научных изысканий представлены в диссертационных работах и научных публикациях Э.В. Зиминной (2007) и Н.Б. Найговзиной с соавторами (2022), Н.В. Зайцевой (2016), Н.Б. Найговзиной, И.М. Сон, Э.В. Зиминной (2022), Е.Е. Комиссарова (2022), О.А. Латухи, И.М. Сон, Ю.И. Бравве, К.С. Толстой (2023), О.В. Ходаковой, Ю.В. Сенотрусовой (2023), О.С. Кобяковой, В.И. Стародубова, О.В. Ходаковой и др. (2022; 2024). Область исследования, посвященная формированию резерва управленческих кадров, нашла отражение в результатах, опубликованных Ю.В. Мирошниковой (2018), Н.Б. Найговзиной с соавторами (2022), Т.И. Садыковой, И.Г. Низамова, И.М. Сон и др. (2024). Однако анализ и систематизация фактических данных, и доступных источников информации позволяют сделать вывод о недостаточности исследований в области дополнительных возможностей комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций. Отсутствуют и сведения о научно обоснованной организационной технологии оценки компетенций на основе формальных и квалификационных требований к руководителям медицинских организаций, профиля компетенций и инструментов оценки. Все это послужило основанием для проведения настоящего исследования, определив его цель и задачи.

Цель исследования

Научно обосновать организационную технологию комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций и представить результаты в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации.

Задачи исследования

1. Проанализировать общие тенденции динамики показателей численности управленческих кадров здравоохранения региона и дать оценку их функциональным и нефункциональным характеристикам.
2. Сформировать ситуативные профессиональные портреты руководителя и заместителя руководителя региональной медицинской организации по результатам социологического исследования, и оценить возможность включения их основных компонентов в разработку организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций.
3. Провести экспертный анализ компетентностного содержания и основных компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций.
4. Научно обосновать, разработать и внедрить организационную технологию (профиль должности) комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, включающую формальные и квалификационные требования к должности, профиль компетенций и инструменты (методы) оценки.

Научная новизна исследования

В настоящем исследовании, на примере Рязанской области:

- получены новые данные о трендах, интенсивности и скорости динамических процессов обеспеченности населения руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения);
- представлены результаты долгосрочного прогноза обеспеченности населения руководителями и их заместителями (организаторами здравоохранения);
- получены новые данные об укомплектованности и обновлении кадрового состава руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций областного центра и муниципальных районов области;
- установлены особенности функциональных и нефункциональных характеристик руководителей медицинских организаций и их заместителей;

- представлены результаты среднесрочных прогнозов укомплектованности медицинских организаций руководителями обоих уровней, текучести управленческих кадров и вклада возрастной группы 61 год и старше в возрастные структуры руководителей медицинских организаций и их заместителей в пределах Рязанской области;
- установлена значительная вариабельность в наименовании должностей заместителей руководителей медицинских организаций;
- сформированы ситуативные и экспертные профессиональные портреты руководителя и заместителя руководителя региональной медицинской организации;
- определены квалификационные требования к должности руководителя (главного врача) медицинской организации по основным компонентам профессионального портрета;
- сформированы «требования к должности (формальные требования)» к должности руководителя (главного врача) медицинской организации в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»;
- установлены компетентностное содержание и структура организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации;
- научно обоснована и методом организационного моделирования разработана технология комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленная в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные о трендовых моделях, количественных и качественных характеристиках управленческих кадров расширяют методические подходы к анализу сведений о формировании негативных тенденций с высокой

интенсивностью снижения коэффициентов обеспеченности населения руководителями медицинских организаций и их заместителями; о скорости изменения обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями, и скорости изменения численности физических лиц; об укомплектованности медицинских организаций региона руководителями обоих уровней; о «жизненном цикле», возрастном, половом и квалификационном составе руководителей региональных медицинских организаций. Полученные характеристики руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций Рязанской области, позволили определить основные компоненты и сформировать ситуативные профессиональные портреты, отражающие действительный уровень обладания данной категорией специалистов этими характеристиками. Оценка согласованности мнений экспертов позволила дополнить и определить формальные и квалификационные требования к профилю должности руководителя региональной медицинской организации, сформировать систематизированный блок данных, предназначенных для идентификации информации о компетенциях в соответствии с архитектурой профиля должности. Организационное моделирование позволило разработать организационную технологию комплексной оценки компетенций, необходимых для должности руководителя (главного врача) медицинской организации, представленную в формате профиля должности руководителя медицинской организации.

Методология и методы исследования

При проведении исследования применен комплексный подход к анализу данных, который предполагал анализ научных источников, анализ параметров изучаемой совокупности, интервальное и точечное оценивание, оценку зависимости между переменными, статистическую проверку гипотез. Цель и задачи исследования определили выбор научных методов критического анализа, деконструкции, комплекса статистических методов количественного и качественного анализа данных.

Положения, выносимые на защиту

1. Негативная динамика показателей численности, количественных и качественных характеристик руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций детерминирует среднесрочную перспективу вертикальной ротации управленческих кадров в регионе.
2. Определение наиболее значимых компонентов ситуативного профессионального портрета руководителя медицинской организации и их аргументированное экспертное оценивание, подтверждает включение в профиль должности этих компонентов в качестве квалификационных требований.
3. Экспертный анализ перечня компетенций, методов их оценки и компонентов структуры определяет «компетентностное содержание» и архитектуру организационной технологии комплексной оценки компетенций, необходимых для должности руководителя медицинской организации, на основе компетентностного подхода.
4. Организационная технология комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности позволяет идентифицировать требования к должности и сформировать процедуру оценки с набором инструментов, соответствующих требованиям, указанным в профиле компетенций.

Степень достоверности и апробация результатов

В основе выполненной диссертационной работы лежит детально разработанные программа и план статистического исследования, включающие в себя применение отчетных форм, предоставляемых федеральными статистическими органами и медицинскими организациями, и материалы собственного исследования. В ходе исследования осуществлено детальное изучение научных источников, официальных документов и аналитических материалов, что позволило получить достоверные данные, необходимые для анализа. Надежность полученных результатов обусловлена применением современных исследовательских методов, методик и инновационных статистических инструментов.

Тема диссертации утверждена ученым советом федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации протокол № 2 от 26.09.2023, в окончательной редакции после корректировки темы от 15.04.2025 протокол № 9. Апробация диссертации проведена на совместном заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, центра менеджмента здравоохранения и управления проектами, кафедры профильных гигиенических дисциплин, кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России; отдела координации организационно-методической работы в здравоохранении Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Легитимность исследования подтверждена решением Локального этического комитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 2 от 13.09.2023). Материалы исследования не содержат информации, которая можно идентифицировать, как «персональные данные».

Материалы диссертации представлены, доложены и обсуждены на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Информационный обмен в междисциплинарных исследованиях III» (Липецк, 15 ноября 2023 г.), Всероссийском междисциплинарном конгрессе по непрерывному профессиональному образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии» (Москва, 12-15 декабря 2023 г.), межрегиональной научно-практической конференции «Организация здравоохранения и общественное здоровье: наука и практика» (Пенза, 24 апреля 2024 г.), научно-практической конференции молодых ученых и аспирантов

«Современные организационные технологии в здравоохранении» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Москва, 28 ноября 2024 г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует пунктам 13 и 15 паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 научных работ: из них, 5 работ в журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, в том числе, журналы К1 – 2 публикации; К2 – 3 публикации.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования применяются в практической деятельности Министерства здравоохранения Рязанской области (акт внедрения в практическую деятельность от 16.04.2025 г.), ООО «Группа компаний СМ-Клиника» (акт внедрения в практическую деятельность от 19.04.2025 г.). Основные положения исследования внедрены в образовательный процесс кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья института дополнительного образования и профессионального развития ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России (акт внедрения в образовательный процесс от 19.04.2025 г.) и Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (акт внедрения в образовательный процесс от 21.04.2025 г.).

Личный вклад автора

Автор самостоятельно выполнил анализ текстовых отечественных и зарубежных научных источников (100%); ему принадлежит исключительная роль в процессе сбора первичного материала и формирования базы данных для последующего исследования (100%). Полное участие автора отмечается в

осуществлении анализа статистической информации и интерпретации результатов (100%). Автору принадлежит принципиальный вклад в выбор темы исследования и разработку программ сбора, разработки и анализа (90%). Самостоятельно разработана организационная технология комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций (100%). Сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлен текст диссертационной работы (90%).

Структура и объем диссертационной работы

Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы (всего 200 источников, из них 85 зарубежных). Диссертация изложена на 213 страницах машинописного текста, иллюстрирована 38 таблицами и 33 рисунками.

ГЛАВА 1 УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ВЕКТОР РАЗВИТИЯ

1.1 Структурные компоненты обеспечения здравоохранения управленческими кадрами

Национальные системы здравоохранения различных государств объединяют многие проблемы, что служит подтверждением глобального характера этих проблем. Среди них особое место занимает ограниченность ресурсов, включая дефицит квалифицированных кадров, на что указывают результаты многочисленных российских и зарубежных исследований, в том числе, на уровне ВОЗ. Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения, «к 2035 году этот дефицит может достичь 12,9 миллионов специалистов» [59,97,134,168,170,192,193,199]. По данным открытых источников, индикаторы, отражающие результативность системы здравоохранения в России, в контексте обеспеченности ресурсами, уступают аналогичным показателям многих развитых и развивающихся стран. На основании анализа причин, формирующих данную проблему, авторы публикаций делают выводы о корреляции эффективности оказанных медицинских услуг и ресурсах здравоохранения, недостаточность которых выраженно влияет на показатели, характеризующие уровень удовлетворенности пациентов [20,187,200].

Значимость квалификации, в аспекте рассмотрения кадровых ресурсов здравоохранения, определяется многими компонентами, среди которых важную роль играет обеспечение условий для доступности и высокого уровня качества медицинской помощи. Это делает управленческие кадры ключевыми фигурами в системе здравоохранения [57,64,95,113].

В научных публикациях приводятся данные, которые свидетельствуют о наличии острой проблемы дефицита медицинских кадров. Согласно оценкам, наблюдается нехватка специалистов, превышающая четыре миллиона человек. При этом, вопросы, связанные с кадровым обеспечением здравоохранения, имеют одинаково высокую значимость как для экономически

развитых стран, так и для государств, находящихся в процессе развития [33,37,131,146].

Дефицит кадров в здравоохранении России остается насущной проблемой, требующей глубокого и всестороннего анализа [23]. По данным З.Х. Агамова, в период с 2012 по 2023 год в Российской Федерации наблюдалось снижение численности врачей: в Москве - на 21,4%, в Санкт-Петербурге - на 7,7% [76]. Л.А. Вострикова также отмечает уменьшение количества врачей и других специалистов с высшим медицинским образованием в 2022 году, по сравнению с 2021 годом, на 1,1%. А за первые три квартала 2023 года, по сравнению с аналогичным периодом 2022 года, сокращение составило 0,5% [18].

Пандемия COVID-19 стала катализатором масштабных преобразований в сфере здравоохранения, ускорив процессы непрерывных изменений, внедрение инноваций и интеграцию в отрасли здравоохранения, обнажив также серьезную проблему, с которой сталкиваются многие государства, в том числе, и Россия - дефицит медицинских кадров. Эта проблема актуальна не только для крупных городов, но и, особенно, для сельских районов, в которых нехватка специалистов коррелирует с их удаленностью от региональных центров [6, 128,129,142].

Реструктуризация сети медицинских организаций в регионах и обеспечение этих организаций профессиональными управленческими кадрами представляет собой задачу, требующую особого подхода и внимания к ряду специфических аспектов. В частности, этот процесс сопровождается формированием специализированных подразделений, а также внедрением инновационных методов работы. Анализ ситуации в здравоохранении России за последние семь лет демонстрирует сокращение количества медицинских организаций на 16,2%. Это обусловлено процессом реорганизации, который включает в себя укрупнение сети учреждений [49,115].

Исследования, проведенные в Австралии и Великобритании, направленность которых связана с изучением специфики кадровой ситуации в сфере управления организациями здравоохранения, представляют собой детальный анализ разнообразных международных и многоуровневых данных. Эти исследования

включают в себя три уровня анализа: глобальный, который охватывает международные и национальные аспекты; средний, связанный с медицинскими организациями; локальный, касающийся непосредственно руководителей. Полученные результаты позволяют не только оценить текущее положение дел, но и определить проблемы в отрасли здравоохранения [159,174].

Реальный характер динамичных изменений в экономике и технологическое развитие детерминируют трансформации в структуре и количестве рабочих мест, которые обусловлены рядом факторов, включая внедрение новых технологий, переход к производству новых продуктов и применение современных методов управления. В такой ситуации становится особенно важным управление человеческими ресурсами, которое расширяется и меняет свои приоритеты, актуализируя вопросы планирования персонала и привлечения работников в сферу здравоохранения. Комплексный обзор рынка труда в этой отрасли, представленный в научных публикациях отечественных и иностранных изданий, дает характеристику динамики кадровой ситуации, определяет основные этапы анализа рынка труда в здравоохранении, представляет рекомендации по его изучению и пониманию. Это способствует внедрению стандартизированных подходов к анализу, что помогает находить ответы на ключевые вопросы, связанные с «эффективно-ориентированной трудовой деятельностью» руководителей, осуществляющих управление медицинскими организациями «на основе управления организационными ценностями, ценностными установками и нормами поведения» [21,31,38,47,67,99,121,138,147,158,191].

По данным А.А. Латышовой, в 2019 году, в сравнении с 2014 годом, произошло сокращение управленческих кадров, представленных руководителями медицинских организаций, на 20%, что соответствует уменьшению на 5102 специалиста в абсолютной численности. Если в 2014 году насчитывалось 25629 руководителей, то к 2019 году их количество сократилось до 20527. Доля руководителей в общем числе медицинских работников в 2019 году составила 3,7%, что на один процентный пункт меньше, чем в 2014 году. А если провести сравнение между количеством руководителей и врачей, то в 2019 году на одного

руководителя приходилось 27 врачей, тогда как в 2014 году этот показатель был равен 21. Результатом этих преобразований стало увеличение нагрузки на одного руководителя [58].

Дополнительную актуальность кадровым проблемам отрасли здравоохранения придает проблематика ее региональной составляющей. По мнению С.В. Бизина, «наиболее острой проблемой системы здравоохранения является обеспечение медицинскими кадрами и эффективность государственной кадровой политики (уровень планирования кадров, дефицит сотрудников узких специализаций и др.)» [6]. В процессе формирования стратегий развития системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации необходимо принимать во внимание нормы и нормативы, которые определяют обеспеченность населения необходимыми ресурсами. Это позволит определить, какое количество медицинских услуг и медицинских организаций требуется жителям конкретного региона [70,81].

М.В. Ключко указывает на два основных типа сокращения обеспеченности кадрами медицинских организаций: «острое и хроническое». В случае острого сокращения руководитель имеет дело с «резким оттоком медицинских кадров или резким увеличением пациентопотока». В случае хронического сокращения - с продолжительным дефицитом кадров, который приводит к увеличению нагрузки на оставшихся сотрудников [39]. Результаты исследований указывают на то, что около половины руководителей медицинских организаций сталкиваются с трудностями при планировании кадровых ресурсов. Так, в 30,4% организаций кадровое планирование отсутствует совсем. Кроме того, 69,6% руководителей медицинских организаций не до конца осознают свою кадровую политику в области подбора персонала [24].

Анализ литературных источников свидетельствует о наличии проблем, определяющих дефицит квалифицированных управленческих кадров. В числе основных авторы особое внимание акцентируют на несоответствии уровня оплаты труда «начинающих» руководителей реальным требованиям и условиям рынка; продолжительном периоде обучения, необходимом для подготовки

профессионалов, что может быть препятствием для молодых специалистов; недооценке системы управления и других позициях, которые могут приводить к кадровому дефициту [34,50,100,139,176]. Социологический опрос руководителей, их заместителей и руководителей структурных подразделений медицинских организаций Ивановской области, проведенный в 2023 г., показал, что значимость проблем варьируется от острого дефицита квалифицированных специалистов до неэффективного управления [61]. В ходе опроса, проведенного С.В. Макаровым с соавторами и посвященного причинам ухода с предыдущего места работы, большинство респондентов указали на низкую заработную плату в качестве основного фактора. Тем не менее, почти каждый пятый опрошенный также отметил, что возможность занять более престижную должность оказала существенное влияние на его решение [101]. На феномен профессионального выгорания, как одну из причин глобального дефицита медицинских кадров, который на сегодняшний день составляет 7,2 миллиона человек, указывают Д.А. Самофалов с соавторами, П.С. Твилле с соавторами, а также J. Herrera, C. De Las Heras-Rosas и P. M. Veiga [3,77,90,148].

Еще одна важная тенденция, влияющая на кадровую ситуацию в отечественном и зарубежном здравоохранении, связана с дискуссионной проблемой назначения на руководящие должности в медицинских организациях специалистов без медицинского образования. Эта проблема обусловлена несколькими причинами, среди которых более короткий срок подготовки руководителей с «немедицинским» образованием, работа медицинских организаций в условиях рынка, а также необходимость для руководителей обладать лидерскими, управленческими, экономическими, юридическими знаниями и навыками [2,111,149,177,173].

Исследование, проведенное в 370 больницах Германии, показало, что в медицинских организациях, которые непосредственно управляются врачами-менеджерами, отмечены более выигрышные показатели, характеризующие их деятельность. В частности, авторы исследования доказали статистическую значимость различий в уровнях смертности от пневмонии среди пациентов (5%) и

удовлетворенности качеством медицинских услуг (1%). В то же время в больницах, где руководящий состав представлен менеджерами, имеющими образование только в области экономики или бизнеса, финансовые показатели оказываются выше. Эти различия также статистически значимы на уровне 10% [155]. Исследование, проведенное в 72 больницах общего профиля в Тегеране, показало большую эффективность тех организаций, которые возглавляют руководители-медики (96,68%), по отношению к больницам, возглавляемыми менеджерами без медицинского образования (89,78%) [156]. Большинство российских экспертов отмечают, что в большей степени оправдано назначение врачей на руководящие должности в медицинских организациях. Но и этой категории специалистов требуются лидерские качества и обязательная специальная подготовка в области организации здравоохранения и общественного здоровья [149,173,177].

В рамках одного из важнейших для здравоохранения документов - «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации до 2025 года» - проведен всесторонний анализ текущего состояния системы здравоохранения, выявлены ключевые проблемы и вызовы, определены цели, задачи и приоритетные направления развития, представлены основные этапы реализации стратегии, ожидаемые результаты и механизмы ее осуществления [102].

На необходимость эффективной кадровой политики указывают многие ученые, занимающиеся анализом проблем, связанных со стабильностью отрасли, ее ресурсным обеспечением и, в особенности, с позициями, характеризующими здравоохранение в контексте сохранения и привлечения высококвалифицированных кадров. Особый интерес представляет масштабное исследование ЦНИИОИЗ Минздрава России, сотрудники которого разработали и апробировали «индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения», предполагающий использование «индекса кадрового благополучия - интегрального коэффициента, выражающего основные классические показатели кадровых ресурсов системы здравоохранения. Выбранные показатели условно делятся на три группы: показатели обеспеченности

кадрами, показатели укомплектованности, коэффициент совместительства и его производные» [19,30,53,54].

В организациях именно человеческие ресурсы считаются ключевыми элементами, а в условиях постоянных изменений в системе здравоохранения, кадровая политика становится одним из ключевых аспектов развития организации и отрасли в целом. Продуманная и эффективная кадровая политика в здравоохранении может стать надежным инструментом для преодоления современных вызовов и угроз. В обозримой перспективе кадровая политика ориентирована на формирование действенной системы управления человеческими ресурсами в здравоохранении. Эта система должна базироваться на рациональном планировании подготовки и распределения кадров, внедрении инновационных образовательных методик и применении эффективных методов стимулирования. Для достижения желаемых целей и задач организациям необходимо обеспечить соответствие политики и практики сформулированным целям и задачам. Управленческие кадры представляют собой фундамент, на котором зиждется процветание медицинской организации. Несомненно, их профессионализм, опыт и квалификация являются ключевыми факторами успешного функционирования этих организаций. Для реализации поставленных целей и задач, необходима адаптация кадровой политики и методов работы под конкретные условия и требования [55,79,95,112,186,195].

В контексте проводимого анализа, интерес представляет опыт реализации проектов, направленных на обеспечение доступности качественных медицинских услуг для пациентов, в г. Москве. Но диапазон решаемых этими проектами задач намного шире. В частности, реализуемые масштабные проекты также способствуют профессиональному росту медицинских работников, что требует непосредственного участия руководителей медицинских организаций [88]. На обязанность руководителей медицинских организаций постоянно отслеживать уровень удовлетворенности пациентов и оперативно вносить коррективы в свою деятельность для улучшения качества обслуживания указывают данные как отечественных, так и зарубежных публикаций, связывая эту позицию, с одной

стороны, с появлением новых возможностей, с другой стороны, с очевидностью проблемы, требующей немедленного решения, в условиях постоянных изменений и преобразований [10,144].

Значительные изменения в кадровой политике системы здравоохранения, охватывающие три ключевые области в условиях трансформации социально-экономической сферы и рынка труда, характерны для США. Благодаря децентрализации и гибкому графику работы, руководители медицинских организаций получают больше свободы в принятии решений, касающихся приоритетов и доступа к ресурсам. Однако это также влечет за собой определенные ограничения в отношении регламентации рабочего времени врачей – сотрудников этих организаций, планирования их карьеры и системы оплаты медицинских услуг. При этом особое внимание уделяется эффективному распределению персонала, что способствует повышению производительности и контролю над расходами на рабочую силу. Кроме того, осуществляется активная деятельность по проведению преобразований и реорганизаций [151].

В Великобритании распространение получила практика, при которой специалисты, ответственные за обеспечение соблюдения установленных норм, разрабатывают и реализуют программы обучения для медицинского персонала и других сотрудников. Эти программы направлены на ознакомление персонала с требованиями, предъявляемыми к соблюдению нормативных предписаний, а также с этическими стандартами и передовыми практиками. Обучение и повышение квалификации позволяют сотрудникам осознать свои обязанности и приобрести необходимые знания и навыки для соблюдения действующего законодательства и нормативных требований. Разработка модели ситуации, в которой наблюдается рост числа успешных рекомендаций в общей системе рекомендаций для медицинских организаций, использующей механизм корректировки в качестве обучающего процесса, представляет собой значимый результат научного исследования, проведенного в Китае. Исследование, проведенное в Джокьякарте и Бантуле представляют собой анализ корреляции обучения руководителей больниц и эффективности систем управления. Авторы публикации приходят к выводу о

том, что «недостаточное количество обученных руководителей приводит к неэффективным системам управления» [119,124,132].

В Российской Федерации создана методологическая основа для разработки образовательных программ дополнительного профессионального образования в сфере управления здравоохранением, для специализированной подготовки руководителей медицинских организаций. Эти программы разработаны в соответствии с требованиями профессиональных стандартов и включают в себя модели компетенций [68]. По данным О.А. Коробковой с соавторами, в период с 2019 по 2022 год более 650 специалистов из образовательных и научных организаций прошли обучение по программе подготовки управленческих кадров. По окончании обучения они были включены в кадровый резерв [44,75].

1.2 Портрет современного руководителя медицинской организации: фокус проблемы

Должности руководителей медицинской организации представляют собой не только сочетание комплекса различных привлекательных позиционных качеств, но и налагает значительную ответственность [109].

Создание прототипа «идеального» руководителя в сфере здравоохранения представляет собой задачу, имеющую принципиальный практический интерес. «Современный портрет эффективного руководителя – такая формулировка темы сама по себе является проблемой», утверждает Н.В. Брит. Анализируя эволюцию подходов к формированию профессионального портрета, автор акцентирует внимание на теориях, трактующих различные концепции проблемного поля с позиции дефиниций основополагающих факторов описания образа руководителя [9].

Исходя из того, что в основе термина «профессиональный» лежит понятие «профессия», словосочетание «профессиональный портрет» указывает на непосредственную связь, обозначаемого этим понятием объекта, с профессией. Сложность формирования «профессионального портрета» обусловлена отсутствием единой методики и его изначальной субъективностью. Второе связано

с тем, что наряду с основными характеристиками, в него могут быть включены случайные элементы, связанные со спецификой исследуемой деятельности [9].

Контент-анализ научных исследований показывает неконкретность в установлении стандартизованных критериев профессионального портрета как в силу терминологической неопределенности, так и сложности его конструирования, определяемой субъективными предпочтениями лиц, которые его формируют [16].

Понятие «профессиональный портрет» подразумевает тесную связь между описываемым объектом и осуществляемой им профессиональной деятельностью. В то же время, составление профессионального портрета представляет собой нетривиальную задачу, поскольку он по своей природе субъективен. Это обусловлено тем, что помимо основных характеристик, определяющих сущность данного понятия, в него могут быть включены случайные варианты компонентов, связанные с особенностями рассматриваемой профессиональной деятельности [86].

В проанализированных научных источниках часто встречаются профессиональные психологические портреты управленческого состава медицинских организаций. Однако, несмотря на то что в отечественных публикациях термин «профессиональный портрет» используется, и в качестве объекта профессионального портрета выбирается категория руководителей различного уровня, в этих исследованиях суть изучаемых вопросов сводится к анализу когнитивных способностей, личностных характеристик и поведенческих моделей индивида. Согласно личностно-ориентированному подходу, в основе такого профессионального портрета лежит идея о том, что личность руководителя играет ключевую роль в деятельности организации, а сам руководитель рассматривается как уникальная личность, обладающая своими неповторимыми потребностями, ценностями, мотивами и способностями [12,107]. В зарубежных публикациях, посвященных описанию личности руководителя (термин «профессиональный портрет» в научных публикациях по общественному здоровью не встречается), характеристики руководителей больниц чаще сводится к анализу коммуникативных качеств, развития талантов, творческого мышления. В

частности, можно отметить исследования J.M. Ballaro, M.A. Mazzi, K. Holland, которые анализируют наличие или отсутствие доверия между руководителями и приходят к выводу, что для развития и поддержания лидерского потенциала, руководителю необходимо оптимизировать коммуникационные процессы и внедрять преобразования. Или публикацию M.C. Tasi, A. Keswani, K.J. Bozic, в которой акцент делается на управленческие качества руководителей-врачей в сопоставлении с руководителями - «немедиками», которые положительно влияют на ценность оказываемой медицинской помощи, повышая, тем самым, рейтинг больниц [126,188].

K.D. Mitosis, D. Lamnisos, M.A. Talias утверждают, что внедрение стратегий управления талантами в медицинских организациях представляет собой несомненное преимущество, которое способствует стабильному развитию и созданию благоприятной среды для профессионального роста и развития талантливых сотрудников. По их мнению, управление талантами включает в себя ряд ключевых аспектов, которые можно условно разделить на несколько основных направлений: разработка и внедрение программ, направленных на привлечение и развитие талантливых специалистов; привлечение новых специалистов, компетенции которых в полной мере соответствуют потребностям современных, развивающихся и обладающих инновационным потенциалом, медицинских организаций; сохранение высококвалифицированных работников с предоставлением возможностей реализации потенциала их профессионального роста и развития; формирование долгосрочных программ, направленных на нивелирование негативных условий потерь кадров, представляющих наибольшую ценность для организации; стратегический анализ и разработка на этой основе программ оценки эффективности деятельности; лидерство и управление командой, развитие навыков руководства и командной работы [166].

A R. Beverly и R. Davidhizar полагают, что «сотрудники заинтересованы в руководителях, которые могут вести за собой позитивным и вдохновляющим образом», а «поощрение эффективной коммуникации и позитивного отношения способствует созданию здоровой атмосферы для всех сотрудников и персонала»

[127]. При исследовании роли стратегического управления человеческими ресурсами австралийским институтом человеческих ресурсов, проведен анализ, направленный на определение того, каким образом менталитет может выступать в качестве связующего звена в межличностных отношениях внутри организации и за ее пределами. А. Engelsberger, В. Halvorsen, J. Cavanagh, Т. Bartram, рассматривая систему взглядов, установок и представлений, которые определяют стремление руководителя к получению и передаче знаний как в рамках коллектива, так и в более обширном социальном контексте, пришли к выводу, что «сотрудничество мотивирует сотрудников участвовать в обмене знаниями» [152]. Внимание на формирующихся руководителей, с позиции стимулирования их творческого мышления для формирования готовности к инновациям, фокусируют М. Martens, Н.Л. Xin Chen, J. van Olmen, которые предлагают «комплексно работать с шестью управленческими подходами» [163].

Еще одним направлением, который учитывался при описании профессионального образа руководителя, является корпоративная культура, которая не только характеризует личность управленца, но и оказывает значительное воздействие как на эффективность системы здравоохранения, так и на результативность работы различных медицинских организаций. Масштабное исследование L. Liu, L.A. Curry и К. Nadew в контексте Эфиопской и Йельской инициатив по глобальному лидерству в сфере здравоохранения, позволило создать «шкалу для измерения организационной культуры», которую авторы представили, как «валидированный инструмент для руководителей» [165]. Изучению этой же проблемы посвящена работа Е. Kakemam, Z. Liang, А. Janati и их коллег, которые предлагают систему критериев для анализа воздействия организационной культуры на степень удовлетворенности пациентов в клинике [160].

Предпринята также попытка создать социально-психологический «портрет креативного работника». Для достижения этой цели проведен анализ многочисленных публикаций, посвященных изучению ключевых аспектов социально-профессионального портрета, включая изменения в престиже профессии, социально-экономические проблемы, уровень удовлетворенности

различными, повседневными, факторами и количеством свободного времени. Автор статьи указывает, что анализ научных работ, посвященных этой проблеме, показал, что они, как правило, рассматривают ограниченный круг вопросов. Эти исследования либо фокусируются на общих теоретических аспектах трансформации творческих способностей человека в контексте новой экономической модели развития, либо исследуют феномен креативности в конкретной сфере экономики [16]. Н. Aguinis, S.H. Jensen, S. Kraus отмечают, что социальная невостребованность может привести к девальвации значимости, престижа и социального статуса в глазах общества по сравнению с другими областями, имеющими существенное значение [118].

Ю.В. Мирошниковой получены исчерпывающие сведения о личностных и профессиональных характеристиках действующих руководителей при построении «профессионального и социально-психологического портрета». Это исследование отличает оригинальный подход автора к анализу, который концентрируется не только на характере деятельности руководителя организации здравоохранения, но и включает исследование этой деятельности с учетом уровня управления. Помимо этого, автор делает акцент на «факторах, определяющих удовлетворенность работой» [60].

Многие научные исследования посвящены детальному изучению концепции лидерства при формировании профессионального образа руководителя. При этом особое внимание уделяется анализу вопроса о превосходстве лидера. В доступных публикациях авторы обращаются к эволюции концепций лидерства, анализируя современное состояние этой области. Например, Н.В. Брит особое внимание уделяет ключевым аспектам изучения психологических особенностей лидеров, при этом отмечая фрагментарность существующих исследований. Подчеркивает важность комплексного подхода, который позволяет охватить все аспекты профессиональных и психологических компетенций, необходимых для эффективного руководства [9].

В доступных иностранных литературных источниках анализируются методы управления в сфере здравоохранения и проводится оценка их воздействия на

эффективность руководства. Выявляются разнообразные проблемы, такие как сопротивление изменениям и наличие иерархических структур, которые могут препятствовать внедрению различных управленческих подходов, включая трансформационное, транзакционное, сервисное и другие. Даются рекомендации для руководителей в сфере здравоохранения, которые направлены на развитие гибкости, постоянное обучение, заботу о благополучии персонала и укрепление взаимодействия между различными специалистами [119,127,149,161,174].

Исследование G.B. Onyeneke, T. Abe показало, что инициативы руководителей, направленные на трансформацию, среди которых - формирование общего видения, коммуникация, вовлечение, поддержка и забота об интересах участников изменений, играют ключевую роль в стимулировании и поддержке сотрудников в процессе запланированных преобразований. Хотя руководство не оказывает прямого влияния на желание сотрудников поддерживать изменения, оно тесно связано с тем, как сотрудники воспринимали эти изменения. Взаимодействие между действиями руководителей и желанием сотрудников поддерживать изменения постоянно опосредовалось восприятием изменений и эмоциональными реакциями сотрудников на них. Авторы статьи указывают, что в ходе анализа планируемых организационных трансформаций управленческий аппарат обычно фокусируется на том как персонал воспринимает эти изменения, а не на факторах, влияющих на их реакцию. Результаты исследования расставляют акценты на значимости изучения восприятия сотрудников как ключевого фактора, определяющего их поведение в условиях организационных преобразований, и на применении комплексного подхода к анализу восприятия, исследуя структуру которого, можно понять, как руководство может воздействовать на восприятие сотрудниками изменений [169].

Полученные M.N. Jotabá, C.I. Fernandes, M. Gunkel и S. Kraus результаты дали возможность систематизировать и классифицировать различные теоретические подходы к развитию ресурсного потенциала с применением инновационных методов в четырех ключевых областях: организационные аспекты

успешности; стратегическое управление персоналом; психология и поведенческие аспекты; управление процессом обучения [153].

Тщательное изучение различных подходов и стилей руководства в рамках описания профессионального портрета встречается в публикациях многих исследователей этой проблемы. Авторы подчеркивают, что выбор стиля руководства зависит от множества факторов, включая конкретные обстоятельства, цели и задачи, а также особенности коллектива. Руководитель должен быть гибким и адаптивным, уметь выбирать наиболее подходящий стиль руководства в соответствии с меняющимися условиями [9,12].

Значительный интерес, в контексте анализируемой проблемы, представляет масштабное социологическое исследование, проведенное Э.В. Зиминной еще в 2007 году, которое показало, что среди всех респондентов, принявших участие в опросе, лишь 12% высказали мнение о необходимости улучшения системы управления здравоохранением. Однако более половины участников, а именно 54%, считают ситуацию в этой области критической. Данные опроса, включенные в это исследование, иллюстрируют довольно парадоксальную ситуацию, связанную с отношением респондентов к роли «управленческой вертикали». Почти половина респондентов (49,6%) отмечают ее значение исключительно для «стратегического направления развития здравоохранения и медицинской организации», однако, почти столько же из них (41,6%) однозначно полагают, что «жесткая вертикаль управления» является элементом необходимым и обязательным. Представляют интерес и результаты оценок качества профессиональной подготовки руководителей медицинских организаций, подавляющее большинство которых концентрируются в диапазоне от «удовлетворительного» (50,7%) до «низкого» (32,5%). При этом, большинство участников опроса (57,1%), убеждены, что для того, чтобы стать руководителем, необходимо иметь высшее медицинское образование и определенный стаж клинической работы, оставляя за рамками непосредственно организационную деятельность [27].

Вопросом о том, что в профессиональной деятельности должно быть приоритетным для руководителя - теория или практика, задаются Т. Abellsson, А.К.

Karlsson, H. Morténius с соавторами. Отвечая на этот вопрос, они приходят к выводу, что, поскольку, испытуемые в качестве главной цели организации и управления обозначили повышение эффективности, а не совершенствование качества, то необходимость в развитии индивидуального обучения практически незначима для руководителей [190].

Подтверждением этого вывода можно считать исследование Ю.А Зуенковой, Д.И. Кичи, которые, анализируя применение руководителями медицинских организаций доказательного подхода в управлении, получили результаты, свидетельствующие о крайне незначительной доле руководителей, готовых применять принципы доказательного подхода в своей профессиональной деятельности. Эта доля, по их данным, составляет 17%. При этом, как отмечают авторы публикации, лишь 5% из них применяют для этого не менее шести различных источников информации. Сведения того же источника характеризуют наиболее востребованные источники информации, среди которых: «81% - личный опыт; 60,3% - консультации с независимыми экспертами; 56,9% - внутренние данные организации; 38% - научные данные; 36,2% - мнение коллег». Большинство включенных в исследование руководителей признают, что применение верифицированных данных в реальной практике, представляет собой наиболее проблемную область в контексте принятия управленческих решений. Основываясь на полученных результатах, авторы делают неутешительный вывод о том, что «наиболее сложным в принятии управленческих решений большинство руководителей считают использование данных на практике», довольно редко апеллируя к регулярной систематизации управленческого опыта (31%) [29].

В исследовании, проведенном E.S. Darmawan, по многочисленным данным научных публикаций, был изучен вопрос о том, каким образом руководители медицинских организаций могут способствовать повышению качества предоставляемых услуг. Результаты исследования показали, что для достижения высоких стандартов качества руководителям необходимо уделять внимание ряду ключевых областей: «управлению ресурсами; финансовым последствиям;

повседневным техническим процессам и методам лечения; поддержке медицинского персонала» [135].

В процессе принятия решения о внедрении изменений в деятельность организации руководители сталкиваются с рядом важных вопросов, утверждают А. El-Amin и В. George. «С чего начать? Как определить, какие ресурсы будут задействованы? Как распределить обязанности внутри коллектива?» - эти вопросы становятся особенно актуальными в условиях кризиса, когда организация вынуждена адаптироваться к новым реалиям. Руководители должны четко определить цели, которые будут способствовать достижению стратегических задач. Эти цели должны быть конкретизированы в виде конкретных действий, которые приведут к желаемому результату. Организация должна разработать стратегию изменений и согласовать ее с заинтересованными сторонами. Для этого крайне важно понимать, какие факторы, структуры и предложения могут повлиять на восприятие изменений со стороны сотрудников и пациентов [136].

В своей работе, посвященной вопросам менеджмента больниц, М.А. Jalilvand, A.R. Raeisi, N. Shaarbafchizadeh рассматривают четыре основных позиции подотчетного управления: «инклюзивное управление, приверженность подотчетности, планирование подотчетности и автономное управление». Авторы предлагают новаторский подход к управлению, который учитывает типы и особенности медицинских организаций и утверждают, что этот подход может быть успешно применен в различных областях деятельности [154].

В свете эволюции представлений о формировании профессионального образа управленца стало очевидно, что для эффективного выполнения своих функций руководителю необходимо обладать определенными навыками. Какие же качества должны быть присущи руководителям, чтобы они могли эффективно управлять? Как это можно описать? Анализ компетенций и поведенческих особенностей позволил создать «идеальную модель» руководителей больниц, которая может быть адаптирована к различным условиям здравоохранения. Эта модель включает в себя семь ключевых компонентов в области лидерства и управления: «принятие решений на основе данных; операционная деятельность; управление ресурсами;

понимание среды здравоохранения и организации; межличностные отношения; коммуникативные навыки и управление отношениями; руководство людьми и организацией; содействие изменениям и управление ими; профессионализм» [108,121]. Для того чтобы оценка руководителей была более объективной, и чтобы сформировать идеальный образ руководителя, высказывается мнение о необходимости дополнить профессиональный стандарт следующими критериями: «стремление получать удовлетворение от своей деятельности; осознанное желание занимать руководящую позицию; наличие управленческих способностей» [108].

Исследование, проведенное на базе египетских больниц, показало, что менеджеры должны обладать навыками нахождения баланса и способностью идти на компромиссы при решении разнообразных задач, возникающих в процессе работы. Они должны демонстрировать навыки стратегического мышления, аналитические способности, навыки коммуникации, опыт работы и личные качества, такие как мотивация, уверенность в себе и способность принимать взвешенные решения. Администраторы медицинских организаций должны быть готовы оперативно реагировать на возникающие проблемы и эффективно разрешать конфликты, предотвращая их эскалацию. Основная задача администратора больницы - предоставлять пациентам высококачественные услуги и уход, а также эффективно использовать административные навыки для управления бюджетом, финансированием и ресурсами [179]. Однако, по мнению Е.В. Шляхто, сложность интеграции всех этапов оказания медицинской помощи становится особенно очевидной, если не уделять должного внимания результатам. В этом и заключается суть концепции «ценностно-ориентированного здравоохранения» [114].

В настоящее время достижения в области ИИ привели к значительным успехам в различных сферах, включая здравоохранение. Инновации в сфере интеллектуальных медицинских систем охватывают широкий спектр задач, начиная от автоматизации административных процессов и снижения операционных расходов и заканчивая постановкой диагнозов, разработкой индивидуальных методов лечения [123]. В частности, в работе, написанной S.

Balarabe, J. Abdullahi и A. Imam, проводится анализ актуальных исследований и результатов применения инновационных технологий управления. Авторы публикации рассматривают ключевые факторы, способствующие внедрению новых технологий, а также приводят конкретные примеры их использования, описывая успешные случаи их применения руководителями медицинских организаций [175].

Направление здравоохранения на развитие и повсеместное внедрение технологий искусственного интеллекта, обладая высоким потенциалом для системы здравоохранения в целом, позволит медицинским организациям предоставлять более качественные услуги широкому кругу пациентов. Кроме того, применение искусственного интеллекта может способствовать улучшению условий труда медицинских работников. А это, в свою очередь, может снизить уровень эмоционального выгорания среди медицинских работников [140]. Для системы здравоохранения Российской Федерации, при активном внедрении цифровых технологий, уровень подготовки специалистов в этой области не оценивается как достаточный. Социологическое исследование, проведенное в 2022 году на платформе образовательных услуг «Медобучение.РФ», показало, что от 73,3% до 84% руководителей испытывают дефицит знаний и навыков в области обеспечения безопасности сайтов и личных данных, защиты от нежелательного контента в интернете и работы с данными с помощью программного обеспечения [65].

Еще одна составляющая, которая довольно часто включается в структуру профессионального портрета, это «профессиональный компонент». Эта составляющая тесно связана с таким понятием как «профессиональная деятельность», раскрывая ее структуру, функции и факторы на нее влияющие.

Детальный анализ научных трудов, опубликованных в период с 2000 по 2020 год, с целью выявления исследований, с применением метода объединения наиболее релевантных структур, которые подтверждают или раскрывают требования к компетенциям и навыкам руководителей медицинских организаций, позволил сопоставить выявленные компетенции с их поведенческими

проявлениями и установить степень интеграции их в утвержденную программу оценки управленческих компетенций. В рамках исследования было проанализировано двенадцать научных трудов. Сопоставление выявленных компетенций и поведенческих проявлений позволило разработать модель компетенций для руководителей медицинских организаций, которая может быть адаптирована к различным условиям системы здравоохранения [157].

Идея инновационного реформирования системы здравоохранения, основанная на теоретических разработках и практическом опыте, является полезным инструментом для результативного управления. А успех медицинской организации базируется не только на наличии развитой клинической базы, но и на отлаженной организации рабочего процесса, обеспеченной эффективным управлением [167,185].

Исследованиями, проведенными в США, установлено, что в настоящее время качество профессионального «медицинского» руководства организациями здравоохранения во многом определяется индивидуальными стандартами, установленными самими медицинскими работниками. Такая ситуация, по мнению авторов, может привести к дисбалансу между потребностями пациентов, в аспекте их требований к качеству медицинских услуг, и требованиями стандартов. Анализируя данную проблему, авторы исследования приходят к заключению о необходимости повышения доли участия медицинских работников в управлении организацией здравоохранения, акцентируя внимание на развитии лидерских качеств. Развитие должно начинаться с первых лет обучения в медицинском вузе и продолжаться на протяжении всей карьеры. Для достижения этой цели необходимы тщательно структурированные и организованные программы развития лидерства. Они помогут потенциальным руководителям сформировать устойчивые личные и профессиональные ценности, а также освоить различные навыки, которые позволят им эффективно работать в условиях постоянно усложняющейся среды [189].

В 2016 году в 46 медицинских учреждениях г. Москвы было проведено исследование, в ходе которого выяснилось, что удельный вес руководителей

различного уровня, имеющих положительный результат переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» весьма значителен по величине (87%). Довольно высокие результаты показывают данные, характеризующие уровень образования респондентов. В частности, наличие второго высшего образования отмечает каждый шестой из них (16%), при этом специальности подготовки которого традиционны – «менеджмент, экономика и юриспруденция». Авторы исследования отмечают также высокий уровень квалификации исследуемой категории руководителей, однако этот уровень квалификации подтвержден в 100% случаев только квалификационной категорией по какой-либо клинической специальности, в то время как квалификационные категории по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» отметили немногим более половины участников опроса (64%). Особенности профессиональной деятельности, в части ее соответствия профессиональным стандартам, вызывает позитивное отношение со стороны респондентов, но взаимосвязь элементов этой деятельности с указанным документом присутствует только у 17%. В 2022 году было проведено другое исследование, в результате которого выяснилось, что почти 60% руководителей структурных подразделений медицинских организаций не проходили профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». И, даже если такая переподготовка была пройдена, многие воспринимают ее лишь как формальность, необходимую для аккредитации [41,42].

Первостепенной задачей управленцев в процессе практической деятельности является оптимизация методов руководства подчиненными и совершенствование эффективности функционирования всей управленческой системы медицинских организаций. Чтобы повысить эффективность управления, предлагается не просто повысить профессиональный уровень руководителей, а разработать стратегию, которая будет нацелена на подготовку высококвалифицированных специалистов [46].

Результаты другого исследования, характеризующие профессионализм заместителей руководителей медицинских организаций, демонстрируют, что руководство высоко ценит их работу. Тем не менее, по мнению руководителей, у заместителей руководителей есть проблемы с инициативой, самостоятельностью в принятии решений и командным поведением. Эти аспекты оказывают более существенное влияние на качество, объем и своевременность выполнения работы, нежели профессиональные знания, которые были оценены на высоком уровне [78].

Рассматривая структурирование и формирование профессионального портрета руководителей в системе здравоохранения, следует отметить, что среди присутствующих в доступных научных источниках «профессиональных портретов», встречается только портрет регионального министра здравоохранения, объединяющий гендерные, возрастные, стажевые и качественные профессиональные характеристики. Масштабная по объему и значимости работа проведена широким кругом ученых на базе ЦНИИОЗ Минздрава России и, на момент составления литературного обзора, представлена в трех публикациях.

В публикации 2022 года, сформированный образ регионального министра здравоохранения, соответствует следующим основным характеристикам: «возраст 46,9 лет; опыт работы на руководящих должностях в сфере здравоохранения 2,4 года; ученой степени не имеет; обладает высшим медицинским образованием; аккредитован или имеет сертификат специалиста по «Организации здравоохранения и общественному здоровью»; без усиленного внимания к профессиональному развитию, о чем свидетельствуют данные о повышении квалификации; имеет опыт работы в должности главного врача, в среднем, 5,9 лет; стаж работы в региональном органе исполнительной власти в сфере здравоохранения 5,5 лет». Следует подчеркнуть, что частая смена руководителей высшего звена и непродолжительный опыт работы в должности могут негативно сказаться на уровне квалификации руководителя и его способности формировать эффективную команду [86].

Исследование было продолжено, и в 2023-2024 годах вышли публикации, посвященная этой теме, в которой обобщаются характеристики «регионального

министра здравоохранения» с оценкой трансформации происходящих изменений [85,87]. В частности, согласно данным, представленным в публикации 2024 года, «региональный министр здравоохранения» - это «мужчина в возрасте 48–49 лет, имеет высшее медицинское образование и прошел профессиональную подготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»; средний стаж работы в должности руководителя регионального министерства сферы охраны здоровья 2,9 года; опыт работы в должности главного врача 5,6 лет, проработал в региональном Минздраве 4,3 года; без ученой степени; имеет отраслевые награды» [85].

1.3 Парадигма формирования системы оценки руководителя медицинской организации: роль профессиональных стандартов, компетентностный подход и технологии

Отечественные и зарубежные исследования новаторских методов в области управления персоналом и внедрение ресурсно-ориентированного подхода убедительно демонстрируют, что определенные ресурсы и возможности могут быть эффективно использованы для повышения результативности деятельности. Эксперты Всемирной организации здравоохранения еще несколько лет назад выражали озабоченность по поводу существующего разрыва между стратегиями и технологиями обучения, с одной стороны, и потребностями отрасли в компетентных руководителях, с другой [141]. Обозначение компетенций, которые будут способствовать успешному выполнению обязанностей на высоком профессиональном уровне, является необходимым условием для конструирования технологии формирования профиля должности, в описании которого следует отразить четыре ключевых аспекта: условия, способствующие достижению успеха в рамках организации; стратегию управления персоналом, направленную на повышение эффективности работы сотрудников; модель поведения, которой должен следовать руководитель для успешного выполнения своих обязанностей; систему обучения, обеспечивающая профессиональный рост и развитие. На это указывают, как отечественные, так и иностранные научные источники [11,172].

Определенный интерес, в контексте исследуемой проблемы, представляет работа Г.В. Лямина, определившего понятие «кадровое ядро» медицинских организаций, сгруппировавшего и расшифровавшего «типичные функции кадрового ядра» [52].

Ю.В. Мирошникова, исследуя проблему формирования резерва руководящих кадров в здравоохранении, по результатам проведенного анализа представила две модели, одна из которых «базовая профессиональная», вторая – «базовая компетентностная». «Базовая профессиональная модель», по мнению автора, должна включать «структурированный перечень управленческих функций (работ) отражающих фактическое типизированное содержание деятельности руководителя того или иного уровня», а «базовая компетентностная - перечень профессиональных компетенций, необходимых и достаточных для качественной реализации функций, регламентированных в базовой профессиональной модели» [60].

«Профиль должности», как понятие, не имеет фиксированного однозначно закрепленного определения в научных источниках. Чаще всего «профиль должности» определятся как, своего рода, образец, который включает все необходимые требования, чтобы сотрудник мог выполнять свои обязанности эффективно и качественно в установленные сроки [96]. Профессиональная составляющая, в значительной степени, определяет качество медицинской помощи и эффективность системы здравоохранения в целом. Профессионализм, в свою очередь, определяется уровнем знаний и навыков специалистов [89].

В условиях динамично меняющегося мира роль врача-руководителя становится все более значимой [137]. А в создании системы оценки, которая позволит определить степень профессионализма, необходимую для эффективного выполнения рабочих задач, в формировании кадровой политики, планировании и организации мероприятий по повышению квалификации специалистов, а также укреплению общественного признания профессии, ключевую роль играют профессиональные стандарты [62]. Анализ доступных источников показывает, что внедрение профессиональных стандартов должно осуществляться с трех основных позиций: информационной, организационно-правовой и методической [15,44,80].

В настоящее время определены три ключевые задачи, успешное выполнение которых позволит повысить уровень качества и безопасности в сфере здравоохранения. Эти задачи сводятся к разработке и внедрению правовых механизмов, которые обеспечат эффективное применение профессиональных стандартов образовательными организациями; к установлению тесной взаимосвязи между процессом подготовки кадров и регулированием трудовых отношений в здравоохранительной практике в соответствии с профессиональными стандартами; к регулярному обновлению и адаптации профессиональных стандартов с учетом современных требований и тенденций [83,110]. Однако в работе Е.Е. Комиссарова и Е.Ю. Ванина, проведенное среди руководителей структурных подразделений медицинских организаций социологическое исследование, показано, что внедрение профессионального стандарта не решает полностью эту проблему. По данным авторов, более 60% признают необходимость обучения, но, при этом, около 60% руководителей не имеют удостоверения или сертификата о прохождении обучения; около трети руководителей, не проходили специального обучения, хотя и знакомы с требованиями стандарта; и только 17,5% считают, что их деятельность соответствует стандарту [43].

В сфере здравоохранения Российской Федерации существует ряд специфических позиций, связанных с карьерным ростом. В медицинских организациях часто наблюдается стремительное продвижение сотрудников по служебной лестнице, что приводит к их назначению на руководящие должности, иногда минуя несколько уровней карьерного трека. Те, кто быстро продвигается по служебной лестнице, часто опираются на свой опыт и интуитивное понимание управленческих задач, а не на знания и навыки, полученные в процессе подготовки на специализированных обучающих курсах для руководителей. Это приводит к тому, что молодые руководители чаще ориентируются на мнение и рекомендации более опытных коллег, а также на сложившуюся и принятую в конкретной медицинской организации систему управления. Однако такой подход не всегда может обеспечить эффективное управление. Слепое копирование практик управления потенциально ошибочно, поскольку вероятность повторения

просчетов и замедления развития организации очень высока [5]. Более того, в ряде случаев, ситуация осложняется тем, что для сохранения профессионального доминирования, решающее значение для руководителей приобретают структурные и поведенческие особенности, которые, в результате, выступают в качестве препятствия для специалистов в сфере управления на пути их карьерного роста [171]. Определенную роль в процессе нивелирования сложностей адаптации молодых руководителей может сыграть наставничество, как одна из ключевых мер, способствующих профессиональному росту и удержанию молодых специалистов в сфере здравоохранения [22].

В рамках анонимного опроса, проведенного В.А. Решетниковым, Н.Г. Коршевер и А.И. Доровской среди 285 человек, проходивших плановое повышение квалификации в Саратовском государственном медицинском университете по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», были выявлены ключевые типологические особенности, которыми руководствуются врачи при построении своей профессиональной траектории. Среди рассматриваемых качественных характеристик, авторы указывают на три позиции, занявшие лидирующие ранговые места: «постоянное расширение знаний, приобретение новых навыков и подготовка к занятию более высокого пункта в управлении - первое место в рейтинге; необходимость быть полезным инициативному, перспективному и оперативному вышестоящему руководителю - второе место в рейтинге; принятие решений в области карьеры на основе компромисса между желаниями и реальностью, между своими интересами и интересами организации - третье место в рейтинге» [91].

Вопросы профессиональной адаптации руководителей организаций здравоохранения к динамичным процессам внешней среды рассматриваются с позиции оперативного реагирования на изменения. Отмечается, что руководители медицинских организаций могут не уделять этому вопросу должного внимания, поскольку сталкиваются с объективными ограничениями, обусловленными спецификой работы и кадровыми вопросами, которые препятствуют развитию управленческих навыков [95,103]. Для успешной адаптации к меняющимся

условиям, руководителям необходимо осознавать «уязвимые места» медицинской организации, те недостатки, которые потенциально могут стать причиной их провала как эффективного управленца. Причем эти уязвимости могут быть обусловлены как внешними факторами, так и внутренними, а также их сочетанием. Понимая свои слабые стороны, руководители могут оперативно реагировать на потенциальные угрозы и одновременно искать возможности для роста и развития [122]. В этом контексте решающее воздействие со стороны руководителя ассоциируется со стратегическим мышлением и тщательно разработанным организационным планом, приоритет которого как основы для повышения уровня удовлетворенности сотрудников, увеличения производительности труда и создания конкурентных преимуществ, в зависимости от прилагаемых усилий, очевиден [194,197].

В известном смысле, определенная роль в этом процессе принадлежит непреложности Порядков оказания медицинской помощи населению, представляющих собой основополагающие документы, определяющие организацию лечебного процесса и распределение ресурсов. С одной стороны, соблюдение Порядков является ключевым для руководителя медицинской организации и требуют тщательного анализа и учета. С другой стороны – при применении нормативно закреплённых правил, руководитель медицинской организации может столкнуться с рядом трудностей, обусловленных противоречиями в законодательстве, особенно в области трудовых отношений и штатных нормативов. Согласно опросу, проведенному среди специалистов-экспертов в области организации здравоохранения, 95% из них считают, что использование установленных правил способствует принятию эффективных управленческих решений. Но внимания заслуживает 5-процентная доля тех, кто полагает, что правила не играют значимой роли в процессе управления, а их применение может усложнить работу медицинской организации. Именно эта группа руководителей требует особого подхода при формировании компетенций в процессе их профессионального развития [87,92].

Среди множества внешних факторов, определяющих профессиональный статус современного руководителя медицинской организации, особое место занимает быстрый прогресс информационных технологий и их внедрение в повседневную практику организаций системы здравоохранения, вследствие чего, последние претерпевают значительные трансформации, а вопросы обеспечения эффективного управления становятся все более актуальными. Отсюда следует, что «совершенствование управления интеллектуальным здравоохранением в эпоху больших данных становится ключевым фактором для долгосрочного и стабильного развития медицинских организаций» [117].

По мнению К. Shipra, сфера профессионального управления медицинскими организациями в США концентрируется на нескольких составляющих, которые определяют успех и эффективность работы. Во-первых, это стратегия, которая включает в себя разработку долгосрочных планов, направленных на достижение успеха и процветания организации. Во-вторых, это культура, которая формирует атмосферу сотрудничества, доверия и уважения между сотрудниками. В-третьих, это использование данных для принятия обоснованных управленческих решений и корректировки стратегии в соответствии с изменениями на рынке. Эти три компонента тесно связаны между собой и формируют основу для успешного управления [180].

Исследование, проведенное в нескольких регионах Италии, Франции, Албании и Польши, констатирует, что национальные системы здравоохранения, определяющим условием принадлежности которых к сложным системам, является их устойчивость и способность адаптироваться к изменениям, переходят от модели, ориентированной на чисто клинические аспекты, к инновационной модели, ориентированной на организационные процессы. Однако, несмотря на растущую популярность бережливого производства, только в незначительном количестве иностранных научных источников можно встретить упоминания о положительном влиянии этих систем, лишь немногие из них предоставляют конкретные количественные данные. А в тех немногих работах, где такие данные присутствуют, они обычно касаются внедрения систем бережливого производства

на уровне отдельных подразделений. Комплексное использование различных элементов этих систем, с позиции их применения в управлении, пока не достигло должного уровня, а методы и статистический анализ не всегда являются достаточно надежными. Например, для оценки эффективности систем бережливого производства в здравоохранении, руководители нуждаются в формировании специальных компетенций для проведения тщательного статистического анализа [181,198].

Е.А. Боечко, И.Б. Шикина убеждены, что руководитель медицинской организации и его подчиненные должны быть осведомлены о потенциальных угрозах и способах их предотвращения. Необходимость этих знаний авторы связывают с рациональным использованием ресурсов [8]. Вопросу нивелирования рисков неравенства в здравоохранении посвящено исследование E. Such, K. Smith, H.B. Woods и P. Meier, в котором авторы представляют два варианта управления в подобной ситуации, обозначенных ими как «внутренняя легитимность» и «внешняя легитимность» [143].

Ориентиром непосредственного воздействия на обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами в России можно считать вступившие в силу обновленные Квалификационные требования к специалистам в области медицины и фармации, непосредственная связь которых с профессиональными знаниями и навыками очевидна по причине их включения в документ в качестве основы должности руководителя или заместителя руководителя медицинской организации [7].

«Профессиональные (квалификационные) навыки - это получаемые человеком знания и умения в результате формирования его образовательного капитала нарастающим итогом на рынке труда» [115]. Определяя их назначение с двух точек зрения, таких как «результативность деятельности» и «управленческие компетенции», можно проводить оценку способности руководителя достигать поставленных целей и задач, с учетом его навыков и умений, которые помогают успешно справляться с этими задачами [42,68].

Н.Б. Найговзина с соавторами, исследуя практику обучения управленцев в сфере здравоохранения, представляют «отраслевую модель 5К блоков компетенций». В этой модели компетенции представлены 24 группами. С точки зрения компетентностного подхода, интерес представляют результаты многоступенчатого опроса слушателей – руководителей медицинских организаций, которые на первое место в рейтинге блоков компетенций модели, ставят блок «Профессионализм». Ценность блока «Управление отношениями и коммуникация с заинтересованными сторонами» также высока, этому блоку респонденты отдали второе место. Блок «понимание и знание среды здравоохранения» занял третье место в рейтинге. Этот блок компетенций был отмечен как необходимый для постоянного развития в контексте будущей работы в качестве руководителя медицинской организации. Примечательно, что респонденты считают блок компетенций «Профессиональные навыки и умения» наиболее значимым для освоения в рамках образовательной программы [75].

Анализируя категории управленческих компетенций руководителей в больничных организациях Ирландии, стремящихся к ценностно-ориентированному здравоохранению, исследователи приходят к выводу об их значимости и весомости как инструмента управления. Эта категория компетенций, по мнению авторов публикации, позволяет четко определить и развивать необходимые навыки управления у руководителей. Обращая внимание на разработку модели компетенций, которая охватывает гораздо более широкий спектр умений, нежели просто клинические или профессиональные навыки, А.Р. Walsh, D. Harrington и P. Hines приходят к выводу, о необходимости формирования требований к управленческим компетенциям в больницах [196].

Исследования в области управления, проведенные в США и Италии, демонстрируют внимание к новациям в совершенствовании навыков руководителей, акцентируя внимание на развитии функций управления. Они предлагают выявлять и устранять «слабые места», внедрять решения, направленные на объединение усилий руководителей и сотрудников для развития профессионального потенциала. Руководители высшего звена и эксперты

единодушны в определении ключевых компетенций, необходимых для успешной реализации функции руководства. «Анализ качества на основе полученных данных; непрерывное развитие профессиональных навыков и знаний; разработка программ, направленных на управление процессами; проектное управление; использование неформальных методов коммуникации; совместное управление» - такой структурированный набор компетенций предлагают авторы исследования [162,182].

Единственным доступным международным исследованием, в котором представлен сравнительный анализ управленческих компетенций врачей-руководителей, является исследование, проведенное S. K. Ileri, K. Walshe, L. Benson и M. Mwanthi в Кении и Великобритании. Полученные результаты дают возможность оценки и сопоставления опыта, лидерских и управленческих компетенций врачей-руководителей в развивающихся странах, которые дополняют имеющиеся знания о руководителях организаций здравоохранения в Великобритании [190].

Принципы построения сотрудничества между региональными органами управления здравоохранением, медицинскими организациями и высшими учебными заведениями дают широкий спектр возможностей реализации стратегии развития системы здравоохранения. Приоритет в обеспеченности здравоохранения квалифицированными кадрами, при этом, во многом зависит от системы подготовки высококвалифицированных специалистов через программы непрерывного медицинского образования [98,110]. Исследованиями, проведенными в Нидерландах и Канаде, посвященных анализу политических и системных компонентов здравоохранения, доказано, что процесс распространения знаний требует значительных усилий для поддержания интеллектуального агента, представляющего широкий спектр научных дисциплин и выходящих за их пределы практических навыков. Подход использования эмпирических данных обосновано детерминирован существованием разрыва между теми, кто создает знания, и теми, кто применяет их на практике, в связи с чем вопрос оценки знаний на основе компетентностного подхода приобретает все большую актуальность [130,178].

В настоящее время в доступных источниках представлены лишь фрагментарные сведения о том, какими профессиональными компетенциями должны обладать руководители в сфере здравоохранения для эффективного управления, хотя в работе Д. МакКлелланда «Оценка компетентности, а не интеллекта», опубликованной еще в 1973 году, отмечаются «преимущества компетентностного подхода перед традиционным» [145,164,184].

По данным Н.К. Макаровой и Э.В. Зиминной, в арсенале инструментов для оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе программ профессиональной переподготовки, лидирующие позиции занимают тестирование (83% случаев) и устный экзамен в форме собеседования (72,2% случаев) [56].

«Технологию интегральной оценки компетенций управленческих кадров здравоохранения» предлагает Н.Б. Найговзина с соавторами. В качестве базиса этой разработки приняты требования профессионального стандарта и модель компетенций руководителя. На основе собранной информации была создана система оценки профессиональных навыков, включающая семь уровней: от начального до высшего - экспертного. Также авторами применен инновационный метод визуализации персональных компетенций с широким спектром возможностей для принятия решений, включая решения назначения на должность, решения о включении в кадровый резерв и решения по разработке индивидуального плана профессионального развития [104].

Пример компетентностной оценки персонала крупной медицинской организации приводят в своей публикации и А.В. Камашева и В.В. Жаворонков. По их мнению, предлагаемая система оценки может быть положена в основу составления рейтинга медицинских организаций [35]. А итоги анализа, представленного в работе О.А. Латухи, И.М. Сон, Ю.И. Бравве и К.С. Толстой, иллюстрируют оценку потенциала устойчивости развития медицинских организаций с позиции результативности управленческих концепций, как очень низкую, при условии ориентации исключительно на «нормативно-правовую основу», без учета оценки компетенций [4].

Интересен новаторский подход к анализу компетенций потенциальных кандидатов, которые могут быть включены в кадровый резерв. Этот метод основан на общих принципах отбора и системе оценки профессиональных качеств. Критерии были определены с учётом «модели компетенций специалиста в области здравоохранения и общественного здоровья», которая служит ориентиром для формирования и развития профессиональных практических навыков будущих руководителей [84].

Экспертами в области управления здравоохранением, изучающими эту проблему, разработан перечень из 23 оценочных критериев, которые помогают определить результативность управленческих решений. В этом списке на третьем месте по важности стоит уровень компетентности руководителя [45]. Оценивая трансформацию профессиональных компетенций по мере перехода специалистов в более старшие возрастные группы, М.А. Якушин с соавторами предлагает комплекс организационных решений, включающий, в частности, инновационные технологии повышения квалификации для работников «пенсионного и предпенсионного возраста» [14].

Резюме. Таким образом, анализ научных публикаций по исследуемой проблеме показал следующее:

- национальные системы здравоохранения различных государств объединяют многие проблемы, среди которых особое место занимает ограниченность ресурсов, включая дефицит квалифицированных кадров;
- дефицит кадров в здравоохранении России остается насущной проблемой, требующей глубокого и всестороннего изучения;
- дополнительную актуальность кадровым проблемам отрасли здравоохранения придает проблематика ее региональной составляющей;
- ключевую роль в развитии профессиональной деятельности руководителей играют профессиональные стандарты, однако требования, изложенные в профессиональном стандарте «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», не позволяют провести всестороннюю оценку деятельности руководителей медицинских организаций;

- компетентностный подход имеет высокую значимость и весомость как инструмент управления медицинской организацией;
- в литературных источниках отсутствует четкое понятие «профессиональный портрет», а описания образа руководителя носят фрагментарный характер, для каждой конкретной области исследования применяются произвольные критерии объекта для включения в структуру профессионального портрета; «профиль должности», как понятие, не имеет фиксированного однозначно закреплённого определения в научных источниках.

ГЛАВА 2 ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе проведения настоящего научного исследования, основанного на гипотезе, подтвержденной фактическими данными, применен комплексный подход, который позволил рассмотреть объект как совокупность взаимосвязанных элементов, с последующим анализом, для чего, по мере решения сформулированных задач, использовались методы математической статистики с целью обработки данных, построения моделей динамических процессов и формирования статистических доказательств.

2.1 План и программа статистического наблюдения

Рабочая гипотеза строилась на предположении о том, что организационная технология комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций позволит идентифицировать требования к должности и структурировать систему оценки уровней владения компетенциями на основе единой шкалы оценки.

Наблюдение проводилось на территории Рязанской области, включая город Рязань и муниципальные образования, с 2022 по 2025 гг. По времени регистрации данных проводилось непрерывное наблюдение, которое предусматривало регистрацию признаков, характеризующих временные, количественные (функциональные) и качественные (нефункциональные) характеристики управленческих кадров регионального здравоохранения, включенных в исследование. По охвату единиц совокупности проводилось сплошное наблюдение.

В процессе исследования были последовательно реализованы четыре этапа, которые осуществлялись в строгом соответствии с тщательно разработанной программой статистического наблюдения.

На первом этапе была проведена организационная работа, включающая в себя разработку плана и программы исследования. В ходе этой работы были определены цели и задачи исследования, а также разработан алгоритм анализа

собранных данных. Для проведения исследования установлены ключевые характеристики элементов статистического наблюдения, которые могли бы обеспечить валидность данных для последующего анализа. Предварительно систематизированы и оценены статистические данные обеспеченности населения региона управленческими кадрами по материалам официальных статистических изданий ЦНИИОЗ Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть. Медицинские кадры» за 2012-2022 гг. В качестве исходного базиса исследования применены апробированные методы математической статистики и методы критического анализа, деконструкции, сравнения (предполагающие тщательное изучение содержания научных трудов, релевантных рассматриваемой проблематике).

В процессе формирования плана комплексного исследования обозначены объект и предмет исследования; определены единицы наблюдения; установлены временные рамки, локация и способы проведения исследования, в том числе, для выполнения отдельных этапов работы.

Объект исследования – медицинские организации, подведомственные региональному органу управления здравоохранением, расположенные в пределах Рязанской области.

Предмет исследования – характеристики руководителей (главных врачей) медицинских организаций и заместителей руководителей медицинских организаций.

Единицы наблюдения – руководитель (главный врач) медицинской организации; заместитель руководителя медицинской организации.

На втором этапе были собраны и систематизированы статистические данные, которые вносились в специально разработанную регистрационную карту, составленную в виде таблицы. Затем данные были подвергнуты предварительному обобщению и группировке [132].

Исследование предусматривало документальное (ретроспективное, текущее) и специально организованное статистическое наблюдение [2,28,32]. В процессе сбора информации были использованы два метода: отчетный метод и метод опроса.

Отчетный метод предусматривал выкопировку сведений, которая проводилась из первичной документации, представленной формами федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (таблицы 1100, 1109); № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» (таблицы 0100, 0200, 0400, 0450, 0500, 0600, 1300, 1500) за 2018-2023 гг. (ретроспективное и текущее наблюдение) по Рязанской области; дополнены данные о движении управленческих кадров - из официальных статистических изданий: сборников «Здравоохранение в России», «Рязанская область в цифрах» [26,94], статистических материалов ЦНИИОЗ Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть. Медицинские кадры» (за 2023 гг., текущее наблюдение). Использованы справочные материалы регионального органа управления здравоохранением.

В рамках социологического исследования был применен метод типологического отбора медицинских организаций для формирования двух групп наблюдения. Ввиду того что в социологическое исследование включены сотрудники высшего и среднего звеньев в иерархии управления всех самостоятельных медицинских организаций, подведомственных региональному Минздраву, расчет размера выборки не проводился, поскольку представленное в сплошном исследовании количество респондентов обеспечивали валидность результатов и их соответствие установленным критериям оценки.

Для формирования ситуативных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации, в 2023 году проведен опрос (анкетирование) главных врачей. Анкета содержала 3 блока вопросов: 1 блок, предусматривал вопросы, касающиеся общих сведений о медицинских организациях, включенных в исследование; 2 блок – вопросы, относящиеся к основным функциональным и нефункциональным характеристикам главных врачей (руководителей медицинской организации); 3 блок – вопросы, относящиеся к основным функциональным и нефункциональным характеристикам заместителей руководителей медицинской организации.

Для формирования экспертных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации, и определения статистически значимых, проектно-зафиксированных, элементов организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности главного врача медицинской организации, в 2024 году проведен опрос 15 экспертов – сотрудников научных и образовательных организаций (критерии включения: ученая степень доктор медицинских наук по специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза; ученое звание «профессор» - 100,00% экспертов), дополнительный критерий включения - участие в разработке профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» (35,00% экспертов). Эти критерии подтверждают высокий квалификационный уровень экспертов. Получение данных для разработки организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций предусматривало дополнительное анкетирование 15 экспертов – руководителей региональных медицинских организаций (критерии включения: наличие специальности организация здравоохранения и общественное здоровье; стаж работы в занимаемой должности 10 лет и более - 100,00% экспертов).

Анкета формирования экспертных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации включала 8 блоков вопросов, сгруппированных по основным, статистически значимым, компонентам ситуативного профессионального портрета. Анкета определения архитектуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителя (главного врача) медицинской организации, представленная в формате профиля должности, сгруппирована по 8 блокам вопросов: блок 1 блок включал вопросы по основным значимым универсальным и профессиональным компетенциям; блок 2 – вопросы по метакомпетенциям для профиля должности; блок 3 – вопросы по обобщенным профессиональным компетенциям (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта); блок 4 –

вопросы, касающиеся инструментов (методов) оценки компетенций; блок 5 – вопросы, касающиеся типов формирования профиля должности; блок 6 – вопросы структуры профиля должности на основе компетентностного подхода; блок 7 – вопросы, касающиеся основных задач, которые позволит решать профиль должности; блок 8 – вопросы о преимуществах профилирования.

Содержание третьего этапа исследования заключалось в обобщении и систематизации собранных данных, в расчете и анализе статистических показателей. На этом этапе анализировались общие тенденции развития управленческих кадров регионального здравоохранения, количественные и качественные характеристики руководителей медицинских организаций и их заместителей в г. Рязани и муниципальных районах области.

Этот этап предусматривал также анализ общих сведений о медицинских организациях, включенных в социологическое исследование, построение прогностических моделей исследуемых показателей, формирование ситуативных и экспертных профессиональных портретов главных врачей и их заместителей.

К центральным характеристикам ситуативного профессионального портрета главного врача (руководителя медицинской организации) отнесены следующие, основные, обобщенные компоненты: возраст, пол, уровень образования, опыт работы, тип медицинской организации, плановая мощность медицинской организации, иерархия высшего и среднего звеньев управления.

К центральным характеристикам ситуативного профессионального портрета заместителя главного врача (заместителя руководителя медицинской организации) отнесены следующие, основные, обобщенные компоненты: пол, уровень образования, опыт работы, сегментирование должностей.

На третьем этапе проведен анализ согласованности мнений экспертов по основным компонентам экспертного профессионального портрета руководителя и заместителя руководителя медицинской организации и архитектуры профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации.

На четвертом этапе, по итогам проведенного анализа, методом организационного моделирования, разработана организационная технология

комплексной оценки компетенций руководителя (главного врача) медицинской организации, представленная в формате профиля должности (технология, основанная на знаниях); сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации.

2.2 Методология и методы исследования

Ключевая цель применения методов анализа данных, собранных в ходе исследования, заключалась в создании математической модели, которая позволит описать изучаемое явление и объект. Исследование построено на комплексном подходе к анализу исходных данных, предусматривающем работу с разнообразными видами информации, что потребовало использование, адекватных цели и задачам, методов математической статистики [106,182]. Применение методов описательной статистики было направлено на обработку, систематизацию и представление информации в наглядной форме (табличный и графический методы), и на проведение количественного и качественного анализа с использованием номинальных, ранговых и интервальных шкал, для чего проводился расчет статистических показателей и ранжирование [40].

Для анализа динамических процессов предусмотрен расчет специфических критериев, позволяющих оценить интенсивность и скорость изменений (индекс роста, темп прироста, показатели ускорения). В целях формирования комплексного представления и выявления характерных особенностей трансформаций динамических процессов, проводился расчет среднего коэффициента роста [28,124].

Для определения интенсивности и скорости изменений проведен анализ многолетних тенденций за период с 2012 по 2023 годы статистическим методом, предусматривающим как ретроспективное, так и текущее наблюдение. Применение данных видов наблюдений позволило выявить достоверно значимые закономерности развития процессов и сформировать точные модели прогноза [133]. Определение тренда многолетней динамики, при размере временного ряда 12 лет и тренда динамики, при размере временного ряда 6 лет, проводилось

методом аналитического выравнивания, при этом характер зависимости описывался полиномом второй степени:

$$\bar{y}_t = a \cdot x^2 + b \cdot x + c \quad (1);$$

где: $a \neq 0$; a - старший коэффициент полинома; b - коэффициент зависимости скорости изменения; c - коэффициент зависимости смещения по оси y .

Оценка вариабельности уровней рядов динамики, проверка устойчивости тренда и изменчивости значений исследуемого признака предполагала расчет общей дисперсии:

$$\sigma_y^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}{n} \quad (2);$$

где: y - среднее значение переменных; n - общее число наблюдений.

При сравнительном анализе рядов динамики в срезе территорий, для оценки интенсивности изменений, измерялось относительное ускорение по коэффициенту опережения:

$$K_{\text{опер.}} = \frac{K_{p_i}}{K_{p_{i-1}}} \quad (3);$$

где: K - коэффициенты роста (K_p).

Для обобщения характеристик интенсивности изменений коэффициентов применялся показатель среднего коэффициент роста:

$$\overline{K_p} = \sqrt[m]{K_1 \cdot K_2 \cdot K \cdot K_m} \quad (4);$$

где: $K_1, K_2, \dots, K_m$ - цепные коэффициенты роста; m - число цепных коэффициентов роста.

Исследование устойчивости тенденции временного ряда предусматривало использование коэффициента аппроксимации (R^2), значение которого принималось в диапазоне от 0 до 1, в зависимости от чего, тенденция оценивалась как неясная, неустойчивая или выраженная устойчивая.

Оценка точности трендовой модели предусматривала также расчет относительной ошибки аппроксимации по формуле:

$$\bar{A} = \frac{\sum_{i=1}^n \frac{|y_i - \hat{y}_t|}{y_i}}{n} \cdot 100\% \quad (5);$$

где: y_i – фактическое значение переменной; $\hat{y}_t$ – нормализованное значение переменной; n – число наблюдений.

При величине ошибки в диапазоне $5\% < |\bar{A}| < 7\%$, точность трендовой модели оценивалась как высокая, при величине ошибки $7\% < |\bar{A}| < 15\%$ – как удовлетворительная, а при величине ошибки $> 15\%$ – как низкая.

Проверка надежности трендовой модели проводилась по критерию Фишера на основании формулы:

$$F = \frac{R^2}{1 - R^2} \cdot (n - 2) \quad (6);$$

где: R^2 – коэффициент аппроксимации уравнения тренда ($H_0: R^2=0$ на уровне значимости α); n – число периодов трендовой модели.

Расчетное значение F критерия сравнивалось с критическим значением F -критерия по таблицам распределения Фишера, гипотеза о надежности модели принималась при $F_{\text{расчетный}} > F_{\text{критический}}$ при заданном p -level не менее 95%.

Для построения вероятностных сценариев развития динамики и трансформации структур исследуемых процессов, применен метод поискового однопараметрического долгосрочного и среднесрочного точечного экстраполятивного прогнозирования, на основе моделей динамических рядов [13]:

$$\hat{y}_{t+1} = f(y_t, y_{t-1}, \dots, y_{t-n}) \quad (7);$$

где: t – период упреждения (период прогноза, $t = 1, 2, \dots, n$); y – средний уровень ряда.

Модель среднесрочного прогноза с интервалом упреждения прогноза в 4 года, основанная на корреляции между количеством руководителей, и их заместителей в медицинских организациях, и уровнем текучести кадров, построена на основе многопараметрического метода:

$$\hat{y}_{t+1} = f(x) \quad (8);$$

где: $f(x)$ – детерминированная составляющая модели.

Оценка форм связи и измерение тесноты зависимости (в пределах 0;1 по шкале Р. Чеддока) предполагала расчет эмпирического корреляционного отношения:

$$\eta = \sqrt{\frac{\sum(\bar{y} - y_t)^2}{\sum(y_i - \bar{y})^2}} (10);$$

где: $(\bar{y} - y_t)$ - средняя внутригрупповых дисперсий; $(y_i - \bar{y})$ - общая дисперсия результативного признака.

Верификация прогнозных моделей осуществлялась по величине коэффициента аппроксимации (R^2) и точности прогноза по коэффициенту несоответствия Тейла:

$$K_T = \sqrt{\frac{\sum(y_i - \bar{y})^2}{\sum y_i^2}} (11);$$

где: в числителе – число подтвержденных прогнозов; в знаменателе - число неподтвержденных прогнозов.

Интервальная оценка прогнозных коэффициентов предусматривала расчет доверительного интервала при уровне статистической значимости 0,05 (формулы 12,13,14):

$$\bar{X} = \pm Z_{\alpha/2} \frac{\alpha}{\sqrt{n}} (12);$$

где: $Z_{\alpha/2}$ - коэффициент доверия; α - стандартное отклонение; n - размер выборки.

Вероятность выхода за верхнюю границу рассчитывалась по формуле:

$$P(x_{n-1}^2 \geq h_\beta) = 1 - P(x_{n-1}^2 < h_n) (13).$$

Вероятность выхода за нижнюю границу рассчитывалась по формуле:

$$P(x_{n-1}^2 < h_n) = \frac{y}{2} (14).$$

Для оценки степени выраженности взаимосвязи между исследуемыми признаками, а также установления наличия или отсутствия статистически значимой связи между ними, применен корреляционный анализ (метод Спирмена). Оценка тесноты связи проводилась по степени приближенности модуля корреляции к единице.

Определение асимметрии атрибутивного ряда распределения по наименованиям должностей заместителей руководителей медицинских

организаций групп сравнения, а также для ряда базовых специальностей высшего образования заместителей главных врачей по экономическим вопросам, предполагало расчет коэффициентов асимметрии Пирсона (A_s) и эксцесса (e_x) с последующей оценкой аппроксимации:

$$A_s = \frac{\bar{x} - M_e}{\sigma_x} \quad (15);$$

где: $\bar{x}$ - среднее значение переменной; M_e - медиана; σ - среднее квадратическое отклонение.

$$e_x = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^4}{n\sigma^4} - 3 \quad (16);$$

где: $(x_1 - \bar{X})^4$ - центральный момент 4-го порядка.

Асимметрия оценивалась как значительная при $A_s > 0,5$, как незначительная – при $A_s < 0,25$, как умеренная – при значении коэффициента $0,25 \leq A_s \leq 0,5$.

Статистическое доказательство результатов исследования предполагало проведение точного теста Фишера (F-критерий) и расчет критерия Стьюдента (t-критерий) с уровнем значимости 0,05 и менее ($p < \alpha$) [17,40,51].

Организационная технология комплексной оценки руководителей медицинских организаций представлена в формате профиля должности и отвечает требованиям к видам организационных технологий, основанных на знаниях (технологии, в которых «знания рассматриваются в качестве доминирующего ресурса»), направленных на достижение общей цели, слагаемой в проводимом исследовании из элементов оценки соответствия кандидата на должность руководителя требованиям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» («формализация знаний»), актуализации его профессиональных компетенций («координация, контроль и сохранение знаний»), а также определения траектории его дальнейшего развития («генерация и диффузия знаний») [4,42, 124].

Процедура формирования профиля должности предусматривала применение метода организационного проектирования (экспертно-аналитический метод) и включала в себя несколько этапов. Первый этап заключался в определении

основных компонентов ситуативного профессионального портрета руководителя и заместителя руководителя медицинской организации и отбор компонентов экспертного профессионального портрета, получивших высокий уровень оценки согласованности мнений экспертов ($W > 0,7$). Второй этап предполагал определение перечня компетенций по результатам экспертных оценок с высоким уровнем оценки согласованности мнений экспертов ($W > 0,7$), и уточнение архитектуры профиля должности. На третьем этапе спроектирован профиль должности руководителя (главного врача) медицинской организации.

В процессе проектирования профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации, а также при формировании экспертного профессионального портрета, был применен аналитический метод индивидуальных экспертных оценок с последующим анализом согласованности мнений экспертов на основе рассчитанного коэффициента конкордации (М. Кендалла) [25,93]. Чтобы определить необходимое количество экспертов для их включения в исследование, использована следующая формула расчета:

$$N = \frac{t_{\alpha}^2}{\varepsilon} (17);$$

где: t_{α} - критерий достоверности для заданной вероятности безошибочного прогноза; ε - предельно допустимая ошибка.

В результате проведенных вычислений было установлено, что для достижения минимально требуемой доверительной вероятности в 95% и критерии t , равном 1,96, необходимо провести оценку согласованности мнения 15 экспертов. При этом предельно допустимая ошибка, выраженная в долях σ , не превышала 0,05.

Отбор экспертов проводился по методике определения коэффициентов относительной компетентности путем расчета относительные веса экспертов по формуле:

$$k_i = \frac{\sum_{j=1}^m x_{ij}}{\sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^m x_{ij}} (18);$$

где: k_i - коэффициент компетентности i -го эксперта; m – размерность матрицы x_{ij} .

На основе проведенного отбора сформирована экспертная группа из специалистов, которые были рекомендованы не менее трех раз. Сумма нормированных коэффициентов компетентности, определявшихся как относительное число экспертов, высказавшихся за включение конкретного эксперта в список экспертной группы, составила 1:

$$\sum_{i=1}^m k_i = 1 \quad (19).$$

Оценка надежности опросника, представленного в виде номинальной шкалы наименований с двумя альтернативными вариантами («за» и «против»), предполагала применение стандартизированного коэффициента α Кронбаха:

$$\alpha_{st} = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}} \quad (20);$$

где: N - число компонентов опросника; $\bar{r}$ - средний коэффициент корреляции компонентов.

В качестве достаточного уровня рассматривалось значение α_{st} , равное 0,7. Значения α_{st} , превышающие 0,7, считались хорошими и очень хорошими, а значения α_{st} ниже 0,6 - сомнительными, плохими и недостаточными. Полученное значение коэффициента $\alpha_{st}=0,763$ служит подтверждением достаточного уровня надежности анкеты, которая была применена для опроса экспертов ($\alpha_{st}>0,7$) [93].

В качестве методов измерения экспертных оценок выбраны методы непосредственной оценки и метод рангов.

Расчет коэффициента конкордации проводился по формуле:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12} m^2 (n^3 - n) - m \sum_{i=1}^m T_i} \quad (21);$$

где: S - сумма квадратов отклонений индивидуальных оценок экспертов; T_j - показатель связанных рангов в оценках j эксперта; m - количество экспертов; n - количество оцениваемых вариантов.

Коэффициент конкордации оценивался по величине его числового значения (шкала А. Марголина): чем ближе значение W к 1, тем более согласованным считалось мнение экспертов ($0 < W < 1$). В разработку профиля должности не

включались результаты с $W < 0,7$. Допустимая вероятность ошибки экспертов принималась в пределах $1 > \sigma > 0$.

Проверка значимости коэффициента конкордации выполнялась с применением критерия χ^2 Пирсона и его последующим сравнением с критическим значением:

$$\chi_w^2 = m \cdot (n - 1) \cdot W \quad (22)$$

При значении расчетного значения χ^2 Пирсона выше критического, нулевая гипотеза отклонялась и коэффициент степени согласованности считался высоким.

В целях выявления наиболее значимых компонентов профиля должности и экспертного профессионального портрета использована методика вычисления интервальных значений средних арифметических ранговых позиций с доверительной вероятностью, равной 95%. Оценка группового мнения экспертов проводилась методом средних арифметических рангов по среднему ожидаемому значению стандартизованных данных (e_x).

Расчеты проводились с использованием специализированного программного обеспечения («Microsoft Excel 2013»). Для интеграции математических составляющих были применены методы системного анализа и обработки данных, которые были реализованы в программном обеспечении Statistica 6.0 (серийный № 31415926535897).

Программа, методы исследования, объем и источники информации приведены в таблице 2.1.

Основные понятия и термины, применяемые в настоящем исследовании.

Функциональные (количественные) характеристики. Функциональные характеристики, согласно общепринятой терминологии, это «отнесение исследуемых групп к категории руководителей, стаж работы (общий и специальный) и жизненный цикл руководителя» [119].

Таблица 2.1 - Программа, методы исследования, объем и источники информации

Цель исследования	Научно обосновать организационную технологию комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций и представить результаты в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации.				
Задачи исследования	Проанализировать общие тенденции динамики показателей численности управленческих кадров здравоохранения региона и дать оценку их функциональным и нефункциональным характеристикам.	Сформировать ситуативные профессиональные портреты руководителя и заместителя руководителя региональной медицинской организации по результатам социологического исследования, и оценить возможность включения их основных компонентов в разработку организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций.		Провести экспертный анализ компетентностного содержания и основных компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций.	Научно обосновать, разработать и внедрить организационную технологию (профиль должности) комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, включающую формальные и квалификационные требования к должности, профиль компетенций и инструменты (методы) оценки.
Основные методы исследования	Метод критического анализа, метод деконструкции, метод сравнения	Отчетный метод, метод опроса, метод типологического отбора	Методы описательной статистики, структурный графический метод	Методы выявления тренда, метод поискового однопараметрического точечного экстраполятивного прогнозирования	Экспертно-аналитический метод, метод организационного моделирования
Объект и предмет исследования	Объект исследования – медицинские организации, подведомственные региональному органу управления здравоохранением, расположенные в пределах Рязанской области.			Предмет исследования – характеристики руководителей (главных врачей) медицинских организаций и заместителей руководителей медицинских организаций.	
Основные источники и объем информации	Научная литература: научные статьи, монографии, диссертации, авторефераты диссертаций, нормативно-правовые документы – 199 ед.	Регистрационные документы: форма ФСН № 30 - 360 ед.; форма ФСН № 47 - 6 ед.; анкеты главных врачей - 60 ед.; анкеты экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций – 15 ед.; анкеты экспертов – руководителей региональных МО – 15 ед.		Справочная информация: статистические материалы ЦНИИОЗ «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть. Медицинские кадры» - 12 ед.; статистические сборники Росстата «Здравоохранение в России» – 1 ед.; «Рязанская область в цифрах» – 1 ед.; справочные материалы регионального органа управления здравоохранением – 6 ед.	

Нефункциональные (качественные) характеристики, согласно общепринятой терминологии, включают «социальные характеристики (пол, возраст) и профессиональные (уровень образования и квалификация)» [119].

«Управленческие кадры здравоохранения». В контекст этого понятия включены «должности руководителей (главных врачей) и заместителей руководителей (главных врачей) медицинских организаций, руководители филиалов и обособленных структурных подразделений», в соответствии с Приказом Минздрава России «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» от 02.05.2023 N 206н (ред. от 19.02.2024) и приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» от 07.11.2017 N 768н [71,72,73].

«Стажевые группы». Из доступных открытых источников, наиболее раннее упоминание термина «стажевые группы» встречается в письме Минсоцобеспечения РСФСР от 30.06.1986 N 1-63-И. Поскольку этот термин имеет довольно широкое применение в научных публикациях, посвященных исследованию продолжительности стажа и трудовой мобильности, его использование в настоящем исследовании целесообразно и адекватно современным требованиям [21].

«Профессиональный портрет». В научных работах, посвященных исследованию профессиональной деятельности, часто используется термин «профессиональный портрет», но его четкое определение не сформулировано. В публикациях по данной проблематике, как правило, выделяют следующие, часто совпадающие, компоненты структуры «профессионального портрета»: образование; профессиональные компетенции и навыки; дополнительные знания; опыт работы. Кроме того, описываются элементы, связанные с гендерными и возрастными характеристиками работника, лидерскими и другими качествами объекта профессионального портрета [9,86].

«Ситуативный». Верификация условий, в которых формируется профессиональная траектория современных руководителей, позволяет использовать термин «ситуативный» в контексте понятия «профессиональный портрет». Это обусловлено тем, что в данной работе обозначен определенный набор качеств ключевого элемента используемого подхода – руководителя – которые действуют в конкретный момент времени и оказывают влияние на формирование профессионального образа руководителя медицинской организации.

Профиль должности. В научных источниках не определено единого подхода к понятию «профиль должности» и архитектуре его построения. Данное понятие в настоящем исследовании применено в контексте компетентностного подхода, который предполагает использование определенного набора знаний и умений, формальных и квалификационных требований, соотнесенных с профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», как инструмента профессионального развития [11,96].

Метакомпетенции (универсальные компетенции). Согласно общепринятому подходу к определению данного понятия, в настоящем исследовании использованы его основные смысловые составляющие, включающие способность оперативной адаптации, гибкость и стремление к развитию, умение применять знания и навыки в изменяющихся условиях для повышения профессионализма и эффективности деятельности [194].

ГЛАВА 3 ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 Анализ трендовых моделей и прогноз показателей численности управленческих кадров

Для того чтобы получить полное представление о тенденциях развития численности управленческих кадров регионального здравоохранения, было проведено исследование текущей ситуации и определение трендов, дана количественная и качественная оценка изменений руководителей/заместителей руководителей медицинских организаций в регионе, а также прогнозирование перспектив развития динамических процессов на основе анализа тренда и вероятных событий [40].

Особенностей состава занятых должностей руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций (организаторов здравоохранения) в Рязанской области, по сравнению с Российской Федерацией, не регистрируется, их доли в структуре 2023 г. соизмеримы (3,2% и 3,4% соответственно), в то время как удельный вес данной категории специалистов в ЦФО (2,7%) несколько ниже (на 14,3%).

В срезе территорий фиксируется выраженная устойчивая тенденция ($R^2=0,9465$, $0,9373$ и $0,9241$, соответственно, в Российской Федерации, ЦФО и Рязанской области) к снижению абсолютной численности руководителей исследуемых уровней. Точность ($\bar{A}$, соответственно, $3,46\%$, $5,26\%$ и $6,34\%$) и надежность ($F=79,6112$, $67,2250$ и $54,7466$; $F_{\text{критический}}=4,9646$, соответственно) трендовой модели высокие для всех трех временных рядов (Таблица 3.1).

За 2012-2023 гг. регистрируется убыль (индексы роста $0,53$, $0,44$, $0,42$) численности руководителей с высокой интенсивностью динамики (темпы прироста равны $-46,3\%$; $-55,84\%$; $-57,97\%$) и высокой относительной скоростью изменений ($\overline{K_p}=22720,31$; $5107,39$; $193,9775$), соответственно, в Российской Федерации, ЦФО и Рязанской области. В среднем, численность руководителей медицинских

организаций и их заместителей (организаторов здравоохранения) в Рязанской области сокращалась на 7,6% с каждым временным периодом, при превышении темпа убыли показателя в Рязанской области, над общероссийским показателем на 25,21%.

Таблица 3.1 - Динамика численности руководителей медицинских организаций и их заместителей (организаторов здравоохранения) за 2012-2023 гг. (все население, физ.лица)

Годы	Российская Федерация	ЦФО	Рязанская область
2012	33358	8582	345
2013	32986	8481	331
2014	25629	5961	227
2015	24242	5607	206
2016	23089	5131	195
2017	22161	4871	189
2018	21428	4646	186
2019	20527	4385	173
2020	19486	4179	147
2021	18931	4077	145
2022	18577	3940	145
2023	17946	3789	145
Индекс роста	0,53	0,44	0,42
Темп прироста 2023/2012 (%)	-46,3	-55,84	-57,97
$\bar{K}_p$	22720,31	5107,39	193,9775
R^2	для уравнения $y=155,22x^2-3340,6x+36503=0,9465$	для уравнения $y=56,33x^2-1139,2x+9657,8=0,9373$	для уравнения $y=2,3536x^2-47,423x+383,59=0,9241$
$\bar{A}$ (%)	3,46	5,26	6,34
F статистика	79,6112>4,9646	67,2250>4,9646	54,7466>4,9646

Существенное, сокращение численности руководителей (организаторов здравоохранения) в Рязанской области можно объяснить мероприятиями, связанными со структурной реорганизацией, в результате которых, количество медицинских организаций сократилось на 29,5% с 2012 по 2023 год ($F=81,48181 > F_{\text{критический}}=4,9646$; при заданном $p\text{-value}=0,05$). В сельских районах области динамика этого показателя носила более интенсивный характер: число самостоятельных медицинских организаций уменьшилось на 40,0% ($F=17,75879 > F_{\text{критический}}=4,9646$; при заданном $p\text{-value}=0,05$).

Рассчитанное направление изменений численности руководителей медицинских организаций и их заместителей в регионе сопоставимо с общероссийскими тенденциям, и подтверждается опубликованными Н.Б. Найговзиной, И.М. Сон и Э.В. Зиминной данными, в которых представлены результаты, свидетельствующие о сокращении (только за 2017-2021 годы) «общего числа физических лиц руководителей и их заместителей на 14,6%» [66]. А по информации, отображенной в публикации П.С. Твилле, Т.Л. Савиновой, Р.А. Хальфина с соавторами, «число управленческих кадров системы здравоохранения сократилось на 38% в период с 2014 по 2021 г.» [77].

Самая высокая убыль коэффициента обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения) характерна для Рязанской области (индекс роста 0,41) и ЦФО (индекс роста 0,42). В Российской Федерации убыль показателя существенно ниже: на 26,19% по отношению к индексу роста ЦФО и на 29,27% - по отношению к индексу Рязанской области (Таблица 3.2).

Анализ многолетней динамики в срезе сравниваемых территорий, в целом, свидетельствует о превышении обеспеченности населения руководителями медицинских организаций и их заместителями в Рязанской области в течение исследуемого периода: в среднем, на 12,6% ($p < 0,05$) над общероссийскими показателями и на 32,6% ($p < 0,05$) над показателями ЦФО. Установлена статистически значимая разница коэффициентов обеспеченности населения руководителями обоих уровней для Рязанской области между значениями 2012 года (3,01 на 10000 населения) и 2023 года (1,24 на 10000 населения): $F = 11,24499 > F_{\text{критический}} = 3,88$; при заданном $p\text{-value} = 0,05$.

При сопоставлении относительной интенсивности снижения коэффициентов в срезе территорий, регистрируются негативные тенденции для исследуемого региона: в Рязанской области показатель темпа убыли выше, чем в ЦФО и Российской Федерации (58,8% против 57,66% и 47,21%, соответственно), при тренде динамики, характеризующемся достоверно выраженной устойчивой тенденцией ($R^2 = 0,9405, 0,9377, 0,9237$; $F = 71,1026; 67,7007$ и $57,3584$,

соответственно, для Российской Федерации, ЦФО и Рязанской области; $F_{\text{критический}}=4,9646$; $p\text{-value}=0,05$), свойственной для всех сравниваемых территорий.

Таблица 3.2 - Динамика обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения) за 2012-2023 гг. (на 10000 населения)

Годы	Российская Федерация	ЦФО	Рязанская область
2012	2,33	2,22	3,01
2013	2,30	2,19	2,89
2014	1,75	1,53	2,0
2015	1,66	1,44	1,89
2016	1,57	1,31	1,73
2017	1,51	1,24	1,68
2018	1,46	1,18	1,66
2019	1,40	1,11	1,56
2020	1,33	1,06	1,30
2021	1,30	1,04	1,32
2022	1,26	0,98	1,24
2023	1,23	0,94	1,24
Индекс роста	0,53	0,42	0,41
Темп прироста 2023/2012 (%)	-47,21	-57,66	-58,8
$\bar{K}_p$	1,556461	1,299282	1,71623
R^2	для уравнения $y=0,0117x^2-0,2462x+2,5568=0,9405$	для уравнения $y=0,0145x^2-0,2973x+2,4982=0,9377$	для уравнения $y=0,0206x^2-0,4108x+3,3596=0,9237$
$\bar{A}$ (%)	3,93	5,6	6,49
F статистика	71,1026>4,9646	67,7007>4,9646	57,3584>4,9646

В Рязанской области, в среднем, коэффициенты обеспеченности с каждым периодом временного ряда сокращались на 7,8%, а темп убыли коэффициента в регионе на 24,55% превышал аналогичный показатель Российской Федерации.

В силу того, что погрешность аппроксимации для всех временных рядов не превышает 7%, можно констатировать, что изменение уровней ряда находится в зависимости от временного фактора. Это является подтверждением высокой точности уравнения тренда.

В динамике показателей, характеризующих относительную интенсивность изменений обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями, выделяется период, относящийся в 2014 году, связанный с резким падением коэффициентов: на 23,91%; 30,14%; 30,8%, соответственно, для Российской Федерации; ЦФО и Рязанской области (Рисунок 3.1).

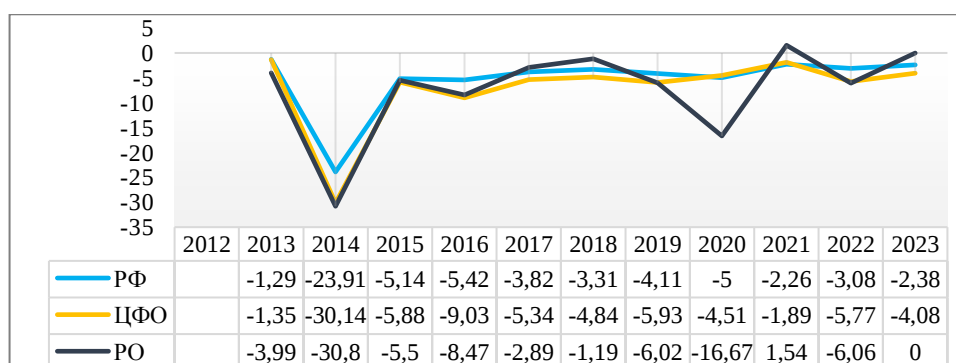


Рисунок 3.1 – Темпы прироста обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения) в пределах Российской Федерации, ЦФО и Рязанской области за 2012-2023 гг. (%)

Колеблемость уровней временного ряда в 2015-2023 гг. незначительна для темпов прироста показателей Российской Федерации и ЦФО ($\sigma^2=1,386453$ и $3,600044$ соответственно), а общая тенденция отображает снижение темпов обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями. Для Рязанской области этот отрезок временного ряда описывается значительной вариабельностью уровней ($\sigma^2=29,67201$) и более интенсивным снижением коэффициента в период с 2019 по 2020 гг. при том же направлении общей тенденции.

Относительное ускорение изменения обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями либо выше относительного ускорения изменения численности физических лиц, либо характеризуется полной тождественностью коэффициентов (Рисунок 3.2).

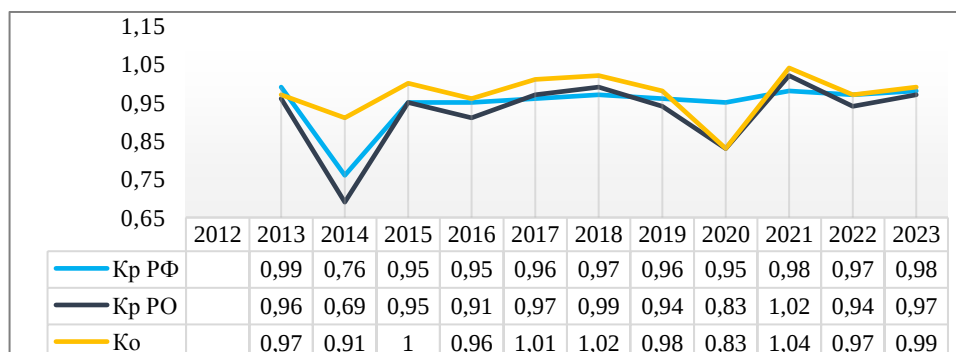


Рисунок 3.2 – Коэффициенты роста и опережения численности и обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения) в Рязанской области за 2012-2023 гг.

Исключение составили 4 года временного ряда, для которых отмечается меньшее относительное ускорение коэффициента обеспеченности, чем для показателей численности физических лиц, при этом влияния на общую тенденцию сравниваемых показателей не регистрируется.

Результаты прогноза обеспеченности руководителями и их заместителями (организаторами здравоохранения) медицинских организаций Рязанской области представлены снижением коэффициента с достижением уровня 0,83 (ДИ 0,63;0,97) на 10000 населения к 2033 году, характер тенденции при этом сохраняется (Рисунок 3.3).

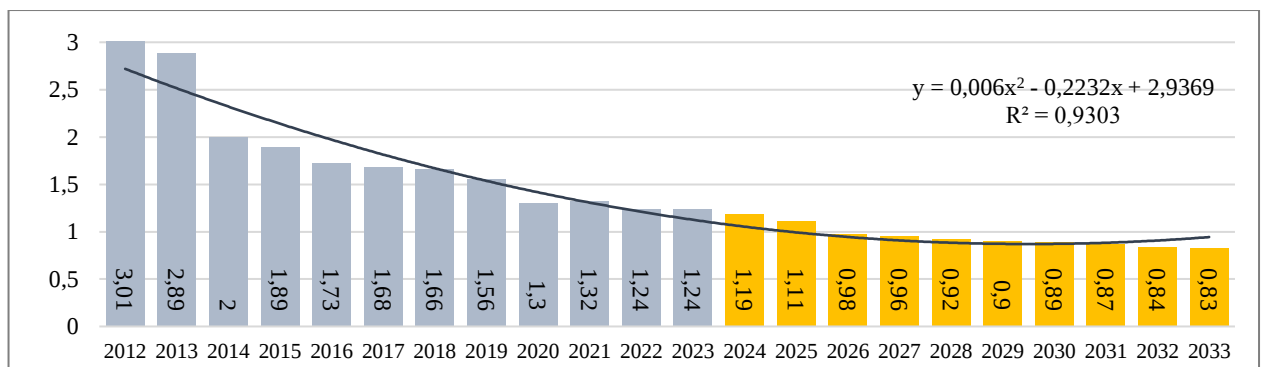


Рисунок 3.3 – Динамика и прогноз обеспеченности руководителями и их заместителями (организаторами здравоохранения) медицинских организаций Рязанской области (на 10000 населения)

Полиномиальная прогнозная модель, с интервалом упреждения в 10 лет, построена на основе точечного прогнозирования с предельной погрешностью $\pm 5,0\%$ ($p\text{-value}=0,05$), что обеспечило высокое качество предикторов. Устойчивость тренда подтверждается высоким значением коэффициента аппроксимации ($R^2=0,9303$), а точность прогноза – величиной коэффициента несоответствия Тейла ($K_T=0,0187$). Значения прогнозного коэффициента в 2033 году не выйдут за пределы рассчитанного доверительного интервала с надежностью 0,01 ($p\text{-level}=99\%$). Учитывая оценочные данные, можно сделать заключение о том, что валидность полиномиальной прогностической модели высокая: 93,03% общей вариабельности значения коэффициента обеспеченности объясняется изменением временного параметра, вероятность выхода прогнозного коэффициента за границы

доверительного интервала незначительна, параметры прогностической модели статистически значимы ($F=53,2267 > F_{\text{критический}}=4,2565$; $p\text{-value}=0,00134$).

Таким образом, анализ динамики численности и обеспеченности руководящего состава медицинских организаций в регионе позволяет сделать вывод о том, что коэффициенты имеют отрицательно направленный тренд, что не входит в противоречие с исследованием Ю.В. Мирошниковой, которая, в частности, указывает на сформировавшуюся тенденцию к сокращению числа руководителей «в различных медицинских организациях, начиная с 2000 годов». По данным этого автора, за указанный период «их количество уменьшилось на 25,7%. При этом количество организаций сократилось в 2,7 раза» [60].

3.2 Анализ укомплектованности кадрами и процесс обновления кадрового состава руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов области

За интервал наблюдения установлено сокращение числа штатных должностей главных врачей и заместителей как в целом по области, так и по г. Рязани, и муниципальным районам, соответственно, на 5,6%, 2,6% и 12,5%, которое, в основном, было связано с уменьшением количества должностей в связи с изменением числа медицинских организаций в целом по региону, по причине структурной реорганизации, отмеченной выше. На момент проведения исследования, соотношение штатных должностей руководителей медицинских организаций обоих уровней, в среднем, составило 2,63 должности на одну региональную медицинскую организацию.

Наличие вакантных должностей руководителей обоих уровней в медицинских организациях анализируемого субъекта Российской Федерации подтверждают результаты анализа т. 1100, стр. 4 формы N 30 ФСН за 2023 год: из 157,75 штатных должностей, незанятыми остаются 12, что составляет 7,6% от общего числа штатных должностей (Рисунок 3.4).

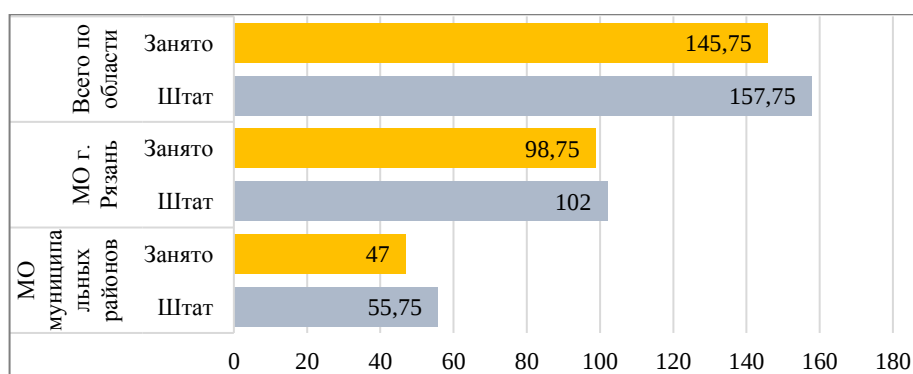


Рисунок 3.4 – Распределение числа штатных должностей и должностей, занятых руководителями медицинских организаций и их заместителями, в пределах Рязанской области в 2023 г. (данные ф. N 30 ФСН; абс.ед.)

Для медицинских организаций г. Рязани характерно меньшее по величине значение соотношения занятых и штатных должностей (разница составляет 3,19%) руководителей обоих уровней, чем для медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области, для которых число занятых должностей на 18,6% меньше количества штатных должностей.

В целом по области, для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2023 году штатным расписанием предусмотрено 75,75 должностей, из них незанятыми на момент анализа оставались 5,5 (7,3%). Аналогичный характер этого соотношения регистрировался и для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях: процент незанятых должностей составил 8,1% (5,5 должностей) в структуре при общем количестве штатных должностей, равном 68 (Таблица 3.3).

Сопоставимы и данные по показателю, характеризующему «число физических лиц основных работников, на занятых должностях» в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, значения которого одинаковы для сравниваемых объектов.

Таблица 3.3 – Данные ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации (т.1100) за 2023 год по Рязанской области

Характеристика показателя	Значение показателя
Число должностей в целом по организации, штатных	157,75
Число должностей в целом по организации, занятых	145,75
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, штатных	75,75
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, занятых	70,25
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, штатных	68
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, занятых	62,5
Число физических лиц основных работников, на занятых должностях	135
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	61
Из них: в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	61

Таким образом, принимая во внимание анализ данных ФСН N 30 «Сведения о медицинской организации, представленных на рисунке 3.4 и в таблице 3.3, можно сделать заключение о наличии дефицита «руководителей и их заместителей в медицинских организациях подчинения субъекта Российской Федерации, с учетом территориального планирования сети медицинских организаций, который в 2023 году составлял 12 единиц».

Величины, составляющие структуру занятых должностей руководителей в медицинских организациях муниципальных районов и г. Рязани, в целом, сопоставимы для периодов анализа с 2018 по 2021 годы: их доли не превышали 37% (Рисунки 3.5 и 3.6).

Однако диапазон этих показателей в срезе временного интервала представлен заметными различиями. В частности, регистрируется трансформация структуры занятых должностей в медицинских организациях муниципальных районов, за счет более высокой интенсивности изменений уровней ряда, представленных должностями главных врачей (темп прироста 24,5% за шесть лет в структуре занятых должностей руководителей). В то время как для медицинских организаций областного центра характер трансформации распределения можно

оценить, как относительно устойчивый: темп прироста не превышает 9% (8,9%) в структуре занятых должностей руководителей.

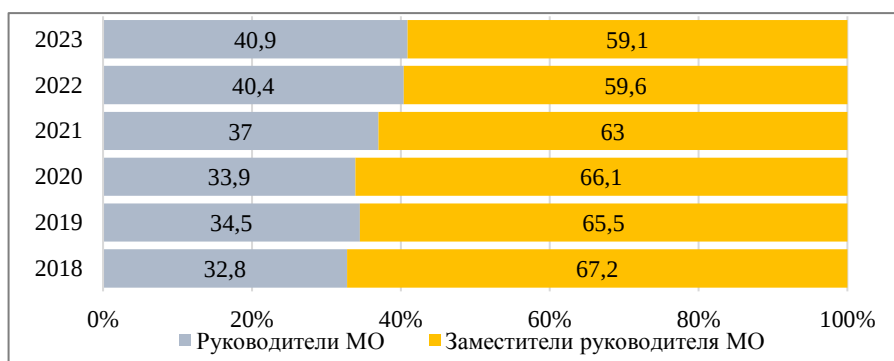


Рисунок 3.5 – Компоненты структуры должностей, занятых руководителями и их заместителями в медицинских организациях муниципальных районов (% к итогу)

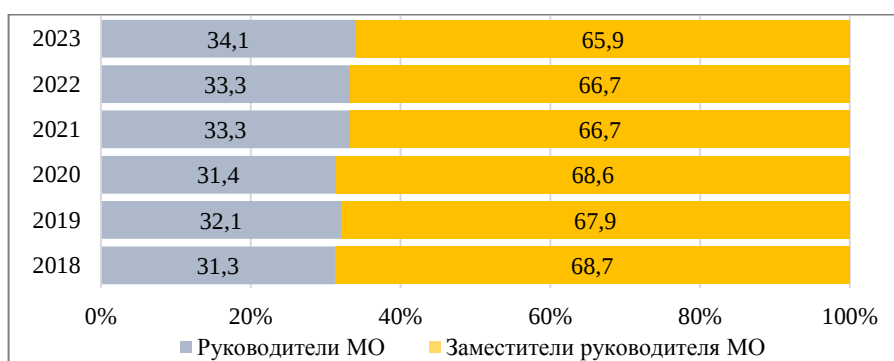


Рисунок 3.6 - Компоненты структуры должностей, занятых руководителями и их заместителями в медицинских организациях г. Рязани (% к итогу)

Среднесписочная численность работников руководящего состава в Рязанской области, отражая динамику этой категории специалистов, сократилась на 14,3% к 2023 году по отношению к 2018 году, которое, в известной степени, можно связать с реструктуризацией сети региональных медицинских организаций (сокращение больничных медицинских организаций с 45 до 41, или на 8,89% и увеличение числа медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с 209 до 214, или на 2,39%) [94]. Однако только это объяснение не дает полного понимания тенденции уменьшения среднесписочной численности работников руководящего состава, поскольку динамика этого показателя для медицинских организациях муниципальных районах области представлена достоверно выраженным устойчивым отрицательным характером тенденции ($R^2=0,843$) с высокой точностью тренда ($\bar{A}=0,9\%$; $\eta=0,918$;

$F=21,4722 > F_{\text{критический}}=7,7086$; $p\text{-value}=0,032339$). Что касается медицинских организаций областного центра, то только 31,28% динамики среднесписочной численности работников руководящего состава объясняется изменением временного параметра, при этом трендовая модель статистически не значима ($R^2=0,313$; $\bar{A}=0,3\%$; $\eta=0,559$; $F=1,8204 < F_{\text{критический}}=7,7086$; $p\text{-value}=0,44273$). Установлены различия и в интенсивности изменений: в муниципальных районах Рязанской области базисный темп прироста (-20,0%) достоверно выше ($F=11,49 > F_{\text{критический}}=10,13$; при заданном $p\text{-value}=0,05$), чем в г. Рязани (-11,76%).

В 2023 году медицинские организации региона укомплектованы руководителями обоих уровней на 91,9%, снижение показателя по отношению к 2018 году незначительно (2,75%), а тенденция неустойчива: $R^2=0,6682$; $F=3,0204 < F_{\text{критический}}=9,5521$ (Рисунок 3.7, Таблица 3.4).

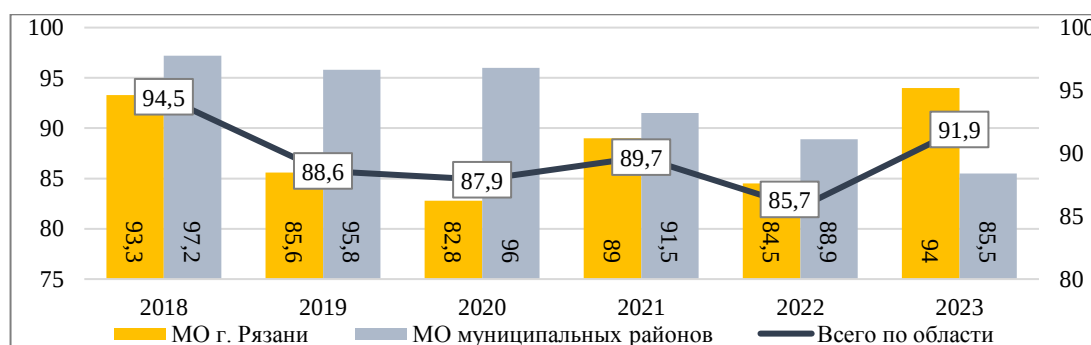


Рисунок 3.7 - Динамика укомплектованности медицинских организаций физическими лицами руководителей и их заместителей, от штатной численности с учетом занятых должностей, в пределах Рязанской области (%)

Неустойчивый характер тенденции ($R^2=0,6848$; $F=3,2589 < F_{\text{критический}}=7,7086$; при заданном $p\text{-value}=0,05$), хотя и при незначительном росте (индекс роста 1,01) и невысокой интенсивности (темп прироста +0,76%) динамики, отмечается также при оценке укомплектованности медицинских организаций г. Рязани. Направление тенденции укомплектованности медицинских организаций сельских муниципальных районов носит выраженный, статистически значимый, устойчивый характер ($R^2=0,9745$; $F=57,3711 > F_{\text{критический}}=7,7086$; при заданном $p\text{-value}=0,05$) к снижению показателя.

Таблица 3.4 - Динамика укомплектованности медицинских организаций физическими лицами руководителей и их заместителей от штатной численности с учетом занятых должностей (%)

Годы	Медицинские организации г. Рязани	КС	Медицинские организации муниципальных районов	КС	Всего по области	КС
2018	93,3	1,07	97,2	1,03	94,5	1,1
2019	85,6	1,2	95,8	1,04	88,6	1,13
2020	82,8	1,18	96,0	1,04	87,9	1,14
2021	89,0	1,12	91,5	1,1	89,7	1,1
2022	84,5	1,2	88,9	1,13	85,7	1,2
2023	94,0	1,19	85,5	1,2	91,9	1,2
Индекс роста	1,01	1,11	0,88	1,17	0,96	1,09
Темп прироста 2023/ 2018 (%)	+0,76	+11,21	-12,04	+16,51	-2,75	+9,09
R ²	для уравнения $y=1,4143x^2-9,7171x+100,76=0,6848$	для уравнения $y=-0,0054x^2+0,0529x+1,056=0,3688$	для уравнения $y=-0,3786x^2+0,2586x+97,32=0,9745$	для уравнения $y=0,0075x^2-0,0188x+1,042=0,9818$	для уравнения $y=0,8446x^2-6,4811x+99,59=0,6682$	для уравнения $y=0,0038x^2-0,0071x+1,113=0,6703$
$\bar{A}$ (%)	2,28	2,78	0,56	0,6	1,51	1,75
F статистика	3,2589<7,7086	0,8765<7,7086	57,3711>7,7086	80,7318>7,7086	3,0204<7,7086	3,0499<7,7086

Коэффициенты укомплектованности медицинских организаций сельских муниципальных районов за анализируемый период колебались от 97,2% в 2018 г. до 85,5% - в 2023 г. (индекс роста 0,88; базисная убыль 12,04).

Таким образом, укомплектованность медицинских организаций Рязанской области физическими лицами руководителей и их заместителей за временной интервал 2018-2023 гг. снижается, в основном, за счет коэффициентов, характеризующих медицинские организации сельских муниципальных районов. Отмеченное снижение показателя идет параллельно с ростом коэффициента совместительства исследуемой категории руководителей по должностям врачей-специалистов. Рост коэффициента совместительства в целом по области не имеет высокой интенсивности и устойчивости тренда (темп прироста 9,09% за 2018-2023 годы; $R^2=0,6703$; $F=3,0499 < F_{\text{критический}}=9,5521$), однако оценка его значений в срезе административно-территориальных единиц региона показала более выраженный характер изменений. Интенсивность динамики коэффициента для руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций сельских муниципальных районов на 47,28% выше, с выраженным устойчивым характером тенденции (темп прироста 16,51%; $R^2=0,9818$; $F=80,7318 > F_{\text{критический}}=7,7086$; при заданном $p\text{-value}=0,05$), чем для этой же категории специалистов медицинских организаций г. Рязани (темп прироста 11,21%), тенденция для которого не определена ($R^2=0,3688$; $F=0,8765 < F_{\text{критический}}=7,7086$; при заданном $p\text{-value}=0,05$).

Рассчитанные изменения временного ряда не имеют значительных отличий от общероссийских тенденций и не противоречат оценкам, представленным в исследованиях Н.Б. Найговзиной с соавторами, результаты наблюдения которых подтверждают полученные по результатам анализа данные настоящего исследования. В частности, авторы публикации, оценивая укомплектованность медицинских организаций в срезе территорий Российской Федерации, отмечают: «недоукомплектованность медицинских организаций, в целом по стране, по должностям руководителей обоих уровней (84,4%), сокращение количества штатных должностей (на 10%), в том числе, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на 11%, а в

стационарных - на 9,2%, с 2017 по 2021 годы». В 2021 году, по данным этих же авторов, «... было занято 19872,50 из 22420,25 штатных единиц руководителей и их заместителей, что составляет 88,6%» [66].

В рамках исследования построена модель среднесрочного точечного прогноза на 2027 год, в соответствии с которой, показатель укомплектованности медицинских организаций руководителями обоих уровней составит 86,1% (с учетом штатной численности и занимаемых должностей), спрогнозировано снижение коэффициента на 6,31% по отношению к 2023 году с высокой точностью ($K_T=0,00659$; $\bar{A}=0,6\%$; ДИ 85,86;86,34 покрывает параметр укомплектованности медицинских организаций руководителями обоих уровней с надежностью $\alpha=0,001$; $\gamma=99,9\%$). Однако в данном случае, процесс формирования прогнозного значения коэффициента укомплектованности и вероятность его снижения по отношению к рассчитанной предсказанной величине, представляет собой приближенный случайный процесс ввиду незначительного размера временного ряда, при этом вероятностные характеристики динамического ряда носят лишь ориентировочный характер ($R^2=0,1153$; $F=0,5211 > F_{\text{критический}}=7,7086$; теснота нелинейной связи по шкале Чеддока умеренная: $\eta=0,339$) и, следовательно, высока возможность того, что этот процесс может подвергаться существенной трансформации в будущем за счет влияния комплекса организационных факторов.

За шестилетний интервал регистрируется высокий суммарный внутриорганизационный и внешнеорганизационный коэффициент текучести кадров руководителей медицинских организаций и их заместителей в регионе, его минимальное значение составляло 7,2% в 2018 году (Рисунок 3.8).

За счет межпрофессионального и квалификационного движения, коэффициент вырос до 26,4% (индекс роста 3,7; $F=11,1587 > F_{\text{критический}}=7,7086$; $p\text{-value}=0,0146385$), совокупный среднегодовой темп роста составил 24,17817%, с максимально достигнутым показателем текучести в 2023 г., что может косвенно свидетельствовать о неустойчивом «жизненном цикле» данной категории специалистов, связанным с высоким уровнем стажевой мобильности в срезе анализируемого временного интервала.

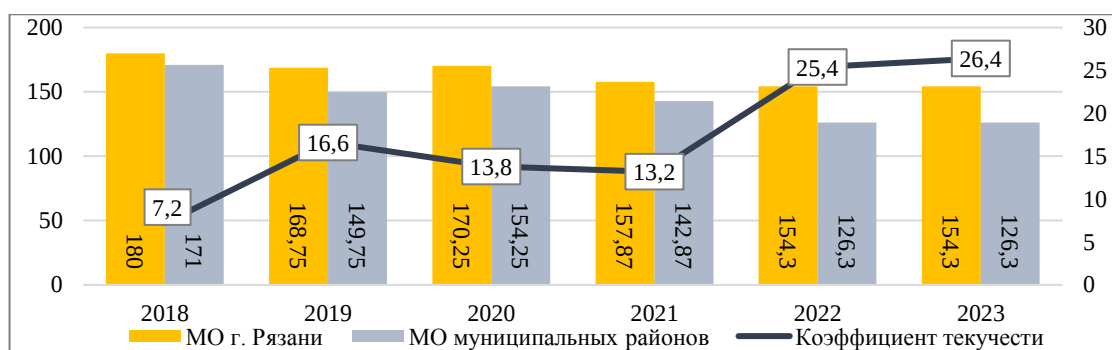


Рисунок 3.8 – Динамика среднесписочного состава и суммарного коэффициента текучести кадров руководителей медицинских организаций и их заместителей в пределах Рязанской области (%)

В соответствии с моделью среднесрочного точечного прогноза, основанной на корреляции между количеством руководителей и их заместителей в медицинских организациях, и уровнем текучести кадров, совокупный показатель текучести управленческих кадров в регионе к 2027 году составит 65,67% (ДИ 63,84;67,5; вероятность выхода за границы интервала прогноза 0,99; $p\text{-value}=0,01$; $\bar{A}=6,4\%$; $K_T=0,0811$). Параметры прогностической модели статистически значимы: $R^2=0,736$; $F=11,1587 > F_{\text{критический}}=7,7086$; при заданном $p\text{-value}=0,05$; теснота нелинейной связи по шкале Чеддока высокая ($\eta=0,853$).

3.3 Анализ функциональных и нефункциональных характеристик руководителей медицинских организаций и их заместителей в г. Рязани и муниципальных районах области

Состав исследуемой категории руководителей значительно дифференцирован по гендерному признаку (Рисунок 3.9).

Распределение состава руководителей медицинских организаций по полу наглядно иллюстрирует не только гендерную сегрегацию, но и дисбаланс по признаку «пол» в срезе территорий региона: для медицинских организаций г. Рязани характерен доминантный вклад в структуру руководителей – женщин (71,2%), а для медицинских организаций муниципальных районов области – руководителей-мужчин (51,7%).

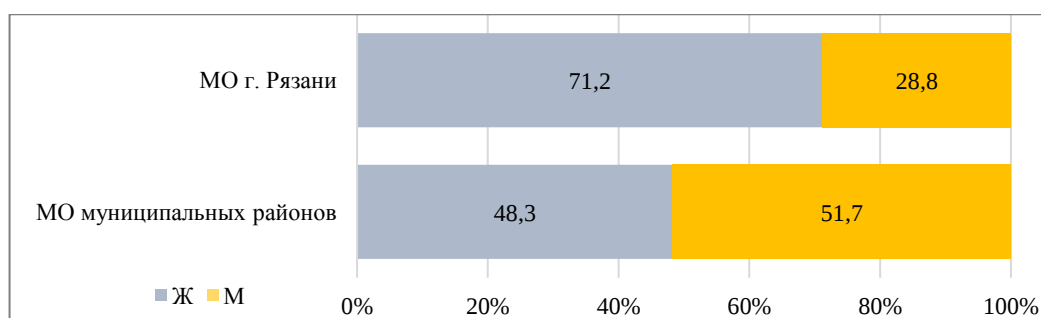


Рисунок 3.9 – Распределение руководителей медицинских организаций и их заместителей по полу в пределах Рязанской области в 2023 г (% к итогу)

Различия в динамике возрастного состава сравниваемых категорий руководителей за 2018-2023 годы заключаются в интенсивности изменения возрастной структуры за счет конкретных возрастных групп (Таблица 3.5).

В частности, доля возрастной группы 30-35 лет у руководителей медицинских организаций показала прирост всего на 0,63% за шестилетний интервал (индекс роста 1,01), в то время как аналогичная доля заместителей руководителей увеличилась на 20,0% (индекс роста 1,2). Однако, поскольку, для обоих рядов тенденция неясна (для уравнения $y = -0,0109x^2 + 0,0782x + 1,503$ $R^2 = 0,2906$; для уравнения $y = 0,295x^2 - 1,5499x + 10,742$ $R^2 = 0,3042$, соответственно), полученные данные могут лишь косвенно свидетельствовать о замещении этой категории специалистов более молодыми сотрудниками, назначаемыми на должность.

Различия трансформации вклада возрастной группы 36-40 лет в возрастную структуру заключаются в направлении тенденций и интенсивности изменений: для ряда заместителей главных врачей регистрируется положительное направление тенденции по отношению к 2018 году (темп прироста = +78,84%), для ряда главных врачей - отрицательное (темп прироста = -40,93%); интенсивность сокращения для ряда заместителей главных врачей в 2 раза выше ($t = 2,23525 > t_{\text{критический}} = 1,812461$; $p\text{-value} = 0,0247$), чем интенсивность прироста для ряда главных врачей. При этом, для обоих рядов тенденция носит достоверно устойчиво выраженный характер: $R^2 = 0,8568$ для уравнения $y = -0,2145x^2 + 0,5721x + 8,197$; $F = 23,93 > F_{\text{критический}} = 7,71$; при заданном $p\text{-value} = 0,05$ - для ряда, представленного руководителями медицинских

организаций; $R^2=0,9575$ для уравнения $y=0,0816x^2+0,6076x+6,329$; $F=90,12 > F_{\text{критический}}=7,71$; при заданном $p\text{-value}=0,05$ – для ряда, представленного заместителями руководителей.

Таблица 3.5 – Динамика возрастной структуры руководителей медицинских организаций и их заместителей за 2018-2023 гг. (% к итогу)

Возрастные группы (лет)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Индекс роста	Темп прироста (%)	σ_y^2
Руководители медицинских организаций (главные врачи)									
30-35	1,59	1,56	1,67	1,69	1,56	1,60	1,01	+0,63	0,003
36-40	7,94	9,38	8,33	6,78	4,69	4,56	0,57	-40,93	3,93
41-45	11,11	10,94	11,67	8,47	17,19	18,21	1,64	+63,91	14,96
46-50	15,87	14,06	11,67	16,95	10,94	10,43	0,66	-34,28	7,39
51-55	19,05	15,63	23,33	18,65	20,31	21,18	1,11	+11,18	6,77
56-60	26,98	29,68	26,66	23,73	23,44	23,36	0,86	-13,42	6,57
61 год и старше	17,46	18,75	16,67	23,73	21,87	20,66	1,18	+18,33	7,36
Итого	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00			63,66
Средний возраст	52,8	53,1	52,9	53,8	52,8	52,5	0,99	-0,57	0,65
Заместители руководителей медицинских организаций									
30-35	9,45	10,26	5,38	11,11	11,21	11,34	1,2	+20,00	5,19
36-40	7,09	7,69	9,23	9,40	12,07	12,68	1,79	+78,84	5,13
41-45	15,75	17,09	16,15	17,09	16,38	17,03	1,08	+8,13	0,33
46-50	17,32	18,80	14,61	14,54	16,38	17,03	0,98	-1,67	2,73
51-55	21,26	23,08	16,15	11,97	10,34	9,82	0,47	-53,81	32,48
56-60	19,68	10,26	20,00	20,51	15,52	15,12	0,77	-23,17	15,90
61 год и старше	9,45	12,82	18,46	15,38	18,10	16,98	1,79	+79,68	12,19
Итого	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0			17,37
Средний возраст	49,9	51,1	51,3	49,8	49,4	49,3	0,99	-1,21	0,62

Установлены достоверные различия для возраста 41-45 лет, вклад в возрастную структуру которого у руководителей медицинских организаций характеризуется высоким индексом роста (1,64), значительным темпом прироста (+63,91%) и выраженной устойчивой тенденцией ($R^2=0,7267$ для уравнения $y=0,677x^2-3,2802x+14,145$; $F=10,67 > F_{\text{критический}}=7,71$; $p\text{-value}=0,000356$) с высокой дисперсией значений по периодам наблюдения (14,96), при более низком росте,

низкой интенсивности и неясной тенденции у их заместителей: индекс роста 1,08; прирост 8,13%; $R^2=0,2835$ для уравнения $y=-0,0452x^2+0,4651x+15,639$, что подтверждает выявленные различия динамики структуры для этой возрастной группы.

Отличается также динамика вклада возрастной группы 51-55 лет: индекс роста 1,11, темп прироста +11,18% при неясной тенденции ($R^2=0,1717$ для уравнения $y=-0,0484x^2+0,9105x+17,239$) у главных врачей, и убыль на 53,81% (индекс роста 0,47) со статистически значимой выраженной устойчивой тенденцией ($R^2=0,8794$ для уравнения $y=0,1696x^2-4,0332x+26,98$; $F=29,17>F_{\text{критический}}=7,71$; $p\text{-value}=0,052092$) и высокой общей дисперсией значений показателя (32,48) у заместителей руководителей медицинских организаций.

Для руководителей обоих уровней характерны высокие индексы роста (1,18 и 1,79, соответственно, для главных врачей и заместителей), сопровождающиеся достаточно выраженным интенсивным процессом трансформации доли возрастной группы старше 61 года (темп прироста +18,33%) с неустойчивой тенденцией ($R^2=0,4514$ для уравнения $y=-0,2075x^2+2,3788x+14,678$) для ряда главных врачей и, соответственно, +79,68% с выраженной устойчивой тенденцией ($R^2=0,8229$ для уравнения $y=-0,6095x^2+5,7065x+4,469$) - для ряда заместителей главных врачей, с достоверно подтвержденным различием показателей относительного прироста в данной возрастной группе ($F=5,93575>F_{\text{критический}}=4,28$; $p\text{-value}=0,296788$).

Следует отметить, что регистрируемые изменения, в целом, не привели к выраженной трансформации возрастной структуры руководителей обоих уровней, динамика которой, в обеих группах сравнения, характеризуется относительной стабильностью, за счет компенсаторных сдвигов, связанных с переходом в более старшие возрастные группы более молодых возрастных групп. Преобладание возрастных групп 46 лет и старше характерно как для руководителей медицинских организаций (суммарно от 79,36% в 2018 г. до 65,2% в 2023 г.), так и для их заместителей (суммарно от 67,71 % в 2018 г. до 58,95% в 2023 г.), что подтверждается отсутствием выраженной трансформации среднего возраста сравниваемых групп специалистов. Темп прироста среднего возраста главных

врачей за шестилетний интервал имел отрицательное значение и составил -0,57% (индекс роста 0,99), у заместителей руководителей медицинских организаций этот показатель динамики изменился в сторону снижения также на крайне незначительную величину (-1,2%) при аналогичном индексе роста (0,99).

Таким образом, возраст подавляющего большинства руководителей медицинских организаций находится за пределами 46 лет, при этом вклад удельного веса только возрастных групп, выходящих за границы 51 года, превышает половину компонентов возрастного состава общей структуры у главных врачей и концентрируется в размере количественных характеристик в границах 50% у их заместителей. Размерность составляющих по годам анализа, у главных врачей, представленная в долях компонентов возрастной структуры, варьирует в незначительном диапазоне (63,49%-65,2%) и в более широком диапазоне (41,92%-50,39%) - у заместителей главных врачей. Для руководителей медицинских организаций характерно достоверное превышение удельного веса лиц в возрасте 56 лет и старше при минимальном значении 43,33% (у заместителей руководителей – 23,08%) и максимальном - 48,43% (у заместителей руководителей - 38,46), составляя, в среднем, 45,50% у руководителей медицинских организаций и 32,05% у их заместителей за 2018-2023 годы ($F=2,198007 > F_{\text{критический}}=1,139084$; $p\text{-value}=0,024688$).

Представленные данные, имея незначительные отличия, в целом, подтверждают опубликованные ранее результаты исследования, проведенного Н.Б. Найговзиной, И.М. Сон и Э.В. Зиминной. Авторы этого исследования акцентируют внимание на формировании процесса постарения управленческих кадров здравоохранения, отмечая, что «среди действующих руководителей медицинских учреждений доля лиц в возрасте старше 60 лет составляет 21,5%, в том числе, 7,2% - старше 65 лет. В то же время, доля молодых руководителей, чей возраст не превышает 36 лет, составляет всего 6,5%. Средний возраст руководителей медицинских организаций составляет 50,9 лет» [66].

В контексте настоящего исследования, выявленная структурная неоднородность двух возрастных категорий (до 35 лет и старше 61 года),

представленных руководителями обоих уровней региональных медицинских организаций, характеризуется критическим разрывом между долями этих компонентов возрастной структуры (Рисунок 3.10).

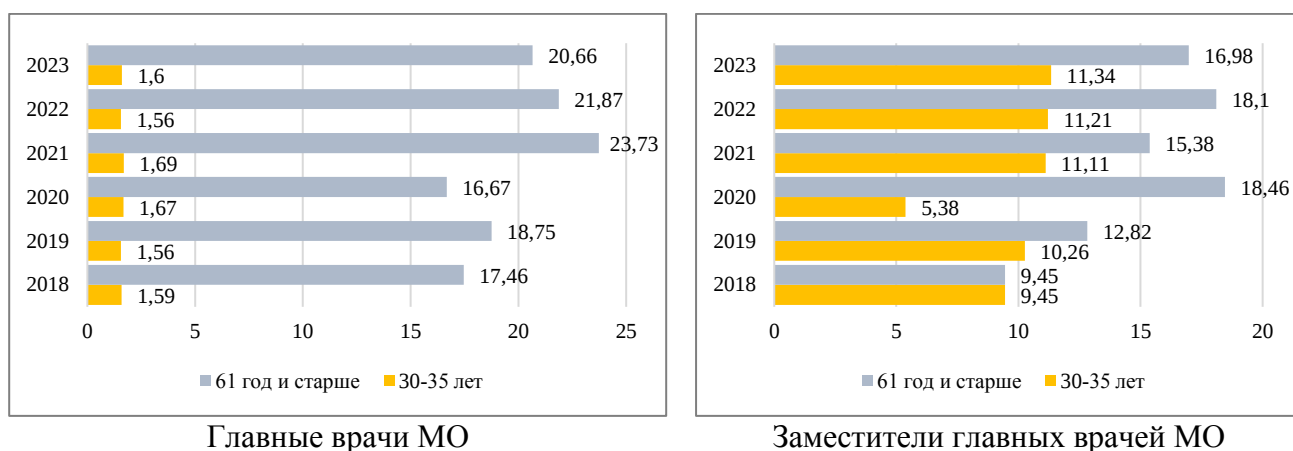


Рисунок 3.10 - Соотношение долей возрастных групп 30-35 лет и 61 год и старше руководителей медицинских организаций и их заместителей за 2018-2023 гг. (% , доля в возрастной структуре)

Диапазон этого разрыва представлен стабильным и значительным превышением удельного веса вклада возрастной группы старше 61 года, которое в отдельные годы достигало максимального значения в 14,04 раз (в среднем в $12,35 \pm 1,41$ раза) у главных врачей ($t=16,4642 > t_{\text{критический}}=2,015048$; $p\text{-value}=0,00151$), и в 3,4 раза (в среднем в $1,52 \pm 1,005$ раза) – у их заместителей ($t=3,17653 > t_{\text{критический}}=2,262157$; $p\text{-value}=0,011247$).

Для главных врачей прогнозная доля вклада возрастной группы 61 год и старше составит 25,88% в 2027 году (ДИ 25,03;27,57) при вероятности выхода за границы интервала 0,99 ($p\text{-value}=0,01$) (Таблица 3.6).

Для заместителей главных врачей величина вклада этой же возрастной группы достигнет значения 24,56% (ДИ 23,73;26,09) при вероятности выхода за границы ДИ 0,99 ($p\text{-value}=0,01$). Обе прогностические модели с высокой точностью соответствуют теоретической экспоненциальной модели: для руководителей медицинских организаций (главных врачей) и их заместителей модель описывает, соответственно, 61,86% ($F=12,88 > F_{\text{критический}}=7,71$; при заданном $p\text{-value}=0,05$;

$\bar{A}=2,41\%$; $K_T=0,0317$) и 75,82% данных ($F=24,41 > F_{\text{критический}}=7,71$; при заданном $p\text{-value}=0,05$; $\bar{A}=4,12\%$; $K_T=0,0538$).

Таблица 3.6 - Динамика и прогноз вклада возрастной группы 61 год и старше в возрастные структуры руководителей медицинских организаций и их заместителей в пределах Рязанской области (доля в возрастной структуре, %)

Годы	Руководители (главные врачи) МО	Заместители руководителей МО
2018	17,46	9,45
2019	18,75	12,82
2020	16,67	18,46
2021	23,73	15,38
2022	21,87	18,1
2023	20,66	16,98
Индекс роста	1,18	1,79
Прогноз, 2027 г.	25,88	24,56
ДИ	25,03;27,57	23,73;26,09
p-value	0,01	0,01
R^2	для уравнения $y = 16,032e^{0,0625x} = 0,6186$	для уравнения $y = 16,032e^{0,0625x} = 0,7582$
$\bar{A}$ (%)	2,41	4,12
K_T	0,0317	0,0538
F статистика	12,88 > 7,71	24,41 > 7,71

Изменениями, внесенными в Трудовой Кодекс Федеральным законом «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации», введены возрастные ограничения «пребывания в должности для главных врачей и их заместителей медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации или органам местного самоуправления». Особенности возрастных категорий связаны с регламентированными возрастными рамками нахождения в должности, выход за границу 65 лет которых ограничен данным законодательным документом, предусматривающим также «решение учредителя о продлении трудового соглашения с возрастным лимитом, не превышающим 70 лет». «Решение о продлении пребывания до 70 в должности заместителя руководителя медицинской организации принимает главный врач» [69,105]. Учитывая эту норму закона и результаты среднесрочного прогноза вклада возрастной группы 61 год и старше в общую возрастную структуру руководителей

медицинских организаций и их заместителей, можно сделать вывод о том, что к 2027 году возрастет необходимость среднесрочной вертикальной ротации управленческих кадров медицинских организаций региона.

Возрастной состав руководителей медицинских организаций, занятых в здравоохранении региона в 2023 году, структурирован по гендерному признаку в сторону доминирования возрастных групп 46 лет и старше, как у мужчин, так и у женщин, их суммарные доли составляют, соответственно, 61,0% и 68,3% (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 - Распределение численности руководителей медицинских организаций и их заместителей по возрастным группам и полу в 2023 г. (% к итогу)

Возрастные группы	Мужчины	Женщины	Оба пола
30-35 лет	5,6	8,7	7,8
36-40 лет	16,7	6,3	9,4
41-45 лет	16,7	16,7	16,7
46-50 лет	16,7	13,5	14,4
51-55 лет	9,2	15,9	13,9
56-60 лет	24,1	15,9	18,3
61 год и старше	11,0	23,0	19,5
Итого	100,00	100,00	100,00
Средний возраст (лет)	49,6	51,5	50,9

Руководители-женщины, в целом, старше руководителей мужчин, что иллюстрируется превышением доли суммарных возрастных групп 51 год и старше (54,8%) над аналогичной суммарной долей у мужчин (44,3%) на 23,7% ($t=2,221117 > t_{\text{критический}}=2,053363$; $p\text{-value}=0,0503256$), а также значением величины среднего возраста, который у руководителей-женщин составляет 51,5 лет, а у руководителей-мужчин 49,6 лет. Кроме того, вклад возрастной группы 61 год старше у женщин (23,0%) в 2,1 раза ($t=2,659637 > t_{\text{критический}}=1,338539$; $p\text{-value}=0,02182$) превышает аналогичную долю у мужчин (11,0).

Оценка общей стажевой мобильности руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций показала относительную стабильность распределения (Таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Динамика структуры руководителей медицинских организаций и их заместителей по общему трудовому стажу работы (% к итогу)

Стаж работы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Индекс роста	Темп прироста (%)	σ_y^2
До 5 лет									
МО муниципальных районов	31,0	29,3	28,1	26,1	29,8	29,6	0,95	-4,52	2,38
МО г. Рязань	42,2	39,4	37,9	38,4	39,5	39,9	0,95	-9,67	1,87
5-10 лет									
МО муниципальных районов	24,1	19,0	22,8	28,3	23,4	23,8	0,99	30,21	7,37
МО г. Рязань	23,7	22,7	21,1	19,2	24,0	24,2	1,02	+2,19	3,24
11-15 лет									
МО муниципальных районов	21,4	29,3	22,8	19,6	17,0	17,3	0,81	-37,85	17,27
МО г. Рязань	15,6	19,0	18,9	20,8	18,6	18,8	1,21	+20,51	2,35
16-20 лет									
МО муниципальных районов	5,2	5,2	10,5	13,0	17,0	17,0	3,27	+228,92	23,82
МО г. Рязань	10,4	9,5	11,7	9,6	12,0	12,4	1,19	+19,23	1,33
Более 20 лет									
МО муниципальных районов	15,6	17,2	15,8	13,0	12,8	12,6	0,81	-19,23	3,16
МО г. Рязань	8,1	9,4	10,4	12,0	5,9	5,9	0,73	-27,16	5,04

Выраженной трансформации структуры не наблюдается, за весь интервал анализа доминирует вклад общего стажа работы в медицинских организациях до 11 лет как у главных врачей, так и у их заместителей: суммарно от 65,5% в 2018 г. до 64,1% в 2023 г. и от 54,1% в 2018 г. до 53,4% в 2023 г., соответственно, что свидетельствует не только о переходе специалистов из одной стажевой группы в другую, но и, косвенно, о трудовой мобильности, связанной с обновлением кадров. Высокое рассеивание показывают только стажевые группы 11-15 лет (дисперсия 17,27; индекс роста 0,81; убыль показателя на 37,85%) и 16-20 лет (дисперсия 23,82; индекс роста 3,27; прирост +228,92%) руководителей обоих уровней медицинских организаций муниципальных районов.

Около трети руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций муниципальных районов области (от 28,1% до 31,0%) имеют общий трудовой стаж до 5 лет; у руководителей обоих уровней медицинских организаций г. Рязани этот показатель несколько выше (в среднем на 36,47%) и находится в диапазоне от 37,9% до 42,2%.

Временные последовательности компонентов структуры исследуемых категорий специалистов, имеющих общий стаж работы в медицинских организациях более 20 лет, характеризуются тенденцией в сторону их снижения при незначительном разбросе показателей: на 19,23% у руководителей медицинских организаций муниципальных районов (индекс роста 0,81; дисперсия 3,16) и на 27,16% (индекс роста 0,73; дисперсия 5,04) - у руководителей медицинских организаций г. Рязани. При этом, вероятностные модели достоверны для обоих рядов сравнения: $F=11,15 > F_{\text{критический}}=7,71$; $p\text{-value}=0,0198007$, при выраженной устойчивой тенденции ($R^2=0,7359$ для уравнения $y=-0,075x^2-0,3607x+16,9$) динамики для ряда, представленного медицинскими организациями муниципальных районов; $F=7,98 > F_{\text{критический}}=7,71$; $p\text{-value}=0,0309727$, при неустойчивой тенденции; ($R^2=0,666$ для уравнения $y=0,6232x^2+3,7939x+4,79$) - для ряда медицинских организаций г. Рязани.

Для оценки стабильности или динамичности условий, влияющих на изменение структуры стажевых групп, в том числе, в связи с приходом на должности новых руководителей или сохранением прежних, проведена оценка стажа работы в занимаемой должности (Таблица 3.9).

По расчетам, полученным на 2023 год, более половины главных врачей (66,1%) медицинских организаций муниципальных районов области и медицинских организаций г. Рязани (63,1%) имеют специальный стаж руководителя до 10 лет, а около трети главных врачей (33,6%) медицинских организаций муниципальных районов области и медицинских организаций г. Рязани (36,7%) - более 11 лет.

Специальная стажевая структура главных врачей медицинских организаций за 2018-2023 гг. характеризовалась выраженными колебаниями почти по всем

стажевым группам, при этом, больший разброс значений регистрируется у стажевой группы до 5 лет (70,26 и 70,18 для руководителей медицинских организаций муниципальных районов и г. Рязани соответственно).

Таблица 3.9 – Динамика структуры руководителей медицинских организаций (главных врачей) по стажу работы в занимаемой должности (% к итогу)

Стаж работы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Индекс роста	Темп прироста, %	σ_y^2
До 5 лет									
МО муниципальных районов	21,1	26,3	26,3	21,1	41,1	40,7	1,93	+92,89	70,26
МО г. Рязань	26,2	31,8	30,9	30,2	47,5	46,8	1,77	+78,63	70,18
5-10 лет									
МО муниципальных районов	36,8	26,3	24,2	39,1	26,3	25,7	0,69	-30,16	34,59
МО г. Рязань	35,7	25,0	21,4	27,9	17,5	16,3	0,46	-54,3	43,57
11-15 лет									
МО муниципальных районов	15,8	36,8	31,6	26,3	15,8	16,7	1,06	+9,69	69,08
МО г. Рязань	14,3	22,7	21,4	18,6	20,0	21,2	1,48	+48,25	7,43
16-20 лет									
МО муниципальных районов	5,3	5,3	5,3	10,5	15,8	15,9	3,0	+200,0	22,39
МО г. Рязань	19,1	11,4	16,7	9,3	10,6	10,6	0,55	-44,58	13,11
Более 20 лет									
МО муниципальных районов	2,1	5,3	2,6	3,3	1,0	1,0	0,48	-52,38	2,18
МО г. Рязань	4,7	9,1	9,6	14,0	5,0	5,0	1,06	-8,38	11,43

Для этой же стажевой группы характерен высокий темп прироста вклада в структуру: на 92,89% (индекс роста 1,93) и 78,63% (индекс роста 1,77) для руководителей медицинских организаций муниципальных районов и г. Рязани соответственно, при сопоставимой, статистически значимой, устойчивости рядов динамики, характеризующейся выраженной тенденцией. Для ряда руководителей, представляющих медицинские организации муниципальных районов, $R^2=0,7142$ для уравнения $y=0,9286x^2-2,58x+24,38$; $F=10,00>F_{\text{критический}}=7,71$; при заданном p -

value=0,05; для ряда руководителей медицинских организаций г. Рязани - $R^2=0,8054$ для уравнения $y=0,7375x^2-0,8939x+27,51$; $F=16,55 > F_{\text{критический}}=7,71$ при заданном p-value=0,05.

Значительное рассеивание показателя характерно также для стажевой группы 11-15 лет (дисперсия 69,08) руководителей медицинских организаций муниципальных районов, при базисном темпе прироста вклада в стажевую структуру +9,69%. Выраженность разброса значений в этих стажевых группах косвенно свидетельствует об ускоренных структурных сдвигах, связанных с обновлением руководящих кадров в региональном здравоохранении.

Самые высокие показатели динамики (индекс роста 3,0; темп прироста +200,0%) структуры установлены для динамического ряда, представленного временными характеристиками стажа руководителей медицинских организаций муниципальных районов области, в стажевой группе 16-20 лет. Устойчивость направленности динамических процессов, характеризующих изменения в этой стажевой группе, подтверждается более низким разбросом значений показателей (дисперсия 22,39), чем в рассмотренных выше компонентах стажевой структуры, а также, достоверно выраженной, устойчивой тенденцией ($R^2=0,8972$ для уравнения $y=0,3875x^2-0,1496x+4,33$; $F=34,91 > F_{\text{критический}}=7,71$; p-value=0,0285515), что указывает на одновременное действие многих факторов, влияющих на трансформацию стажевой структуры, связанной с возрастной структурой.

Динамика специальной стажевой структуры заместителей руководителей медицинских организаций имеет отличия от динамики аналогичной структуры главных врачей (Таблица 3.10).

В частности, за шестилетний временной интервал доля специалистов со стажем работы заместителем руководителя медицинской организации до 5 лет уменьшилась с 30,8% до 20,4% (индекс роста 0,66) для ряда медицинских организаций муниципальных районов и с 45,2% до 34,8% (индекс роста 0,77) для ряда медицинских организаций г. Рязани (убыль на 33,77% и 23,0% соответственно), динамика характеризовалась значительной дисперсией показателей (26,59 и 15,17, соответственно) и неустойчивой тенденцией для обоих

рядов сравнения: для ряда медицинских организаций муниципальных районов $R^2=0,4448$ для уравнения $y=-0,8321x^2+4,2193x+24,72$; для ряда медицинских организаций г. Рязани $R^2=0,42$ для уравнения $y=-0,1304x^2-0,5532x+43,23$.

Таблица 3.10 – Динамика структуры заместителей руководителей медицинских организаций по стажу работы в занимаемой должности (% к итогу)

Стаж работы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Индекс роста	Темп прироста (%)	σ_y^2
До 5 лет									
МО муниципальных районов	30,8	24,4	29,7	34,5	21,4	20,4	0,66	-33,77	26,59
МО г. Рязань	45,2	36,2	41,1	42,7	35,9	34,8	0,77	-23,0	15,17
5-10 лет									
МО муниципальных районов	23,1	24,4	16,2	17,2	21,4	21,8	0,94	-5,63	8,94
МО г. Рязань	22,6	28,7	21,1	14,6	26,9	27,9	1,23	+23,45	23,94
11-15 лет									
МО муниципальных районов	28,2	21,9	18,9	13,8	17,9	18,0	0,64	-36,18	19,77
МО г. Рязань	16,1	17,0	17,9	21,9	17,9	18,3	1,37	+13,66	3,29
16-20 лет									
МО муниципальных районов	5,1	7,3	13,5	13,7	17,9	18,9	3,79	+270,58	25,67
МО г. Рязань	6,4	8,5	9,5	9,8	8,9	9,2	1,44	+43,75	1,25
Более 20 лет									
МО муниципальных районов	12,8	21,9	21,6	20,7	21,4	20,9	1,63	+63,28	10,19
МО г. Рязань	6,9	9,5	10,5	10,9	10,1	9,8	1,42	+42,03	1,68

Изменения, характеризующиеся высокой дисперсией показателей структуры, установлены для стажевых групп 5-10 лет для ряда заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани (23,94) и 16-20 лет для ряда медицинских организаций муниципальных районов (25,67). Динамика структуры последней группы характеризуется высоким индексом роста и темпом прироста (3,79; +270,58%, соответственно).

Корреляционный анализ между общим стажем работы в медицинских организациях и специальным стажем работы в должности для руководителей обоих уровней всех медицинских организаций региона показывает наличие прямой тесной связи для главных врачей ($r=0,743205$; $F=7,598855$; $p\text{-value}=0,033002$) и для заместителей ($r=0,913763$; $F=30,97343$; $p\text{-value}=0,001426$) по всему интервалу наблюдения, из чего, логично, следует, что назначение на должности достоверно зависит от общего стажа работы в медицинских организациях.

В Рязанской области более половины руководителей (организаторов здравоохранения) имеют квалификационные категории, с отсутствием выраженной трансформацией структуры аттестованных специалистов за интервал анализа, что указывает на высокий уровень квалификации управленческих кадров в региональном здравоохранении (Рисунок 3.11).

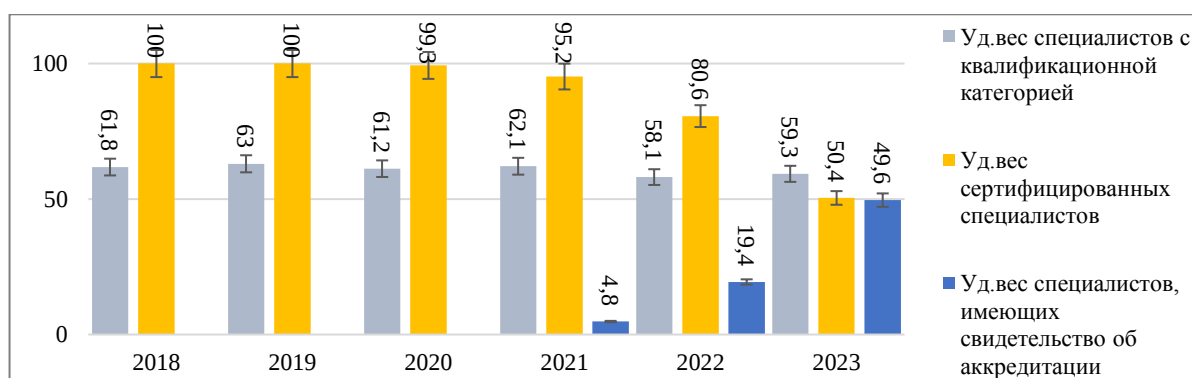


Рисунок 3.11 – Распределение долей руководителей медицинских организаций и их заместителей (организаторов здравоохранения), имеющих квалификационную категорию, сертификат специалиста и свидетельство об аккредитации, в пределах Рязанской области (2018-2023 гг.; %)

Сравнивая показатели, характеризующие уровень квалификации организаторов здравоохранения в динамике, следует отметить относительную стабильность их состава: ежегодный рост удельного веса специалистов, имеющих квалификационные категории незначителен, показатели за десятилетний временной интервал не превышали 70%, с минимальным значением коэффициента (58,1%) в 2022 г. и максимальным (63,0%) – в 2019 г.

Удельный вес сертифицированных специалистов в Рязанской области, без учета 2021-2023 гг., составляет 100,0%, или близок к 100,0% - диапазон колебаний

показателя от 99,3% в 2020 году до 100,0% - в 2018 и 2019 гг. Отмечается выраженный рост доли руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций, имеющих свидетельство об аккредитации: с 4,8% в 2021 году до 49,6% в 2023 году (в 10,3 раз).

За интервал анализа установлен рост руководителей обоих уровней, имеющих ученую степень на 34,28%: с 10,94% до 14,69% (Рисунок 3.12).

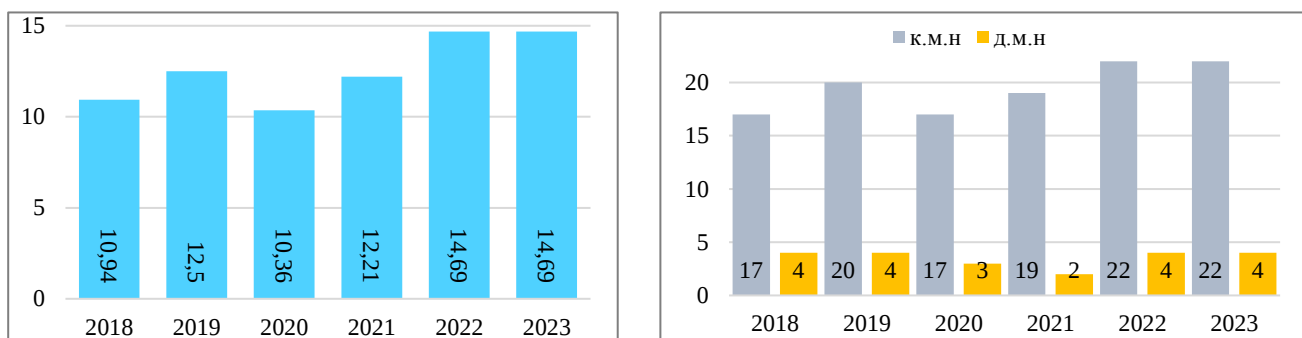


Рисунок 3.12 – Распределение руководителей медицинских организаций и их заместителей по наличию ученой степени в пределах Рязанской области (2018-2023 гг.; %; абс. ед.)

В абсолютном выражении, среди руководителей медицинских организаций, численность лиц с ученой степенью кандидата медицинских наук значительно выше, чем с ученой степенью доктора медицинских наук, составляя, в среднем, 1:5.

Резюме. Таким образом, динамика показателей численности, функциональные и нефункциональные характеристики руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций регионального здравоохранения представлены:

- превышением интенсивности снижения абсолютной численности руководителей и их заместителей (организаторов здравоохранения) по отношению к показателям Российской Федерации (темп прироста -57,97% и -46,3% соответственно);

- снижением значений показателя обеспеченности населения руководителями медицинских организаций и их заместителями (индекс роста 0,41), при более высокой интенсивности изменений (темп прироста=-58,8%), по отношению к показателям Российской Федерации (темп прироста=-47,21%), и

статистически значимой, выраженной устойчивой тенденции ($R^2=0,9237$; $F=57,3584 > F_{\text{критический}}=4,9646$);

- диспропорцией между численностью должностей, занятых руководителями медицинских организаций и их заместителями, и количеством штатных должностей, в целом по области (из 157,75 штатных должностей, незанятыми остаются 12, или 7,6%, от общего числа штатных должностей) в 2023 г., более выраженной для медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области (18,6%), в том числе, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и в стационарных условиях;

- дефицитом руководителей и их заместителей в медицинских организациях подчинения субъекта Российской Федерации, с учетом территориального планирования сети медицинских организаций, 12 единиц в 2023 году;

- снижением укомплектованности штатных должностей за шестилетний интервал (темп прироста=-2,75), за счет медицинских организаций муниципальных районов (темп прироста=-12,04%), при росте коэффициента совместительства по должностям врачей-специалистов на 11,21% и 16,51%, соответственно, для руководителей и их заместителей в медицинских организациях г. Рязани и сельских муниципальных районов;

- негативной динамикой исследуемых количественных и качественных характеристик управленческих кадров, подтверждающей общероссийские тенденции;

- неустойчивым «жизненным циклом» исследуемой категории специалистов, подтверждаемым высоким суммарным внутриорганизационным и внешнеорганизационным коэффициентом текучести кадров (индекс роста 3,7 за 2018-2023 гг.);

- стабильным значительным превышением удельного веса возрастной группы 61 год и старше над возрастной группой 30-35 лет (среднем $12,35 \pm 1,41$ раза у главных врачей и $1,52 \pm 1,005$ раза - у их заместителей) и высокими индексами роста (1,15 и 1,79, соответственно, для главных врачей и

заместителей) удельного веса возрастной группы 61 год и старше в возрастной структуре за 2018-2023 гг.;

– среднесрочной перспективой вертикальной ротации управленческих кадров медицинских организаций региона, с учетом результатов среднесрочного точечного прогноза вклада возрастной группы 61 год и старше в общую возрастную структуру руководителей медицинских организаций (25,88% в 2027 г.) и их заместителей (24,56% в 2027 г.).

ГЛАВА 4 СИТУАТИВНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПОРТРЕТЫ РУКОВОДИТЕЛЯ И ЗАМЕСТИТЕЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

4.1 Анализ общих сведений о медицинских организациях, включенных в исследование

В исследовании приняли участие заместители главных врачей и главные врачи (в том числе, исполняющие обязанности главных врачей и их заместителей) медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Рязани и муниципальных районов Рязанской области, подведомственных региональному Минздраву. Среди респондентов, включенных в исследование, выделены две группы сравнения: группа руководителей медицинских организаций г. Рязани и группа руководителей медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области.

На период проведения наблюдения, распределение исследуемых категорий руководителей различаются по типам медицинских организаций. Максимальная локация медицинских организаций, в которых трудятся респонденты, приходится на областной центр: суммарно 67,27% (Рисунок 4.1).

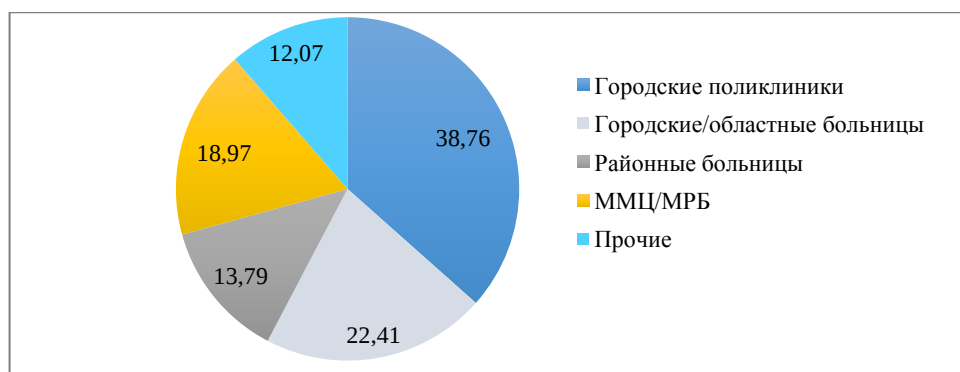


Рисунок 4.1 – Структура респондентов по типам медицинских организаций
(% к итогу)

Оценка компонентов структуры иллюстрирует лидирующие позиции городских поликлиник среди типов медицинских организаций г. Рязани, к которым

отнесены респонденты, включенные в исследование (38,76%). Значительным вкладом в структуру представлены также респонденты медицинских организаций областного центра, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (22,41%). Руководители и заместители руководителей медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области исчисляются долями 13,79% - в районных больницах и 18,97% - в межрайонных медицинских центрах и межрайонных больницах (ММЦ/МРБ). К руководителям прочих медицинских организаций (12,07%) отнесены руководители дома ребенка, областной станции переливания крови, дезинфекционной станции, центра общественного здоровья, медицинской профилактики и информационных технологий, и санаториев.

Первичную медико-санитарную помощь оказывают 45 медицинских организаций (77,59%), в которых работают респонденты (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Состав медицинских организаций по видам оказываемой медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Количество МО (абс.)	Доля от общего числа МО (% к итогу)
Первичная медико-санитарная помощь	45	77,59
Специализированная медицинская помощь	43	74,14
В том числе: высокотехнологичная медицинская помощь	12	20,69
Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	22	37,93
Паллиативная медицинская помощь	18	31,03

74,14% от общего числа всех медицинских организаций (43 в абсолютном выражении), руководители которых включены в наблюдение, оказывают специализированную медицинскую помощь, в том числе, 20,69% из них (12 в абсолютном выражении) располагают подразделениями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь. Участие в опросе приняли также руководители обоих уровней, работающие в медицинских организациях, оказывающих скорую (37,93% или 22 в абсолютном выражении) и паллиативную медицинскую помощь (31,03% или 18 в абсолютном выражении). Таким образом, среди всех типов медицинских организаций, находящихся под непосредственным руководством главных врачей, установлено статистически значимое

доминирование удельного веса медицинских организаций, оказывающих два вида медицинской помощи - первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь ($t=6,973229 > t_{\text{критический}}=2,353363$; $p\text{-value}=0,003026$).

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 года N 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения», для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, «количество коек определяется в соответствии с территориальными нормативами объемов медицинской помощи». При этом «учитываются уровень медицинской организации и профиль оказываемой медицинской помощи». Большинство руководителей на период проведения опроса трудились в медицинских организациях с количеством коек менее 100 (38,1%) и от 100 до 299 (35,71%), при суммарном вкладе 73,81% в структуру медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара ($t=6,313752 > t_{\text{критический}}=2,82771$; $p\text{-value}=0,0216397$) (Рисунок 4.2).

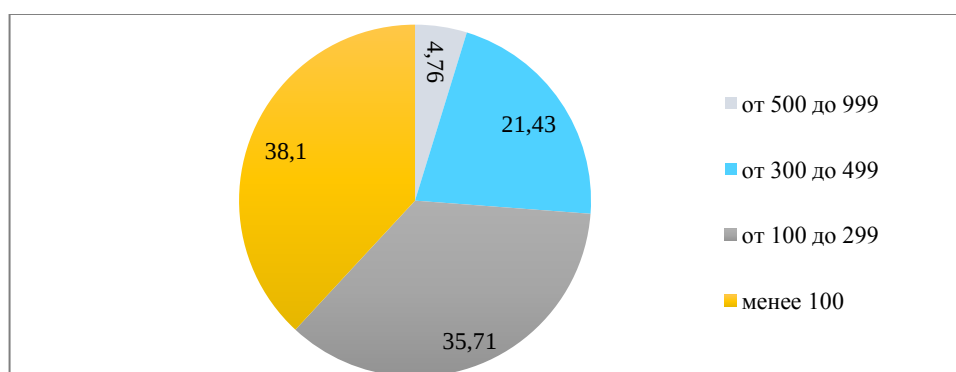


Рисунок 4.2 – Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, по количеству коек (% к итогу)

По состоянию на период проведения опроса, более половины главных врачей и их заместителей работали в медицинских организациях, с суммарной плановой мощностью подразделений, 250-500 и менее 250 (68,18%) посещений в смену среди всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях ($t=11,7155 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,003604$) (Рисунок 4.3).

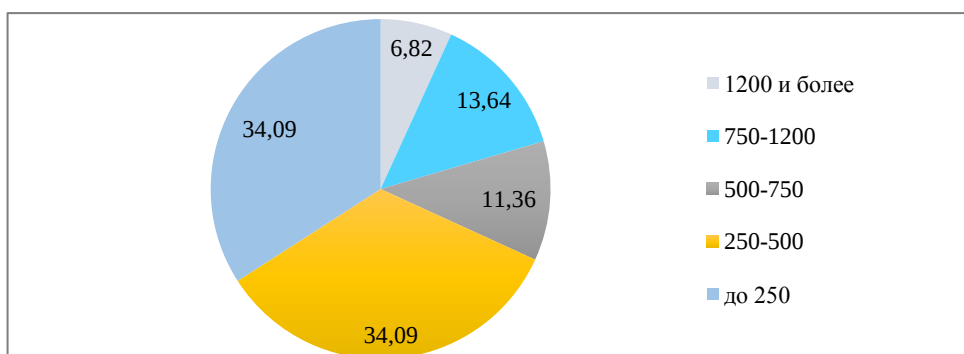


Рисунок 4.3 – Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по суммарной плановой мощности (число посещений в смену; % к итогу)

Процентное отношение распределения респондентов, работающих в медицинских организациях с суммарной плановой мощностью подразделений 500-750, 750-1200 и 1200 и более посещений в смену, в общей структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, незначительно, составляя, соответственно, 13,36%, 13,64% и 6,82%.

Результаты оценки усредненного значения соотношения штатных должностей главных врачей и занятых должностей заместителей главных врачей, суммарно по руководителям обоих уровней, принявших участие в опросе, представлены пропорцией 1:2.

В 54,43% медицинских организаций г. Рязани распространена модель организационного управления, в структуре иерархии высшего и среднего звеньев управления которой предусмотрены две (28,86%; дисперсия 6,477098) или три (28,57%; дисперсия 4,193143) штатные должности заместителей руководителей (Таблица 4.2).

Вариативность числа заместителей главных врачей проявляется на уровне типа и мощности медицинской организации, видов и условий оказания медицинской помощи. К медицинским организациям региона с низкой вариативностью числа заместителей руководителей можно отнести медицинские организации муниципальных районов (общая дисперсия 3,3004).

Таблица 4.2 – Распределение медицинских организаций по числу заместителей руководителей (% к итогу)

Число заместителей	МО г. Рязани	σ_y^2	МО муниципальных районов	σ_y^2	Итого
1	22,86	1,180868	33,33	2,298097	26,42
2	28,57	6,477098	55,56	3,550734	37,73
3	28,57	4,193143	11,11	2,855336	22,64
4	17,14	0,685894	-	-	11,32
7	2,86	0,685894	-	-	1,89
Итого	100,00	91,40572	100,00	3,3004	100,00

Удельный вес медицинских организаций муниципальных районов области, в которых структура иерархии высшего и среднего звеньев управления с одной (33,33%; дисперсия 2,298097) или двумя (55,56%; дисперсия 3,550734) штатными должностями заместителя главного врача лидирует, составляет суммарно 88,89%. Для районных больниц доля медицинских организаций с одним заместителем главного врача составила 50,00%; с двумя – 63,64% в межрайонных медицинских центрах и межрайонных больницах. В двух медицинских организациях муниципальных районов области, включенных в наблюдение, незанятыми на момент опроса оставались ставки заместителя главного врача.

Таким образом, установлена статистически значимая разница моделей организационного управления, характерная для медицинских организаций областного центра (два или три заместителя руководителя в структуре иерархических звеньев управления, суммарно 54,43%) и для медицинских организаций муниципальных районов (один или два заместителя руководителя в структуре иерархических звеньев управления, суммарно 88,89%), подтверждаемая критерием $t=2,443852 > t_{\text{критический}}=1,833113$; $p\text{-value}=0,05439$.

Медицинские организации областного центра характеризуются высокой вариативностью числа заместителей руководителей (общая дисперсия 91,40572), что свидетельствует о значительной дифференциации количества заместителей главного врача в медицинских организациях. Неустойчивость анализируемых показателей проявляется в структурном распределении, представленного равным соотношением (50%/50%) одного-двух заместителей руководителя в медицинских

организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, но значительным дроблением компонентов структуры в медицинских организациях, имеющих в составе стационары: 21,43% имеют в штате двух заместителей руководителя, 50,00% - трех, а в одной медицинской организации насчитывается семь (2,86) заместителей главного врача.

Достоверно, статистически, подтверждена модель организационного управления с одним, двумя и тремя штатными должностями (суммарная доля по всем медицинским организациям 86,79%) заместителей главного врача в структуре иерархии высшего и среднего звеньев управления ($t=4,086941 > t_{\text{критический}}=2,353363$; $p\text{-value}=0,013236$).

4.2 Основные характеристики и ситуативный профессиональный портрет руководителя (главного врача) медицинской организации

Возрастной состав главных врачей, представленный в момент заполнения опросного листа преобладанием возрастных групп 51 год и старше, которые в совокупности составляют 66,68%, характеризуется 2-кратным превышением возрастных групп 30-50 лет ($t=3,112971 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,017884$) и превышением 8,5 раз возрастных групп 30-40 лет ($t=5,030809 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,018657$) (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Распределение главных врачей по возрастным группам на момент проведения опроса (% к итогу)

Возрастные группы→	30-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	61 год и старше	Итого
% к итогу	3,91	3,91	11,77	13,73	17,65	29,42	19,61	100,00

В то же время, суммарный удельный вес главных врачей, чей возраст превышает границу 56 лет, среди компонентов возрастной структуры приближен к 50% (49,03%), а суммарная доля руководителей, не достигших возраста 40 лет, составляет среди опрошенных менее 10% (7,82%).

Проблемы гендерной сегрегации, при анализе данных распределения главных врачей по полу, не регистрируется (Рисунок 4.4).

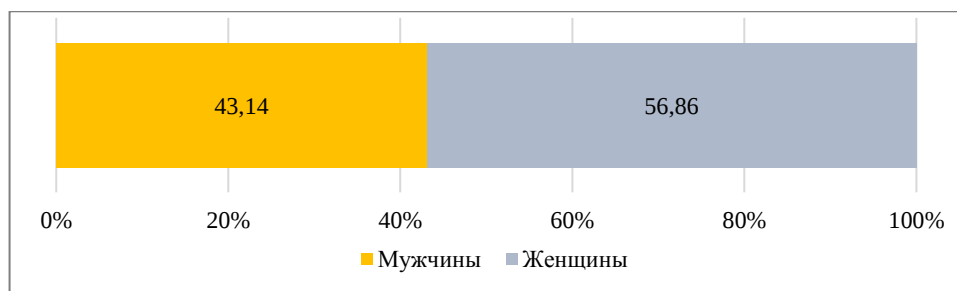


Рисунок 4.4 - Распределение главных врачей по полу на момент проведения опроса (% к итогу)

Наблюдается паритет соотношения руководителей – мужчин и женщин в пропорции 1:1,3 ($t=0,72783 < t_{\text{критический}}=2,364624$; $p\text{-value}=0,245172$).

Почти все включенные в наблюдение (в пределах региона) руководители медицинских организаций (92,16%) имеют общий трудовой стаж, превышающий 15 лет, тестирование распределения руководителей по параметру общего стажа работы показало статистическую значимость ($t=4,729445 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,004554$). Причем, при доминировании удельного веса этого стажа в обеих группах сравнения, у руководителей медицинских организаций областного центра вклад данной стажевой группы на 15,03% достоверно больше ($t=3,927922 > t_{\text{критический}}=2,353363$; $p\text{-value}=0,014685$), чем у руководителей медицинских организаций муниципальных районов (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 - Распределение главных врачей по общему стажу работы в медицинских организациях г. Рязани и муниципальных районов Рязанской области на момент проведения опроса (% к итогу)

Общий трудовой стаж→	до 5 лет	5-10 лет	10-15 лет	более 15 лет	Итого
МО г. Рязани	0,00	3,13	0,00	96,87	100,00
МО муниципальных районов	5,26	0,00	10,53	84,21	100,00
Итого	1,96	1,96	3,92	92,16	100,00

В ходе анализа внутри групп сравнения было выявлено, что среди главных врачей медицинских организаций г. Рязани подавляющее большинство (100% в поликлиниках и больницах, 83,33% в диспансерах, 81,82% в многопрофильных медицинских центрах и 87,5% районных больницах) имеют общий трудовой стаж работы в медицинских организациях более 15 лет. Общий трудовой стаж 10-15 лет, на момент опроса, регистрировался у 15,79% главных врачей медицинских

организаций муниципальных районов, соответственно, а стаж 5-10 лет только 3,13% главных врачей г. Рязани.

В соответствии с профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», обязательным «требованием, предъявляемым к руководителям медицинских организаций, является необходимость наличия практического опыта работы на руководящих должностях в медицинских организациях не менее пяти лет» [73]. Вместе с тем, у 5,26% опрошенных главных врачей медицинских организаций муниципальных районов регистрируется общий трудовой стаж работы в медицинских организациях до 5 лет, но на эту группу главных врачей возложено «временное исполнение обязанностей» руководителей медицинских организаций.

Установлена статистически значимая разница карьерной траектории главных врачей при сопоставлении структур профессионального развития по реперным точкам 2018 и 2023 годов ($t=2,262157 > t_{\text{критический}}=1,833113$; $p\text{-value}=0,05$). Для большинства главных врачей характерен вертикальный карьерный трек, при этом, доля респондентов, характеризующихся полной последовательностью смены должностей, в 2023 году (68,97%; $t=2,776445 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,0305256$) на 28,48% больше ($t=2,776445 > t_{\text{критический}}=2,015048$; $p\text{-value}=0,0453142$), чем в 2018 году (53,68%) (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Сопоставление структур карьерной траектории руководителей медицинских организаций (главных врачей) в 2018 и 2023 гг. (% к итогу)

Должность, занимаемая до назначения на должность руководителя МО	2018	2023
Врач-специалист	20,36	12,07
Руководитель подразделения МО	20,36	17,24
Заместитель главного врача	35,18	43,11
Главный врач другой МО	18,50	25,86
Сотрудник кафедры РязГМУ	3,70	0,00
Сотрудник регионального Минздрава	1,90	1,72
Итого	100,00	10,00
t статистика	2,262157 > 1,833113	
p-value	0,05	

Следует отметить, значительное сокращение удельного веса респондентов, назначенных на должности руководителей медицинских организаций

непосредственно с должностями врачей-специалистов в 2023 году (на 68,68% по отношению к 2018 году). Сравнение структур иллюстрирует значительный рост внешней ротации главных врачей по той же должности: в 2023 году, по сравнению с 2018 годом, отмечается рост их доли в общей карьерной траектории на 39,78%.

Исследуя специальный стаж пребывания в должности руководителей медицинских организаций в областном центре и муниципальных районах, можно сделать вывод о том, что большинство специалистов имеют опыт работы в должности более 10 лет ($t=4,313752 > t_{\text{критический}}=2,05337$; $p\text{-value}=0,0241728$) с незначительной дисперсией показателей. В медицинских организациях г. Рязани доля таких руководителей составляет 37,5% (дисперсия 0,420448), а в муниципальных районах - 36,84% (дисперсия 0,538436) (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Распределение главных врачей по стажу работы в занимаемой должности на момент проведения опроса (% к итогу)

Стаж работы в должности	МО г. Рязани	σ_y^2	МО муниципальных районов	σ_y^2	Итого
до 1 года	15,63	1,195138	21,05	1,550536	17,65
1-5 лет	18,75	1,83847	31,58	2,385835	23,53
5-10 лет	28,12	2,152103	10,53	2,794004	21,57
более 10 лет	37,50	0,420448	36,84	0,538436	37,25
Итого	100,00		100,00		100,00

Стаж работы в занимаемой должности до 1 года регистрируется у 17,65% опрошенных руководителей медицинских организаций в пределах региона, в том числе, у 21,05% руководителей медицинских организаций муниципальных районов области, что на 34,68% достоверно больше ($t=3,447214 > t_{\text{критический}}=2,313752$; $p\text{-value}=0,036614$), чем вклад этой стажевой группы у руководителей медицинских организаций г. Рязани (15,63%). В группах сравнения по стажу работы в занимаемой должности от 1 года до 5 лет наблюдается аналогичная ситуация: статистически значимое ($t=4,302653 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,05$) процентное соотношение составляет 68,43% (или 1:1,68) с перевесом вклада этой длительности стажа для руководителей медицинских организаций муниципальных районов.

При оценке распределения руководителей медицинских организаций г. Рязани и медицинских организаций муниципальных районов области по стажу работы в занимаемой должности, статистически значимая разница установлена также для стажевой группы 5-10 лет ($t=3,464102 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,03709$), при регистрируемом превышении вклада этой длительности стажа в 2,7 раза среди главных врачей областного центра.

Структура стажа работы в занимаемой должности внутри групп сравнения характеризуется следующими особенностями распределения: 50,00% главных врачей поликлиник г. Рязани имеют стаж более 10 лет, а 25,00% - до 1 года; примерно равные значения (около 29%) вклада стажевых групп 1-5 лет, 5-10 лет и более 10 лет регистрируется у главных врачей городских/областных больниц; стаж работы в должности до 1 года отметили 14,29% главных врачей; удельный вес руководителей ММЦ/МРБ, имеющих стаж работы в должности от года до 5 лет составил 36,37%, а около 30% (28,00%) – работают в должности руководителя медицинской организации более 10 лет. Стаж работы руководителем медицинской организации до 1 года отмечен у 27,28% главных врачей внутри этой подгруппы распределения; 50,00% главных врачей районных больниц указали на стаж работы в должности более 10 лет, а 12,50% - на стаж до 1 года.

Состав опрошенных руководителей медицинских организаций по основным специальностям высшего медицинского образования дифференцирован в сторону преобладания доли специальности «лечебное дело» (удельный вес в структуре 78,43%; $t=21,78593 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,0018657$) (Рисунок 4.5).

Вклады в общую структуру специальностей «медико-профилактическое дело» (13,73%), «педиатрия» и «стоматология» (7,84%, суммарно) высшего медицинского образования весьма незначительны.

Данные о крайне мизерной части руководителей, принявших участие в исследовании и обладающих более широким профессиональным потенциалом, подтверждается данными об удельном весе второго высшего образования (3,92%), полученном по образовательным программам «государственное муниципальное управление» и «юриспруденция».

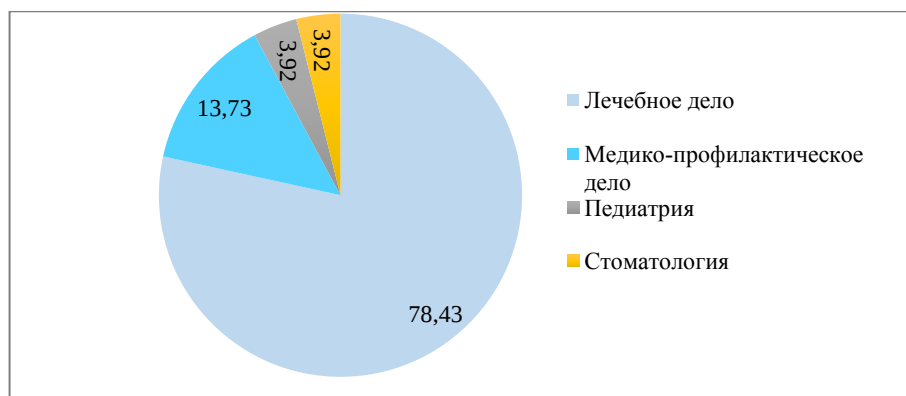


Рисунок 4.5 - Распределение респондентов по основным специальностям высшего медицинского образования на момент проведения опроса (% к итогу)

Действующие сертификаты (свидетельства об аккредитации) специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью являются официальным подтверждением соответствия знаний и навыков специалистов в исследуемой области требованиям, установленным профессиональными стандартами (100,00% опрошенных главных врачей).

85,42% главных врачей, в дополнение к сертификату (свидетельству об аккредитации) специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью, отметили наличие документов, на основании которых они имеют право на «медицинскую деятельность по одной (46,34%) или нескольким (53,66%) типам базовых медицинских специальностей или медицинских специальностей, требующих более «узкой», специализированной подготовки» (Рисунок 4.6).

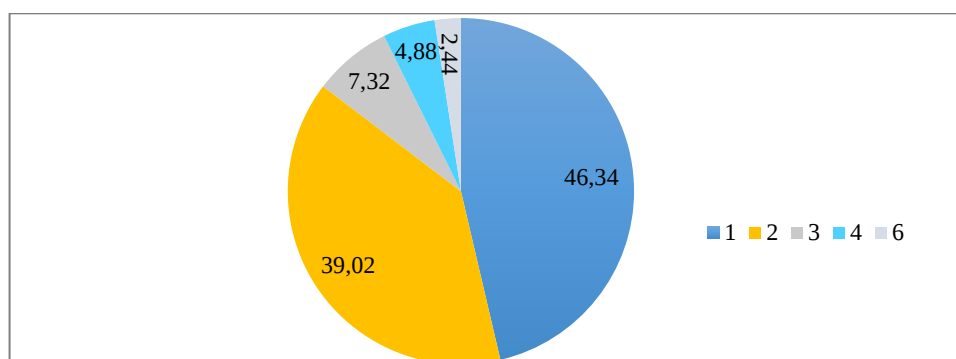


Рисунок 4.6 - Распределение респондентов по количеству действующих сертификатов (свидетельств об аккредитации) специалиста, без учета специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», на момент проведения опроса (% к итогу)

Номенклатура медицинских работников, утвержденная Приказом Минздрава России от 02.05.2023 N 206н (действует до 1 сентября 2025 г.), включает в себя «перечень специальностей, которые охватывают различные направления деятельности, с учетом категорий медицинских специальностей и их градации» [72]. Медицинские специальности, которые отметили респонденты, представлен довольно широким диапазоном «базовых медицинских специальностей, предусматривающих подготовку как в интернатуре, так и в ординатуре» (68,75% респондентов), и медицинских специальностей, требующих специализированной подготовки только в ординатуре (31,25% респондентов).

В контексте анализа данных по категориям «базовых» специальностей, установлено, что среди массива документов, подтверждающих соответствие требованиям для осуществления медицинской деятельности, наибольшие доли приходятся на специальности «хирургия» (14,56%), «терапия» (12,73%) и «акушерство и гинекология» (12,73%). 9,09% респондентов имеют действующие сертификаты (свидетельства об аккредитации) специалиста по «базовой» специальности «инфекционные болезни», а по 7,27%, соответственно, по онкологии и педиатрии. 5,46% подтвердили наличие соответствующих документов по специальности «психиатрия»; по 3,64%, соответственно, по анестезиологии и реаниматологии, отоларингологии, офтальмологии, неврологии, урологии и рентгенологии; по 1,81%, соответственно, по детской хирургии, кардиологии, спортивной медицине, фтизиатрии, гастроэнтерологии, пластической хирургии.

Среди медицинских специальностей, требующих углубленных знаний и навыков, а, следовательно, и специализированной подготовки, наибольший вклад в структуру у главных врачей вносит специальность «ультразвуковая диагностика», которая занимает 28,00% в структуре. Респонденты также подтвердили наличие документа по специальностям «эндоскопия», «профпатология», «нефрология» и «стоматология ортопедическая», доля этих специальностей составляет в структуре 8,00% каждая. По 4,00%, соответственно, респонденты отметили специальности «пульмонология», «лечебная физкультура», «психиатрия-наркология», «психотерапия», «гериатрия», «физиотерапия»,

«стоматология хирургическая», «стоматология терапевтическая», «ортодонтия» и «бактериология».

В разделе 4.1 представлен анализ моделей организационного управления, предусматривающий штатные должности заместителей руководителя в иерархии высшего и среднего звеньев управления. В контексте структурированного анализа, с целью типологической группировки данных, в опросный лист был включен вопрос «Когда эта должность была включена в штатное расписание», адресованный руководителям, возглавляющим медицинские организации на момент исследования. 100% главных врачей районных больниц и ММЦ/МРБ ответили, что должности заместителя были в штатном расписании медицинской организации до их назначения на должность руководителя.

Распределение ответов руководителей медицинских организаций г. Рязани носит иной характер: 11,43% главных врачей всех медицинских организаций ответили, что должность заместителя главного врача введена решением самого респондента. При этом, удельный вес таких ответов среди главных врачей больниц (13,04%) на 56,54% больше, чем среди руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (8,33%; $t=2,776445 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,05$) (Рисунок 4.7).

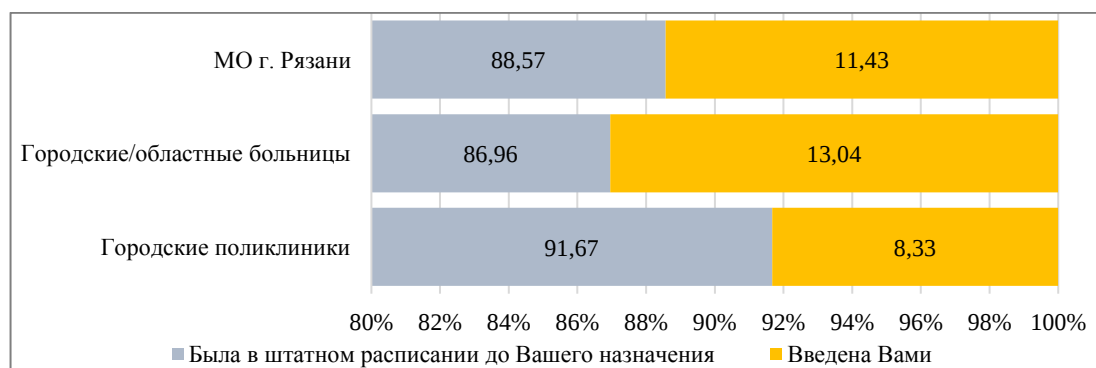


Рисунок 4.7 - Распределение ответов на вопрос «Когда должность заместителя была включена в штатное расписание?» (% к итогу)

В процессе назначения конкретного специалиста на определенную должность заместителя главного врача, ключевым критерием выбора руководителя

является опыт работы кандидата в данной организации (60,61% ответов), который послужил основанием для этого выбора (Рисунок 4.8).

Каждый четвертый руководитель медицинской организации привлечение в коллектив новых сотрудников-руководителей (24,24%) ставит выше, чем такие критерии выбора как «включение в кадровый резерв» и «выдвижение коллективом медицинской организации». Два последних критерия выбора, по результатам ответов руководителей, малозначимы, составляя, соответственно, 9,09% и 6,06%.

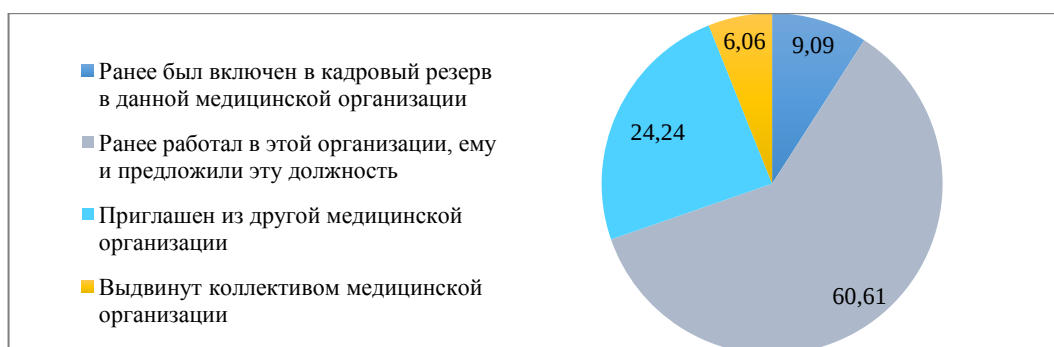


Рисунок 4.8 - Характер обстоятельств назначения конкретного сотрудника, занимающего должность заместителя главного врача, на момент проведения опроса (% к итогу)

Дополнительно респонденты отметили связанные с преимуществом привлечения в коллектив новых сотрудников-руководителей: «наличие потенциала роста активности уже имеющихся в медицинской организации сотрудников» (71,42%); «потенциал формирования более результативной команды» (11,19%) или «реструктуризация деятельности, связанная с привлечением новых сотрудников с накопленным профессиональным опытом работы» (17,39%).

Распределение ответов внутри групп сравнения характеризуется самым высоким удельным весом назначенных главным врачом на должности заместителей руководителей организации: в ММЦ/МРБ (90,9%), в больницах и поликлиниках г. Рязани (60,87% и 42,86% соответственно). Каждый второй заместитель главного врача из сегмента медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (57,14%) и каждый пятый – из сегмента больниц административного центра (17,39%), не состоял в штате той медицинской организации, в которой он находился на указанной должности на

момент регистрации данных. Наибольшее значение коллегиальному решению перемещения сотрудника на вышестоящую должность придают руководители районных больниц: внутри групп сравнения их удельный вес составил 32,10%. Ранее были включены в кадровый резерв в данной медицинской организации только 13,05% специалистов больниц г. Рязани и 9,10% ММЦ/МРБ.

Таким образом, по итогам анализа получены основные, статистически значимые, характеристики для формирования ситуативного профессионального портрета руководителя (главного врача) региональной медицинской организации по основным, обобщенным компонентам: возраст, пол, уровень образования, опыт работы, тип медицинской организации, плановая мощность медицинской организации, иерархия высшего и среднего звеньев управления.

4.3 Основные характеристики и ситуативный профессиональный портрет заместителя руководителя медицинской организации

Возрастной состав заместителей главных врачей, на момент проведения исследования, характеризуется преобладанием (на 27,51%) возрастных групп 30-50 лет (суммарная доля 56,03%; $t=3,182446 > t_{\text{критический}}=2,353363$; $p\text{-value}=0,0411611$) над возрастными группами 51 год и старше (суммарная доля 43,94). В возрасте 41-50 находился каждый третий заместитель руководителя медицинской организации (32,74%), при этом возрастные группы 41-45 лет и 46-50 лет имеют равный характер распределения долей в структуре - по 16,37% (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Распределение заместителей главных врачей по возрастным группам на момент проведения опроса (% к итогу)

Возрастные группы→	30-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	61 год и старше	Итого
% к итогу	11,22	12,07	16,37	16,37	10,34	15,53	18,10	100,00

Возраст до 40 лет отмечается у 23,29% респондентов, то есть у каждого четвертого, а возрастной предел в 56 лет перешли 33,63% опрошенных, в том числе, 18,10% - возрастной предел в 61 год.

В отличие от главных врачей, для которых не выявлена гендерная сегрегация, их заместители, включенные в наблюдение, заметно разнородны в распределении по признаку пола (Рисунок 4.9).

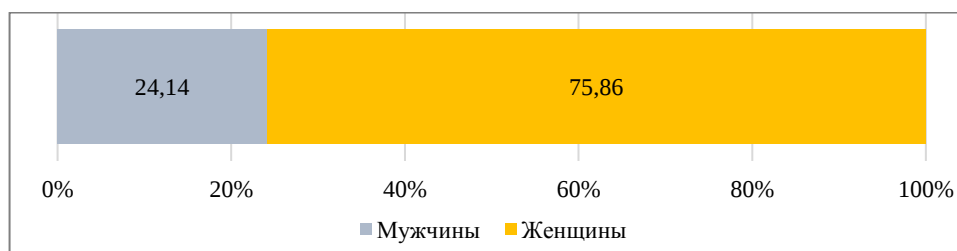


Рисунок 4.9 - Распределение заместителей главных врачей по полу на момент проведения опроса (% к итогу)

Соотношение мужчин и женщин, в целом, составляет 1:3 – 24,14% и 75,86%, соответственно ($t=6,5535 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,013881$).

Анализ опрошенных заместителей главных врачей иллюстрирует почти полное доминирование лиц с общим трудовым стажем более 15 лет (82,08%; $t=17,8979 > t_{\text{критический}}=6,313752$; $p\text{-value}=0,017766$) по всем медицинским организациям региона, включенным в исследование, с сопоставимыми долями по медицинским организациям г. Рязани (82,67%) и медицинским организациям муниципальных районов (80,64%), с низким разбросом величины показателя (0,17405 и 1,0368 соответственно), что характеризует наличие опытных руководителей этого уровня, имеющих общий трудовой стаж высокой длительности в контексте рассмотрения этого понятия для решения управленческих задач медицинских организаций региона (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Распределение респондентов по общему трудовому стажу на момент проведения опроса (% к итогу)

Общий трудовой стаж, лет	МО г. Рязани	σ_y^2	МО муниципальных районов	σ_y^2	Итого
5-10 лет	5,33	0,80645	9,68	4,7432	6,60
10-15 лет	12,00	0,2312	9,68	1,3448	11,32
более 15 лет	82,67	0,17405	80,64	1,0368	82,08
Итого	100,00		100,00		100,00

Никто из заместителей главных врачей, включенных в разработку, не имеет общего трудового стажа длительностью менее 5 лет, что соответствует

требованиям Профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» [73]. Вклад стажевой группы с общим трудовым стажем от 5 до 10 лет среди респондентов медицинских организаций г. Рязани, на 44,94% меньше вклада аналогичной стажевой группы среди респондентов медицинских организаций муниципальных образований, а вклад стажевой группы 10-15 лет среди респондентов медицинских организаций г. Рязани (12,00%) превышает аналогичный показатель среди респондентов медицинских организаций муниципальных образований (9,68%) на 23,97%. Доказано достоверно значимое различие между группами сравнения по общему трудовому стажу ($t=2,735071 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,0477489$).

Оценочные данные распределения внутри групп сравнения подтверждают лидирование вклада стажевых групп более 15 лет для всех представителей исследуемой категории специалистов. Самая «низкая» доля этой стажевой группы регистрируется у заместителей главных врачей больниц административного центра (75,74%), выходя за границы 70%. А вклад этой же стажевой группы в структуру общего трудового стажа респондентов поликлиник города Рязани, ММЦ/МРБ и районных больниц превышает 80% (соответственно 93,75%; 80,95 и 80,03%). Стаж 5-10 лет регистрируется у этой категории персонала только в поликлиниках и больницах г. Рязани, при почти полной сопоставимости долей (соответственно, 6,25% и 6,98%), а стаж 10-15 лет – у заместителей главных врачей больниц г. Рязани (16,28%) и ММЦ/МРБ (14,29%).

Многокомпонентность самого понятия «трудовой стаж» не позволяет провести учет характера специфики трудовой деятельности и квалификации исследуемой категории руководителей ввиду «несоответствия между длительностью специального стажа и длительностью общего трудового стажа» [21]. Исходя из этого, с целью дальнейшей оценки, проведен анализ стажа работы в занимаемой должности заместителей руководителей медицинских организаций.

Достоверно доказано преобладание стажевых групп 0-10 лет над стажевыми группами более 10 лет ($t=4,302653 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,028861$) среди заместителей главных врачей медицинских организаций региона, а также различие

между группами сравнения, представленными заместителями главного врача медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов, по стажу работы в занимаемой должности: $t=2,801954 > t_{\text{критический}}=2,454574$; $p\text{-value}=0,0418985$ (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Распределение респондентов по стажу работы в занимаемой должности на момент проведения опроса (% к итогу)

Типы медицинских организаций	Стаж работы в занимаемой должности				
	до 1 года	1-5 лет	5-10 лет	более 10 лет	Итого
Городские поликлиники	-	37,5	25,00	37,50	100,00
Городские/областные больницы	11,63	41,86	13,95	32,56	100,00
Итого МО г. Рязани	8,00	42,67	17,33	32,00	100,00
Районные больницы	-	30,00	10,00	60,00	100,00
ММЦ/МРБ	9,53	28,57	33,33	28,57	100,00
Итого МО муниципальных районов	6,46	29,03	25,8	38,71	100,00
Итого	7,55	38,68	19,81	33,96	100,00

Из всех заместителей главных врачей медицинских организаций г. Рязани, каждый второй работает в должности не более пяти лет (50,67%), в то время как в группе заместителей главных врачей медицинских организаций муниципальных районов, лидерство по вкладу в структуру стажа в занимаемой должности принадлежит стажевой группе, превышающей границу в 10 лет (38,71%).

Для исследуемой категории заместителей главных врачей медицинских организаций областного центра характерно значительно выраженное превышение суммарного вклада стажевых групп, определяемых интервалом 0-5 лет (расчетное значение превышения 58,34%), над удельным весом стажевых групп более 10 лет. В то время как соотношение долей этих же групп среди заместителей главных врачей медицинских организаций муниципальных районов обратное: доля стажевых групп более 10 лет на 9,07% больше суммарной доли 0-5 лет (35,49%), что косвенно свидетельствует об асимметрии «радикально-интенсивного обновления кадров» заместителей руководителей медицинских организаций (для должностей заместителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов, $A_s=-1,05553$; $e_x=-2,34943$ и $A_s=-1,0896$; $e_x=1,826775$). Стаж работы в занимаемой должности коррелирует с общим трудовым стажем работы

заместителей главных врачей только для респондентов медицинских организаций муниципальных районов ($r=0,692929$; $F=37,17029 > F_{\text{критический}}=19,00$; $p\text{-value}=0,026198$).

Структура стажа работы в занимаемой должности внутри групп сравнения анализировалась по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационара. Исключение составили диспансеры, данные по которым представлены крайне малыми величинами, поэтому эта группа не включена в распределение по стажу в качестве самостоятельной категориальной совокупности. Установлено равноценное соотношение удельных весов стажевых групп 0-5 лет и более 10 лет среди заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (37,50% против 37,50%) и диспропорция аналогичных долей для категории специалистов, занимающих соответствующие должности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара (53,49% против 32,56%). Распределение стажевых групп заместителей главных врачей районных больниц воспроизводит распределение стажевых групп больничных медицинских организаций г. Рязани в противоположном соотношении, но с более низким разрывом удельных весов (30,00% против 60,00%). Для стажевой структуры заместителей главных врачей ММЦ/МРБ типична соразмерность диапазонов градации стажа в занимаемой должности: 28,57%, 33,33% и 28,57%, соответственно, для стажевых групп 1-5 лет, 5-10 лет и более 10 лет, при низкой доле сотрудников, занимающих эту должность менее 5 лет (9,52%). Стаж работы в занимаемой должности до 1 года имеют только заместители главных врачей городских/областных больниц (11,63%) и ММЦ/МРБ (9,53%), причем их доля в г. Рязани на 22,04% выше ($t=3,091162 > t_{\text{критический}}=2,6145$; $p\text{-value}=0,0392541$).

Ограничение должностей заместителей руководителей медицинских организаций, определенных приказом Минздрава России от 02.05.2023 N 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», связано с их идентификацией относительно

«номенклатуры должностей». Установлена высокая межгрупповая (дисперсия 110,37) и внутригрупповая вариабельность распределения наименований должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани (дисперсия 106,99) и муниципальных районов Рязанской области (дисперсия 123,7835), сотрудники которых включены в разработку (Таблица 4.10).

Таблица 4.10 – Структура должностей среди опрошенных заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов Рязанской области (% к итогу)

Наименование должности	МО г. Рязани	МО муниципальных районов	σ_y^2
Заместитель главного врача по медицинской части	32,47	35,48	4,53
Заместитель главного врача по лечебной работе	-	16,13	130,09
Заместитель главного врача по экономическим вопросам	25,97	3,23	258,55
Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе	6,49	3,23	5,31
Заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности	2,59	3,23	0,21
Заместитель главного врача по клинико-диагностической работе	2,59	-	3,35
Заместитель главного врача по организационно-методической работе	6,49	3,23	5,31
Заместитель главного врача по организации поликлинической помощи	9,91	16,13	19,34
Заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения	-	19,34	187,02
Заместитель главного врача по организации стационарной помощи	1,30	-	0,85
Заместитель главного врача по хозяйственным вопросам	3,89	-	7,57
Прочие должности заместителя главного врача	8,30	-	34,45
Итого	100,00	100,00	110,37

Вполне логичен установленный наибольший удельный вес «должности заместителя главного врача по медицинской части» в аналитическом срезе групп сравнения (32,47% и 35,48% соответственно для медицинских организаций областного центра и муниципальных районов), при сопоставимости распределения должностей и их наименований в структуре (дисперсия 4,53), среди медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов Рязанской области.

Удельный вес должности заместителя главного врача по экономическим вопросам достоверно выше в группе медицинских организаций г. Рязани: 25,97% против 3,23% в медицинских организациях муниципальных районов области ($t=6,4862 > t_{\text{критический}}=2,44$; $p\text{-value}=0,05$) с высокой дисперсией (дисперсия 258,55), что свидетельствует о выраженных различиях включения этой должности в штатное расписание медицинских организаций.

Вклад должности «заместитель главного врача по организационно-методической работе» в структуре характеризуется двукратным, достоверным, превышением ее в медицинских организациях г. Рязани (6,49% против 3,23% в медицинских организациях муниципальных районов; $t=2,391149 > t_{\text{критический}}=1,94318$; $p\text{-value}=0,05$) при незначительной дисперсии ($\sigma_y^2=5,31$), характеризующей относительно невысокую вариабельность характера распределения должностей.

Выявлена статистически значимая неоднородность распределения должности «заместитель главного врача по организации поликлинической помощи» ($t=8,064 > t_{\text{критический}}=2,12$; $p\text{-value}=0,0428571$) для медицинских организаций муниципальных образований (16,13%) и областного центра (9,91%) с рассчитанным превышением в 1,63 раза и высокой дисперсией (19,34). Значительную дисперсию при межгрупповом сравнении можно объяснить отсутствием в группе медицинских организаций муниципальных образований самостоятельных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Несопоставимость структурного распределения, при межгрупповом сравнении, установлена для должностей «заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения», «заместитель главного врача по клинко-диагностической работе» и «заместитель главного врача по хозяйственным вопросам». В первом случае, характер распределения отличается высокой вариабельностью (дисперсия 187,02) и кратностью встречаемости исключительно в медицинских организациях сельских районов (19,34%), что объясняется спецификой регламентирования и сложившимися нормами

непосредственной деятельности этих медицинских организаций. Во втором и третьем случаях, характер распределения выражается типичностью должности лишь для медицинских организаций г. Рязани (2,59% и 3,89% в структуре соответственно).

Семь должностей заместителей главного врача, отнесенных к прочим должностям («заместитель главного врача по хирургической помощи и организационной работе», «заместитель главного врача по организации ВМП и СМП и ортопедии», «заместитель главного врача по акушерству и гинекологии», «заместитель главного врача по педиатрической помощи», «заместитель главного врача по городской больнице N 10», «заместитель главного врача по городской поликлинике N 4», «заместитель главного врача по Михайловкой МРБ»), при суммарной доле в структуре должностей респондентов 8,30%, имеют крайне низкий удельный вес каждой конкретной должности (по 1,29%) в общей структуре, что объясняется наличием этих должностей только в одной из всех медицинских организаций, включенных в наблюдение, сконцентрированных только в областном центре.

В приказе Минздрава России от 02.05.2023 N 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» есть непосредственное указание на «дополнение наименования должности заместителя руководителя медицинской организации разделом выполняемой им работы». Согласованное сегментирование наименования должностей «заместителей главных врачей по клинико-экспертной работе» и «заместителей главных врачей по экспертизе временной нетрудоспособности», а также должностей «заместителей главных врачей по медицинской части» и «заместителей главных врачей по лечебной работе» предусматривало их сравнение попарно на предмет оценки различий и сходства в осуществляемой деятельности.

Как было отмечено выше, должности «заместителей главного врача по медицинской части» присутствуют в обеих группах сравнения при почти полной сопоставимости долей в структуре. Наличие в штатном расписании должности «заместитель главного врача по лечебной работе» регистрируется только среди

респондентов медицинских организаций муниципальных районов, что объясняется характером деятельности этих медицинских организаций, не требующей, по мнению руководителей, расширения функциональных обязанностей. Удельный вес должностей заместителей главного врача по клинико-экспертной работе, достоверно (в 2 раза) больше в медицинских г. Рязани (6,49% против 3,23%; $t=3,9720 > F_{\text{критический}}=2,71$; при заданном $p\text{-value}=0,05$). Должность «заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности» присутствует в обеих группах сравнения с незначительным превышением значения показателя среди респондентов медицинских организаций муниципальных районов (3,23% против 2,29%). Должности «заместитель главного врача по клинико-экспертной работе» и «заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности» имеют сходство в функциях («оценка степени ограничения трудоспособности»), но, в то же время, следует отметить и значительную разницу, которая связана со спецификой процессов медицинской организации, что отражается на трудовых действиях, необходимых знаниях и умениях, непосредственно связанных с областями деятельности.

Многовершинные кривые иллюстрируют значительную асимметрию в наименовании должностей заместителей руководителей медицинских организаций групп сравнения, которая носит наиболее выраженный характер для должностей медицинских организаций г. Рязани, ($A_s=2,29034$ против 1,318542 для должностей заместителей медицинских организаций муниципальных районов) (Рисунок 4.10).

Отклонения эксцесса от 0 довольно существенны в обоих случаях ($e_x=4,465588$ и 3,80768 для должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов соответственно), аппроксимация невозможна, что подтверждает асимметрию распределения признака «наименование должностей» для групп сравнения. Можно предположить, что причиной указанной асимметрии являются структурные преобразования в системе регионального здравоохранения и внедрение, или расширение, профилей оказания медицинской помощи в медицинских организациях.

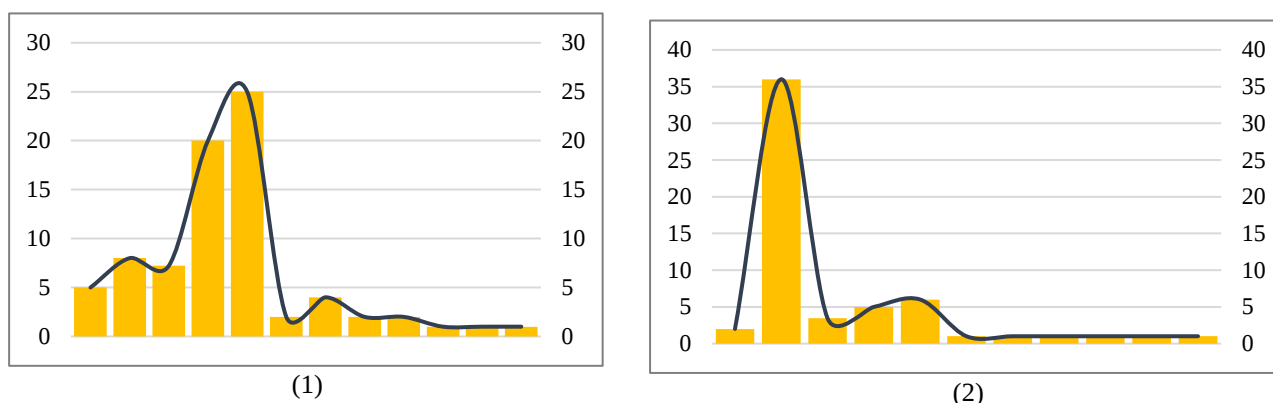


Рисунок 4.10 – Распределение наименований должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани (1) и муниципальных районов (2)

В частности, в пределах региона, по результатам опроса, из всех должностей заместителей руководителей медицинских организаций, включенных в исследование, 86,11% - должности типовые, но 6,48% должностей введены при внедрении или расширении профилей оказания медицинской помощи, 7,41% должностей - введены после присоединения к медицинской организации филиалов или других структурных подразделений (Таблица 4.11).

Таблица 4.11 - Причины введения должности заместителя руководителя (% к итогу)

Причины	МО г. Рязани	МО муниципальных образований	Итого
Типовая должность медицинской организации	85,72	90,32	86,11
Внедрение/расширение профилей оказания медицинской помощи	7,79	3,23	6,48
Присоединение к медицинской организации филиалов/других структурных подразделений	6,49	6,45	7,41
Итого	100,00	100,00	100,00

В срезе групп сравнения полученное распределение должностей, в целом, сопоставимо. Исключение составляют должности заместителей главных врачей, включенные в штатное расписание исследованных медицинских организаций г. Рязани по причине внедрения или расширения профилей оказания медицинской помощи, удельный вес которых (7,79%), превышает показатель,

зарегистрированный в медицинских организациях муниципальных районов (3,23%) в 2,4 раза ($t=2,844349 > t_{\text{критический}}=2,052632$; $p\text{-value}=0,0457803$).

Максимальный вклад, по всем включенным в разработку медицинским организациям, в структуру типовых должностей, принадлежит должностям «заместителей главного врача по медицинской части» (33,33%) и «заместителей главного врача по экономическим вопросам» (20,42%). Значительно ниже (на 64,57% и 42,16% по отношению к должностям «заместителей по медицинской части» и «заместителей главного врача по экономическим вопросам», соответственно) удельный вес должностей «заместителей главного врача по организации поликлинической помощи» (11,82%). Вклад в общую структуру типовых должностей «заместителей главного врача по лечебной работе» еще ниже, составляя 8,6%, а «заместителей главного врача по организационно-методической работе» и «заместителей главного врача по медицинскому обслуживанию населения» - по 6,45%. Тримя типовыми должностями представлены должности «заместителей главного врача по клинικο-экспертной работе», «заместителей главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности» и «заместителей главного врача по хозяйственным вопросам» (по 3,23%). На должности «заместителя главного врача по организации стационарной помощи», «заместителя главного врача по акушерству и гинекологии», «заместителя главного врача по педиатрической помощи» приходится по 1,08% (по 1 должности) в распределении типовых должностей.

Внутригрупповое сравнение по должностям, вполне логично, характеризуется лидированием типовых должностей по всем сравниваемым должностям заместителей главных врачей, включенным в наблюдение: «заместитель главного врача по экономическим вопросам» - 95,00%; «заместитель главного врача по медицинской части» - 93,94%; «заместитель главного врача по организации поликлинической помощи» - 91,67%; «заместитель главного врача по организации поликлинической помощи» - 91,67%, «заместитель главного врача по лечебной работе» - 88,89%; «заместитель главного врача по клинικο-экспертной работе» - 50,00%. Внедрение или расширение профилей оказания медицинской

помощи повлекло введение четырех должностей, три из которых занимают лидирующие позиции в структуре («заместитель главного врача по клинико-экспертной работе» - 16,67%; «заместитель главного врача по лечебной работе» - 11,11%; «заместитель главного врача по экономическим вопросам» - 5,00%), а одна - «заместитель главного врача по медицинской части» - характеризуется очень низким весом (3,03%). Неоднородностью распределения характеризуется причина «присоединение к медицинской организации филиалов/других структурных подразделений» с позиции оценки введения должности заместителя руководителя медицинской организации. Структура этой причины представлена высоким вкладом должности «заместитель главного врача по клинико-экспертной работе» (33,33%) и последующим убыванием, в порядке распределения, должностей «заместитель главного врача по организационно-методической работе» (14,29%); «заместитель главного врача по организации поликлинической помощи» (8,33%) и «заместитель главного врача по медицинской части» (3,03%).

Соотношение данных, представленных распределением уровня высшего образования по медицинским и «немедицинским» специальностям среди заместителей главных врачей, включенных в наблюдение, характеризуется доминированием удельного веса первого оценочного компонента (78,51% против 21,49%; $t=4,1372 > t_{\text{критический}}=2,4476$; $p\text{-value}=0,023679$). Среди респондентов с высшим медицинским образованием вклад удельного веса лиц, имеющих базовую специальность «лечебное дело» (88,10%), значительно превышает доли лиц с другими специальностями высшего медицинского образования, а среди респондентов с высшим образованием по немедицинским специальностям лидирует специальность «экономика» и «бухгалтерский учет, анализ и аудит» (69,57% суммарно).

83,33% заместителей главных врачей по клинико-экспертной работе имеют базовую специальность «лечебное дело» и 16,67% – «медико-профилактическое дело», при этом, все респонденты, получившие высшее образование по специальности высшего образования «медико-профилактическое дело» являются сотрудниками медицинских организаций муниципальных районов (Рисунок 4.11).

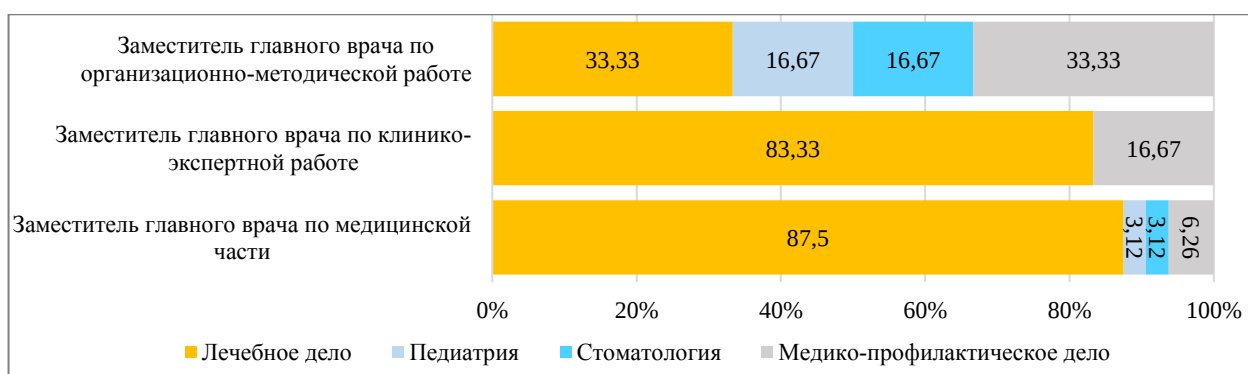


Рисунок 4.11 - Распределение респондентов по ведущим должностям и базовым специальностям высшего медицинского образования на момент проведения опроса (% к итогу)

Обращает на себя внимание неоднородность распределения «базовых специальностей высшего медицинского образования» среди «заместителей руководителей медицинских организаций по медицинской части» и «заместителей руководителей медицинских организаций по организационно-методической работе», которая достоверно подтверждается коэффициентом t , равным 8,78869, превышающим его критическое значение (2,276628) с высоким уровнем p -value (0,001899). Помимо того, что эта неоднородность связана с большим вкладом специальности «лечебное дело» в структуру у «заместителей главных врачей по медицинской части» (87,50%) по сравнению с «заместителями руководителей медицинских организаций по организационно-методической работе» (33,35%), соотношение удельных весов показывает более чем двукратное (2,6), статистически значимое, превышение первого компонента структуры над вторым, характеризующим специалистов с этой базовой специальностью ($t=7,84 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,05$).

6,26% «заместителей главных врачей по медицинской части» имеют высшее образование по базовой специальности «медико-профилактическое дело», среди заместителей руководителей медицинских организаций по организационно-методической работе их доля в 5,3 раза больше (33,31%; $t=19,4318 > t_{\text{критический}}=2,446912$; $p\text{-value}=0,01899$). Удельный вес респондентов, имеющих высшее медицинское образование по направлениям подготовки

специалитета «педиатрия» и «стоматология», обобщенно составляет 6,24% среди «заместителей главных врачей по медицинской части», в то же время, в группе «заместителей главных врачей по организационно-методической работе» доли этих направлений подготовки значительно больше (по 16,67% соответственно).

Структура по должностям и базовым специальностям высшего образования заместителей главных врачей по экономическим вопросам проиллюстрирована рисунком 4.12 и представлена максимальной доминантностью базовой специальности «экономика» (76,19%) для этой группы респондентов. Второе место занимает направление подготовки «государственное и муниципальное управление» (14,29%). Доли специальностей «лечебное дело» и «педагогика» (по направлениям математика и информатика) незначительны (по 4,76%), составляя, суммарно, 9,52%.

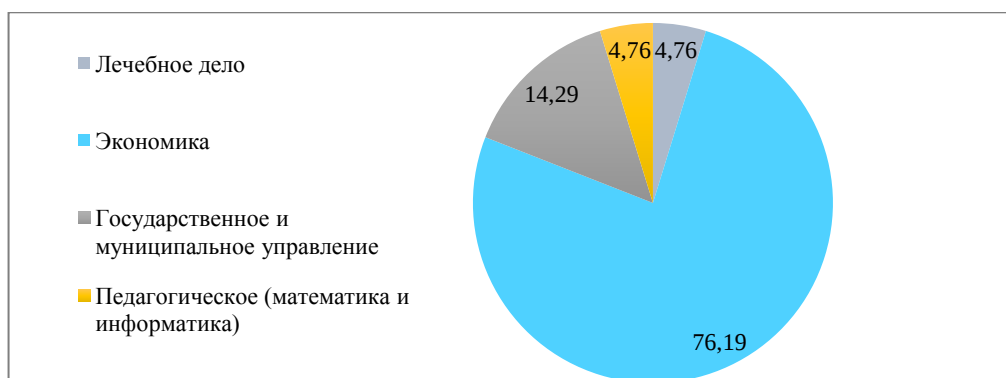


Рисунок 4.12 - Распределение заместителей главных врачей по экономическим вопросам по базовым специальностям высшего образования (% к итогу)

Состав заместителей главных врачей по хозяйственным вопросам, по направлениям подготовки, не имеет выраженных отличий в структуре: по 33,33% «государственное и муниципальное управление», «инженер ПГС» и «юриспруденция».

В результате, по итогам наблюдения, получены основные, статистически значимые, характеристики для формирования ситуативного профессионального портрета заместителя руководителя региональной медицинской организации по основным, обобщенным компонентам: пол, уровень образования, опыт работы, сегментирование должностей.

Резюме. Таким образом, по результатам анализа получены два ситуативных профессиональных портрета: ситуативный профессиональный портрет руководителя региональной медицинской организации и ситуативный профессиональный портрет заместителя руководителя региональной медицинской организации по основным, обобщенным компонентам, отражающим действительный уровень обладания руководителями обоих уровней этими характеристиками.

Для руководителя региональной медицинской организации:

Компонент **«возраст»** представлен превалированием возраста 51 год и старше (66,68%) и характеризуется диспропорцией возрастной структуры: возрастные группы 51 год и старше в 8,5 раз превышают возрастные группы 30-40 лет ($t=3,112971 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,017884$).

Компонент **«пол»** характеризуется отсутствием гендерной сегрегации (соотношение мужчин и женщин 1:1,3).

Компонент **«уровень образования»** характеризуется доминированием специальности «лечебное дело» (78,43%) среди основных специальностей высшего медицинского образования; довольно низким потенциалом профессионального развития (доля руководителей со вторым высшим образованием 3,92%), высоким уровнем соответствия знаний и навыков требованиям, установленным профессиональным стандартом (100,00% руководителей имеют действующие сертификаты/свидетельства об аккредитации специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью); высоким уровнем специализации (68,63% респондентов указали на несколько документов, подтверждающих их принадлежность к нескольким типам «базовых» медицинских специальностей или медицинских специальностей, требующих высокого уровня специализированной подготовки).

Компонент **«опыт работы»** отличается высокой продолжительностью общей трудовой деятельности руководителей медицинских организаций - преобладание вклада общего трудового стажа, превышающего 15 лет, характерно для 92,16% руководителей. При этом у руководителей медицинских организаций

города Рязани этот показатель достоверно выше (на 15,03%). Неполная карьерная траектория до назначения на должность установлена для каждого третьего главного врача (31,03%). Регистрируется перевес вклада стажевой группы более 10 лет в группах сравнения по стажу в занимаемой должности (37,50% для руководителей медицинских организаций г. Рязани и 36,84% для руководителей медицинских организаций муниципальных районов области).

Компонент **«тип медицинской организации»** характеризуется доминированием, медицинских организаций, оказывающих два вида медицинской помощи - первичную медико-санитарную (77,59%) и специализированную медицинскую помощь (74,14%) - среди всех типов медицинских организаций, находящихся под непосредственным руководством главных врачей. В том числе, 20,69% организаций второго типа имеют в своем составе подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь.

Компонент **«плановая мощность медицинской организации»**. 73,81% главных врачей руководят деятельностью медицинских организаций, имеющих в своем составе менее 100 коек (38,1%), или от 100 до 299 коек (35,71%). Более половины руководителей возглавляют медицинские организации, суммарная плановая мощность подразделений которых составляет от 250 до 500 посещений в смену или менее 250 посещений в смену (суммарная доля 68,18%).

Компонент **«иерархия высшего и среднего звеньев управления»**, с точки зрения оценки управленческой конъюнктуры, характеризуется статистическими значимыми различиями для медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов. В медицинских организациях областного центра модель организационного управления, предполагающая наличие двух или трех заместителей руководителя в структуре иерархических звеньев управления, составляет 54,43%; в медицинских организациях муниципальных районов модель с одним или двумя заместителями руководителя составляет 88,89% ($t=2,543852 > t_{\text{критический}}=2,413113$; $p\text{-value}=0,05439$). Количество заместителей руководителей медицинских организаций варьируется в зависимости от типа и мощности медицинской организации, условий и видов оказываемой медицинской

помощи. В среднем, по всем медицинским организациям, на одну штатную должность главного врача приходится 2,0 занятых должности заместителей.

Для заместителя руководителя региональной медицинской организации:

Компонент **«возраст»** характеризуется преобладанием возрастных групп моложе 50 лет (56,03% суммарно), превышающих возрастные группы 51 год и старше на 27,42% ($t=3,182446 > t_{\text{критический}}=2,353363$; $p\text{-value}=0,0411611$).

Компонент **«пол»** характеризуется выраженной гендерной сегрегацией (соотношение мужчин и женщин 1:3; $t=6,5535 > t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,013881$).

Компонент **«уровень образования»** характеризуется доминированием медицинских специальностей (78,51%) среди основных специальностей высшего образования и наличием лиц с высшим образованием по «немедицинским» специальностям (21,49%). Специальность «лечебное дело» (88,10%) занимает первое место в структуре высшего медицинского образования заместителей главных врачей.

Компонент **«опыт работы»** отличает почти полное доминирование лиц, занимающих должности заместителей главных врачей, с общим трудовым стажем более 15 лет (82,08%) по всем медицинским организациям региона; отмечается превышение удельного веса стажевых групп по стажу в занимаемой должности 0-5 лет заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани над удельным весом стажевых групп более 10 лет (на 58,34%) и обратное соотношение долей этих стажевых групп среди заместителей главных врачей медицинских организаций муниципальных районов: доля стажевых групп более 10 лет на 9,07% больше суммарной доли 0-5 лет.

Компонент **«сегментирование должностей»** представлен высокой межгрупповой и внутригрупповой вариабельностью распределения наименований должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани (дисперсия 106,999) и муниципальных районов Рязанской области (дисперсия 123,7835); значительной асимметрией в наименовании должностей, которая носит наиболее выраженный характер для должностей медицинских организаций г.

Рязани ($A_s=2,29034$ против $1,318542$ для должностей заместителей медицинских организаций муниципальных районов; $e_x=4,465588$ и $3,80768$ для должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов соответственно); лидированием типовых должностей по всем сравниваемым должностям заместителей главных врачей (86,11%).

ГЛАВА 5 РАЗРАБОТКА И ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ПРОФИЛЯ ДОЛЖНОСТИ) КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

5.1 Анализ экспертной оценки профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации

В этой части исследования представлен анализ основных итогов опроса, проведенного среди экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, для определения наиболее значимых компонентов профессионального портрета руководителя и заместителя руководителя медицинской организации. Результаты представлены в виде структурного распределения ответов участников по альтернативным позициям «за» и «против». Параметры представленных результатов опроса полностью соответствуют структуре и формату анкеты, использованной в ходе исследования. Группе экспертов был предложен опросник, состоящий из 8 блоков вопросов, включающих значимые характеристики руководителя и заместителя руководителя медицинской организации, которые достоверно подтверждены в ситуативном профессиональном портрете.

Оценивая компонент «возраст», эксперты однозначно, достоверно, определяют оптимальный возраст руководителя медицинской организации в диапазоне от 41 года до 50 лет (60,00% в структуре; $t=2,919986 > t_{\text{критический}}=2,10149$; $p\text{-value}=0,044806$), в то время как ситуативный профессиональный портрет руководителей исследуемых медицинских организаций по этому компоненту представлен доминированием возрастных групп 51 год и старше (66,68%) (Рисунок 5.1).

Мнения экспертов относительно оптимального возраста заместителей руководителей медицинских организаций разделились на две равные, преобладающие в ответах, группы: 40,00% опрошенных считают оптимальным нахождение этой категории руководителей в возрастном диапазоне от 36 до 40 лет и 40,00% - от 41 года до 50 лет. В этом случае, мнения экспертов о

профессиональном портрете заместителей руководителей медицинских организаций по компоненту «возраст» полностью совпадает с фактическим, ситуативным, профессиональным портретом, который характеризуется преобладанием возрастных групп моложе 50 лет.

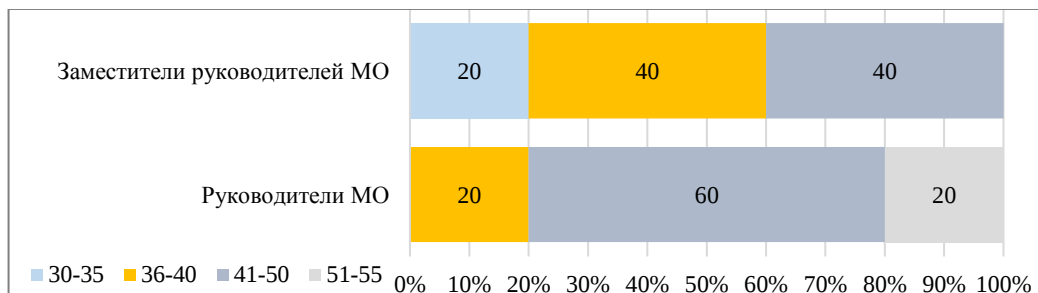


Рисунок 5.1 – Распределение экспертных оценок оптимального возраста для профессионального портрета руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций (% к итогу)

Эксперты отмечают, что для руководителей медицинских организаций компонент «пол» должен быть представлен максимальным удельным весом мужчин-руководителей (80,00% ответов), а для заместителей руководителей – руководителей-женщин (53,33% ответов в структуре). Одновременно, для 13,33% экспертов, пол заместителя главного врача значения не имеет (Рисунок 5.2).

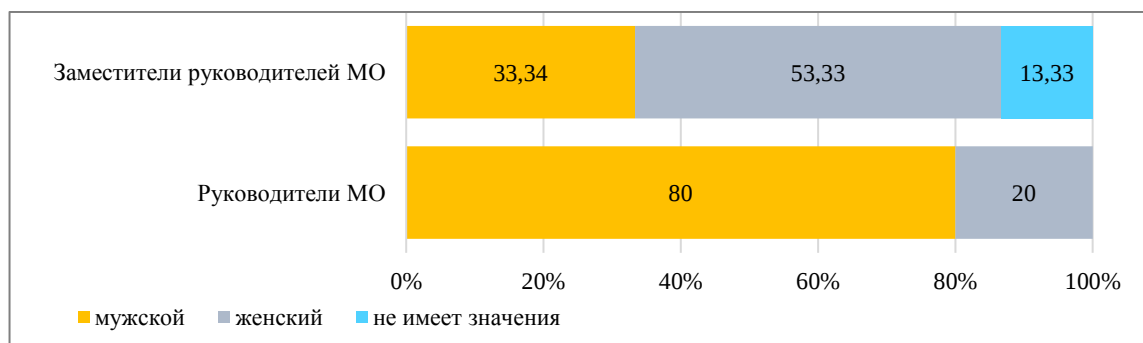


Рисунок 5.2 – Распределение экспертных оценок оптимального компонента «пол» для профессионального портрета руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций (% к итогу)

Мнения экспертов расходятся с реальным ситуативным профессиональным портретом главных врачей, в котором компонент «пол» характеризуется практически сопоставимым распределением мужчин и женщин (43,14% и 56,86% в структуре), но имеют определенные совпадения с ситуативным

профессиональным портретом заместителей руководителей медицинских организаций в сторону превалирования удельного веса женщин (24,14% и 75,86% мужчин и женщин и 33,34% и 53,33%, соответственно, в ситуативном и экспертном портретах).

Распределение экспертных оценок наглядно показывает статистически значимое расхождение элементов компонента «уровень образования» для главных врачей и их заместителей по основным специальностям высшего образования ($t=2,263594 > t_{\text{критический}}=1,894579$; $p\text{-value}=0,0399842$) (Таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Экспертная оценка основных, необходимых, специальностей высшего образования руководителей/заместителей руководителей медицинских организаций (% к итогу)

Основные специальности высшего образования	Руководители МО	Заместители руководителей МО
Лечебное дело	32,14	29,40
Медико-профилактическое дело	7,14	11,77
Педиатрия	25,00	23,53
Стоматология	21,43	23,53
Государственное и муниципальное управление	14,29	0,00
Экономика	0,00	11,77
Итого	100,00	100,00

Соотношение ответов экспертов, определивших специальность «лечебное дело» среди специальностей высшего образования, составило 32,14% для главных врачей и 29,40% - для их заместителей при незначительном доминировании вклада в структуру. С гораздо большим значением удельного веса, как для руководителей медицинских организаций (78,43%), так и для заместителей руководителей медицинских организаций (78,51%), дифференцирован компонент «уровень образования» ситуативного профессионального портрета в сторону специальности «лечебное дело».

Отличие полученного распределения экспертных оценок от сформированных в процессе настоящего исследования двух ситуативных профессиональных портретов, заключается в расхождении мнений экспертов по основным специальностям высшего медицинского образования, таких как «стоматология» (21,43% для главных врачей и 23,53% - для их заместителей) и «педиатрия» (25,00% и 23,53% соответственно), которые гораздо выше значений этого компонента, не

включенного в ситуативный профессиональный портрет из-за их незначительного вклада в структуру. Кроме того, 14,29% экспертов указывают на необходимость развития более широкого профессионального потенциала, связанного с наличием второго высшего образования по образовательной программе высшего образования «государственное муниципальное управление» для главных врачей, а 11,77% - второго высшего образования по образовательной программе высшего образования «экономика» для заместителей руководителей медицинских организаций.

Оптимальным общим трудовым стажем для назначения на должность руководителя медицинской организации эксперты считают стаж от 10 до 15 лет (60,00%), что не соответствует значению компонента «опыт работы» в контексте общей продолжительности трудовой деятельности для сформированного профессионального портрета руководителя медицинской организации, характеризующегося преобладанием вклада общего трудового стажа, превышающего 15 лет, характерного для 92,16% руководителей (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Экспертная оценка общей продолжительности трудовой деятельности (общий трудовой стаж), необходимой для руководителей/заместителей руководителей медицинских организаций (% к итогу)

Общий трудовой стаж →	5-10 лет	10-15 лет	Более 15 лет	Итого
Руководители МО	20,00	60,00	20,00	100,00
Заместители руководителей МО	40,00	40,00	20,00	100,00

Данная характеристика для заместителей руководителей медицинских организаций, в представлении экспертов, обладает рядом специфических черт по сравнению с ситуативным профессиональным образом, который сформирован для лиц, занимающих эту должность. Мнения экспертов относительно этого компонента разделились поровну в оценках вклада общего трудового стажа от 5 до 10 лет (40,00% опрошенных считают его достаточным) и 10-15 лет, который отметили, как необходимый для должности заместителей главных врачей, также 40,00% респондентов, в противовес к ситуативному профессиональному портрету, который характеризует очень высокая доля лиц, занимающих эту должность, и

имеющих опыт работы более пятнадцати лет (82,08% от общего числа этой категории специалистов в медицинских организациях региона).

60,00% экспертов полагают, что стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», при достижении интервала в 5-10 лет, достаточен для развития профессиональной компетентности главного врача, в то время как для заместителей руководителей достаточно иметь стаж по этой специальности от 1 года до 5 лет, на что указали 60,00% респондентов (Таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Экспертная оценка стажа по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», необходимого для руководителей/заместителей руководителей медицинских организаций (% к итогу)

Стаж по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»→	1-5 лет	5-10 лет	Более 10 лет	Итого
Руководители МО	20,00	60,00	20,00	100,00
Заместители руководителей МО	60,00	40,00	0,00	100,00

Полученные экспертные оценки профессионального портрета руководителя и заместителя руководителя медицинской организации значительно и достоверно отличаются от характеристик ситуативного профессионального портрета как для главных врачей, так и для их заместителей по компоненту «опыт работы» с позиции вклада элемента специального трудового стажа. В частности, для руководителей медицинских организаций, в отличие от позиции экспертов, продолжительность работы в занимаемой должности более 10 лет характерна для 37,50% руководителей медицинских организаций г. Рязани и для 36,84% руководителей медицинских организаций муниципальных районов области. В ситуативном профессиональном портрете заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани прослеживается тенденция, при которой сотрудники с опытом работы в занимаемой должности от 0 до 5 лет в процентном соотношении преобладают над теми, чей стаж превышает 10 лет (это соотношение составляет 58,34%), а среди заместителей главных врачей медицинских организаций в муниципальных районах ситуация иная: количество сотрудников, имеющих опыт работы более 10 лет, на 9,07% превышает суммарное количество специалистов с

опытом работы в занимаемой должности 0-5 лет, что также не совпадает с экспертными оценками ($t=2,545027 > t_{\text{критический}}=2,104689$; $p\text{-value}=0,0401674$).

Среди факторов, оказывающих решающее влияние на назначение на должность главного врача медицинской организации, эксперты выделяют основной, связанный с полным карьерным треком (врач → заведующий отделением → заместитель главного врача → главный врач), составляющий суммарно в структуре ответов 80,00%. При этом оценка вклада фактора не меняется в зависимости от того, является ли претендент сотрудником данной медицинской организации, или нет (Таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Экспертная оценка факторов, оказывающих решающее влияние на назначение претендента на должность главного врача медицинской организации (% к итогу)

Характер ответа	% к итогу
Единственное условие - претендент обязательно должен быть сотрудником данной организации	6,67
Претендент обязательно должен быть сотрудником данной организации и пройти полный карьерный трек (врач → заведующий отделением → заместитель главного врача → главный врач)	40,00
Претендент не обязательно должен быть сотрудником данной организации, но пройти полный карьерный трек (врач → заведующий отделением → заместитель главного врача → главный врач)	40,00
Претендент не обязательно должен быть сотрудником данной организации и не обязательно пройти полный карьерный трек	13,33
Итого	100,00

Оценивая модель организационного управления с позиции структуры иерархии высшего и среднего звеньев управления, эксперты отдают предпочтение модели, в которой предусмотрены четыре штатные должности заместителей руководителя (Рисунок 5.3).

Заметим, что экспертная оценка данного компонента заметно отличается от реально существующих моделей организационного управления иерархии высшего и среднего звеньев управления, в которых доминируют модели с двумя-тремя штатными должностями заместителей главного врача в медицинских организациях г. Рязани и одним-двумя – в медицинских организациях муниципальных районов.

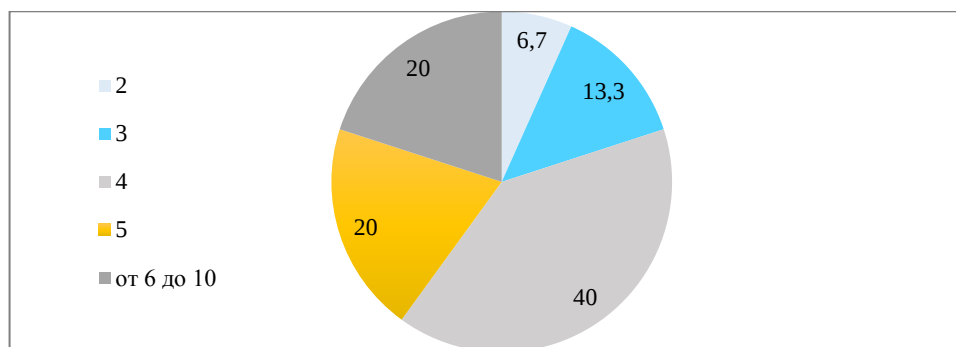


Рисунок 5.3 – Распределение экспертных оценок оптимального количества штатных должностей заместителей главного врача в модели организационного управления (% к итогу)

По мнению экспертов, тип медицинской организации и число филиалов и/или число обособленных структурных подразделений являются определяющими факторами числа штатных должностей заместителей главного врача. Удельный вес указанных элементов, занимая первое и второе ранговые места соответственно, составляя суммарно 46,77% (Таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Экспертная оценка компонента «сегментирование должностей» заместителей главного врача (% к итогу)

Характер ответа	% к итогу	Ранги
Тип медицинской организации	24,19	1
Мощность медицинской организации (число коек, число посещений)	20,97	3,5
Число филиалов и/или числа обособленных структурных подразделений	22,58	2
Число штатных должностей врачебного персонала	9,68	5
Унификация наименований должностей (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»)	20,97	3,5
Применяемые медицинские технологии	1,61	6
Итого	100,00	

Среди наиболее важных элементов, влияющих по мнению экспертов на число штатных должностей заместителей главного врача, респонденты отмечают два, имеющих высокую значимость: «мощность медицинской организации» и «унификацию наименований должностей (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»)), представленные одинаковыми долями (20,97%) и рангами (3,5) в общей структуре.

По результатам анализа получены два экспертных (по сопоставимым компонентам ситуативного портрета) профессиональных портрета руководителя и заместителя руководителя региональной медицинской организаций для формирования профиля должности руководителя медицинской организации.

Руководитель региональной медицинской организации – это мужчина в возрасте от 41 года до 50 лет; с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», «педиатрия» или «стоматология», с наличием второго высшего образования по образовательной программе высшего образования «государственное муниципальное управление»; с продолжительностью общей трудовой деятельности от 10 до 15 лет; со стажем работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» 5-10 лет; прошедший полный карьерный трек; с двумя-четырьмя заместителями руководителя в структуре иерархических звеньев управления, в зависимости от типа медицинской организации, ее мощности и числа филиалов и/или числа обособленных структурных подразделений.

Заместитель руководителя региональной медицинской организации – это женщина моложе 50 лет; с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело», «педиатрия» или «стоматология», с наличием второго высшего образования по образовательной программе высшего образования «экономика»; с продолжительностью общей трудовой деятельности от 5 до 15 лет; со стажем работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» от 1 года до 5 лет; с унифицированным (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья») наименованием должности.

5.2 Оценка согласованности мнений экспертов по основным компонентам экспертных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации

Выбор основных компонентов экспертных профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации, с целью

последующего включения этих компонентов в профиль должности, который является форматом представления организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, в качестве обязательных требований, из представленных альтернатив, представляет собой отдельную задачу, для решения которой применен метод экспертных оценок. Особенность и, в значительной степени, сложность применения этого метода связана с необходимостью учета достаточно противоречивых, по некоторым компонентам, данных, полученных по результатам формирования ситуативного и экспертного профессиональных портретов руководителя и заместителя руководителя медицинской организации.

Прежде всего, следует отметить, что высокий уровень консенсуса респондентов достигнут по оптимальному для главных врачей возрасту (диапазон от 41 года до 50 лет; $W=0,70370$), а также общему трудовому стажу (диапазон от 10 до 15 лет; $W=0,71429$), который эксперты оценивают с позиции необходимого для должности главного врача. Статистическую значимость коэффициента конкордации по всем указанным факторам подтверждают значения расчетных χ^2 Пирсона, которые значительно превышают критические значения χ^2 , а также p -value (Таблица 5.6).

Большинство экспертов отнесли элемент «стаж работы по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье» от 5 до 10 лет компонента «опыт работы» к наиболее значимым элементам фактор - группы (60,00% в структуре ответов) при высокой согласованности мнений ($W=0,83333$; $\chi^2=35,00000>5,99146$; p -value=0,00147), и, следовательно, сформировавшееся у респондентов мнение относительно необходимости включения в профиль должности этого элемента, существенно. Распределения оценок по компоненту «пол» (лидирующий элемент фактор – группы – мужской пол) достоверно показывают высокую значимость этого фактора для экспертов (80,00% в структуре оценок), но, однако, умеренную согласованность индивидуальных мнений ($W=0,62500$; $\chi^2=17,50000>3,84146$; p -value=0,00117).

Таблица 5.6 - Распределение факторов и согласованность мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета руководителя (главного врача) медицинской организации (квалификационные требования)

Факторы (компоненты профессионального портрета)	Лидирующий элемент фактор - группы	Доля фактора (%)	$\sum R$	Вес λ	W	$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	p-value
Компонент «возраст»	41-50 лет	60,00	106	0,167987	0,70370	23,22222>5,99146	0,01644
Компонент «пол»	Мужской	80,00	18	0,028526	0,62500	17,50000>3,84146	0,00117
Компонент «уровень образования» (специальность, среди основных специальностей высшего медицинского образования)	«Лечебное дело»	32,14	109	0,172741	0,78000	47,60000>9,48773	0,00002
Компонент «опыт работы» (общий трудовой стаж)	10-15 лет	60,00	106	0,167987	0,71429	30,00000>5,99146	0,00563
Компонент «опыт работы» (карьерный трек)	Полная последовательность смены должностей	80,00	90	0,142630	0,87603	36,89189>9,48773	0,00077
Компонент «опыт работы» (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»)	5-10 лет	60,00	110	0,174326	0,83333	35,00000>5,99146	0,00147
Компонент «иерархия высшего и среднего звеньев управления»	4 заместителя главного врача	40,00	83	0,131537	0,68775	48,07229>9,48773	0,00001
Компонент «тип медицинской организации»	Виды МП и мощность медицинской организации	46,67	9	0,014263	0,20370	14,25926>9,48773	0,00463

В контексте оценки компонента «опыт работы», интерес представляют комментарии экспертов, представленные в виде обстоятельных аргументов, относительно факторов, оказывающих решающее влияние на назначение претендента на должность главного врача медицинской организации. Среди этих факторов наибольшее значение эксперты придают полному карьерному треку (врач → заведующий отделением → заместитель главного врача → главный врач), вклад которого большинством экспертов оценивается как очень высокий (80,00%), при высокой, достоверно подтвержденной, степени согласованности мнений ($W=0,87603$; $\chi^2=36,89189>9,48773$; $p\text{-value}=0,00077$). При том что большинство экспертов, при оценке позиций профессионального портрета, отнесли компонент «уровень образования» (специальность, среди основных специальностей высшего медицинского образования – «лечебное дело») к факторам с относительно невысокой значимостью (32,14% в структуре ответов), согласованность их мнений по этому компоненту достоверно высокая ($W=0,78000$; $\chi^2=47,60000>9,48773$; $p\text{-value}=0,00002$).

К достаточно важным компонентам профессионального портрета, с позиции включения их в профиль должности, эксперты относят компоненты «иерархия высшего и среднего звеньев управления» и «тип медицинской организации» (40,00% и 46,67% в структуре оценок), однако, если по первому компоненту отмечается достоверно умеренная консолидация мнений экспертов ($W=0,68775$; $\chi^2=48,07229>9,48773$; $p\text{-value}=0,00001$), то по второму, согласованность мнений очень слабая ($W=0,20370$; $\chi^2=4,25926>9,48773$; $p\text{-value}=0,00463$).

Наглядно полученные результаты оценок основных компонентов профессионального портрета руководителя (главного врача) медицинской организации представлены на гистограмме и полигоне распределения сумм рангов по степени их значимости для экспертов (Рисунок 5.4).

Наиболее значимы для экспертов имеет компонент «опыт работы» (X_6 - стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»), второй, по значимости, компонент (X_3) - «уровень образования»

(специальность, среди основных специальностей высшего медицинского образования).

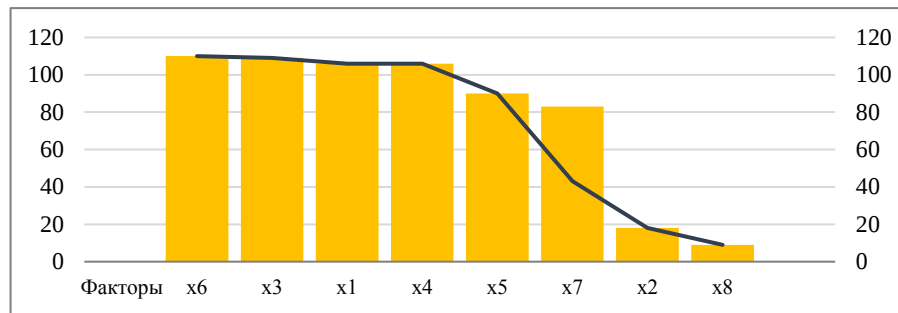


Рисунок 5.4 – Распределение сумм рангов факторов основных компонентов профессионального портрета руководителя (главного врача) медицинской организации

Третья группа факторов представлена двумя компонентами (X_1 и X_4) - «возраст» (41-50 лет) и «опыт работы» (общий трудовой стаж). Четвертый, по значимости фактор – это «опыт работы» (X_5 – полный карьерный трек). Наименее значимые факторы – это компоненты (X_2 и X_8) «пол» и «тип медицинской организации».

Таким образом, степень согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета руководителя медицинской организации, с коэффициентом конкордации выше 0,7, установлена у пяти из восьми предложенных респондентам компонентов (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» 5-10 лет; специальность «лечебное дело», среди основных специальностей высшего медицинского образования; полный карьерный трек; общий трудовой стаж 10-15 лет и возраст 41-50 лет), имеющих для них, в том числе, наибольшую значимость по суммам рангов, при суммарном коэффициенте конкордации по восьми факторам, равном 0,79010 ($\chi^2=71,15000>12,59159$). Полученные данные дают основание включение этих компонентов в профиль должности.

Мнения экспертов в отношении компонентов профессионального портрета заместителей руководителей медицинских организаций довольно дифференцированы (Таблица 5.7).

Таблица 5.7 - Распределение факторов и согласованность мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета заместителя руководителя медицинской организации (квалификационные требования)

Факторы (компоненты профессионального портрета)	Лидирующий элемент фактор - группы	Доля фактора (%)	Σ_R	Вес λ	W	$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	p-value
Компонент «возраст»	36-50 лет	80,00	108	0,27907	0,83333	35,00000>5,99146	0,00147
Компонент «пол»	женский	53,33	105	0,271318	0,68182	28,63636>3,84146	0,01170
Компонент «уровень образования» (специальность, среди основных специальностей высшего медицинского образования)	«Лечебное дело»	29,40	22	0,056848	0,24000	16,80000>9,48773	0,02670
Компонент «опыт работы» (общий трудовой стаж)	5-15 лет	80,00	83	0,21447	0,63333	35,00000>5,99146	0,00147
Компонент «опыт работы» (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»)	1-5 лет	60,00	48	0,124031	0,43333	23,33333>5,99146	0,00550
Компонент «сегментирование должностей»	Соответствие трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»	20,97	21	0,054264	0,0267	0,4<3,84146	0,08663

Наиболее консолидированным является мнение респондентов по компоненту «возраст» (лидирующий элемент фактор – группы 36-50 лет; 80,00% оценок в структуре ответов) при $W=0,83333$, что указывает на высокое, статистически значимое ($\chi^2=35,00000>5,99146$; $p\text{-value}=0,00147$), совпадение индивидуальных мнений.

При весьма невысокой доле специальности «лечебное дело» компонента «уровень образования» (29,40%), эксперты почти полностью расходятся и во мнении о важности этой специальности среди основных специальностей высшего медицинского образования для заместителя руководителя медицинской организации ($W=0,24000$; $\chi^2=16,80000>9,48773$; $p\text{-value}=0,02670$). Несмотря на значительный вклад в структуру оценок (53,33%), компонент «пол», по мнению экспертов, не относится к числу наиболее важных факторов ($W=0,68182$) для формирования профиля должности заместителя главного врача, демонстрируя только умеренную согласованность их мнений.

Элемент общий трудовой стаж компонента «опыт работы», имея высокую значимость для экспертов (80,00% в структуре оценок), получает также только умеренную степень согласованности их мнений ($W=0,63333$), а элемент стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», также при высокой значимости (60,00%), достоверно исключает консолидацию мнений ввиду их слабой согласованности ($W=0,43333$), так же как и компонент «сегментирование должностей» с позиции унификации наименований должностей в соответствии с трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» ($W=0,0267$; $\chi^2=0,4<3,84146$; $p\text{-value}=0,08663$).

Учитывая приведенные выше результаты анализа согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета заместителя руководителя медицинской организации, можно сделать вывод об отсутствии консолидированного мнения относительно необходимости включения в профиль должности заместителя руководителя медицинской организации пяти из шести отобранных компонентов экспертного профессионального портрета, что

исключает возможность их включения в профиль должности заместителя главного врача, и, соответственно, его разработку на основе этих компонентов.

Таким образом, анализ согласованности мнений экспертов по профессиональным портретам руководителя и заместителя руководителя медицинской организации, позволил определить экспертные оценки основных квалификационных требований, представленных сходными, математически подтвержденными, мнениями, только для профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации, на основе чего сформировано «групповое решение».

5.3 Анализ экспертной оценки компетентностного содержания и основных компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Разработка организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, базирующейся на компетентностном подходе, представляет собой отправную точку для осмысления не только квалификационных характеристик руководителя, но и необходимых требований к знаниям и навыкам, необходимых для эффективного управления в условиях развития здравоохранения. С этой позиции, «компетентностное содержание» профиля должности руководителя медицинской организации определялось на основе согласованности мнений, полученных при экспертной оценке.

Довольно часто высказывается мнение, что метакомпетенции представляют собой набор умений и навыков, которые сохраняются у индивида после исключения из набора компетенций «hard skills» [9,194]. Эти навыки во многом схожи с «soft skills», однако идентичными они не являются. В то же время, разделение профессиональных компетенций на «hard skills» и «soft skills», при проведении экспертного опроса, обусловлено их высокой значимостью в оценке уровня профессионализма, роли в «профессиональном взаимодействии» и в карьерной траектории.

Если в оценках экспертов относительно метакомпетенций, необходимых для руководителя медицинской организации, значимых различий не установлено (77,3% и 80,00% в структуре ответов «за» в группе экспертов – руководителей региональных МО и экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, соответственно), то в отношении профессиональных компетенций наблюдается довольно широкая дифференциация (Рисунок 5.5).

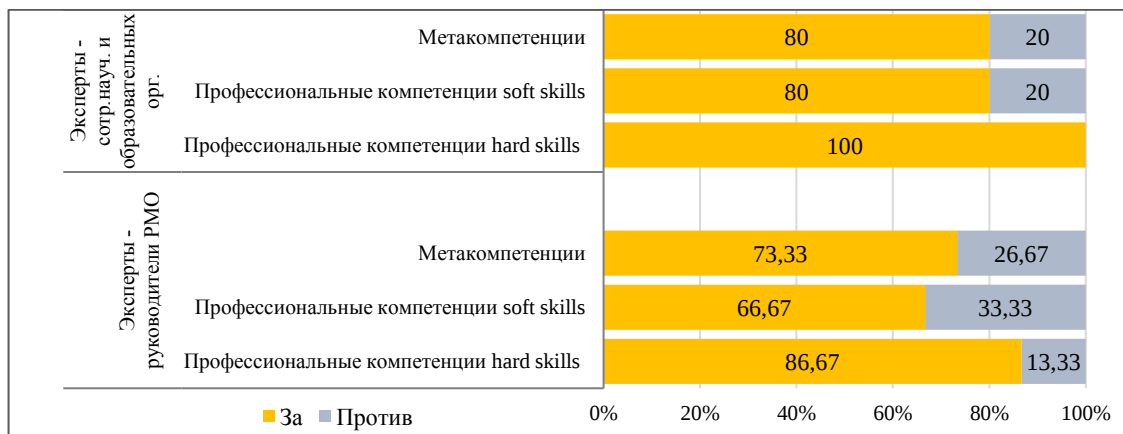


Рисунок 5.5 – Распределение экспертных оценок необходимых значимых универсальных и профессиональных компетенций организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Эксперты выражают различные мнения при оценке профессиональных компетенций «hard skills» и «soft skills». В частности, доля ответов, связанных с оценкой «технических навыков», как существенного фактора, среди экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, составила 100,00%, тогда как среди экспертов – руководителей региональных МО удельный вес таких ответов на 13,33% меньше. Исходя из ответов респондентов, можно также предположить, что оценка значимости «личностных и социальных качеств» для руководителя медицинской организации является дискуссионной проблемой для экспертов – главных врачей (66,67% положительных ответов в структуре), в то же время, для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, наличие компетенций «soft skills» сомнений почти не вызывает (80,00% положительных ответов в структуре; $t=12,85006 > t_{\text{критический}}=6,313752$; $p\text{-value}=0,005865$).

«Социально-адаптивные качества», необходимые руководителю медицинской организации, наличие которых способно расширить профессиональные компетенции, представленные дифференцированными по видам метакомпетенциями, в структуре оценок экспертов статистически значимых различий не имеют: $p\text{-value}=0,139747$ по t критерию; $p\text{-value}=0,437535$ по критерию F (Таблица 5.8).

Таблица 5.8 - Экспертная оценка метакомпетенций для проектирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Компетенции	Эксперты – руководители РМО		Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.	
	«за»	«против»	«за»	«против»
Компетенция «саморазвития и саморегуляции»	73,33	26,67	73,33	26,67
Компетенция «коммуникации»	93,33	6,67	93,33	6,67
«Готовность к принятию управленческих решений»	80,00	20,00	100,00	0,00
«Способность к командной работе»	100,00	0,00	93,33	6,67
«Масштабность мышления (комбинированное мышление)»	93,33	6,67	80,00	20,00
«Экспертно-аналитическая компетенция»	93,33	6,67	93,33	6,67
Статистика по группам сравнения				
F статистика	0,052632<0,777889			
p-value	0,437535			
t статистика	1,24984<2,131847			
p-value	0,139747			

Эксперты полагают, что современный руководитель должен быть готов к постоянному саморазвитию и самодисциплине (удельный вес ответов «за» 73,33% в обеих группах экспертов). Он должен обладать высоким уровнем коммуникативных навыков и умений (удельный вес ответов «за» 93,33% в обеих группах экспертов), принимать обоснованные управленческие решения в условиях реальности с высокой динамичностью (удельный вес ответов «за» 80,00% и 100,00% в группе экспертов - руководителей региональных МО и экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, соответственно). Руководитель медицинской организации должен постоянно развивать свои экспертно-аналитические способности (удельный вес ответов «за» 93,33% в обеих

группах экспертов), формировать эффективную команду (удельный вес ответов «за» 100,00% и 93,33% в группе экспертов - руководителей региональных МО и экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, соответственно) и стать неотъемлемой частью этой команды, обладая широким кругозором (удельный вес ответов «за» 93,33% и 80,00% соответственно), который позволяет ему видеть проблемы и находить оптимальные управленческие решения.

В научных источниках можно обнаружить сведения о разнообразных параметрах, влияющих на формирование управленческих компетенций. Часть из этих параметров была принята во внимание при разработке профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», включающем подробно изложенные требования, установленные к знаниям и навыкам, которыми должны обладать руководители медицинских организаций различных уровней [11,84,104,108]. Поэтому, при исключении имеющего место разнообразия профессиональных компетенций, в настоящем исследовании, они сгруппированы по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» без декомпозиции их на более мелкие весовые составляющие, предусмотренные трудовыми действиями.

Статистически значимой разницы в ответах групп сравнения по варианту ответа «за» не установлено ($t=0,565732 < t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,263744$), тогда как по варианту ответа «против» имеет место статистически значимая разница: $t=2,704019 > t_{\text{критический}}=2,131847$; $p\text{-value}=0,048708$ (Таблица 5.9). Заметно различие взглядов экспертов по компетенции «организации, координации и реализации деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения» ($t=10,26163 > t_{\text{критический}}=6,313752$; $p\text{-value}=0,000508$), важность которой для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, очевидна (удельный вес ответов «за» 80,00% по позициям «за» и «против»), а для экспертов – руководителей региональных МО – сомнительна (удельный вес ответов «за» 53,33%). По остальным профессиональным компетенциям мнения экспертов, или

очень близки, или совпадают, что иллюстрируют показатели соотношения ответов «за» и «против» в структуре позиций.

Таблица 5.9 - Экспертная оценка необходимых обобщенных профессиональных компетенций (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья») для проектирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Компетенции	Эксперты – руководители РМО		Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.	
	«за»	«против»	«за»	«против»
Компетенция администрирования деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений	86,67	13,33	100,00	0,00
Компетенция менеджмента качества процессов медицинской организации	93,33	6,67	100,00	0,00
Компетенция организации, координации и реализации деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения	53,33	46,67	80,00	20,00
Компетенция управления финансово-экономической и материально-технической сферой медицинской организации	80,00	20,00	80,00	20,00
Компетенция управления медицинской организацией	100,00	0,00	80,00	20,00
Статистика по группам сравнения				
F статистика	2,704019<6,388233			
p-value	0,179307			
t статистика	0,56573<1,894579			
p-value	0,294621			

Н.Б. Найговзина и ее коллеги рекомендуют инновационный подход к «подготовке управленческих кадров в субъекте Российской Федерации» и «интегрированной оценке профессиональных компетенций». По мнению авторов исследования, принципиальными позициями, в этом контексте, являются «определение региональной потребности в квалифицированных управленческих кадрах в разрезе должностей и типа учреждений, и оценка базовой подготовленности претендентов» [84,104].

Существенно различаются результаты в группах экспертов по методам оценки компетенций руководителей, что подтверждается статистически значимым

расхождением в ответах ($t=2,570582 > t_{\text{критический}}=2,015048$; $p\text{-value}=0,0472264$) (Рисунок 5.6).

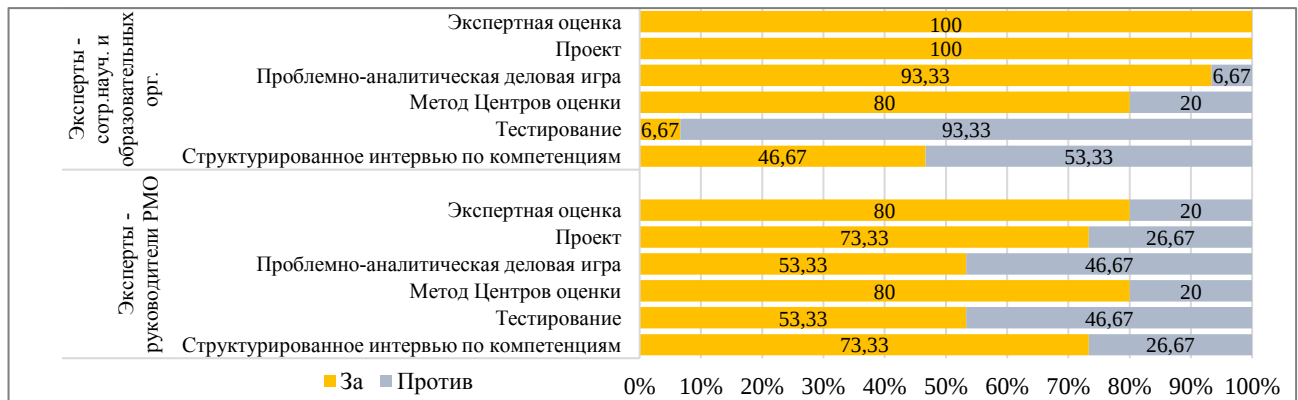


Рисунок 5.6 - Распределение экспертных оценок методов и методик оценки компетенций для проектирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций (% к итогу по позициям «за» и «против»)

При лидирующих двух методах: «метод Центров» и «экспертная оценка» (ответы «за» 80,00% в структуре) у экспертов – руководителей региональных МО, установлена высокая вариабельность значений показателей, характеризующих позиции «за» и «против» (дисперсия 402,1511). Мнения экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, очень близки в отношении трех ведущих методов, к которым они относят «экспертную оценку», выполнение проекта и «проблемно-аналитическую деловую игру», что иллюстрируют показатели ответов «за» (100,00% и 93,33% в структуре позиций «за» и «против» соответственно).

Анализ ответов респондентов позволяет также предположить, что тестирование, как метод оценки компетенций руководителя, является спорным для экспертов – главных врачей (53,33% положительных и 46,67% отрицательных ответов в структуре позиций «за» и «против»), в то же время, для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, сомнительность этого метода очевидна (93,33% отрицательных ответов в структуре позиций «за» и «против»).

В оценках экспертами компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителя медицинской организации в

формате профиля должности на основе компетентностного подхода статистически значимой разницы не установлено ($t=0,973264 < t_{\text{критический}}=1,859548$; $p\text{-value}=0,179463$) (Таблица 5.10).

Таблица 5.10 - Экспертная оценка компонентов структуры для проектирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций по целям адаптации и развития на основе компетентностного подхода (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Факторы	Эксперты – руководители РМО		Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.	
	«за»	«против»	«за»	«против»
Описание должности в структуре иерархии должностей (категория должности, формальные требования)	100,00	0,00	80,00	20,00
Процесс, в котором задействована должность руководителя (уровень должности, формальные требования)	100,00	0,00	100,00	0,00
Ключевые задачи должности (формальные требования)	93,33	6,67	100,00	0,00
Квалификационные требования	100,00	0,00	93,33	6,67
Профиль компетенций	100,00	0,00	100,00	0,00
Статистика по группам сравнения				
t статистика	0,973264 < 1,859548			
p-value	0,179463			

Представители обеих экспертных групп отмечают все представленные компоненты структуры как необходимые для профиля должности, с высокой долей оценок, при минимальной границе «за» 80,00% в структуре позиций «за» и «против».

Методический тип профилирования является определяющим для обеих групп экспертов (Рисунок 5.7).

Подавляющее большинство экспертов – руководителей РМО (93,33% в структуре позиций «за» и «против») отнесли методический тип профилирования к ключевому типу формирования профиля должности, а в оценках экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, наблюдается полный консенсус (100,00% ответов «за») по этому вопросу ($t=1,15393 < t_{\text{критический}}=2,919986$; $p\text{-value}=0,5$).

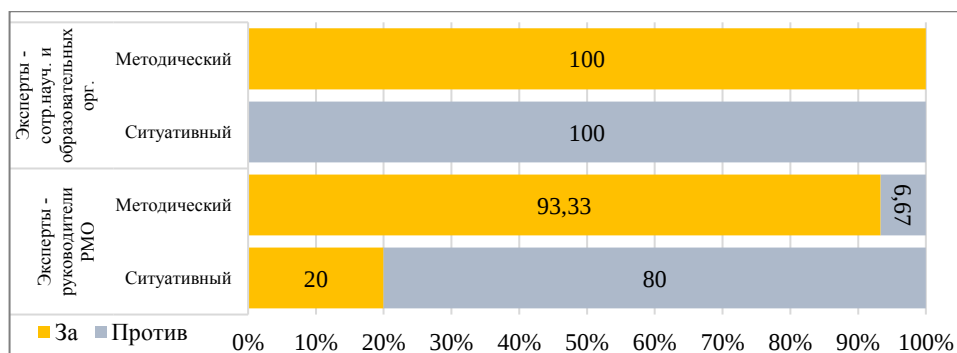


Рисунок 5.7 – Распределение экспертных оценок типов профилирования (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Таким образом, по результатам анализа определены основные компетенции и компоненты структуры для формирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителя медицинской организации, представленной в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации, получившие самые высокие оценки экспертов.

5.4 Оценка согласованности мнений экспертов по основным компетенциям и компонентам структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Распределение мнений экспертов – руководителей региональных медицинских организаций по основным компетенциям организационной технологии, представленной в формате профиля должности руководителя МО, рассмотрено по сгруппированным факторам, в которых эксперты проявляют полную или частичную солидарность, и теми, по которым явно прослеживается расхождение оценок и отсутствие паритета мнений (Таблица 5.11).

Оценка метакомпетенций, свидетельствуют о высоком тождестве мнений в отношении «способности к командной работе», что, собственно, и доказывает статистически значимый коэффициент конкордации ($W=0,75107$; $\chi^2=37,88962 > 11,0705$; $p\text{-value}=0,00045$).

Таблица 5.11 - Распределение факторов и согласованность мнений экспертов – руководителей региональных медицинских организаций по компетентностному содержанию организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Факторы	Лидирующий элемент фактор -группы	Доля фактора в структуре позиций «за» и «против» (%)	Σ_R	Вес λ	W	$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	p-value
Значимые универсальные и профессиональные компетенции	Профессиональные компетенции «hard skills»	86,67	26	0,1486	0,66667	28,00000>5,99146	0,01423
Метакомпетенции	«Способность к командной работе»	100,00	39	0,2229	0,75107	37,88962>11,0705	0,00045
Обобщенные профессиональные компетенции (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта)	Компетенция управления медицинской организацией	100,00	58	0,3314	0,95736	71,27860>9,48773	0,00054
Инструменты (методы) оценки компетенций	Метод Центров оценки	80,00	52	0,2971	0,91983	11,66667>7,81403	0,03305
	Экспертная оценка	80,00					

Мнения экспертов – руководителей РМО характеризуются очень высоким уровнем согласованности по факторам «обобщенные профессиональные компетенции по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта» (лидирующий элемент фактор – группы - «компетенция управления медицинской организацией»; $W=0,95736$;) и «инструменты (методы) оценки компетенций» (лидирующий элемент фактор – группы - «метод Центров»; $W=0,91983$; $\chi^2=11,66667>7,81403$; $p\text{-value}=0,03305$), при оценке которых, получены наиболее высокие коэффициенты Кендалла.

При оценке паритетности значимых универсальных и профессиональных компетенций (лидирующий элемент фактор - группы «профессиональные компетенции «hard skills»)), суммарно, получена только умеренная согласованность мнений ($W=0,66667$; $\chi^2=28,00000>5,99146$; $p\text{-value}=0,01423$).

Среди факторов, которые могут найти полное отражение в профиле должности руководителя медицинской организации на основе компетентностного подхода, очень высокая консолидированность экспертных мнений респондентов, отнесенных к группе экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, регистрируется по фактору «обобщенные профессиональные компетенции», представленному двумя, лидирующими по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта, компетенциями: «компетенция администрирования деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений» и «компетенция менеджмента качества процессов медицинской организации», выраженным очень высоким, статистически значимым, уровнем согласованности мнений ($W=0,907107$; $\chi^2=11,66667>9,48773$; $p\text{-value}=0,05093$). Полученные результаты дают возможность отнесения элементов «компетенция администрирования деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений» и «компетенция менеджмента качества процессов медицинской организации» этой фактор - группы к точке наибольшей консолидации для данной категории экспертов (Таблица 5.12).

Таблица 5.12 - Распределение факторов и согласованность мнений экспертов – сотрудников научных и образовательных организаций по компетентностному содержанию организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Факторы	Лидирующий элемент фактор -группы	Доля фактора в структуре позиций «за» и «против» (%)	Σ_R	Вес λ	W	$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	p-value
Значимые универсальные и профессиональные компетенции	Профессиональные компетенции «hard skills»	100,00	27	0,1677	0,50000	14,00000>5,99146	0,04497
Метакомпетенции	«Готовность к принятию управленческих решений»	100,00	39	0,2422	0,76897	19,31034>11,0705	0,04993
Обобщенные профессиональные компетенции (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта)	Компетенция администрирования деятельности	100,00	56	0,3475	0,907107	11,66667>9,48773	0,05093
	Компетенция менеджмента качества процессов медицинской организации	100,00					
Инструменты (методы) оценки компетенций	Проект	100,00	39	0,2422	0,83010	58,43102>9,48773	0,00133
	Экспертная оценка	100,00					

Мнения этой группы экспертов о метакомпетенциях, которые должны быть отражены в профиле должности руководителя медицинской организации, по лидирующему элементу фактор – группы «готовность к принятию управленческих решений», совпадают ($W=0,76897$; $\chi^2=19,31034>11,0705$; $p\text{-value}=0,04993$). Однако по суммарным значимым универсальным и профессиональным компетенциям, представленных лидирующим элементом фактор – группы «профессиональные компетенции «hard skills», мнения сильно, достоверно, дифференцированы, что подтверждает коэффициент конкордации ($W=0,50000$; $\chi^2=14,00000>5,99146$; $p\text{-value}=0,04497$). Методы и методики оценки компетенций, в отличие от экспертов – руководителей региональных медицинских организаций, у респондентов этой экспертной группы сомнений не вызывают, что показывает высокий уровень согласованности мнений по этому фактору ($W=0,83010$; $\chi^2=58,43102>9,48773$; $p\text{-value}=0,00133$).

Наиболее значимы для экспертов – руководителей региональных медицинских организаций фактор «обобщенные профессиональные компетенции, представленные по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта, (X_3 - компетенция управления медицинской организацией) и фактор X_4 , описывающий «инструменты (методы) оценки компетенций». Третий, по значимости, это фактор метакомпетенций (X_2), лидирующий элемент фактор – группы которой определен «способностью к командной работе» (Рисунок 5.8).

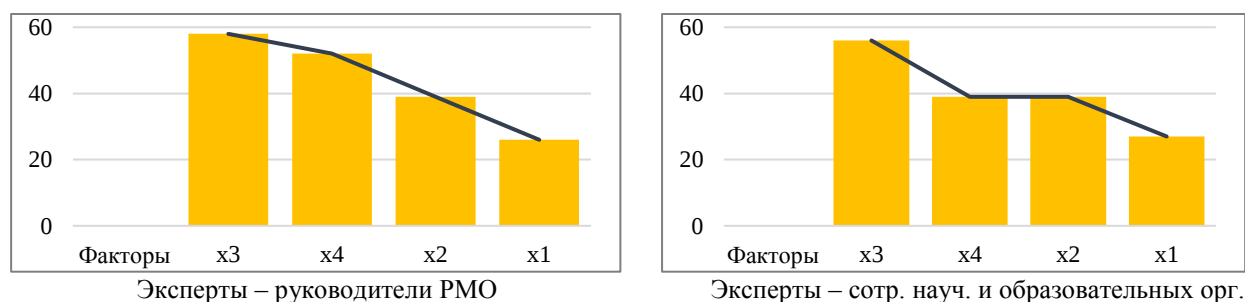


Рисунок 5.8 – Распределение сумм рангов основных компетенций организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Ранжирование факторов, представленных группами компетенций, которые могут найти полное отражение в организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации на основе компетентностного подхода, показало, что, по мнению экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, наибольшую значимость имеет фактор «обобщенные профессиональные компетенции (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта)». Вторая, по значимости, группа представлена двумя факторами «метакомпетенции» (X_2) и «инструменты (методы) оценки компетенций» (X_4). Самую низкую значимость для экспертов обеих групп имеет фактор суммарных «значимых универсальных и профессиональных компетенций» (X_1), что подтверждается умеренной и слабой, статистически значимой, согласованностью мнений экспертов.

Фактором, имеющим наибольшее значение для проектирования организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, по мнению экспертов – руководителей региональных медицинских организаций, является возможность, которую дает, непосредственно, структура профиля должности на основе компетентностного подхода, при максимально высокой оценке лидирующих элементов фактор – группы «описание должности в структуре иерархии должностей», «процесс, в котором задействована должность руководителя», «квалификационные требования» и «профиль компетенций» ($W=0,98680$; $\chi^2=14,00000>9,48773$; $p\text{-value}=0,04971$), доказательством чему служит самый высокий коэффициент согласованности мнений (Таблица 5.13).

Высокий, статистически значимый, консенсус в обеих группах экспертов демонстрирует методический подход к формированию профиля должности ($W=0,86765$; $\chi^2=10,29412>3,84146$; $p\text{-value}=0,04038$ – в группе экспертов – руководителей РМО и $W=0,90000$; $\chi^2=15,00000>3,84146$; $p\text{-value}=0,00054$ – в группе экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций).

Таблица 5.13 - Распределение факторов и согласованность мнений экспертов по основным факторам структурных компонентов организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации

Факторы (структурные компоненты)	Лидирующий элемент фактор - группы	Доля фактора в структуре позиций «за» и «против» (%)	Σ_R	Вес λ	W	$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	p-value
Эксперты – руководители региональных медицинских организаций							
Тип профилирования	Методический	100,00	75	0,391	0,86765	10,29412>3,84146	0,04038
Структура профиля должности на основе компетентностного подхода	Описание должности в структуре иерархии должностей	100,00	117	0,609	0,98680	14,00000>9,48773	0,04971
	Процесс, в котором задействована должность руководителя	100,00					
	Квалификационные требования	100,00					
	Профиль компетенций	100,00					
Эксперты – сотрудники научных и образовательных организаций							
Тип профилирования	Методический	100,00	60	0,606	0,90000	15,00000>3,84146	0,00054
Структура профиля должности на основе компетентностного подхода	Процесс, в котором задействована должность руководителя	100,00	39	0,394	0,99600	20,72000>9,48773	0,010903
	Ключевые задачи должности	100,00					
	Профиль компетенций	100,00					

По оценкам экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, очень высокий уровень согласованности мнений отмечен по фактору «структура профиля должности на основе компетентностного подхода» ($W=0,99600$; $\chi^2=20,72000>9,48773$; $p\text{-value}=0,010903$ соответственно) при незначительных отличиях структурных лидирующих элементов этой фактор - группы с лидирующими элементами в оценках экспертов – главных врачей медицинских организаций.

Таким образом, анализ перечня универсальных и профессиональных компетенций, а также компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителя медицинской организации по результатам экспертных оценок, свидетельствует о высоком уровне согласованности мнений экспертов, подтвержденном математически, что дает основание для включения их в формат профиля должности с позиции выбора типа профилирования, требований к должности (формальных требований), структурирования его архитектуры и профиля компетенций с дескрипторами.

5.5 Проектирование организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности

Результатами, представленными в 3 главе настоящего исследования, доказаны:

1. Негативная динамика функциональных характеристик руководителей/заместителей руководителей медицинских организаций регионального здравоохранения (подтверждается высокой интенсивностью снижения абсолютной численности руководителей и их заместителей, превышающей темп убыли общероссийского показателя на 25,21%, показателя обеспеченности населения руководителями организаций и их заместителями, превышающей темп убыли общероссийского показателя на 24,55%). Интерпретируя полученные данные, можно констатировать, что негативные тенденции динамических процессов привели к диспропорции между численностью

должностей, занятых руководителями медицинских организаций и их заместителями, и количеством штатных должностей, в 2023 г., более выраженную для медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области (превышение в 2,45 раз).

2. Негативные тенденции нефункциональных характеристик, доказанные выраженным постарением обеих категорий руководителей (подтверждается высокими индексами роста удельного веса возрастной группы 61 год и старше: 1,15 и 1,79, соответственно, для главных врачей и заместителей; стабильным превышением удельного веса этой возрастной группы над возрастной группой 30-35 лет: в среднем в 12 раз у главных врачей и в 1,5 раза – у их заместителей); неустойчивым «жизненным циклом» исследуемой категории специалистов (подтверждается высоким суммарным внутриорганизационным и внешнеорганизационным коэффициентом текучести кадров - индекс роста 3,7);. Интерпретируя полученные данные, можно констатировать среднесрочную перспективу вертикальной ротации управленческих кадров медицинских организаций региона.

Тестирование данных, полученных в ходе опроса экспертов, позволило установить итоговую степень согласованности позиций двух групп экспертов: руководителей региональных медицинских организаций и сотрудников научных и образовательных организаций, а также провести оценку суммарной согласованности мнений по организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации на основе компетентностного подхода (Таблица 5.14).

По итогам анализа экспертных оценок, самый высокий паритет мнений установлен для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций ($W=0,8836$; $\chi^2=108,2>11,07050$; $p\text{-value}=0,00113$), коэффициент конкордации в этой группе является наибольшим при незначительной асимметрии ($A_5=0,16948<0,25$). Коэффициент конкордации, равный 0,8400, иллюстрирует высокую степень согласованности мнений экспертов – руководителей РМО по всему комплексу

компонентов профиля должности руководителя медицинской организации ($\chi^2=62,79>11,07050$; $p\text{-value}=0,00391$), также при незначительной асимметрии ($A_s=0,07992<0,25$).

Таблица 5.14 – Сравнение групповой согласованности мнений экспертов по организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности на основе компетентностного подхода

Критерии	Обе группы экспертов	Эксперты - руководители РМО	Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.
W	0,8326	0,8400	0,8836
$>\chi^2>\chi^2_{\text{критический}}$	$86,03>11,07050$	$62,79>11,07050$	$108,2>11,07050$
A_s	0,175225	0,07992	0,16948
e_x	0,56093	0,84156	0,93532
p-value	0,05133	0,00391	0,00113

Следует отметить, что, в целом, оценки архитектуры профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации консолидированы в высокой степени обеими группами экспертов ($W=0,8326$), на неслучайность полученных величин указывает значение χ^2 Пирсона ($\chi^2=86,03>11,07050$; $p\text{-value}$ 0,05133), и, следовательно, гипотеза о согласии экспертов относительно организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, принимается. Отклонения эксцесса от 0 несут существенны во всех случаях ($e_x=0,84156$, 0,93532 и 0,56093 в группах экспертов - руководителей РМО; экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций и в обеих группах экспертов, соответственно), что свидетельствует о практически симметричном распределении мнений экспертов (хотя и с небольшими отклонениями) в группах сравнения.

Формирование организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, на основе компетентностного подхода, представляет собой не только продуктивный инструмент достижения результата оптимизации модели компетенций с позиции воздействия на объект с целью его изменения, но и эффективный алгоритм оценки [11]. Сформированная, по результатам экспертных

оценок, база данных использована в качестве основы организационной технологии, представленной профилем должности руководителя (главного врача) медицинской организации. При проектировании профиля должности, учтены: содержание профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» и согласованность мнений экспертов для формирования требований к должности (формальных требований); результаты согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета для включения их профиль должности в качестве квалификационных требований; компетентностное содержание, с позиции соотнесения трудовых функций с профессиональными знаниями и умениями, а также основные структурные компоненты профиля должности руководителя медицинской организации, получившие высокую степень согласованности мнений экспертов, включая инструменты оценки и тип профилирования.

Цель разработки организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, - создание комплексной системы оценки компетенций назначаемого на должность руководителя (главного врача) медицинской организации; верификация имеющегося уровня компетенций у сотрудника, уже выполняющего функции руководителя; формирование траектории развития компетенций по формуле: Профиль должности = Требования к должности (формальные требования) + Квалификационные требования + Профиль компетенций с дескрипторами + Инструменты (методы) оценки. С учетом мнения экспертов, выбран методический тип профилирования.

Профиль должности разделен на четыре модуля, каждый из которых фиксирует определенный набор компонентов (Рисунок 5.9).

В модуле «Требования к должности (формальные требования)» представлен перечень направлений деятельности, охватывающий:

- «категорию должности» (должность в структуре иерархии должностей);

- «уровень должности» (процесс, в котором задействована должность руководителя медицинской организации), отображающий позиции должности в общей организационно-функциональной структуре медицинской организации;
- «ключевые задачи должности», определенные в соответствии с трудовыми функциями руководителя (главного врача) медицинской организации на основании профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» [73].

I.		ТРЕБОВАНИЯ К ДОЛЖНОСТИ (ФОРМАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ)							
		Категория должности (должность в структуре иерархии должностей): руководитель (главный врач) медицинской организации							
		Уровень должности (процесс, в котором задействована должность руководителя медицинской организации): управление медицинской организацией							
		Ключевые задачи должности (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта): «управление ресурсами медицинской организации, взаимодействие с другими организациями; организация деятельности медицинской организации; менеджмент качества и безопасности медицинской деятельности; стратегическое планирование, обеспечение развития медицинской организации»							
II.		КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ							
		Требуемый уровень образования: высшее медицинское специальность «Лечебное дело»	Требуемый опыт работы (общий трудовой стаж): 10-15 лет	Требуемый опыт работы (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»): 5-10 лет	Полный карьерный трек: полный путь профессионального развития	Дополнительное высшее образование (не требуется)			
III.		ПРОФИЛЬ КОМПЕТЕНЦИЙ							
Профессиональные компетенции (по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»)		Компетенции	Шкала оценки (дескрипторы)						
			1	2	3	4	5		
				Базовый уровень		Уровень специалиста		Уровень эксперта	
		Компетенция администрирования деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений							
		Компетенция менеджмента качества процессов медицинской организации							
		Компетенция организации, координации и реализации деятельности по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения							
		Компетенция управления финансово-экономической и материально-технической сферой медицинской организации							
		Компетенция управления медицинской организацией							
		Метакомпетенции		Компетенция «саморазвития и саморегуляции»					
				Компетенция «коммуникации»					
«Готовность к принятию управленческих решений»									
«Способность к командной работе»									
«Масштабность мышления (комбинированное мышление)»									
«Экспертно-аналитическая компетенция»									
IV.		ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ КОМПЕТЕНЦИЙ							
		Проект, проблемно-аналитическая деловая игра, метод Центров оценки, структурированное интервью по компетенциям, экспертная оценка							

Рисунок 5.9 – Организационная технология комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации

Модуль «Квалификационные требования» предусматривает три обязательных составляющих: «требуемый уровень образования», «требуемый опыт работы» (общий трудовой стаж и стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»), полную карьерную траекторию (полный путь профессионального развития) и одну необязательную составляющую (дополнительное высшее образование).

Модуль «Профиль компетенций» характеризует руководителя (главного врача) медицинской организации с двух позиций:

- для идентификации специалиста как эффективного управленца с набором знаний и умений, отраженных в профессиональном стандарте (в профиле должности представлен блоком профессиональных компетенций);
- для определения уровня и потенциала развития руководителя (в профиле должности представлен блоком метакомпетенций).

Профиль компетенций, включенный в структуру профиля должности, позволяет оценить соответствие реальных и целевых уровней компетенций, это достигается благодаря наличию в его структуре дескрипторов, представленных в виде специальной шкалы, позволяющей определить уровень их выраженности.

Модуль «инструменты оценки целевого уровня компетенций» представлен методами и методиками, получившими наибольшую согласованность мнений по результатам экспертных оценок.

Компонент «возраст», представленный, согласно оценке экспертов, диапазоном от 41 до 51 года, исключен из профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации ввиду того, что, хотя, согласно полученным результатам, этот компонент характеризуется уровнем согласованности мнений экспертов превышающем минимально обозначенную границу значения коэффициента конкордации ($W > 0,7$), однако это превышение весьма незначительно ($W = 0,70370$). Кроме того, учтены положения ст. 64 ТК РФ, согласно которой «дискриминация по возрасту запрещена» [105]. Компонент «пол» исключен из профиля должности руководителя, поскольку он характеризуется только умеренной согласованностью индивидуальных мнений экспертов

($W=0,62500$), поэтому включение данного компонента в профиль должности не целесообразно. Кроме того, признак «пол» исключен из профиля должности данной категории специалистов еще и по причине конструктивной позиции равного гендерного распределения.

При оценке потенциальных возможностей преимуществ профилирования должности установлена очень высокая согласованность мнений экспертов ($W=0,954$ для экспертов – руководителей РМО; $W=1,000$ – для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций) (Таблица 5.15).

Таблица 5.15 - Экспертная оценка потенциала организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности, с позиции преимуществ профилирования (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Переменные (преимущества профилирования)	Эксперты – руководители РМО		Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.	
	«за»	«против»	«за»	«против»
Формирование критериев, которым должен соответствовать руководитель: совокупность знаний, умений, навыков, требований к регулярной деятельности	100,00	0,00	100,00	0,00
Анализ соответствия профессиональных компетенций требованиям, предъявляемым к занимаемой должности, определение областей, требующих дополнительного обучения	93,33	6,67	93,33	6,67
Возможность сконструировать систему индикаторов, определяющих уровень квалификации и функциональные обязанности	86,67	13,33	100,00	0,00
Система становится более управляемой и прогнозируемой за счет четко выстроенного алгоритма оценки, подбора, перемещения и развития сотрудников в соответствии с требованиями к должностям	80,00	20,00	86,67	13,33
W	0,954		1,000	
$>\chi^2 > \chi^2_{\text{критический}}$	42,92 > 7,81473		45,00 > 7,81473	
p-value	0,01943		0,00244	

Эксперты довольно высоко оценивают преимущества профилирования: по всем факторам оценки «за» колеблются в диапазоне от 80,00% до 100,00% в структуре позиций «за» и «против». Среди преимуществ профилирования полный консенсус в обеих группах экспертов отмечается по «формированию критериев, которым должен соответствовать руководитель» и «анализу соответствия

профессиональных компетенций требованиям, предъявляемым к занимаемой должности, определение областей, требующих дополнительного обучения» (удельный вес ответов «за» 100,00% и 93,33% соответственно). Однако «возможность конструирования системы индикаторов, определяющих уровень квалификации и функциональные обязанности» более предпочтительна для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций (удельный вес оценок 100,00%), тогда как для экспертов – руководителей РМО это преимущество не столь привлекательно, уровень оценок на 13,33% ниже.

Оценивая потенциал организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, эксперты обеих групп сходятся во мнении относительно задач, которые позволит решить предлагаемая организационная технология ($W=0,9400$ для экспертов – руководителей РМО; $W=0,9900$ – для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций) (Таблица 5.16).

Среди задач, которые, по мнению экспертов, позволяет решать организационная технология комплексной оценки компетенций руководителя медицинской организации, представленная в формате профиля должности, эксперты - руководители РМО чаще всего отмечают «развитие профессиональных компетенций новых сотрудников – руководителей медицинских организаций» (удельный вес оценок «за» 100,00% по позициям «за» и «против»), в то время как для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, диапазон решаемых задач и уровень оценок значительно шире. В частности, указанная группа экспертов выбрала в качестве основных, почти все задачи, представленные в анкете, при долях оценок «за» превышающих 90,00%.

Весьма условным исключением можно назвать задачу «отображения карьерной траектории руководителя», удельный вес оценок «за» которой у экспертов - руководителей региональных медицинских организаций достоверно, на 25,00% ниже ($t=2,144787 > t_{\text{критический}}=1,76131$; $p\text{-value}=0,05$).

Таблица 5.16 - Экспертная оценка потенциала организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности, с позиции решаемых задач (% к итогу по позициям «за» и «против»)

Переменные (основные задачи, которые позволит решать профиль должности)	Эксперты – руководители РМО		Эксперты – сотр. науч. и образовательных орг.	
	«за»	«против»	«за»	«против»
Снижение рисков при отборе кандидатов на должность руководителя медицинской организации, не соответствующих требованиям должности (в модуле «Требования к должности» представлены «категорией должности» и «уровнем должности»; модуль «Квалификационные требования»)	86,67	13,33	93,33	6,67
Соотнесение требований к руководителям медицинских организаций, в части трудовых функций и трудовых действий, с профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» (в модуле «Требования к должности» представлены «категорией должности», «уровнем должности», «ключевыми задачами должности»; модуль «Квалификационные требования»)	96,67	3,33	100,00	0,00
Развитие профессиональных компетенций новых сотрудников – руководителей медицинских организаций (модуль «Профиль компетенций»; модуль «Инструменты оценки целевого уровня компетенций»)	100,00	0,00	93,33	6,67
Оценка деятельности руководителя медицинской организации (оценка эффективности управленческой деятельности; модуль «Требования к должности», представлены «ключевыми задачами должности»)	73,33	26,67	100,00	0,00
Отображение карьерной траектории руководителя	60,00	40,00	80,00	20,00
W	0,9400		0,9900	
$>\chi^2 > \chi^2_{\text{критический}}$	56,28 > 9,48773		59,62 > 9,48773	
p-value	0,000113		0,0001504	

Системная реализация комплексного подхода в рамках представленной организационной технологии, а не спорадическое ее применение, позволяет сформировать конкретную и эффективную процедуру оценки с позиции систематизации и структурированного подхода к подбору на должность и

развитию руководителей медицинских организаций, оценке уровня компетенций, формированию кадрового резерва. Эта процедура включает в себя набор инструментов, которые точно соответствуют требованиям, указанным в профиле компетенций. Благодаря этому обеспечивается точность, актуальность и полнота их использования, что, в свою очередь, способствует повышению объективности оценки и валидности результатов.

Резюме. Таким образом, установлены основные элементы организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, представленной в формате профиля должности, получившие высокий уровень согласованности мнений экспертов, что является достаточным условием включения этих компонентов в профиль должности:

- основные компоненты профессионального портрета, которые использованы для принятия решения об их включении в профиль должности руководителя (главного врача) медицинской организации в качестве квалификационных требований, представлены общим трудовым стажем от 10 до 15 лет; полным карьерным треком; стажем работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» 5-10 лет; специальностью «лечебное дело», среди основных специальностей высшего медицинского образования;

- компетентностное содержание профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации, представлено полным комплексом профессиональных компетенций. Для формирования профиля должности, в дополнение к обобщенным профессиональным компетенциям, сформулированным по обобщенным трудовым функциям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», целесообразно включение метакомпетенций;

- описание должности в структуре иерархии должностей, процесс, в котором задействована должность руководителя медицинской организации и ключевые задачи должности, для принятия решения об их включении в профиль должности руководителя (главного врача) медицинской организации в качестве «требований к должности (формальных требований)» в соответствии с

требованиями профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»;

– структура профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации, включающая четыре модуля, каждый из которых фиксирует определенный компонент профиля.

Организационная технология комплексной оценки компетенций руководителя региональной медицинской организации в формате профиля должности упрощает процедуру отбора персонала и формирования кадрового резерва за счет структурирования требований к должности и ее ключевых задач (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта), процесса, в котором задействована должность руководителя медицинской организации и квалификационных требований; рационализирует процесс формирования единой системы оценки уровня компетенций и обладает потенциалом снижения рисков принятия кадровых решений за счет включения в профиль должности профиля компетенций, который содержит требования к универсальным и профессиональным компетенциям, уровни и дескрипторы компетенций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность настоящего исследования детерминирована недостаточностью исследований в области дополнительных возможностей комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, научно обоснованной организационной технологии оценки компетенций на основе формальных и квалификационных требований к руководителю медицинской организации, профиля компетенций и инструментов оценки.

Анализ научных публикаций по исследуемой проблеме показал, что компетентностный подход имеет высокую значимость и весомость как инструмент управления медицинской организацией; в литературных источниках отсутствует четкое понятие «профессиональный портрет», а описания образа руководителя носят фрагментарный характер, для каждой конкретной области исследования применяются произвольные критерии объекта для включения в структуру профессионального портрета; «профиль должности», как понятие, не имеет фиксированного, однозначно закреплённого, определения в научных источниках.

В процессе проведения настоящего научного исследования, основанного на гипотезе, подтвержденной фактическими данными, применен комплексный подход, который позволил рассмотреть объект как совокупность взаимосвязанных элементов, с последующим анализом, для чего, по мере решения сформулированных задач, использовались методы математической статистики с целью обработки данных, построения моделей динамических процессов и формирования статистических доказательств.

Установлена убыль численности руководителей (организаторов здравоохранения) с высокой интенсивностью динамики (индексы роста 0,53, 0,44, 0,42) и высокой относительной скоростью изменений: убыль на 46,3%, 55,84% и 57,97% (средний коэффициент убыли 193,9775), соответственно, в Российской Федерации, ЦФО и Рязанской области за 2012-2023 гг. В 2023 г разница между показателями численности изучаемой категории специалистов в исследуемом

базовом регионе и в целом по Российской Федерации статистически значима ($F=44,1387 > F_{\text{критический}}=3,13$), и составляет 25,21%.

Для Рязанской области характерна самая высокая убыль коэффициента обеспеченности руководителями медицинских организаций и их заместителями (организаторами здравоохранения) (индекс роста 0,41) и ЦФО (индекс роста 0,42). При условии сохранения тренда, прогнозируется выраженная устойчивая тенденция к снижению коэффициентов с достижением уровня 0,83 (ДИ 0,63;0,97) на 10000 населения к 2033 году.

При анализе данных формы № 30 ФСН установлено, что в медицинских организациях г. Рязани число должностей, занятых руководителями медицинских организаций и их заместителями, на 3,19% меньше количества штатных должностей, в медицинских организациях муниципальных районов Рязанской области эта разница носит более выраженный характер (число занятых должностей на 18,6% меньше количества штатных должностей).

Укомплектованность медицинских организаций Рязанской области физическими лицами руководителей и их заместителей за 2018-2023 годы снижается, в основном, за счет коэффициентов, характеризующих медицинские организации сельских муниципальных районов. Снижение показателя идет параллельно с ростом коэффициента совместительства по должностям врачей-специалистов, интенсивность динамики которого для руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций сельских муниципальных районов на 47,28% выше, с выраженным устойчивым характером тенденции (темп прироста 16,51%; $R^2=0,9818$), чем для этой же категории специалистов медицинских организаций г. Рязани (темп прироста 11,21%).

За счет межпрофессионального и квалификационного движения, коэффициент текучести кадров вырос в 3,7 раза, с максимально достигнутым показателем в 2023 г. (26,4%), что может косвенно свидетельствовать о неустойчивом «жизненном цикле» данной категории специалистов, связанным с высоким уровнем стажевой мобильности в срезе анализируемого временного интервала.

Распределение состава руководителей медицинских организаций по полу иллюстрирует гендерную сегрегацию и дисбаланс в пределах административных единиц региона: для медицинских организаций г. Рязани характерен доминантный вклад в структуру руководителей–женщин (71,2%), а для медицинских организаций муниципальных районов области – руководителей-мужчин (51,7%).

Преобладание возрастных групп 46 лет и старше характерно как для руководителей медицинских организаций (суммарно от 79,36% в 2018 г. до 65,2% в 2023 г.), так и для их заместителей (суммарно от 67,71 % в 2018 г. до 58,95% в 2023 г.). Для руководителей обоих уровней установлены высокие индексы роста (1,15 и 1,79, соответственно, для главных врачей и их заместителей) доли возрастной группы старше 61 года, а также высокая интенсивность изменений для главных врачей (темп прироста +18,33%) и, особенно, для заместителей главных врачей (темп прироста +79,68%). Для главных врачей прогнозная доля вклада возрастной группы 61 год и старше составит 25,88% в 2027 году (ДИ 25,03;27,57) при низкой вероятности выхода за границы интервала ($p\text{-value}=0,01$), для заместителей главных врачей величина вклада этой же возрастной группы достигнет значения 24,56% (ДИ 23,73;26,09), также при низкой вероятности выхода за границы ДИ ($p\text{-value}=0,01$).

Общая стажевая мобильность руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций в целом характеризуется относительной стабильностью распределения. В то же время, для стажевых групп 16-20 лет руководителей обоих уровней медицинских организаций муниципальных районов, регистрируется высокий рост и высокая интенсивность изменений вклада в общую стажевую структуру (индекс роста 3,27; темп прироста +228,92%).

Около трети главных врачей (33,6%) медицинских организаций муниципальных районов области и медицинских организаций г. Рязани (36,7%) имеют специальный стаж работы более 11 лет. Самые высокие показатели динамики (индекс роста 3,0; темп прироста +200,0%) структуры установлены для динамического ряда, представленного временными характеристиками стажа руководителей медицинских организаций муниципальных районов области, в

стажевой группе 16-20 лет. Динамика структуры этой же стажевой группы заместителей руководителей медицинских организаций муниципальных районов также характеризуются высокими индексами роста и темпами прироста (3,79; +270,58%, соответственно).

По итогам анализа сформирован ситуативный профессиональный портрет главного врача (руководителя медицинской организации). Компонент «возраст» представлен превалированием возраста 51 год и старше (66,68%) и характеризуется диспропорцией возрастной структуры. Компонент «пол» характеризуется отсутствием гендерной сегрегации (соотношение мужчин и женщин 1:1,3). Компонент «уровень образования» характеризуется доминированием специальности «лечебное дело» (78,43%); довольно низким потенциалом профессионального развития (доля руководителей со вторым высшим образованием 3,92%), высоким уровнем соответствия знаний и навыков требованиям, установленным профессиональными стандартами (100,00% руководителей имеют действующие сертификаты/свидетельства об аккредитации специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью); высоким уровнем специализации (68,63% респондентов указали на несколько документов, подтверждающих их принадлежность к нескольким типам «базовых» медицинских специальностей или медицинских специальностей, требующих высокого уровня специализированной подготовки). Компонент «опыт работы» отличается высокой продолжительностью общей трудовой деятельности руководителей медицинских организаций - преобладание вклада общего трудового стажа, превышающего 15 лет, характерно для 92,16% руководителей. При этом у руководителей медицинских организаций города Рязани этот показатель достоверно выше (на 15,03%). Неполный карьерный трек установлен для каждого третьего главного врача. Регистрируется перевес вклада стажевой группы более 10 лет в группах сравнения по стажу в занимаемой должности (37,50% для руководителей медицинских организаций г. Рязани и 36,84% для руководителей медицинских организаций муниципальных районов области). Компонент «тип медицинской организации» характеризуется доминированием, медицинских

организаций, оказывающих два вида медицинской помощи - первичную медико-санитарную (77,59%) и специализированную медицинскую помощь (74,14%) - среди всех типов медицинских организаций, находящихся под непосредственным руководством главных врачей. В том числе, 20,69% организаций второго типа имеют в своем составе подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь. Компонент «плановая мощность медицинской организации». 73,81% главных врачей руководят деятельностью медицинских организаций, имеющих в своем составе менее 100 коек (38,1%), или от 100 до 299 коек (35,71%). Более половины руководителей возглавляют медицинские организации, суммарная плановая мощность подразделений которых составляет от 250 до 500 посещений в смену или менее 250 посещений в смену (суммарная доля 68,18%). Компонент «иерархия высшего и среднего звеньев управления», с точки зрения оценки управленческой конъюнктуры, характеризуется статистически значимыми различиями для медицинских организаций г. Рязани и муниципальных районов. В медицинских организациях областного центра модель организационного управления, предполагающая наличие двух или трех заместителей руководителя в структуре иерархических звеньев управления, составляет 54,14%. В медицинских организациях муниципальных районов модель с одним или двумя заместителями руководителя составляет 88,89%. Количество заместителей руководителей медицинских организаций варьируется в зависимости от типа и мощности медицинской организации, условий и видов оказываемой медицинской помощи. В среднем, по всем медицинским организациям, на одну штатную должность главного врача приходится 2,0 занятых должности заместителей. Степень согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета руководителя медицинской организации, с коэффициентом конкордации выше 0,7, установлена у пяти из восьми предложенных респондентам компонентов (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» 5-10 лет; специальность «лечебное дело», среди основных специальностей высшего медицинского образования; общий трудовой стаж 10-15 лет; полный карьерный трек и возраст 41-

50 лет), имеющих для них, в том числе, наибольшую значимость по суммам рангов, при суммарном коэффициенте конкордации по восьми факторам, равном 0,79010 ($\chi^2=71,15000>12,59159$).

Сформирован ситуативный профессиональный портрет заместителя руководителя медицинской организации. Компонент «возраст» характеризуется преобладанием возрастных групп моложе 50 лет (56,03% суммарно), превышающих возрастные группы 51 год и старше на 27,42%. Компонент «пол» характеризуется выраженной гендерной сегрегацией (соотношение мужчин и женщин 1:3). Компонент «уровень образования» характеризуется доминированием медицинских специальностей (78,51%) среди основных специальностей высшего образования и наличием лиц с высшим образованием по «немедицинским» специальностям (21,49%). Специальность «лечебное дело» (88,10%) занимает первое место в структуре высшего медицинского образования заместителей главных врачей. Компонент «опыт работы» отличает почти полное доминирование лиц, занимающих должности заместителей главных врачей, с общим трудовым стажем более 15 лет (82,08%) по всем медицинским организациям региона; отмечается превышение удельного веса стажевых групп по стажу в занимаемой должности 0-5 лет заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани над удельным весом стажевых групп более 10 лет (на 58,34%) и обратное соотношение долей этих стажевых групп среди заместителей главных врачей медицинских организаций муниципальных районов: доля стажевых групп более 10 лет больше суммарной доли 0-5 лет (на 9,07%). Компонент «сегментирование должностей» представлен высокой межгрупповой и внутригрупповой вариабельностью распределения наименований должностей заместителей руководителей медицинских организаций г. Рязани (дисперсия 106,999) и муниципальных районов Рязанской области (дисперсия 123,7835); выраженной асимметрией в наименовании должностей заместителей руководителей медицинских организаций, которая носит наиболее выраженный характер для должностей медицинских организаций г. Рязани; лидированием типовых должностей по всем сравниваемым должностям заместителей главных врачей.

Результаты анализа согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета заместителя руководителя медицинской организации свидетельствуют об отсутствии консолидированного мнения относительно необходимости включения в профиль должности заместителя руководителя медицинской организации пяти из шести отобранных компонентов экспертного профессионального портрета, что исключает возможность их включения в профиль должности заместителя главного врача, и, соответственно, его разработку на основе этих компонентов.

Анализ перечня универсальных и профессиональных компетенций, а также компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации по результатам экспертных оценок, свидетельствует о высоком уровне оценки согласованности мнений экспертов. В целом, мнения об архитектуре профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации консолидированы в высокой степени обеими группами экспертов ($W=0,8326$), на неслучайность полученных величин указывает значение χ^2 Пирсона ($\chi^2=86,03>11,07050$; $p\text{-value } 0,05133$), и, следовательно, гипотеза о согласии экспертов относительно основных компонентов организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителя (главного врача) медицинской организации, принята.

При проектировании организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности, учтены: содержание профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» и согласованность мнений экспертов для формирования требований к должности (формальных требований); результаты согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета для включения их в профиль должности в качестве квалификационных требований; компетентностное содержание, с позиции соотнесения трудовых функций с профессиональными

знаниями и умениями, а также основные структурные компоненты профиля должности руководителя медицинской организации, получившие высокую степень согласованности мнений экспертов. С учетом мнения экспертов, выбран методический тип профилирования.

Профиль должности разделен на четыре модуля, каждый из которых фиксирует определенный набор компонентов: в модуле «требования к должности (формальные требования)» представлен перечень направлений деятельности («категория должности», «уровень должности», «ключевые задачи должности»); модуль «квалификационные требования» представлен тремя обязательными составляющими: «требуемый уровень образования», «требуемый опыт работы», полная карьерная траектория и одной необязательную составляющую (дополнительное высшее образование); модуль «профиль компетенций» характеризует руководителя (главного врача) медицинской организации с позиции идентификации специалиста как эффективного управленца с набором знаний и умений, отраженных в профессиональном стандарте (в профиле должности представлен блоком профессиональных компетенций), и с позиции определения уровня и потенциала развития руководителя (в профиле должности представлен блоком метакомпетенций); модуль «инструменты оценки целевого уровня компетенций» представлен методами и методиками, получившими наибольшую согласованность мнений по результатам экспертных оценок.

Оценивая возможности профиля должности как организационной технологии, эксперты обеих групп сходятся во мнении относительно задач, которые он позволит решать ($W=0,9400$ для экспертов – руководителей региональных медицинских организаций; $W=0,9900$ – для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций) и преимуществ профилирования ($W=0,954$ для экспертов – руководителей региональных медицинских организаций; $W=1,000$ – для экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций).

Системная реализация комплексного подхода в рамках предлагаемой организационной технологии, а не спорадическое ее применение, позволяет сформировать конкретную и эффективную процедуру оценки. Эта процедура

включает в себя набор инструментов, которые точно соответствуют требованиям, указанным в профиле компетенций. Благодаря этому обеспечивается точность, актуальность и полнота их использования, что, в свою очередь, способствует повышению объективности оценки и валидности результатов.

ВЫВОДЫ

1. Общие тенденции динамики показателей численности управленческих кадров здравоохранения региона характеризуются: устойчивым трендом к снижению абсолютной численности руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций (индекс роста 0,42; $R^2=0,9241$) с более высокой интенсивностью изменений показателей в Рязанской области по отношению к показателям Российской Федерации (темпы прироста=-57,97% и -46,3% соответственно); отрицательной направленностью обеспеченности населения региона руководителями и их заместителями (индекс роста 0,41) с выраженной устойчивой тенденцией ($R^2=0,9237$); снижением укомплектованности медицинских организаций физическими лицами (индекс роста 0,96) за счет медицинских организаций муниципальных районов (темп прироста=-12,04%); диспропорцией между численностью должностей, занятых руководителями медицинских организаций и их заместителями, и количеством штатных должностей (в 2023 г. незанятыми остаются 7,6%, от общего числа штатных должностей), более выраженной для медицинских организаций муниципальных районов Рязанской области (18,6%); неустойчивым «жизненным циклом» (индекс роста коэффициента текучести кадров 3,7 за 2018-2023 гг.).

2. Анализ функциональных и нефункциональных характеристик управленческих кадров региона представлен доминированием вклада в структуру руководителей–женщин для медицинских организаций г. Рязани (71,2%) и руководителей-мужчин для медицинских организаций муниципальных районов (51,7%); стабильным значительным превышением удельного веса возрастной группы 61 год и старше над возрастной группой 30-35 лет (в среднем в 12 раз у главных врачей и в 1,5 раза – у их заместителей); высокими индексами роста и интенсивности стажевой группы 16-20 лет в специальной стажевой структуре руководителей (индекс роста 3,0; темп прироста +200,0%) и заместителей руководителей медицинских организаций муниципальных районов области (индекс роста 3,79; темп прироста +270,58%).

3. Ситуативный профессиональный портрет руководителя региональной медицинской организации - мужчина или женщина в возрасте старше 50 лет; с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело»; с действующим сертификатом/свидетельством об аккредитации специалиста по организации здравоохранения и общественному здоровью; с продолжительностью общей трудовой деятельности, превышающей 15 лет; с неполным карьерным треком, характерным для каждого третьего главного врача; со стажем работы в занимаемой должности более 10 лет; руководящий медицинской организацией, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь (с суммарной плановой мощностью подразделений от 250 до 500 посещений в смену или менее 250 посещений в смену), и специализированную медицинскую помощь (имеющей в своем составе менее 100 коек или от 100 до 299 коек); с двумя или тремя заместителями руководителя в структуре иерархических звеньев управления в медицинских организациях областного центра, или с одним или двумя заместителями руководителя в медицинских организациях муниципальных районов. Степень согласованности мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета руководителя медицинской организации, установлена у пяти из восьми компонентов (стаж работы по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» 5-10 лет; специальность «лечебное дело», среди основных специальностей высшего медицинского образования; общий трудовой стаж 10-15 лет; полный карьерный трек и возраст 41-50 лет).

4. Ситуативный профессиональный портрет заместителя руководителя региональной медицинской организации - женщина моложе 50 лет; с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или высшим образованием по «немедицинским» специальностям; с продолжительностью общей трудовой деятельности, превышающей 15 лет; со стажем работы в занимаемой должности до 5 лет в медицинских организациях г. Рязани и более 10 лет в медицинских организациях муниципальных районов; занимающий типовую должность, характеризующуюся высокой вариабельностью и асимметрией

наименований. Согласованность мнений экспертов по основным компонентам профессионального портрета заместителя руководителя медицинской организации свидетельствует об отсутствии консолидированного мнения относительно необходимости включения в профиль должности заместителя руководителя медицинской организации пяти из шести компонентов экспертного профессионального портрета.

5. Анализ перечня универсальных и профессиональных компетенций, и компонентов структуры организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций, по результатам экспертных оценок, свидетельствует о высоком уровне оценки согласованности мнений экспертов. Компетентностное содержание организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций представлено полным комплексом профессиональных компетенций и метакомпетенций. Структура организационной технологии комплексной оценки компетенций руководителей медицинских организаций в формате профиля должности руководителя (главного врача) медицинской организации включает четыре модуля: «требования к должности (формальные требования)»; «квалификационные требования»; «профиль компетенций» с дескрипторами; «инструменты оценки целевого уровня компетенций».

6. Организационная технология, представленная в формате профиля должности, способствует решению комплекса задач, представленных минимизированием кадровых рисков при отборе кандидата на должность руководителя медицинской организации (в модуле «Требования к должности - «категория должности» и «уровень должности»; модуль «Квалификационные требования»); потенциалом оценки деятельности руководителя медицинской организации (в модуле «Требования к должности - «ключевые задачи должности»); потенциалом оценки уровней развития компетенций, необходимых для эффективного выполнения «ключевых задач должности» (модули «Профиль компетенций» и «Инструменты оценки целевого уровня компетенций») при консолидированном мнении экспертов ($W=0,9400$ и $0,9900$ у экспертов –

руководителей региональных медицинских организаций и у экспертов - сотрудников научных и образовательных организаций, соответственно), за счет формирования единой системы оценки уровня компетенций, связанной с преимуществами профилирования ($W=0,954$ и $1,000$ соответственно), обеспечивая системность применения, в том числе, в контексте целостного кадрового цикла.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На уровне органов управления здравоохранением рекомендуется использовать организационную технологию комплексной оценки компетенций для установления необходимых требований к руководителям медицинских организаций в соответствии с потребностями региона; минимизирования кадровых рисков относительно сотрудников, не соответствующих требованиям должности; формирования требующегося уровня компетенций и их независимой оценки с целью переподготовки и развития; обеспечения потребностей медицинских организаций, с учетом их характеристик (тип и мощность медицинской организации), в высококвалифицированных руководителях.

2. На уровне медицинских организаций рекомендуется использовать организационную технологию комплексной оценки компетенций для верификации уровня компетенций и развития индивидуальной траектории руководителя медицинской организации в контексте решения ключевых задач должности (в соответствии с трудовыми функциями профессионального стандарта).

3. На уровне образовательных организаций рекомендуется использовать организационную технологию комплексной оценки компетенций для формирования персональных образовательных траекторий, отражающих результаты общего, профессионального и непрерывного развития, разработки индивидуальных образовательных программ, соответствующих запросам регионального здравоохранения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Полученные результаты исследования позволяют определить перспективы дальнейшей разработки темы:

- продолжить исследование комплексной оценки компетенций руководителя медицинской организации для формирования моделей профиля компетенций с учетом их структуры и масштабности оценивания для формирования проактивной профессиональной модели современного руководителя;
- необходим поиск новых подходов к формированию профиля должности руководителя медицинской организации для обеспечения стандартизации процессов организационного развития и оценки должности руководителя, задействованную в этих процессах.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДИ	Доверительный интервал
ИИ	Искусственный интеллект
КС	Коэффициент совместительства
МИАЦ	Медицинский информационно-аналитический центр
Минздрав	Министерство здравоохранения
МО	Медицинские организации
МП	Медицинская помощь
ОЗиЗ	Общественное здоровье и здравоохранение
ПГС	Промышленное и гражданское строительство
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РМО	Региональные медицинские организации
РО	Рязанская область
Росстат	Федеральная служба государственной статистики
РФ	Российская Федерация
СМП	Специализированная медицинская помощь
Сотр. науч. и образовательных орг.	Сотрудники научных и образовательных организаций
ТК РФ	Трудовой Кодекс Российской Федерации
ФСН	Федеральное статистическое наблюдение
ЦНИИОЗ	Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
ЦФО	Центральный Федеральный округ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, Е.И. Оптимальная модель определения укомплектованности медицинских кадров. Экспертный обзор / Е.И. Аксенова, Ю.В. Бурковская, В.Г. Хороших. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с. ISBN 978-5-907404-58-8. – Текст: непосредственный.
2. Актуальные направления математических, статистических, инструментальных и учетно-аналитических методов исследования в условиях цифровизации: монография / М.В. Грачева, Е.А. Туманова, В.Т. Чая [и др.]; под общ. ред. М.В. Грачевой, Е.А. Тумановой, В.Т. Чаи. - Москва: Русайнс, 2023. - 364 с. - ISBN 978-5-466-04849-0. - URL: <https://library.bmstu.ru/Catalog/Details/BookRU/952413> (дата обращения: 18.02.2024). - Текст: электронный.
3. Анализ распространенности и факторов профессионального выгорания медицинских работников в Нижегородской области: пилот программы «Забота о медиках» Фонда «ВБлагодарность» / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, П.С. Твилле [и др.]. - Текст: непосредственный // Национальное здравоохранение. - 2024. - №1 (5). – С. 38–49. – DOI <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2024.5.1.38-49>.
4. Анализ управленческих моделей, способствующих устойчивому развитию медицинских организаций / О.А. Латуха, И.М. Сон, Ю.И. Бравве, К.С. Толстова. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. - № 2. - С. 719-739. - DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-719-739. - URL: <https://healthproblem.ru/files/pdf/1055-pdf.pdf>(дата обращения: 19.07.2023).
5. Берсенева, Е.А. Компетентность руководителей медицинских организаций в области управления персоналом / Е.А. Берсенева, С.В. Умнов, З.Х. Агамов. - Текст: электронный // Профилактическая медицина. – 2022. - № 10(25). – С.104-110. – DOI 10.17116/profmed202225101104. - URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2022/> (дата обращения: 22.04.2023).

6. Бизин, С.В. Проблематика управления кадровым обеспечением системы здравоохранения региона / С.В. Бизин. - Текст: непосредственный // Лидерство и менеджмент. – 2023. – № 4(10). – С. 1419-1438. – DOI 10.18334/lim.10.4.118953.
7. Бодров, А.В. Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам: обзор изменений и анализ проблем / А.В. Бодров. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. - № 2. - С.505-521. - DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-505-521. – URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=1043> (дата обращения: 22.08.2023).
8. Боечко, Е.А. Применение методологии риск-менеджмента главным врачом при управлении материально-технической базой медицинской организации / Е.А. Боечко, И.Б. Шикина. - Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2024. - № 3(70). – С. 5. – DOI 10.21045/2071-5021-2024-70-3-5. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1608/30/lang,ru/> (дата обращения: 29.09.2024).
9. Брит, Н.В. Современный портрет эффективного руководителя: постановка проблемы / Н.В. Брит. - Текст: электронный // Вестник Томского государственного университета. - 2020. - № 50. – С. 159-167. – DOI 10.17223/19988648/50/1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-portret-effektivnogo-rukovoditelya-postanovka-problemy?ysclid=m1rfrkem3x444406599> (дата обращения: 13.09.2021).
10. Бурдастова, Ю.В. Проблемы и перспективы управления кадровыми ресурсами здравоохранения / Ю.В. Бурдастова. – Текст: непосредственный // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 3(4). – С. 50–98. - DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;50–98.
11. Бурянина, О.А. Разработка профиля должности на основании модели компетенций/ О.А. Бурянина. - Текст: электронный // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 4-2. – С. 369-373. - URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/40183> (дата обращения: 20.11.2024).

12. Бухарова, Л.Р. Зарубежный опыт в области личностно-профессионального развития управленческих кадров / Л.Р. Бухарова. - Текст: электронный // Вестник науки. 2023. - № 11(68). - С. 24-29. - URL: <https://www.вестник-науки.рф/article/10573> (дата обращения: 07.09.2024).
13. Виноградова, М.С. Комбинаторный метод вычисления вероятностей / М.С. Виноградова, И.Е. Кандаурова, О.С. Ткачева // Modern European Researches. - 2021. - № 3(1). - С. 67-79. – Текст: непосредственный.
14. Возрастная динамика профессиональных компетенций врача / М.А. Якушин, А.В. Воробьева, С.Ю. Яроцкий, М.Д. Васильев [и др.]. - Текст: непосредственный // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 1(4). – С. 22-37. - DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i1;22-37.
15. Возрастной состав врачебных кадров в Российской Федерации (2015-2020 гг.) / Л.И. Меньшикова, К.Н. Пелецкая, Е.В. Огрызко, Н.А. Флеглер. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. - № 4. - С. 507-523. - DOI 10.24412/2312-2935-2022-4-507-523-URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=885> (дата обращения: 17.11.2021).
16. Волков, С.К. Портрет креативного работника: социологический подход / С.К. Волков, Е.Г. Ефимов. – Текст: непосредственный // Вестник Московского университета. Серия 6. Экономика. – 2022. - № 2. – С. 175-188. – DOI <https://doi.org/10.38050/01300105202228>.
17. Воловик, А.В. Комбинаторный способ идентификации малой выборки / А.В. Воловик. – Текст: непосредственный // Надежность. – 2024. - № 2(24). – С. 3-7. - DOI <https://doi.org/10.21683/1729-2646-2024-24-2-3-7>.
18. Вострикова, Л.А. Статистический анализ кадрового обеспечения и оплаты труда в государственном здравоохранении / Л.А. Вострикова, И.В. Панина. - Текст: электронный // Современная экономика: проблемы и решения. - 2024. - № 3. – С. 80-90. – DOI <https://doi.org/10.17308/meps/2078-9017/2024/3/80-90>. - - URL: <https://journals.vsu.ru/meps/article/view/11908> (дата обращения: 29.09.2024).
19. Гайдаров, Г.М. Об опыте разработки концепции кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации / Г.М. Гайдаров, С.В.

Макаров. - Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2020. - № 5(28). - С. 1000–1005. – DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-5-1000-1005.

20. Герсонская, И.В. Система здравоохранения в России: основные проблемы и возможные пути их решения/ И.В. Герсонская. - Текст: электронный // Вестник Челябинского государственного университета. - 2023. - № 3(473). - С. 53-63. – URL: <https://journals.csu.ru/index.php/BulletinCSU/article/view/2026> (дата обращения: 29.12.2023).

21. Гимпельсон, В.Е. Мобильность и стабильность на российском рынке труда / В.Е. Гимпельсон; ред. В.Е. Гимпельсон, Р.И. Капелюшников. - Москва: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – 529 с. – ISBN 978-5-7598-1622-5. - Текст: непосредственный.

22. Жукова, А.Н. Наставничество в медицинских организациях: меры материального стимулирования / А.Н. Жукова, О.В. Обухова. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. - № 3. - С. 1202-1213. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-3-1202-1213. - URL: <https://healthproblem.ru/files/pdf/1144-pdf.pdf> (дата обращения: 14.01.2024).

23. Задворная, О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях / О.Л. Задворная. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2022 - № 5. - С.528-545. – DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-528-545. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=941> (дата обращения: 07.04.2023).

24. Зайцева, Н.В. Комплексное медико-социологическое исследование применения персонал-технологий в управлении медицинскими организациями: специальность 14.02.05 Социология медицины: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Зайцева Наталия Викторовна; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. - Москва, 2016. - 24 с. – Место защиты: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. - Текст: непосредственный.

25. Запевалин, П.В. Оценка деятельности медицинских организаций в условиях реализации порядков оказания медицинской помощи: специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Запевалин Павел Владимирович; ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. - Иркутск, 2023. - 23 с. - Место защиты: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. - Текст: непосредственный.

26. Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб. - Москва: Росстат, 2023. – 179 с. - URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения 20.03.2024). – Текст: электронный.

27. Зимина, Э.В. Научное обоснование системной подготовки управленческих кадров здравоохранения: специальность 14.00.33. Общественное здоровье и здравоохранение: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Зимина Эльвира Витальевна; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава». - Москва, 2007. - 49 с. - Место защиты: Всерос. науч.-исслед. ин-т железнодорожной гигиены. - Текст: непосредственный.

28. Зубов, Н.Н. Биомедицинская статистика: информационные технологии анализа данных в медицине и фармации / Н.Н. Зубов, В.И. Кувакин, С.З. Умаров; под общ. ред. Н. Н. Зубова. – Москва: КноРус, 2021. - 464 с. – ISBN 978-5-4365-7695-4. - Текст: непосредственный. 29

29. Зуенкова, Ю.А. Актуальные вопросы доказательного управления государственным и муниципального здравоохранения / Ю.А Зуенкова, Д.И. Кича. - Текст: непосредственный// Менеджер здравоохранения. – 2021. - № 9. - С.11-20. - DOI 10.21045/1811-0185-2021-9-11-20.

30. Индексный метод в оценке кадровой политики на уровне регионального здравоохранения: методические рекомендации 04-23/ О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова [и др.]. - Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ»

Минздрава России, 2023. - 34 с. - ISBN 978-5-94116-104-1. - Текст: непосредственный.

31. Использование методов моделирования для решения задач управления медицинской организацией. Обзор российских научных публикаций / С.Б. Чолоян, А.К. Екимов, Е.Н. Байгазина [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2021. - № 7. – С. 11-24. - DOI 10.21045/1811-0185-2021-6-11-24.

32. Исследования и дизайн исследований в медицине / Н.М. Буланов, О.Б. Блюсс, Д.Б. Мунблит и [др.]. – Текст: электронный // Сеченовский Вестник – 2021. - № 1(12). - С. 4-17. – URL: [https:// medj. rucml. ru/ journal/4e432d53454348454e4f562d](https://medj.rucml.ru/journal/4e432d53454348454e4f562d) (дата обращения: 07.09.2021).

33. Кадровый ресурс в системе здравоохранения / А.А. Иванова, Е.В. Завалева, С.С. Шувалов, А.Г. Андрузская. - Текст: электронный // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2023. - № 2 - С. 59-66. – DOI <https://doi.org/10.17116/medtech20234502159>. - URL: [https://www. mediasphera. ru/issues/ meditsinskie-tehnologii-otsenka-i-vybor/2023 /2/1221 90678 20230 21059?ysclid=m1rmzvmqgn815560085](https://www.mediasphera.ru/issues/meditsinskie-tehnologii-otsenka-i-vybor/2023/2/1221906782023021059?ysclid=m1rmzvmqgn815560085) (дата обращения: 14.08.2023).

34. Как сделать поликлинику более привлекательной? Видение руководителей / И.Л. Аршукова, Е.А. Добрецова, И.М. Акулин, А.В. Шульмин. – Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. - 2024. - № 1(70). – С. 5. – DOI 10.21045/2071-5021-2024-70-1-5. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1562/30/lang,ru/> (дата обращения: 28.09.2024).

35. Камашева, А.В. Оценка персонала медицинской организации по модели компетенций / А.В. Камашева, В.В. Жаворонков. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2022. - № 2. - С. 57-65.

36. Канева, Д.А. Проблема дефицита врачебных кадров в здравоохранении России: причины и пути решения (литературный обзор) / Д.А. Канева, Т.Ю. Тарараева, А.В. Бреусов, Л.В. Максименко. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. - № 1. - С.747-767. - DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-747-767. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=1265> (дата обращения: 21.04.2024).

37. Карпова, О.Б. Актуальные вопросы кадрового обеспечения в здравоохранении в России и в мире / О.Б. Карпова, А.А. Загоруйченко. - Текст: непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. - № 3(66). – С. 181–187. – DOI <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-181-187>.

38. Карташова, Л.В. Управление человеческими ресурсами: глобальные вызовы и возможности / Л.В. Карташова, М.В. Мусимович. - Текст: электронный // Лидерство и менеджмент. – 2024. – № 1(11). – С. 13-32. - DOI 10.18334/lim.11.1.120509 - URL: <https://1economic.ru/lib/120509?Ysclid=m1rnqxlhol321813426> (дата обращения: 27.09.2024).

39. Ключко, М.В. К вопросу экономической эффективности инструментов снижения текучести персонала в медицинских организациях. Эффективное управление персоналом медицинской организации в плане снижения текучести кадров / М.В. Ключко. - Текст: электронный // Российский экономический интернет-журнал. – 2022. – № 4. - URL: e-rej.ru/upload/iblock/ce8/....pdf (дата обращения: 14.01.2023).

40. Колданов, П.А. Теория вероятностей и математическая статистика / П.А. Колданов, А.П. Колданов. - Москва: Изд.дом Высшей школы экономики, 2023. – 245 с. - ISBN 978-5-7598-2829-7. - URL: <https://id.hse.ru> (дата обращения: 02.03.2024). - Текст: электронный.

41. Комиссаров, Е.Е. Аспекты формирования организационной модели управления в учреждениях здравоохранения / Е.Е. Комиссаров, Н.С. Нуриева. - Текст: непосредственный // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2024.- № 2(10). - С. 59–67. – DOI 10.33029/2411-8621-2024-10-2-59-67.

42. Комиссаров, Е.Е. Научное обоснование и разработка системы внутренней оценки деятельности медицинских работников: специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Комиссаров Евгений Евгеньевич; РУДН им. Патриса Лумумбы Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. – Москва, 2023. – 27 с. –

Место защиты: РУДН им. Патриса Лумумбы Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. - Текст: непосредственный.

43. Комиссаров, Е.Е. Соответствие административно-управленческой деятельности руководителей медицинских структурных подразделений профессиональному стандарту «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» / Е.Е. Комиссаров, Е.Ю. Ванин. - Текст: непосредственный // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. - № 7-8. – С. 64-69. - DOI 10.26347/1607-2502202207-08064-069.

44. Коробкова, О.К. Федеральный и Национальный проект «Кадры» как один из приоритетов устойчивого развития России: показатели, результаты, рекомендации / О.К. Коробкова, Т.Г. Красота, Н.В. Гасанова. - Текст: электронный // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2024. – № 4-2. – С. 235-240. – DOI <https://doi.org/10.17513/vaael.3387>. - URL: <https://vaael.ru/ru/article/view?id=3387> (дата обращения: 30.09.2024).

45. Коршевер, Н.Г. Характеристики принятия управленческих решений в медицинских организациях в динамике профессиональной деятельности руководителей здравоохранения / Н.Г. Коршевер, С.Н. Помошников. - Текст: непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 1(67). – С. 23-28. – DOI <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-23-28>.

46. Кукурика, А.В. Кадровая политика в учреждении здравоохранения как фактор повышения эффективности управления / А.В. Кукурика. - Текст: непосредственный // Research'n Practical Medicine Journal. – 2021. - № 4(8). – С. 109-117. – DOI <https://doi.org/10.17709/2410-1893-2021-8-4-11>.

47. Лапочкина, С.В. Особенности кадрового обеспечения сферы здравоохранения / С.В. Лапочкина, И.Р. Каримов, А.А. Качагин. - Текст: электронный // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2021. – № 1(11). – С. 40-44. – DOI <https://doi.org/10.17513/vaael.1893>. – URL: <https://vaael.ru/ru/article/view?id=1893&ysclid=m1rpvk7f1m334850310> (дата обращения: 14.03.2022).

48. Лапыгин, Ю.Н. Кластерный подход в реализации национального проекта «Здравоохранение» в регионе / Ю.Н. Лапыгин, Е.А. Ковалев. - Текст: непосредственный // Управленческое консультирование. - 2021. - № 3. - С. 80-89. - DOI 10.22394/1726-1139-2021-3-80-89.

49. Латышова, А.А. Медицинские организации и их структурные подразделения, расположенные в сельской местности / А.А. Латышова. - Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. - 2024. - № 1(70). - С. 6. - DOI: 10.21045/2071-5021-2024-70-1-6. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1563/30/lang,ru/> (дата обращения: 02.10.2024).

50. Лебедева, И.С. Тенденции решения кадровых проблем в здравоохранении / И.С. Лебедева, П.В. Лебедев. - Текст: непосредственный // Вестник Академии знаний. - 2022. - № 1(48). - С. 151-159. - DOI <https://doi.org/10.24412/2304-6139-2022-48-1-151-159>.

51. Лемешко, Б.Ю. Критерии проверки отклонения распределения от равномерного закона. Руководство по применению: монография / Б.Ю. Лемешко, П.Ю. Блинов. - Новосибирск: НГТУ, 2015. - 182 с. - ISBN 978-5-16 -010314-3. - Текст: непосредственный.

52. Лямин, Г.В. Формирование кадрового ядра персонала медицинских учреждений: специальность 08.00.05 Экономика и управление народным хозяйством (экономика труда): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Лямин Геннадий Валерьевич; ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского». – Омск, 2017. – 22 с. – Место защиты: ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского». - Текст: непосредственный.

53. Магомадова, Т.Л. К вопросу о реализации государственной кадровой политики в системе здравоохранения: отечественный и зарубежный опыт / Т.Л. Магомадова. - Текст: электронный // Вестник ГГНТУ Гуманитарные и социально-экономические науки. - 2022. - № 4(30). - С. 20-28. - DOI <https://doi.org/10.34708/GST0U.2022.62.64.003>. - URL: https://esj.today/PDF/35EC_VN_423.pdf?ysclid=m1rreoglr6994031386 (дата обращения: 20.01.2023).

54. Макаров, С.В. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров. - Иркутск: ИНЦХТ, 2022. - 192 с. - ISBN 978-5-98277-354-8. - Текст: непосредственный.

55. Макаров, С.В. Научное обоснование совершенствования кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации: специальность 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Макаров Сергей Викторович; ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Москва, 2023. – 48 с. – Место защиты: ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко». - Текст: непосредственный.

56. Макарова, Н.К. Интеграция теоретической и практической подготовки обучающихся по программам профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» / Н.К. Макарова, Э.В. Зимина. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. - № 2. - С. 753-770. - DOI 10.24412/2312-2935-2023-2-753-770. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=1057> (дата обращения: 25.04.2024).

57. Медицинские кадры как один из компонентов системы принятия управленческих решений / Е.В. Завалева, А.А. Андрузская, В.И. Завалев, С.С. Шувалов. - Текст: электронный // Кремлевская медицина. - 2022. - № 4. - С.60-64. – DOI 10.48612/cgma/dp1k-51dv-atvz. - URL: <https://kremlin-medicine.ru/index.php/km/article/view/1678> (дата обращения: 18.06.2023).

58. Методика определения оптимальной численности руководителей медицинских организаций / А.А. Латышова, Н.Я. Несветаило, И.М. Сон, В.В. Люцко. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. - № 1. - С. 467-475. - DOI 10.24411/2312-2935-2021-00034. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?textEn=598> (дата обращения: 25.04.2022).

59. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения / П.С. Пугачев, А.В. Гусев, О.С. Кобякова [и др.]. - Текст: непосредственный // Национальное здравоохранение. - 2021. – № 2 (2). - С. 5–12. - DOI <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.2.5-12> .

60. Мирошникова, Ю.В. Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва: специальность 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Мирошникова Юлия Вячеславовна; ФГБОУ ВПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2018. – 48 с. – Место защиты: Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. - Текст: непосредственный.

61. Мнение руководителей медицинских организаций о внутренних проблемах здравоохранения / Д.Л. Мушников, П.П. Корсунов, И.В. Яцына [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2024. - № 3. – С.98-104. - DOI 10.21045/1811-0185-2024-2-98-104.

62. Моисеенко, Н.В. Формирование практики внедрения профессиональных стандартов в систему управления персоналом учреждений здравоохранения / Н.В. Моисеенко, Е.Р. Грязнова. - Текст: непосредственный // Гуманитарный научный журнал. – 2022. - №1. - С. 39-44.

63. Молчанов, И.Н. Управление здравоохранением: роль кадрового потенциала / И.Н. Молчанов. - Текст: электронный // Вестник Волгоградского государственного университета. Экономика. – 2020. – № 3 (22). – С. 77–87. - DOI <https://doi.org/10.15688/ek.jvolsu.2020.3.7>. - URL: [https://ges.jvolsu.com /index. php/ru/archive-ru/1079-science-journal-of-volsu-economics-2020-vol-22-3/upravlenie-ekonomicheskim-razvitiem/1607-molchanov -i-n -upravlenie-zdravookhraneniem-rol-kadrovogo-potentsiala](https://ges.jvolsu.com/index.php/ru/archive-ru/1079-science-journal-of-volsu-economics-2020-vol-22-3/upravlenie-ekonomicheskim-razvitiem/1607-molchanov-i-n-upravlenie-zdravookhraneniem-rol-kadrovogo-potentsiala) (дата обращения: 10.03.2021).

64. Морозова, Ю.А. Основные принципы стратегирования кадрового обеспечения системы здравоохранения / Ю.А. Морозова, М.И. Костевич. - Текст:

непосредственный // Стратегирование: теория и практика. - 2023. - № 3(4). - С. 341-359. - DOI <https://doi.org/10.21603/2782-2435-2024-4-3-341-359>.

65. Мохначева, Т.Е. Вовлеченность организаторов здравоохранения в процесс цифровизации здравоохранения / Т.Е. Мохначева, Ю.Ю. Моногарова, Ж.Л. Варакина. - Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2023. № 1 (69). – С. 11. - DOI 10.21045/2071-5021-2023-69-1-11. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1455/30/lang.ru/> (дата обращения: 10.04.2023).

66. Найговзина, Н.Б. Подходы к оценке численности управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, И.М. Сон, Э.В. Зимина. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. - № 4. - С.537-558. - DOI 10.24412/2312-2935-2022-4-537-558- URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=887> (дата обращения: 03.02.2023).

67. Николаев, Н.А. Теоретико-методологическая модель развития эффективно-ориентированных трудовых отношений в условиях трансформаций конкурентной среды и трудовой сферы / Н.А. Николаев. - Текст: электронный // Лидерство и менеджмент. – 2024. – № 3 (11). - DOI 10.18334/lim.11.3.121720. - URL: <https://1economic.ru/lib/121720?ysclid=m1srda70rp886444522> (дата обращения: 02.10.2024).

68. Об опыте проведения цикла образовательных мероприятий «Школа кадрового резерва руководителей здравоохранения» / Т.И. Садыкова, И.Г. Низамов, И.М. Сон [и др.]. - Текст: непосредственный // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. - 4 (79). - С. 41-43. - DOI 10.56685/18120555_2023_79_4_41.

69. О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации: Федеральный закон от 29.07.2017 № 256-ФЗ: [Принят Государственной Думой 20 июля 2017 года: одобрен Советом Федерации 25 июля 2017 года]. - Текст: электронный // Консультант Плюс: кроссплатформенная справочная правовая система. – Москва, 2017. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221191/ (дата обращения: 13.04.2023).

70. О применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения: методические рекомендации [Утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 апреля 2018 г. N 182]. - Текст: электронный // Консультант Плюс: кроссплатформенная справочная правовая система. – Москва, 2018. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297122 (дата обращения: 13.04.2023).

71. Об отнесении руководящего состава медицинской организации к категории медицинских работников: письмо Министерства здравоохранения РФ от 20 сентября 2023 г. № 16-5/3090826-9261. - Текст: электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2023. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407584106/> (дата обращения: 16.10.2023).

72. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием: приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н (ред. от 19.02.2024): [Зарегистрирован в Минюсте России 01.06.2023 № 73677]. - Текст: электронный // Консультант Плюс: кроссплатформенная справочная правовая система. – Москва, 2023. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_448626 (дата обращения: 07.09.2024).

73. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 07.11.2017 № 768н: [Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 ноября 2017 г. № 49047]. - Текст: электронный // Консультант Плюс: кроссплатформенная справочная правовая система. – Москва, 2017. – URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 07.09.2022).

74. Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами: паспорт Федерального проекта: [Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. N 16]. - Текст:

электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2018. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/?ysclid=m1stv5at1b700888346/> (дата обращения: 07.09.2022).

75. Опыт отраслевой подготовки руководителя организации здравоохранения / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, Ю.С. Титкова, Е.П. Васильева. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. - № 5. - С. 887-899. - DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-887-899. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=960> (дата обращения: 03.02.2023).

76. Основные тренды обеспечения медицинскими кадрами государственной системы здравоохранения Российской Федерации / З.Х. Агамов, Е.В. Азиатцева, Д.А. Дороншоева [и др.]. – Текст: непосредственный // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врачи и Здоровье. – 2024. - № 3(14). – С. 151-155. – DOI 10.20340/vmi-rvz.2024.3.OZOZ.4.

77. Особенности синдрома эмоционального выгорания управленческих кадров системы здравоохранения / П.С. Твилле, Т.Л. Савинова, Р.А. Хальфин [и др.]. - Текст: непосредственный // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 3(4). – С. 13–25. - DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;13–25.

78. Оценка работы заведующих отделениями, данная руководителями медицинских организаций / А.В. Кочубей, С.Ю. Яроцкий, В.В. Кочубей, А.П. Этингер. - Текст: непосредственный // Профилактическая медицина. – 2023. - № 3 (26). - С. 51–58. – DOI <https://doi.org/10.17116/profmed20232603151>.

79. Пасмурцева, Н.Н. Формирование и реализация государственной кадровой политики в системе здравоохранения Российской Федерации / Н.Н. Пасмурцева, М.С. Колотов - Текст: электронный // Вестник евразийской науки. - 2023. - № 4(15). - URL: <https://esj.today/PDF/35ECVN423.pd> (дата обращения: 17.01.2024).

80. Паспорт национального проекта «Здравоохранение»: [Утвержден Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16]. - Текст: электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2018. – URL:

<https://base.garant.ru/72185920/?ysclid=m1su0i15w1522076105> (дата обращения: 23.06.2020).

81. Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Федеральный проект «Медицинские кадры»: [Утвержден Министерством здравоохранения Российской Федерации и Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, 2025 г.]. - Текст: электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2024. – URL: <https://base.garant.ru/411738981/> (дата обращения: 26.11.2025).

82. Перечень поручений по вопросам совершенствования кадрового обеспечения системы здравоохранения: [Утвержден Президентом РФ 25 августа 2023 г. № Пр-1675]. - Текст: электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2023. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407472298/> (дата обращения: 19.09.2023).

83. Пивень, Д.В. Профессиональные стандарты: роль и значение в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности, основные задачи / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2022. - № 8. – С. 4-11. - DOI 10.21045/1811-0185-2022-8-4-11.

84. Подготовка резерва управленческих кадров здравоохранения на основе оценки компетенций / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, И.А. Купеева [и др.]. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. - № 4. - С. 511-521. - DOI 10.24411/2312-2935-2020-00128. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=559> (дата обращения: 12.02.2021).

85. Портрет регионального министра здравоохранения - 2023 / О.В. Ходакова, О.В. Кунгурцев, О.Б. Павленко, В.И. Стародубов [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2024. - № 3. – С. 64-72. - DOI 10.21045/1811-0185-2024-2-64-72.

86. Портрет регионального министра здравоохранения/ О.С. Кобякова, И.А. Деев, О.В. Ходакова [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2022. - № 1. - С. 6-15. - DOI 10.21045/1811-0185-2022-1-6-15.

87. Портрет регионального министра здравоохранения – 2022 / О.В. Ходакова, О.В. Кунгурцев, В.П. Чигрина [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2023. - № 3. – С. 4-12. DOI 10.21045/1811-0185-2023-3-4-12.

88. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / А.В. Ярашева, О.А. Александрова, Е.И. Медведева [и др.]. - Текст: непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2020. - № 1(13). – С. 174–190. - DOI 10.15838/esc.2020.1.67.10.

89. Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения. - Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2020. - Спецвыпуск (28) «Здравоохранение и общественное здоровье: вызовы и решения в эпоху пандемии COVID-19». - С. 1162-1167. - DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1162-1167.

90. Профессиональное выгорание и качество жизни врачей в Российской Федерации в 2021 г. / Д.А. Самофалов, В.П. Чигрина, Д.С. Тюфилин [и др.]. - Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2023. – № 1 (69). – С. 1. - DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-1-1. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1445/30/lang,ru/> (дата обращения: 03.10.2024).

91. Решетников, В.А. Управление карьерой врачебного состава в медицинских организациях / В.А. Решетников, Н.Г. Коршевер, А.И. Доровская. - Текст: электронный // Социология медицины. - 2015. - №2(14). - С. 58-61. - DOI 10.17816/socm38724. – URL: <https://journals.rcsi.science/1728-2810/article/view/38724> (дата обращения: 28.12.2022).

92. Роль и возможности порядков оказания медицинской помощи в управлении медицинской организацией / И.М. Сон, Н.Б. Найговзина, Е.А. Корчуганова [и др.]. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. - № 5. - С. 784-808. - DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-784-808. - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=955> (дата обращения: 31.07.2023).

93. Руголь, Л.В. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию организации работы центральных районных больниц в современных условиях: специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Руголь Людмила Валентиновна; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. - Москва, 2022. - 48 с. - Место защиты: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. - Текст: непосредственный.

94. Рязанская область в цифрах. 2024: Крат. стат. сб. - Рязань: Рязаньстат, 2024. – 169 с. - URL: <https://62.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ПОЦ-2024.pdf?ysclid=m1t3f7mad0523164522> (дата обращения 03.10.2024). – Текст: электронный.

95. Садыкова, Т.И. Кадры руководителей здравоохранения крупного субъекта Российской Федерации: состояние, особенности, возрастно-половая характеристика / Т.И. Садыкова, Д.Р. Валеева, И.Г. Низамов. - Текст: непосредственный // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2024. - № 4(83). – С. 51-54. - DOI 10.56685/18120555_2024_83_4_51.

96. Сезонова, О.Н. Методический подход к разработке профиля должности / О.Н. Сезонова. - Текст: непосредственный // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. - 2015. - № 3. - С. 37-43. - DOI <https://doi.org/10.12737/12092>.

97. Семёнова, Т.В. Медицинские кадры России. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении / Т.В. Семенова. - Текст: электронный // Вестник Росздравнадзора. - 2019. № 4. – С. 49-59. - DOI 10.35576/article_5d651dbc55e202.19015133. - URL: <https://fgu.ru/journal/> (дата обращения: 31.07.2023).

98. Совершенствование кадровой политики регионального здравоохранения / И.О. Маринкин, Е.Г. Кондюрина, Е.А. Аксенова [и др.]. - Текст:

непосредственный // Регионология. – 2020. - № 3(28). – С. 598-623. - DOI 10.15507/2413-1407.112.028.202003.598-623.

99. Современные подходы к решению задач управления медицинских организаций / С.Б. Чолоян, А.К. Екимов, Е.Н. Байгазина [и др.]. - Текст: непосредственный // Менеджер здравоохранения. – 2021. - № 10. - С. 4-13. - DOI 10.21045/1811-0185-2021-10-4-13.

100. Современные тенденции в оплате труда работников здравоохранения как фактор риска кадрового дефицита в медицинских учреждениях / А.С. Опрятнов, А.С. Сафонов, И.Б. Омельченко, И.А. Златогуре. - Текст: электронный // Экономика: вчера, сегодня, завтра. - 2022. - №10А(12). - С. 547-557. - DOI 10.34670/AR.2022.77.34.044. - URL: <http://www.publishing-vak.ru/file/archive-economy-2022-10/c19-opryatnov.pdf> (дата обращения: 21.12.2022).

101. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров, Т.И. Алексеевская [и др.]. - Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2021. - №5(29) - С. 1207-1213. - DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1207-1213.

102. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: [Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254]. - Текст: электронный // Гарант: справочная правовая система. – Москва, 2019. – URL: <https://base.garant.ru/72264534/?ysclid=m1stj3kgjq994313314> (дата обращения: 01.06.2022).

103. Технологии управления: от теории к практике применения в учреждениях здравоохранения / А.Н. Попсуйко, Я.В. Данильченко, Е.А. Бацина Е.А [и др.] - Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2020. - № 5 (66). – С. 2. - DOI 10.21045/2071-50212020-66-5-2. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1195/30/lang.ru/> (дата обращения: 21.12.2020).

104. Технология интегральной оценки компетенций управленческих кадров здравоохранения / Н.Б. Найговзина, Э.В. Зимина, Ю.С. Титкова [и др.]. - Текст: электронный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской

статистики. – 2021. - № 4. - С. 641-652. - DOI 10.24412/2312-2935-2021-4-641-652 - URL: <https://healthproblem.ru/ru/magazines?text=750> (дата обращения: 12.02.2022).

105. Трудовой кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 08.08.2024): [Принят Государственной Думой 21 декабря 2001 года: одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года]. - Текст: электронный // Консультант Плюс: кроссплатформенная справочная правовая система. – Москва, 2017. – URL: https://www.consultant.ru /document/ cons_doc_LAW_34683/?ysclid=m1ogpcsykn408303336(дата обращения: 13.04.2023).

106. Трухачева, Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н.В. Трухачева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-2567-1. - Текст: непосредственный.

107. Ушаков, Е.В. Управление медицинской организацией: поиск концепций и подходов / Е.В. Ушаков. - Текст: электронный // Российский экономический вестник. – 2020. - № 4 (3). - С.263-267. – URL: https://www.researchgate.net/publication/344759458_Upravlenie_meditsinskoj_organizaciej_poisk_koncepcij_i_podhodov_Management_of_medical_organization_the_search_for_concepts_and_approaches (дата обращения: 13.04.2023).

108. Формирование прототипа «идеальной» модели компетенций руководителя-менеджера в здравоохранении / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, Е.Е. Комиссаров [и др.]. – Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2021. - № 3 (29). - С. 525-530. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-3-525-530.

109. Халтурин, Р.А. Особенности подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения / Р.А. Халтурин. - Текст: электронный // Экономика и управление народным хозяйством. – 2019. - № 7(176). - С.81-84. - DOI 10.14451/1.17681. - URL: https://ecsn.ru/wp-content/uploads/201907_81.pdf (дата обращения: 10.07.2022).

110. Ходакова, О.В. Методика оценки медицинских работников при прохождении аттестации для получения квалификационной категории по

специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» / О.В. Ходакова, Ю.В. Сенотрусова. - Текст: непосредственный // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2023. - № 3(69). – С. 11. - DOI 10.21045/2071-50212023-69-3-11.

111. Хорошаев, О.Е. Опыт отечественного и зарубежного здравоохранения по назначению на должности руководителей медицинских организаций специалистов без медицинского образования (обзор литературы) / О.Е. Хорошаев, В.Н. Трегубов. - Текст: непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 2(67). – С. 156-162. – DOI <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-2-156-162>.

112. Чернавский, А.Ф. Ресурсный подход к определению кадровой политики в медицинских организациях / А.Ф. Чернавский, И.Н. Болтасев, Л.А. Гаркушева. - Текст: электронный // Уральский медицинский журнал. – 2021. – № 3 (20). – С. 78-84. – DOI 10.52420/2071-5943-2021-20-3-78-84. - URL: <https://www.umjusmu.ru/jour/article/view/834> (дата обращения: 10.07.2022).

113. Шахабов, И.В. Анализ кадровой обеспеченности врачами различных специальностей в Российской Федерации и зарубежных странах / И.В. Шахабов, Ю.Ю. Мельников, А.В. Смышляев. - Текст: непосредственный // Сибирское медицинское обозрение. – 2020. - № 5. – С. 96-101. - DOI 10.20333/2500136-2020-5-96-101.

114. Шляхто, Е.В. Развитие персонализированного здравоохранения: вызовы и возможности. Роль прорывных медицинских технологий в условиях новых вызовов: материалы заседания Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации / Е.В. Шляхто. - Текст: электронный // Аналитический вестник. - 2022. - № 10 (800). – С. 20-29. - URL: http://council.gov.ru/activity/analytics/analytical_bulletins/135007/ (дата обращения: 10.07.2024).

115. Ярашева, А.В. Региональные особенности реализации национального проекта Здравоохранение: потребность и доступность квалификационного роста медицинских работников / А.В. Ярашева, С.В. Макар. - Текст: непосредственный //

Экономика. Налоги. Право. - 2020. - № 3(13). - С. 102-111. - DOI 10.26794/1999-849X-2020-13-3-102-111.

116. A comparison of experiences, competencies and development needs of doctor managers in Kenya and the United Kingdom / S.K. Ireri, K. Walshe, L. Benson, M. Mwanthi. - Text visual // International Journal of Health Planning and Management. - 2016. - Vol. 32, №4. – P. 509–39. - DOI 10.1002/hpm.2357.

117. A privacy protection method for health care big data management based on risk access control / M. Shi, J. Rong, Hu. Xiaohan, Sh. Jingwei. – Text visual // Health Care Management Science. - 2020. - Vol. 23, №3. – P.427-442. - DOI 10.1007/S10729-019-09490-4.

118. Aguinis, H. Policy implications of organizational behavior and human resource management research / H. Aguinis, S.H. Jensen, S. Kraus. - Text visual // Academy of Management Perspectives. – 2021. - Vol. 36, № 3. – P.857–878. - DOI 10.5465/amp.2020.0093. - URL: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amp.2020.0093> (accessed: 10.07.2022).

119. Aini, Q. Management skill and leadership: a case study from hospital managers of charity business in health / Q. Aini. – Text visual // Journal of Social Sciences Research. – 2018. - Vol. 4, № 12. – P. 478–82. – DOI 10.32861/jssr.412.478.482.

120. Al-Mutawa, H.A. Human resource information system in healthcare organizations / H.A. Al-Mutawa, P. Manuel. - Text visual // Networks and Systems: Intelligent Sustainable Systems. – 2022. - Vol. 2. – P. 29–43. – DOI 10.1007/978-981-16-6369-7_4. – URL: https://www.researchgate.net/publication/357132349_Human_Resource_Information_System_in_Healthcare_Organizations (accessed: 04.03.2023).

121. Anthun, K.S. What influences the use of HR analytics in Human Resource management in Norwegian municipal health care services? / K.S. Anthun, E. Haland, M. Lillefjell. - Text visual // BMC Health Serv Res. – 2024. - Vol. 24, № 1. – P. 1131. - DOI 10.1186/s12913-024-11610-y. - URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11610-y> (accessed: 07.10.2024).

122. Arghode, V. Exploring the connection between organizations and organisms in dealing with change / V. Arghode, N. Jandu, G.N. McLean. - Text visual // European Journal of Training and Development. - 2021. - Vol. 45, № 4/5. - P. 366–380. – DOI 10.1108/EJTD-06-2020-0095. - URL: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/EJTD-06-2020-0095/full/html> (accessed: 12.10.2022).

123. Artificial intelligence in healthcare. Applications, risks, and ethical and societal impacts / K. Lekadir, G. Quaglio, A. Tselioudis Garmendia [et al.]. –Brussels: European Union, 2022. - 85 p. - ISBN 978-92-846-9456-3. – Text visual. - DOI 10.2861/568473. - URL:<https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document>.

124. Bahar, N. Integrated Design for Healthcare Environments that Incorporates Technology Philosophy / N. Bahar. - Text visual // J Hosp. Med. Manage. – 2023. - Vol. 9, № 3. – P. 378-379. - DOI 10.36648/2471-9781.9.3.378. - URL: <https://hospital-medical-management.imedpub.com/> (accessed: 12.05.2023).

125. Bahramov, R.R. Role and significance of mathematical statistics in medicine / R.R. Bahramov, A.K. Khatamov, S.B. Khayitmurotov. – Text visual // International Scientific Research Journal. – 2022. - Vol. 3, № 12. – P. 491-495. - DOI <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JS82Y>.

126. Ballaro, J.M. Organization development through effective communication, implementation, and change process / J.M. Ballaro, M.A. Mazzi, K. Holland. - Text visual // Organ Dev J. – 2020. - Vol. 38, № 1. – P.45–63. - URL: https://www.researchgate.net/publication/346085207_Organization_development_through_effective_communication_implementation_and_change_process (accessed: 17.10.2021).

127. Beverly, R. Transformational Leadership in Health Care Today / R. Beverly, R. Davidhizar. - Text visual // The Health Care Manager. - 2020. - Vol. 39, № 3. – P.117-121. - DOI 10.1097/HCM.0000000000000296. - URL: https://www.researchgate.net/publication/343041771_Transformational_Leadership_in_Health_Care_Today (accessed: 17.10.2021).

128. Bhide, D. Team Management in Healthcare Projects / D. Bhide. - Text visual // PM World Journal. – 2023. - Vol. 12, № 10. – URL: <https://pmworldjournal.com/article/team-management-in-healthcare-projects> (accessed: 16.02.2024).

129. Bishen, Sh. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare: Insight report / Sh. Bishen, P. Jacquet. - Geneva: World Economic Forum, 2023. - 56 p. - Text visual. - URL: <https://www.europeanallianceforvalueinhealth.eu/wp-content/uploads/2024>.

130. Borst, R.A.J. Sustaining knowledge translation practices: a critical interpretive synthesis / R.A.J. Borst, R. Wehrens, R. Bal. - Text visual // Int J Health Policy Manag. – 2022. - Vol. 11, № 12. - P. 2793–2804. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.6424.

131. Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS) / A.L. Bottega, M. Viegas, A. Gilvan, R. Guedes. - Text visual // Health Care Management Science. - 2020. - Vol. 23, № 3. – P. 443-452. - DOI 10.1007/S10729-020-09505-5.

132. Chiu, M.Ch. Assessing sustainable effectiveness of the adjustment mechanism of a ubiquitous clinic recommendation system / M.-Ch. Chiu, T.-Ch. Chen. - Text visual // Health Care Management Science. - 2020. - Vol. 23, № 2. – P. 239-248. - DOI 10.1007/S10729-019-09473-5.

133. Chukhrova N. Monitoring of high-yield and periodical processes in health care / N. Chukhrova, A. Johannssen. - Text visual // Health Care Management Science. – 2020. - Vol. 23, № 4. – P. 619-639. - DOI 10.1007/S10729-020-09514-4.

134. Common features of selection processes of health system performance indicators in primary healthcare: a systematic review / N. Rendell, A. Rosewell, K. Lokuge, E. Field. – Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. - Vol. 11, № 12. – P.2805– 2815. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.6239.

135. Darmawan, E.S. Hospital managers and quality of health care: integrative literature review / E.S. Darmawan. - Text visual // International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences. – 2024. - Vol. 2, № 2. - URL: <https://scholar.ui.ac.id/en/>

publications/hospital-managers-and-quality-of-health-care-integrative-literatu (accessed: 01.10.2024).

136. El-Amin, A. Towards a model and strategy for transformational change / A. El-Amin, B. George. - Text visual // *Econ Manage Sustain.* – 2020. - Vol.5, № 2.- P. 28–38. – DOI 10.14254/jems.2020.5-2.2.

137. Fanelli, S. Managing healthcare services: Are professionals ready to play the role of manager? / S. Fanelli, L. Pratici, A. Zangrandi. – Text visual // *Health Services Management Research.* – 2021. - Vol. 35, № 1. - DOI 10.1177/ 0951484 8211010264. - URL: <https://www.researchgate.net/publication/352146687> (accessed: 21.10.2022).

138. Fetai, V. The factors that influence in human resources management at the clinical hospital in Tetovo / V. Fetai, N. Fetai. - Text visual // *Eur. J. Med. Nat. Sci.* – 2020. - Vol. 3, № 2. – P. 6. – DOI 10.26417/257zfi98g.

139. Ford, L.W. Management is missing in change management / L.W. Ford, J.D. Ford. - Text visual // *Research in Organizational: Change and Development.* – 2020. - Vol. 28. – P. 159–182. – DOI 10.1108/S0897-301620200000028006.

140. García, D.F. Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organisations / D.F. García, J-P. Beck, M.F. Albizuri. - New York: McKinsey&Company, 2020. - 132 p. – Text visual. - URL: https://EIT-Health-and-McKinsey_Transforming-Healthcare-with-AI.pdf.

141. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. - Geneva: World Health Organization, 2016. – 64 p. - ISBN 978 92 4 151113 1. – Text visual. - URL:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>.

142. Gostin, L.O. Health inequalities / L.O. Gostin, E.A. Friedman. - Text visual // *Hastings Center Report.* – 2020. - Vol. 50. – P.6–8. - DOI 10.1002/hast.1108. - URL: <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/2261> (accessed: 21.10.2021).

143. Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health inequalities in high-income countries: a complexity-informed systematic review / E. Such, K. Smith, H.B. Woods, P. Meier. – Text visual // *International Journal of Health Policy and Management.* – 2022. - Vol. 11, № 12. – P.2780–2792. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.6550.

144. Hampel, K. Human Resource Management as an Area of Changes in a Healthcare Institution / K.Hampel, Z. Hajduova. - Text visual // Risk-Management-and-Healthcare-Policy. –2023. - Vol. 16. - P.31-41. –DOI 10.2147/RMHP.S388185.
145. Health care managers' competence in knowledge management: a scoping review / E. Karsikas, M. Meriläinen, A.M. Tuomikoski [et al.]. - Text visual // J. Nurs.Manag. – 2022. - Vol. 30. – P. 1168–87. - DOI 10.1111/jonm.13626.
146. Health labour market analysis guidebook / T. Zapata, M. Boniol, G. Dussault [et al.]. - Geneva: World Health Organization, 2021. – 33 p. - ISBN 978-92-4-003554-6. – Text visual. - URL:<https://www.researchgate.net/publication/356750261>.
147. Health labour market analysis guidebook: Health Workforce (HWF). - Geneva: World Health Organization, 2022. - 368 p. - ISBN 9789240035546. - Text visual. - URL: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/kadrovye-resursy>.
148. Herrera, J. Healthcare management: challenges for improving performance and quality of patient services / J. Herrera, C. De Las Heras-Rosas, P. M. Veiga. - Text visual // Front. Psychol. – 2023. - Vol.14. – P. 1272083. - DOI 10.3389/fpsyg.2023.1272083. - URL:<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles>.
149. Holmes, B.J. Re-imagining research: a bold call, but bold enough? Comment on Experience of health leadership in partnering with university-based researchers in Canada: a call to «re-imagine» research / B.J. Holmes.- Text visual // Int. J Health Policy Manag. – 2020. - Vol. 9, № 12. – P.517–519. – DOI 10.15171/ijhpm.2019.139.
150. How can big data analytics be used for healthcare organization management? Literary framework and future research from a systematic review / N. Cozzoli, F.P. Salvatore, N. Faccilongo [et al.]. - Text visual // BMC Health Serv Res. - 2022. - DOI <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08167-z>. - URL:<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles> (accessed: 17.10.2023).
151. Human resource management research in healthcare: a big data bibliometric study / X. Qin, Y.N. Huang, Z. Hu [et al.].– Text visual // Hum Resour. Health. - 2023. - Vol. 21, № 1. – DOI <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x>. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38053064/> (accessed: 11.03.2024).

152. Human resources management and open innovation: the role of open innovation mindset / A. Engelsberger, B. Halvorsen, J. Cavanagh, T. Bartram. - Text visual // Asia Pacific Journal of Human Resources. - 2021. - Vol. 60, № 4. - DOI 10.1111/1744-7941.12281. - URL: <https://www.researchgate.net/publication/348705613> (accessed: 21.10.2022).

153. Innovation and human resource management: a systematic literature review / M.N. Jotabá, C.I. Fernandes, M. Gunkel, S. Kraus. - Text visual // European Journal of Innovation Management. - 2022. - Vol. 25, № 6. - P. 1-18. - DOI <https://doi.org/10.1108/EJIM-07-2021-0330>.

154. Jalilvand, M.A. Hospital governance accountability structure: a scoping review / M.A. Jalilvand, A.R. Raeisi, N. Shaarbafchizadeh. - Text visual // BMC Health Services Research. – 2024. - Vol. 47. - DOI <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>. - URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10135-0> (accessed: 21.10.2024).

155. Kaiser, F. Physician-leaders and hospital performance revisited / F. Kaiser, A. Schmid, J. Schlüchtermann. - Text visual // Soc. Sci. Med. – 2020. - Vol. 249. – P. 112831. – DOI <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112831>. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32087485/> (accessed: 11.04.2021).

156. Kakemam, E. Hospital performance and clinical leadership: New evidence from Iran / E. Kakemam, A.H. Goodall. - Text visual // BMJ Leader. – 2019. - Vol. 3, № 4. – P. 108-14. – DOI <https://doi.org/10.1136/leader-2019-000160>.

157. Kao, C.Y. The scale development of organizational culture on customer delight / C.Y. Kao, S.H. Tsaur, C.C. Huang. - Text visual // International Journal of Contemporary Hospitality Management. – 2020. - Vol. 32, № 10. – P. 3067-3090. - DOI 10.1108/IJCHM-02-2019-0128.

158. Khalid, K. Employee participation and employee retention in view of compensation / K. Khalid, S. Nawab. - Text visual // Risk Management and Healthcare Policy. – 2018. - Vol. 8, № 4. – P. 31- 41. – DOI 10.1177/2158244018810067.

159. Kieslich, K. How reforms hamper priority-setting in health care: an interview study with local decision-makers in London / K. Kieslich, C. Coultas, P. Littlejohns. -

Text visual // Health Economics, Policy and Law. – 2024. - Vol. 19. – P.253–268. – DOI 10.1017/S174413312300021X.

160. Leadership and management competencies for hospital managers: a systematic review and best-fit framework synthesis / E. Kakemam, Z. Liang, A. Janati [et al.]. - Text visual // HealthcLeadersh. – 2020. - Vol.12. – P.59–68. - DOI 10.2147/JHL.S265825.

161. Leadership styles and their impact on healthcare management effectiveness: A review / F. O. Olatoye, O.A. Elufioye, Ch.Ch. Okoye [et al.]. – Text visual // International Journal of Science and Research Archive. – 2024. - Vol. 11, № 01. – P.2022–2032.- DOI <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.1.0271>.

162. Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective / S. Fanelli, G. Lanza, C. Enna, A. Zangrandi. – Text visual // Health Services Management Research. - 2020. - Vol. 20, № 1. – DOI 10.1186/s12913-020-05179-5BMC. - URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05179-5> (accessed: 21.10.2022).

163. Martens, M. From implementation towards change management: a plea for a multistake holder view on innovation implementation: Comment on «What managers find important for implementation of innovations in the healthcare sector – practice through six management perspectives» / M. Martens, H.L. Xin Chen, J. van Olmen. – Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. - Vol. 11, № 12. – P. 3118–3124. - DOI 10.34172/ijhpm.2022.7202.

164. McClelland, D.C. Testing for competence rather than for «intelligence» / D.C. McClelland. – Text visual // American Psychologist. – 1973. - Vol. 28, № 1. - P.1-14. - DOI 10.1037/h0034092.

165. Measuring organizational culture in Ethiopia's primary care system: validation of a practical survey tool for managers / L. Liu, L.A. Curry, K. Nadew [et al.]. – Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. - Vol. 11, № 12. – P. 3071– 3078. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.6646.

166. Mitosis, K.D. Talent management in healthcare: a systematic qualitative review / K.D. Mitosis, D. Lamnisos, M.A. Talias. – Text visual // Sustainability. – 2021.

- Vol. 13, № 8. – P. 4469. – DOI 10.3390/su13084469. - URL: [https:// www.researchgate.net/publication/351004652](https://www.researchgate.net/publication/351004652) (accessed: 11.04.2022).

167. Morales-Borges, R.H. Business Management, Organizational Behaviour, Quality and Safety in the Integrative Medicine Healthcare Model / R.H. Morales-Borges. – Text visual // Journal of Medicine and Healthcare. – 2020. – Vol. 2, № 2. – P. 1-5. - DOI [doi.org/10.47363/JMHC/2020\(2\)115](https://doi.org/10.47363/JMHC/2020(2)115).

168. Muller, E. Multiple Organizations have Established Measures to Define Quality / E. Muller. – Text visual // Journal of Hospital & Medical Management. - 2022. - Vol. 8, № 10. – P. 341. - DOI 10.36648/2471-9781.8.10.341.

169. Onyeneke, G.B. The effect of change leadership on employee attitudinal support for planned organizational change / G.B. Onyeneke, T. Abe. – Text visual // Journal of Organizational Change Management. – 2021. - Vol. 34, № 2. – P.403–415. – DOI 10.1108/JOCM-08-2020-0244.

170. Pakistan’s progress on universal health coverage: lessons learned in priority setting and challenges ahead in reinforcing primary healthcare / A. Alwan, D.T. Jamison, S. Siddiqi, A. Vassall. - Text visual // Int. J. Health Policy Manag. – 2024. - Vol. 13. – P. 8450. – DOI 10.34172/ijhpm.2024.8450. - URL: https://www.ijhpm.com/article_4571_d51756a0fa45adee3667e1e2dfa0a823.pdf (accessed: 01.10.2024).

171. Power dynamics among health professionals in Nigeria: a case study of the Global Fund policy process / S. Lassa, M. Saddiq, J. Owen [et al.]. - Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. - Vol. 11, № 12. – P. 2876–2885. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.6097.

172. Pradana, M. Innovation as the key to gain performance from absorptive capacity and human capital / M. Pradana, A. Pérez-Luño, M. Fuentes-Blasco. – Text visual // Technology Analysis and Strategic Management. – 2020. - Vol. 32, № 7. - P.822-834. - DOI 10.1080/09537325.2020.1714578.

173. Primary healthcare managers' perceptions of management competencies at different management levels in digital health services: secondary analysis / A. Ylitalo, E. Laukka, T. Heponiemi, O.I. Kanste. – Text visual // Leadersh Health Serv (BradfEngl). - 2022. – Vol. 36, № 2. - P. 247–60. - DOI 10.1108/LHS-07-2022-0078.

174. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review / C.A. Figueroa, R. Harrison, A. Chauhan [et al.]. – Text visual // BMC Health Services Research. – 2019. - Vol. 19. – DOI [https:// doi.org/ 10.1186/s12913-019-4080-7](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7) // - URL: [https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/ 10.1186/s12913-019-4080-7](https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4080-7) (accessed: 21.10.2020).

175. Recent Advancements in Emerging Technologies for Healthcare Management Systems: A Survey / S. Balarabe, J. Abdullahi, A. Imam [et al.]. - Text visual // Healthcare. – 2022. - Vol. 10, № 10. – P.1940. - DOI 10.3390/healthcare10101940. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36292387/> (accessed: 12.05.2023).

176. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research / M. Kroezen, G. Dussault, I. Craveiro [et al.]. - Text visual // Health Policy. – 2015. – Vol. 119, № 12. – P.1517-1528. – DOI 10.1093/eurpub/ckv172.104.

177. Reported clinical and financial performance of hospitals with physician CEOs compared to those with nonphysician CEOs/ L.E. Moores, A. Landry, S.R. Hernandez [et al.]. – Text visual // Journal of Healthcare Management. – 2021. - Vol. 66, № 6. – P.433-448. – DOI <https://doi.org/10.1097/jhm-d-20-00157>.

178. Rycroft-Malone, J. Re-Framing the knowledge to action challenge through NIHR knowledge mobilisation research fellows: Comment on «CIHR health system impact fellows: reflections on «driving change» within the health system» / J. Rycroft-Malone, J. Langley. – Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2020. - Vol. 9, № 12. – P.531–535. – DOI 10.15171/ijhpm.2020.02.

179. Sarla, G.S. Challenges faced by a hospital administrator / G.S. Sarla. - Text visual // Egyptian Journal of Internal Medicine. – 2024. - Vol. 36. – P.36-46. – DOI <https://doi.org/10.1186/s43162-024-00312-w>. - URL: [https://ejim. Springer open. com/articles/10.1186/s43162-024-00312-w](https://ejim.Springeropen.com/articles/10.1186/s43162-024-00312-w) (accessed: 11.10.2024).

180. Shipra, K. A Review: Role of Health Administrator in Efficient Working of Hospital / K. Shipra. - Text visual// Journal of Hospital & Medical Management. – 2021. - Vol. 7, № 5. – P. 272. - URL: [https:// a-review-role-of-health-administrator-in-efficient-working-of-hospital.pdf](https://a-review-role-of-health-administrator-in-efficient-working-of-hospital.pdf) (accessed: 18.08.2022).

181. Speziale, G. Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance / G. Speziale. – Text visual // European Heart Journal Supplements. 2015. – Vol. 17. – P.3-7. - DOI <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suv003>.

182. Springs, D. An exploratory content analysis of human resources management in healthcare organizations / D. Springs. - Text visual // Research Anthology on Human Resource Practices for the Modern Workforce. - New York: Management Association IR, 2022. - P. 2092–2102. – DOI 10.4018/978-1-6684-3873-2.ch104. - URL: <https://www.researchgate.net/publication/357499817> (accessed: 18.08.2023).

183. Srinivas, M. The Importance of Statistics in Medical Healthcare / M. Srinivas, P.M. Nuthana. – Text visual // International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology. - 2024. – Vol. 12, № 8. – P.303-304. - DOI <https://doi.org/10.22214/ijraset.2024.63920>.

184. Stewart, R. Collapsing organisational silos in health system operations / R. Stewart. – Text visual // Management in Healthcare. – 2020. – Vol. 5, № 1. – P.6-14.

185. Strategic encounters in innovation and regulation: healthcare transformation in the era of digital connectivity: Comment on «What managers find important for implementation of innovations in the healthcare sector – practice through six management perspectives» / S. Mendonça, B. Damásio, F. Santiago [et al.]. – Text visual // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. - Vol. 11, № 12. – P. 3114–3117. – DOI 10.34172/ijhpm.2022.7271.

186. Strategic Human Resource Management in Healthcare: Elevating Patient Care and Organizational Excellence through Effective HRM Practices / P. Purwadi, Y. R. Widjaja, J. Junius, N. Mahmudah. – Text visual // Golden Ratio of Data in Summary. - 2024. - Vol. 4, № 2. – P.236-241. – DOI <https://doi.org/10.52970/grdis.v4i2.540>.

187. Tapia, J. Data envelopment analysis efficiency in the public sector using provider and customer opinion: An application to the Spanish health system / J. Tapia, B. Salvador. – Text visual // Health Care Management Science. – 2022. - Vol. 25, № 2. – P.333-346. - DOI 10.1007/s10729-021-09589-7.

188. Tasi, M.C. Does physician leadership affect hospital quality, operational efficiency, and financial performance? / M.C. Tasi, A. Keswani, K.J. Bozic. – Text visual // Health Care Management Review. – 2019. - Vol. 44, № 3. – P.256-62. – DOI <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000173>.

189. Taylor, D.C. What's important: physician leadership: now is the time / D.C. Taylor, K.M. Andolsek. – Text visual // Journal of Bone & Joint Surgery. – 2020. - Vol. 102, № 14. – P.1219-20. – DOI <https://doi.org/10.2106/jbjs.20.00589>.

190. The dilemma of the split between theory and reality as experienced by primary healthcare professionals: a mixed methods study of evidence-based practice in a primary care context / T. Abellsson, A.K. Karlsson, H. Morténus [et al.]. - Text visual // BMC Prim Care. – 2024. – Vol. 25, № 1. – P. 13. - DOI 10.1186/s12875-023-02237-9. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38178021/> (accessed: 12.10.2024).

191. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and «universal» health coverage? / M. Boniol, T. Kunjumen, T. Sadasivan [et al.]. – Text visual // BMJ Global Health. - 2022. - Vol.7, № 6. - P.009316. – DOI <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>. - URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437/> (accessed: 18.08.2023).

192. The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals / S. Kohl, J. Schoenfelder, J. Schoenfelder [et al.]. - Text visual // Health Care Management Science. - 2020. - Vol. 23, № 1. – P.170-170. – DOI 10.1007/S10729-018-9443-9.

193. United Kingdom: health system review 2022: Country report / M. Anderson, E. Pitchforth, N. Edwards [et al.]. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. - 220 p. - ISSN 1817-6127. - Text visual. - URL: https://www.researchgate.net/publication/360684713_United_Kingdom_Health_System_Review (accessed: 07.10.2023).

194. Van Der Merwe, L. Leadership meta-competencies for the future world of work / L. Van Der Merwe, A. Verwey. – Text visual // Journal of Human Resource Management. – 2007. - Vol. 5, № 2. – P. 33-41. DOI 10.4102/sajhrm.v5i2.117.

195. Wallenburg, I. Value assessment and decision-making: how to move health systems forward? / I. Wallenburg, R. Friebe. – Text visual // Health Economics, Policy and Law. – 2024. – Vol.19. – P.151–152. – DOI <https://doi.org/10.1017/S1744133124000082>.

196. Walsh, A.P. Are hospital managers ready for value-based healthcare? A review of the management competence literature / A.P. Walsh, D. Harrington, P. Hines. – Text visual // International Journal of Organizational Analysis. – 2020. - Vol. 28. – P. 49–65. - DOI 10.1108/IJOA-01-2019-1639.

197. Wasik, Z. Exploration of Hospital Management and Organization Strategies: A Literature Review of Health Services / Z. Wasik, D. Setiawan, A.S. Ulum. – Text visual // Journal of Managerial Sciences and Studies. – 2024. - Vol. 2, № 2. – P. 80-107. - DOI 10.61160/jomss.v2i2.44.

198. Winner, L.E. Lean Management Systems in Health Care: A Review of the Literature / L.E. Winner, L. Benishek, A. Jill. – Text visual // Quality Management in Health Care. – 2022. - Vol. 31, № 4. – P.221-230. - DOI 10.1097/QMH.0000000000000353.

199. World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals: Global report. - Geneva: World Health Organization, 2023. - 136 p. - ISBN 978-92-4-007432-3. – Text visual. - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>.

200. Zarrin, M. Homogeneity and Best Practice Analyses in Hospital Performance Management: An Analytical Framework / M. Zarrin, J. Schoenfelder, J.O. Brunner. – Text visual // Health Care Management Science. – 2022. - Vol. 25, № 3. – P.406-425. - DOI 10.1007/s10729-022-09590-8.