Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

На правах рукописи

УМНОВ

СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н., профессор Берсенева Евгения Александровна

МОСКВА 2025 г

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ....6

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ....18

1.1. Основы системы управления персоналом в медицинских организациях. 18

1.2. Практики подбора и привлечения персонала в медицинской организации 21

1.3. Практики и процедуры адаптации персонала в медицинской организации 25

1.4. Практики оценки персонала в медицинской организации....32

1.5. Практики мотивации и удержания персонала в медицинской организации 40

1.6. Практики обучения и развития персонала в медицинской организации....45

1.7. Практики карьерного развития и формирования кадрового резерва в медицинской организации....51

1.8. Компетентность руководителей в вопросах управления персоналом....56

1.9. Мотивация и вовлеченность руководителей 63

Заключение 66

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ....69

2.1. Основные определения и понятия 69

2.2. Программа и основные этапы исследования....71

2.3. Характеристика комплексного модульного инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом 79

2.3.1. Перечень модулей инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом....79

2.3.2. Анкета «Оценка системы управления персоналом»....79

2.3.3. Тест оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере технологий управления персоналом «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»....81

2.3.4. Инструментарий оценки социальной мотивации (иерархия социальных мотивов)....83

2.3.5. Инструментарий оценки готовности к решению задач управления персоналом (вовлеченность) 85

2.3.6. Изучение взаимосвязей между параметрами (шкалами) инструментария, предложенного к применению в данном исследовании. 87

2.3.7. Экспертная оценка инструментария, сформированного и выбранного для применения в данном исследовании....88

2.4. Формирование и краткая характеристика медицинских организаций - баз исследования 88

ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ГОТОВНОТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРАГАНИЗАЦИИ К УПРАВЛЕНИЮ ПЕРСОНАЛОМ 91

3.1. Оценка компетентности руководителей в части технологий управления персоналом 91

3.1.1. Сравнительный анализ компетентности руководителей медицинских организаций в части технологий управления персоналом с оценками контрольной группы 92

3.1.2. Анализ компетентности руководителей медицинских организаций с высшим образованием в части технологий управления персоналом с учетом их половых и возрастных особенностей, наличия дополнительного образования, общего и управленческого стажа работы 98

3.1.3. Анализ компетентности руководителей медицинских организаций со средним образованием в части технологий управления персоналом с учетом их возраста, наличия дополнительного образования, общего и управленческого стажа работы 106

3.1.4. Использование технологии блокчейн в оценке компетентности руководителей 113

3.2. Внутренний аудит действующей системы управления персоналом (способ выявление удовлетворенности руководителей системой управления персоналом) .114

3.2.1. Удовлетворенность руководителей с высшим образованием внутренней действующей системой управления персоналом 117

3.2.2. Удовлетворенность руководителей со средним образованием внутренней действующей системой управления персоналом 130

3.3. Выявление иерархии социальных мотивов профессиональной деятельности руководителей медицинских организаций 140

3.3.1. Исследование социальных мотивов руководителей МО с высшим образованием (в зависимости от половозрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности) 141

3.3.2. Исследование социальных мотивов руководителей МО со средним образованием (в зависимости от возрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности) .152

3.4. Выявление степени вовлеченности руководителей медицинских организаций в профессиональную деятельность 162

3.4.1. Исследование вовлеченности руководителей МО с высшим образованием (в зависимости от половозрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности) 164

3.4.2. Исследование вовлеченности руководителей МО со средним образованием (в зависимости от возрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности) 175

ГЛАВА 4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ОТДЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ 186

4.1. Выявление значимых связей между отдельными параметрами исследования ..186

4.1.1. Корреляционный анализ компетентности руководителей в части технологий управления персоналом с удовлетворенностью действующей системой управления персоналом..... 186

4.1.2. Корреляционный анализ социальных мотивов руководителей МО с высшим образованием с уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом 197

4.1.3. Корреляционный анализ социальных мотивов руководителей МО со средним образованием с уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом 203

4.1.4. Корреляционный анализ вовлеченности руководителей МО с высшим образованием с социальными мотивами, уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом.....207

4.1.5. Корреляционный анализ вовлеченности руководителей МО со средним образованием с социальными мотивами, уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом.....218

4.2. Использование технологии искусственного интеллекта для обработки больших массивов данных при изучении качества управления персоналом в медицинских организациях 228

ГЛАВА 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 230

5.1. Цели, знания, компетенции, навыки, которые должны быть сформированы по результатам освоения программ повышения квалификации в сфере управления медицинским персоналом 230

5.2. Категории персонала медицинских организаций, методы и объемы обучения по тематике современных подходов в управлении персоналом 231

5.3. Основные разделы и вопросы, рекомендуемые для включения в программы повышения квалификации персонала медицинских организаций в сфере управления медицинским персоналом 237

5.4. Оценка эффективности обучения руководителей медицинских организаций по теме управления медицинским персоналом 244

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ОСНОВЕ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ И ЦИФРОВИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ПРОЦЕССОВ И КОМПОНЕНТОВ.....247

6.1. Общие принципы автоматизации мониторинга системы управления персоналом 247

6.2. Автоматизация мониторинга процессов управления персоналом.....251

6.3. Автоматизация мониторинга процессов обеспечения персоналом.....252

6.4. Автоматизация мониторинга процессов оптимизации условий труда 256

6.5. Автоматизация мониторинга процессов формирования и развития кадрового потенциала 260

6.6. Автоматизация мониторинга процессов управления внутренней средой 264

6.7. Автоматизация мониторинга процессов оценки деятельности сотрудников 266

6.8. Автоматизация мониторинга процессов управления базой знаний 268

6.9. Автоматизация мониторинга процессов информирования персонала 271

6.10. Автоматизация мониторинга обучения специалистов кадровой службы 274

6.11. Автоматизация мониторинга компетентности руководителей в области управления персоналом 276

6.12. Заключение: преимущества предлагаемого подхода автоматизации мониторинга 278

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 281

ВЫВОДЫ 287

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 293

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 294

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 312

ПРИЛОЖЕНИЯ 313

Приложение 1. Опросник оценки системы управления персоналом 313

Приложение 2. Тест «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом (БГРУП)» 317

Приложение 3. Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Шейна 336

Приложение 4. Опросник GALLUP Q12 342

Приложение 5. Информационное письмо-приглашение 343

Приложение 6. Список медицинских организаций, принявших участие в исследовании 345

Приложение 7. Программа онлайн обучения «Технологии управления персоналом в медицинской организации» 351

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Реформы, проводимые в здравоохранении Российской Федерации, требуют глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли. Несмотря на высокие требования к техническому обеспечению, научному сопровождению и инфраструктуре, главным ресурсом медицины были и остаются кадры [Латышова А.А., Иванова М.А., 2023; Мурашко М.А., 2025], а потому именно управление персоналом является основным инструментом развития сферы здравоохранения как общественного института [Берсенева Е.А. и соавт, 2022; Абрамов А.Ю. и соавт., 2022].

Российский кадровый рынок характеризуется растущим дефицитом квалифицированных специалистов в медицинских организациях и растущими потребностями в кадровых ресурсах [Созарукова Ф.М., 2018; Шейман И.М., Сажина С.В., 2018; Репринцева Е.В., 2018; Шубцова Л.В., Махнова Н.А., 2014; Папеева К.О. и соавт., 2014]. Несмотря на значительное внимание к этой проблеме в среде специалистов и экспертов в области управления здравоохранением на протяжении последних десятилетий, она остаётся актуальной и в настоящее время [Канева Д. А. и соавт., 2024]. Это обусловлено не только материальными факторами, но также мотивацией, вовлеченностью и удовлетворенностью врачей. В связи с этим, кроме модернизации и оптимизации процессов лечения, а также повышения продуктивности труда, для поддержания надлежащего качества медицинских услуг необходимо создавать условия для привлечения, эффективной адаптации в профессии, удержания молодых специалистов и формирования резерва кадров.

Бурное развитие медицинских и информационных технологий предъявляет высокие требования к уровню квалификации работников медицинских учреждений, предопределяет необходимость непрерывности процессов профессионального обучения и развития [Задворная О. Л., 2022; Куличенко В. П., Блашенцева С. А., 2010; Иванов И.В. и соавт., 2023].

Особенное влияние оказывает цифровая трансформация здравоохранения, проходящая не только в России, но и по всему миру [Нарышкин А. А., Нарышкина А. А., 2025]. Такой значительный переход требует от медицинских специалистов не просто профессионального развития в рамках своей специальности, но получения принципиально новых знаний, навыков и установок – компетенций [Гурцкой Л. Д. и соавт., 2024].

Степень научной разработанности проблемы

Теме управления персоналом в медицинской организации уделяется большое внимание. В научных работах рассматриваются вопросы организации кадровых процессов, анализируются модели подбора, адаптации, мотивации, обучения и развития персонала, управления организационной культурой и внедрения стандартов качества, изучаются лидерские и деловые характеристики руководителей в здравоохранении подчеркивается необходимость создания условий для привлечения, эффективной адаптации и удержания молодых специалистов в отрасли и формирования резерва кадров [Т.А. Расторгуева, Л.Ж. Аттаева, С.Г. Ганатов, Н.В. Якимова, М.Ю. Сафонова, А.В. Володин, и другие]. Научными исследованиями доказано, что совершенствование системы управления персоналом способствует повышению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. В профессиональном медицинском сообществе присутствует понимание определяющей роли руководителя медицинской организации в качестве управления персоналом. Но в текущих условиях важно проанализировать существующие практики и подходы, переосмыслить роль руководителей медицинской организации в развитии системы управления персоналом. Многие руководители, концентрируясь на медицинских аспектах деятельности, не уделяют должного внимания непосредственно управлению персоналом. Остаются нерешенными актуальные проблемы, обусловленные ограничениями руководителей в знаниях современных технологий. Недостаточно проработаны научно-обоснованные методические подходы и инструментарий повышения

компетенций руководителей медицинских организаций, в том числе в части современных технологий управления персоналом. По данным научной литературы отсутствует методика и инструменты мониторинга системы управления персоналом, включая принципы автоматизации, базовые технологии, состав процессов и подпроцессов, ключевые показатели.

Для решения всех вышеперечисленных вопросов необходимо внедрение системного подхода в управлении персоналом. Использование в медицинской организации современных эффективных методов управления позволяют повысить эффективность процессов подбора, адаптации, обучения, карьерного развития, удержания и мотивации персонала.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: научное обоснование совершенствования системы управления персоналом медицинских организаций на основе оценки и развития управленческих компетенций и социально-мотивационных характеристик их руководителей.

Задачи исследования:

1. Провести анализ системы управления персоналом в современной медицинской организации, идентифицировать актуальные проблемы управления, их взаимосвязь (обусловленность) с готовностью руководителей в сфере управления персоналом (знания, компетенции, социально-мотивационные установки руководителя) (на основе анализа научных публикаций).
2. Разработать инструментарий оценки качества системы управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом на основе анкетирования и тестирования руководителей медицинских организаций.
3. Выбрать общедоступный инструментарий для оценки вовлеченности и социальной мотивации как ключевых характеристик руководителя, определяющего его эффективность в сфере управления персоналом, для использования в составе комплексной оценки качества

системы управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом. Провести модификацию при необходимости.

4. Идентифицировать актуальные проблемы качества системы управления персоналом, уровень готовности руководителей медицинских организаций к управлению персоналом и их взаимосвязи на основе статистических результатов исследования

5. Подготовить научно-обоснованные предложения по формированию программ обучения руководителей медицинских организаций в сфере управления персоналом, провести их апробацию в рамках обучения руководителей МО по программе ДПО, оценить эффективность на базах исследования.

6. Сформировать научно-обоснованные предложения по разработке АИС мониторинга качества системы управления персоналом.

Научная новизна исследования

Научная новизна диссертационного исследования заключается в решении научно-практической задачи совершенствования системы управления персоналом медицинской организации на основе применения комплексного модульного инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом, предназначенного для анкетирования/тестирования руководителей медицинских организаций.

Впервые разработан комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом в составе:

а) анкеты оценки качества системы управления персоналом (разработана в процессе проведения данного исследования на основе анализа научных публикаций и анкет аналогичного назначения);

б) теста (анкеты) оценки знаний в сфере управления персоналом (с обеспечением приоритета в части современных технологий управления) – «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» (тест

разработан в процессе проведения данного исследования на основе анализа научных публикаций и материалов аналогичного назначения);

в) инструментария изучения мотивации профессиональной карьеры (на основе использования методики Шейна);

б) инструментария изучения вовлеченности в процессы управления (на основе использования опросника GALLUP Q12).

Впервые для исследований вовлеченности в медицинских организациях предложена модификация опросника GALLUP Q12 (в части расчета результатов).

Впервые с использованием комплексного инструментария и с широким участием руководителей медицинских организаций из разных субъектов РФ получены данные о качестве управления персоналом, знаниях руководителей МО в сфере управления персоналом, их мотивации и вовлеченности. Указанные данные позволили идентифицировать половозрастные особенности оценок уровня управления, знаний и социальных аспектов руководителей МО, зависимость (или ее отсутствие) указанных параметров от стажа работы, стажа управленческой деятельности, наличия дополнительного образования в сфере управления.

Впервые в рамках применения комплексного модульного инструментария изучена взаимосвязь объективных параметров/характеристик (результаты тестирования знаний руководителей в сфере управления) и субъективных параметров управления персоналом (оценка качества управления, мотивационные характеристики и вовлеченность).

Впервые предложена многокомпонентная методика изучения управления персоналом в медицинских организациях, использование которой предполагает участие только руководителей МО.

Впервые сформирована и внедрена программа обучения руководителей медицинских организаций с приоритетом обучения современным методам управления (разработана на основе анализа научных публикаций и материалов аналогичного назначения, а также результатов тестирования).

Впервые предложено направление применение технологий блокчейн, больших данных и искусственного интеллекта в сфере повышения качества управления персоналом медицинских организаций.

Впервые разработаны предложения по автоматизации мониторинга качества системы управления персоналом.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в решении научно-практической задачи совершенствования системы управления персоналом медицинской организации на основе применения комплексного модульного инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом, предназначенного для анкетирования/тестирования руководителей медицинских организаций.

Результаты исследования с применением указанного инструментария позволили сформировать программу обучения руководителей медицинских организаций, разработать предложения по автоматизации мониторинга качества системы управления персоналом.

Результаты исследования внедрены: в учебный процесс в негосударственном образовательном частном учреждении организации дополнительного профессионального образования «Актион» в рамках программы профессиональной переподготовки «Master of health administration (mha) intensive» (Акт от 10.11.2024), в учебный процесс Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС) в рамках образовательной программы высшего образования (уровень – магистратура) по направлению подготовки 38.04.02 «Управление медицинской организацией» (Акт от 12.12.2024), в учебный процесс Федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в рамках образовательной программы дополнительного профессионального

образования (повышения квалификации) «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (Акт от 09.12.2024).

Практические рекомендации по совершенствованию системы управления персоналом использовались при внедрении ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора стандартов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях (Акт от 09.12.2024), внедрены в процессы управления персоналом Частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Тверь» (Акт от 02.12.2024), ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» (Акт от 04.12.2024).

Методология и методы исследования

Теоретическую и методологическую основу диссертационного исследования составили научные труды отечественных и зарубежных специалистов по вопросам управления персоналом. В исследовании используются методы: системный анализ, библиосемантический анализ, социологическое исследование (анкетирование/опрос), тестирование, методы статистического анализа, математической статистики, экспертные (метод получения индивидуального мнения члена экспертной группы на основе анкеты, метод коллективных совещаний), процессный подход, моделирование и формирование сценариев.

Объектом исследования являются:

- Система управления персоналом в медицинской организации.

Предметами исследования являются:

- качество управления персоналом;
- готовность руководителей медицинских организаций к эффективному руководству (управлению) персоналом;
- формирование программ дополнительного повышения квалификации (дополнительного профессионального образования) медицинского персонала, включая руководителей, в части освоения современных технологий управления и применения их на практике;
- организация мониторинга системы управления персоналом в

медицинской организации с использованием современных информационных технологий.

Единицами наблюдения в зависимости от решаемых задач являются: научная публикация, нормативно-правовой документ, внутренний регламентирующий документ медицинской организации (положение, приказ, методические рекомендации), анкеты и результаты тестирования руководителей и сотрудников медицинских организаций.

Положения, выносимые на защиту

1. Знания и компетенции в части современных технологий управления персоналом, а также мотивация и вовлеченность руководителей медицинских организаций являются одной из важнейших составляющих повышения эффективности системы управления персоналом, эффективности работы медицинского персонала и качества медицинской помощи.

2. Инструментарий комплексной оценки системы управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом, включающий анкету/опросник оценки качества системы управления персоналом, тест/анкету оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере управления персоналом, анкету/опросник оценки мотивации профессиональной карьеры, опросник/анкету изучения вовлеченности руководителя.

3. Комплексная оценка системы управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом, включающая исследование уровня знаний и компетенций руководителей в сфере управления персоналом, удовлетворенности качеством системы управления персоналом у руководителей, социальных ценностных установок руководителей, вовлеченности руководителей, взаимосвязей между отдельными параметрами.

4. Научно-обоснованные предложения по формированию программ обучения руководителей медицинских организаций в сфере управления персоналом в части знаний современных технологий обеспечения персоналом,

оптимизации условий труда, формирования и развития кадрового потенциала, управления внутренней средой и оценки деятельности сотрудников.

5. Организация мониторинга качества системы управления персоналом на основе современных информационных технологий, включая цели и задачи АИС, основные и поддерживающие процессы, подпроцессы, модули, отдельные показатели, контроль которых должен осуществляться, применение современных ИТ, таких как блокчейн, искусственный интеллект, мобильные приложения и другие.

Степень достоверности и апробация результатов

О достоверности результатов работы свидетельствуют: достаточный объем и продолжительность исследования (за период с 2021 по 2024 гг.), обработка материала с использованием современных статистических методов, непосредственное участие соискателя в разработке комплексного модульного инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом.

Основные результаты диссертационной работы представлены и обсуждены на следующих научных мероприятиях: Межрегиональная конференция «Практические вопросы повышения качества и безопасности медицинской деятельности. Реализация Приказа Минздрава России № 785н», ДВФО, Приморский край. г. Владивосток, 18-19 мая 2021 г.; XV Всероссийский форум «Здоровье нации - основа процветания России», г. Москва, 13-15 июля 2021 г.; I межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Современные проблемы здравоохранения глазами молодых ученых» Института общественного здоровья, здравоохранения и гуманитарных проблем медицины, кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры стоматологии терапевтической, г. Саратов, 22 декабря 2021 г.; Международная научно-практическая конференция «Приверженность вопросам психического здоровья», Москва, РУДН, 7 октября 2021 г;

Международная научно-практическая конференция «Самореализация личности в эпоху цифровизации: глобальные вызовы и возможности», г. Москва, РУДН, 29-30 марта 2022 г.; Практическая конференция «Новые нормативно-правовые акты в здравоохранении» в рамках ППК «Организация здравоохранения и общественное здоровье», г. Казань, 27-29 апреля 2022 г.; VII Всероссийская научно-практическая конференция «Построение системы менеджмента качества медицинской организации. лучшие практики» Москва, 6-7 октября 2022 г.; Конференция Международного центра профессионального и экономического развития «Практики повышения эффективности персонала организации 2024» Москва, 14-15 декабря 2023 г.; Экспертный совет конкурсной программы «Здоровье нации» всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», г. Москва, 15-17 мая 20224 г.; Научно-практическая конференция «Управление персоналом в МО: как удержать и мотивировать» в рамках научно-образовательного проекта «Организация здравоохранения и общественное здоровье», г. Москва, 17 июня 2024 г.

Публикации по теме диссертации

По материалам исследования опубликовано 25 печатных работ, в том числе 1 учебное пособие. Из них за последние 5 лет опубликована 21 статья, в том числе в журналах SCOPUS – 3, в журналах перечня ВАК РФ – 6, в журналах RSCI – 1.

Личный вклад автора

Научные результаты, обобщенные в диссертационной работе, получены автором самостоятельно. Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций по изучаемой проблеме, разработан дизайн исследования. Автор непосредственно организовывал проведение и контролировал исследования. Автором организован сбор и анализ данных, организовано анкетирование сотрудников медицинских организаций по вопросам мотивации, удовлетворенности, вовлеченности, знаний технологий управления персоналом. При непосредственном участии автора проведено внедрение результатов исследования в учебный процесс в

негосударственном образовательном частном учреждении организации дополнительного профессионально-го образования «Актион» в рамках программы профессиональной переподготовки «Master of health administration (mha) intensive», в учебный процесс Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС) в рамках образовательной программы высшего образования (уровень – магистратура) по направлению подготовки 38.04.02 «Управление медицинской организацией», в учебный процесс Федерального государственного бюджетного учреждения «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в рамках образовательной программы дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) «Организация здравоохранения и общественное здоровье». При непосредственном участии автора результаты исследования внедрены в процессы управления персоналом Частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Тверь» (ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Тверь), ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве». Автор принимал участие во внедрены практических рекомендации по совершенствованию системы управления персоналом в рамках внедрении ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора стандартов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях.

Автором выполнены статистическая обработка, анализ и трактовка полученных результатов, сформулированы выводы и практические рекомендации, подготовлены научные публикации и доклады.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза по следующим пунктам: 2. Научный анализ теорий медицины и здравоохранения, основных принципов организации здравоохранения в России, международное сотрудничество в

области медицины и здравоохранения; 12. Анализ научных основ и направлений совершенствования государственной политики и законодательства по вопросам охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи; 13. Исследование проблем организации медицинской помощи управления здравоохранением, разработка цифровых технологий управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами и здравоохранением в целом с целью совершенствования организационных форм и методов работы органов управления здравоохранением и медицинскими организациями, оценки эффективности их деятельности; 15. Изучение кадрового обеспечения органов и учреждений системы здравоохранения, особенности подготовки и переподготовки медицинских кадров различного профиля, изучение мнения медицинского персонала по вопросам организации медицинской помощи пациентам.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 353 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, в которых изложены материалы собственных исследований, а также заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений и приложений. Работа содержит 3 рисунка, 81 таблицу, 7 приложений. Список литературы содержит 124 источников, из которых 91 - отечественных, 33 - иностранных.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1.1. Основы системы управления персоналом в медицинских организациях.

Качество системы здравоохранения, и, следовательно, уровень национального здоровья, зависит от многих факторов и требует большого числа разнообразных ресурсов. Бесспорно, ключевой ресурс в здравоохранении – это люди. Уровень квалификации и навыков, личные особенности и ценности каждого отдельного сотрудника медицинской сферы – это те факторы, от которых зависит система здравоохранения в целом. Следовательно, крайне важным является вопрос подбора персонала в медицинские учреждения, их обучения, мотивации, оценка их деятельности и т. д. Без комплексного понимания этих процессов невозможна реализация потенциала работника, и, потому, невозможно максимально эффективно распоряжаться таким важным и незаменимым для системы здравоохранения ресурсом, как люди.

В секторе здравоохранения сосредоточено примерно десятая часть трудовых ресурсов страны. При этом около 70% бюджета сектора приходится на долю кадровых ресурсов [66, 113].

Тема управления персоналом исследовалась с разных сторон. Однако многие исследования не учитывали специфику сферы здравоохранения. Другие рассматривали лишь частные случаи, или исследовали одну сторону того или иного вопроса. На данный момент работ, посвящённых системному изучению такого важного вопроса критически мало. При этом, в настоящее время система российского здравоохранения содержит в себе накопившиеся

за долгие годы изъяны и проблемы, которые так и остаются неразрешёнными по ряду причин. Острый дефицит кадров, низкая эффективность труда, высокая загруженность и растущая распространённость профессионального выгорания, большие экономические издержки, высокая текучесть кадров – всё это лишь небольшой перечень трудностей, которые встали перед системой здравоохранения Российской Федерации в 21 веке и продолжают усугубляться по настоящее время. С учётом ограниченности ресурсов, комплексности, сложности и многосоставности многих проблем, которые лежат вне сферы здравоохранения, но влияют на неё, наиболее практичным и реалистичным способом повышения эффективности системы здравоохранения является совершенствование системы управления персоналом. Несмотря на то, что каждая проблема имеет конкретную природу, которая часто является уникальной для сферы здравоохранения, ключ к улучшению ситуации – более пристальное внимание к ключевому ресурсу системы здравоохранения, которым, без сомнения, является человек. Совершенствование системы управления персоналом может поспособствовать преодолению многих из трудностей в течение сравнительно короткого срока в каждой отдельной медицинской организации.

В отношении управления персоналом мы придерживаемся определения А. Я. Кибанова, в соответствии с которым, система управления персоналом – это цели, функции, организационная структура управления персоналом, вертикальные и горизонтальные функциональные взаимосвязи руководителей и специалистов в процессе обоснования, выработки, принятия и реализации управленческих решений [39].

Обязательными элементами системами управлении персоналом, в нашем понимании, являются:

1. специальные инструменты и методики, разработанные и адаптированные для решения задач управления персоналом;
2. руководители и сотрудники, обладающие соответствующими компетенциями в области управления персоналом;

3. система материальных и нематериальных стимулов, поддерживающих функционирование системы управления персоналом.

Участниками системы управления персоналом являются руководство организации, сотрудники организации, кадровая служба, внешние кандидаты, образовательные учреждения и привлекаемые специалисты (тренеры, консультанты и т.д.).

Для более последовательного и обстоятельного изучения вопроса мы будем рассматривать управление персоналом как непрерывный циклический процесс, включающий в себя следующие этапы: привлечение, подбор, адаптация, оценка деятельности, обучение, карьерное развитие, мотивация и удержание. Подобная классификация используется в некоторых исследованиях [29, 67, 78].

Результат управления персоналом – это часть общей результативности деятельности медицинской организации. Исследование и оценка эффективности управления персоналом – это системный процесс, который нацелен на выявления проблем при управлении персоналом методом сравнения затрат медицинской организации (материальных, временных и иных) и полученных фактических результатов [78].

Для максимизации эффективности процесса управления персоналом, необходимо соблюдение нескольких принципов [74]:

1. Системность. Развитие персонала должно быть постоянным и непрерывным процессом.

2. Взаимообусловленность. У сотрудников организации должны присутствовать и мотивация, и условия, и возможности профессионального роста.

3. Перспективность. Развитие персонала должно носить упреждающий характер.

4. Комплексность. Термин «профессиональное развитие» значительно шире, чем просто «обучение».

Поведен анализ научных работ по теме «Система управления

персоналом», перечень тестов и других оценочных средств для проверки знаний и компетенций руководителей медицинских организаций в части управления персоналом.

Рассмотрим, как эти принципы реализуются в настоящее время в медицинских организациях в отношении этапов кадрового цикла.

1.2. Практики подбора и привлечения персонала в медицинской организации

Первый этап кадрового цикла – подбор. Как правило, именно подбору персонала уделяется особое внимание, как со стороны менеджмента, так и кадровых служб [25]. Часто кадровый вопрос рассматривается в первую очередь с точки зрения поиска и привлечения наиболее квалифицированных и перспективных работников, для пополнения штата организации. В России наблюдается тенденция к постепенному омоложению персонала медицинских организаций, за счёт увеличения в штате числа молодых специалистов и сокращения специалистов старшего возраста [9, 42, 61]. Этот процесс происходит на фоне нарастающего снижения обеспеченности врачами, дефицита и дисбаланса квалифицированных кадров в сфере здравоохранения, вызванного структурными проблемами, причем вне зависимости от уровня экономического развития стран и медицинской специальности [14, 18, 42, 69, 92, 102, 121]. Дефицит медицинского персонала в Российской Федерации оценивается на сегодняшний день по крайней мере в 30% [1, 17, 53, 91, 35].

При этом с 1960 года усугубилась диспропорция в соотношении врачей и среднего медицинского персонала – с 1:2,4 до 1:4,1 [90]. Некоторые исследователи отмечают, что проблемы с привлечением персонала возникают часто в отношении молодых специалистов, которые подвергают сомнению традиционную для медицинской сферы форму лидерства («сверху вниз») и более требовательны по отношению к руководству [119].

Причины возникновения дефицита и дисбаланса медицинского персонала кроются в процессе социально-экономических преобразований, которые Российская Федерация претерпевала в конце 20-го века, в результате отмены практики обязательного распределения выпускников медицинских вузов. Изначально система здравоохранения строилась по принципам патернализма по отношению к пациентам, последовательности и преемственности в наблюдении за их состоянием. Многие из этих принципов сохранились и до настоящего времени, по мнению некоторых специалистов благодаря высокому запасу прочности системы управления кадрами в медицинских организациях [25].

Наблюдается разница в кадровой наполненности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным звеньями и службой скорой медицинской помощи, между городскими и сельскими медицинскими организациями, между врачебным и сестринским персоналом, между численностью врачей отдельных специальностей [30]. Эта проблема становится с каждым годом всё более актуальной, в результате чего смещается акцент кадровой политики значительного числа медицинских учреждений именно на этап привлечения персонала, а также возрастает практика совместительства.

Одним из источников молодых специалистов для медицинских организаций являются программы целевого набора в высшие учебные заведения. С целью обеспечения необходимого минимума базовых знаний у абитуриента, некоторые вузы ввели собственные профессиональные испытания, которое проходят далеко не все абитуриенты, отобранные медицинскими организациями. Данный факт свидетельствует о формальном подходе медицинских организаций к подготовке кандидатов, а также поиске и отбору абитуриентов для обучения в рамках целевого набора. Несмотря на это в профессиональном сообществе существует мнение о необходимости расширения целевого набора [30].

Иванов Н. П. и Малкина Л. В. в своей статье (2017) предлагают решать кадровые проблемы в системе здравоохранения через расширение механизмов

привлечения в организации высшего медицинского образования профессионально ориентированных и мотивированных, хорошо подготовленных абитуриентов и через создание эффективной региональной кластерной системы профориентационной работы. По мнению авторов, координатором создания и функционирования такой системы должны стать медицинские вузы, участниками кластера – общеобразовательные школы и гимназии, в которых необходимо создавать профильные классы, медицинские колледжи, малые медицинские академии и подготовительные курсы при вузах, органы управления региональным здравоохранением, медицинские организации, смежные научные и промышленные производства. В той же статье приводится информация, что широкое распространение получило участие представителей работодателей в процедуре «непринудительного распределения» выпускников вузов, и проведение «ярмарок вакансий», целевой аудиторией которых являются непосредственно выпускники. В настоящее время многие медицинские организации решают вопрос кадрового дефицита через сотрудничество с центрами занятости населения, а также активно размещая объявления с помощью сети интернет. Авторы заключили, что спрос на рынке труда в основном предъявляется со стороны государственных медицинских учреждений, в то время как частные клиники пополняют штат через личные знакомства [30]. Такая разница в подходе к привлечению кадров в том числе может быть обоснована тем, что частные клиники часто руководствуются принципами HR-маркетинга, больше внимания уделяют управлению персоналом и пытаются оптимизировать эти процессы, так как зависят от прибыли, которую получат, которая, в свою очередь, зависит от эффективности работы кадров и объёма издержек.

В качестве уникального случая, следует рассмотреть пример Кливлендской клиники Абу Даби (CCAD), являющейся частью Cleveland Clinic Foundation. Она представляет из себя медицинскую организацию международного уровня, расположенную в Объединённых Арабских Эмиратах. Схема трудоустройства в Кливлендской клинике имеет отличия от

российских практик, во многом это объясняется высоким интересом со стороны врачей всего мира, значительную роль играет избыток потенциальных кадров. Предварительно с претендентами на должность проводит интервью менеджер, в дальнейшем формируются группы для дальнейшего тестирования или интервьюирования. Значительное внимание уделяется качествам соискателя – внешнему виду, стилю общения, поведению в стрессовой ситуации, эмоциональной устойчивости, мотивации поведения, умению находить общий язык с другими людьми, интеллектуальным способностям, социальному положению. При успешном прохождении отбора с соискателем заключается временный договор на год, с испытательным сроком в 3 месяца. Только по успешным итогам работы за год, сотрудник переводится в штат клиники [67].

В России, в частности в Москве, разрабатываются и внедряются программы, направленные на устранение дефицита кадров. Так, программа «Развитие здравоохранения города Москвы» нацелена на обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированным персоналом и ликвидацию кадровых диспропорций, повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи [42].

Таким образом, можно сделать заключение, что важнейшими вопросами подбора персонала в современных российских условиях являются обеспечение притока в медицинские учреждения выпускников специализированных учебных заведений и отбор кандидатов, соответствующих требованиям профессии и организации.

Для оценки эффективности набора сотрудников в организацию предлагаются индикаторы [77, 78]:

- сравнение фактической численности персонала с плановой численностью;
- время подбора;
- стоимость подбора;
- качество подбора;

- сумма всех затрат на подбор, отбор и наем персонала (внутренние, внешние, прямые);
- коэффициент оборота по приему работников;
- коэффициент постоянства кадрового состава;
- доли сотрудников, привлеченных из внешних и внутренних источников сотрудниками.

1.3. Практики и процедуры адаптации персонала в медицинской организации

После успешного найма на должность и в ходе испытательного срока начинается так называемый процесс адаптации персонала.

Именно от успехов в процессе адаптации зависит эффективность деятельности работника, причем вне зависимости от профессионального стажа [14, 116]. Профессиональная адаптация важна как для молодых специалистов на страте карьеры, так и для вновь принятых сотрудников со стажем работы.

Начальный период трудовой деятельность в конкретной организации имеет большое значение. От этапа адаптации зависит продолжительность и эффективность трудовой деятельности персонала, часто решение об увольнение принимается именно в этот промежуток времени [3, 57].

После распада СССР в России произошло разрушение связей между предприятиями и образовательными организациями, что, в свою очередь, привело к стагнации профессионального образования. Интеграция профессионального образования и профессиональной практики способствует связи теоретических знаний и практических навыков [50]. Ответственность за финальную адаптацию к профессиональной деятельности возлагается на медицинские учреждения.

Процесс адаптации состоит из следующих этапов:

1. оценка уровня подготовленности нового работника;
2. ориентация (знакомство) сотрудника с новым рабочим местом и установленными требованиями;
3. непосредственная адаптация.

С экономической точки зрения процесс адаптации – это метод оптимизации издержек при найме молодого специалиста, путём ускорения его включения в рабочие процессы без потери качества, минимизации ошибок, и, соответственно, исключения издержек, которые возникают при устранении этих ошибок. Кроме этого, система адаптации может способствовать снижению текучести кадров [73].

Основным инструментом адаптации персонала в медицинской организации является наставничество. Наставничество – процесс передачи опыта и знаний от старших к младшим членам общества; форма взаимоотношений между учителем и учеником [11].

Необходимо заметить, что наиболее актуальна по мнению многих исследователей система наставничества в профессиях из сферы «человек-человек», к которым относится и медицина. В этой сфере процесс адаптации включает три этапа: введение в должность, знакомство с коллективом, интеграция в коллектив [15].

Существуют данные о том, что процесс адаптации в медицинских учреждениях даже с внедрённой системой наставничества остаётся низкоэффективным – значительная часть персонала осваивается на новом месте около 3 месяцев [31, 32]. В качестве контрпримера можно привести результаты опроса специалистов в сфере здравоохранения Витебской области, согласно которому, лишь 5–10% ответили утвердительно на вопросы о проблемах в процессе адаптации (как наставники, так и молодые врачи и медсёстры). Однако, при этом более половины опрошенных наставников отметили, что система наставничества необходима, более 60% молодых специалистов посчитали, что закрепление наставника должно проводиться на срок до 6 месяцев или одного года (аналогичные результаты были получены и

среди наставников) [57]. Подобные результаты получены и в некоторых других исследованиях [36]. Эти данные можно интерпретировать так, что опрошенные специалисты считают удовлетворительной работу существующей системы наставничества. Однако, так как абсолютное большинство респондентов ответили утвердительно на вопрос о необходимости материального вознаграждения за наставничество, тема совершенствования системы наставничества остаётся актуальной и в клиниках, где было проведено данное исследование.

Согласно некоторым исследованиям, в медицинских организациях, по словам руководителей, существуют формальные либо неформальные (стихийно сложившиеся) меры, направленные на интеграцию и адаптацию новых работников в коллектив [26].

В медицинских организациях этап адаптации имеет свои особенности. В отличие от формальных отношений «преподаватель–студент» и «начальник–подчинённый» в этой системе «старшее» и «младшее» звено – равноправные коллеги со схожими обязанностями. Акцент при таком процессе смещён с обучения основам на тонкости и сложности в работе, дисциплину и добросовестность. Медицинский персонал вовлечен в различные виды наставничества — дообучение на рабочих местах, курирование новых кадров в ходе их адаптации [42].

Причём вопреки интуитивному пониманию проблематики системы здравоохранения, часто наибольшими трудностями в адаптации являются не режим и условия труда, а профессиональные обязанности. В первые два месяца работы почти половина новых кадров нуждается в помощи коллег. В одном из исследований было выявлено, что каждый второй затрудняется ответить об интересе к продвижению внутри организации, а трети карьера внутри организации не интересна [31].

По другим исследованиям наиболее трудным при адаптации является вхождение в коллектив [32].

С точки зрения психологии ресурс наставничества — это прежде всего

технология социально-психологического обучения и развития внутреннего потенциала молодого сотрудника, где в роли участников предусмотрены ученики, учитель и контролирующий орган. Процесс их взаимодействия основан на конкретной программе обучения и формальных отношениях, которые при этом строятся в процессе живого общения [84].

При этом необходимо заметить, что контролирующий орган может существовать в рамках медицинского учреждения не в единственном экземпляре, так как контроль процесса может осуществляться не только «сверху» (со стороны администрации), но и «снизу» – со стороны молодых специалистов. Так, в МАУ «СП № 12» был учрежден Совет молодых специалистов, постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, содействующий профессиональному росту молодых специалистов и защищающий их права и интересы в профессиональной деятельности под патронажем Медицинской палаты Свердловской области [84].

Кроме выполнения профессиональных обязанностей и особенностей устройства медицинской организации, наставники обучают молодых специалистов справляться со стрессом на работе. Постоянный контакт с больными (часто в терминальной стадии) и их близкими, ответственность за результаты труда, накладывают отпечаток на эмоциональное состояние медицинских работников [88].

Выше мы приводили данные, согласно которым программы наставничества в целом поддерживаются персоналом. Однако, согласно другим исследованиям, среди врачей 39%, а среди медсестёр 56% не согласны быть наставниками. При этом доля врачей, вовлеченных в систему наставничества, несколько выше, чем медсестёр [42].

Эти цифры можно трактовать не только из предположения негативной оценки программ наставничества, но также и исходя из данных о высокой загруженности медицинских работников, из-за чего растёт нежелание принятия на себя большего количество обязанностей и ответственности, особенно без материального вознаграждения.

В роли наставника молодого специалиста чаще всего выступает заведующий отделением, который, кроме наставничества, совмещает лечебную и административную деятельность [24].

По данным некоторых исследований, основная деятельность редко страдает от дополнения обязанностей «наставника» [80].

В рамках программы адаптации Клиника Мэйо (США) проводит обучающий курс для новых сотрудников в собственном образовательном центре. В основе обучения лежит наблюдение за работой коллег. Отличие от системы наставничества в России состоит в том, что такая практика позволяет новым сотрудникам в гораздо меньшей степени получить необходимые знания на практике. Акцент делается на обогащении социального опыта, неофициальном усвоении организационных принципов и корпоративной культуры [27].

Как и в Клинике Мэйо, в МАУ «СП № 12» наставником нового сотрудника является не один конкретный человек, а целая команда (попечительский совет), состоящая из коллег и руководителей, потому что любой сотрудник любого ранга доступен для звонка и консультации [84].

Существует множество видов наставничества – индивидуальное, бригадное, коллективное, традиционное, партнерское, реверсивное и др.

Следует заметить, что описанное выше, как уже говорилось, применяется в первую очередь в отношении молодых врачей, имеющих сравнительно небольшой опыт. Однако, среди нуждавшихся в наставничестве бывают и врачи с высшей квалификационной категорией, к примеру недавно пришедшие из организаций вне системы ДЗМ (Департамента Здравоохранения Москвы). Востребованность у специалистов такого уровня в системе наставничества, связана с необходимостью освоения новых технологий и практик на новой должности. От опытных специалистов часто ожидают самостоятельного решения собственных проблем, что замедляет процесс их адаптации [42].

В сложившейся системе наставничества существует ряд проблем, а

именно: отсутствие критериев отбора наставников, отсутствие системы мотивации наставников и стимулирование новичков, ограниченность в доступе к информации о работе организации, а также низкий уровень педагогических навыков у наставников [42]. Проблема иного уровня – отношение к практикантам со стороны руководителей высшего и среднего звена. Пришедшие Молодые специалисты (практиканты) считаются «обузой», мешающей хорошо отлаженному трудовому процессу [79]. Эта проблема не может быть решена путём внедрения новых практик, методов и оптимизации процессов – она требует комплексного подхода с изменением отношения к новым специалистам на ментальном уровне.

Для более быстрой адаптации и успешной оптимизации этого процесса требуется повышенное внимание со стороны со стороны руководства именно к этим аспектам.

Системное и плановое внедрение создаст заинтересованность медицинской общественности к институту наставничества при адаптации молодого специалиста [79].

Немаловажным вопросом, который редко в полной мере рассматривается в исследованиях, является социальная адаптация. Согласно некоторым исследованиям, большинство врачей (до 78%) испытывают трудности с социальной адаптацией гораздо больше, чем с профессиональной (40%) [52].

В частности, например, в ходе исследования социально-психологических аспектов труда сотрудников здравоохранения в Кабардино-Балкарии низкие оценки были даны сопереживанию в коллективе личным проблемам, условиям повышения квалификации [6].

Главные цели внедрения системы наставничества и этапа адаптации в целом [24]:

- снижение количества увольнений сотрудников, проходящих испытательный срок, как по инициативе администрации, так и по собственному желанию;

- снижение издержек по поиску нового персонала;
- формирование кадрового резерва (наставничество –это возможность для опытного сотрудника приобрести опыт руководства);
- сокращение времени выхода на точку рентабельности для новых сотрудников.

Для оценки результативности системы адаптации персонала в медицинских учреждениях можно использовать следующие индикаторы [77, 78]:

- формальное закрепление функции адаптации в системе управления персоналом;
- число мероприятий по адаптации;
- число наставников;
- число мер по устранению факторов, препятствующих успешной адаптации;
- среднее время заполнения одной вакансии; доля должностей, охваченных адаптацией; доля «новичков», прошедших успешно испытательный срок;
- затраты на подготовку наставников;
- текучесть среди «новичков».

Подводя итог обзору первых двух этапов кадрового цикла, следует привести результаты исследования, проведённого в 2012 году Ефименко С. А. и Зайцевой Н. В. Согласно опросу, руководители считают приоритетными эффективный подбор и удержание персонала в организации (36,8%), поддержание работоспособности персонала (35,1%), оптимизацию кадрового потенциала (28,1%). При этом большинство руководителей не хочет (31,6%) или не может (80,7%) осуществлять эту деятельность, предпочтений в стратегии подбора не имеют 70,2% руководителей. Одна из причин, по которым у руководителей нет возможности предпринимать шаги по оптимизации – трудности в количественной или качественной оценке

потребности в персонале. Эти данные демонстрируют, что проблема управления персоналом осознаётся, но у руководителей отсутствуют навыки, знания и компетенции для решения этих проблем [26].

1.4. Практики оценки персонала в медицинской организации

После успешного заполнения вакантных мест и адаптации специалистов на рабочем месте на первое место встаёт задача оценки текущей деятельности персонала.

Считается, что в медицине выделить единые критерии оценки труда для различных по квалификации, сложности и объёму деятельности специалистов (с учетом их участия в процессе излечения) не представляется возможным. Простой принцип «больше работы – больше оплата» очевидно не применим, и не удовлетворит ни работников, ни руководителей медицинских организаций [85].

Система оценки и аттестации разрабатывается с учётом нескольких факторов: стратегических целей организации, состояния внешней среды, культуры и структуры организации, её традиций, характеристик занятой рабочей силы. Причём сама по себе такая система является эффективной при соблюдении некоторых принципов: универсальности оценки, упорядоченность стандартов и норм оценки, корректному выбору методов оценки (количественных, качественных, комплексных) [85].

Для внедрения внутренней системы оценки персонала в медицинских организациях существует нормативно-правовая база. Существуют профессиональные стандарты для многих медицинских специальностей. Например, профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». Навыки, которыми должны обладать специалисты описаны в разделе «Трудовые функции» [43].

В опросе, проведенном в 2019 году, 40% респондентов отметили

субъективизм руководителей, что говорит о потребности в объективных критериях оценки [43].

Чаще всего оценка применяется в контексте определения размера вознаграждения или наказания сотрудника соразмерно результатам его труда [72].

Каждый из методов оценки персонала, который применим в медицинском учреждении имеет свои недостатки и преимущества, а также назначение. Оценочные листы (анкетные методы) позволяют получить наиболее объективный результат о качестве работы сотрудника посредством его самооценки, отзывов коллег и вердикта руководителя. Сравнительные методы (рейтинги и ранжирование) определяют общий рейтинг сотрудников на основании определенных объективных критериев. Метод интервью чаще применим в медицинской организации скорее на этапе приема сотрудника, а также при увеличении спектра их обязанностей. Тестирование позволяет определить уровень профессиональной квалификации сотрудника. Система «360 градусов» отражает комплексную оценку сотрудника, за счёт совокупности субъективных оценок. Метод «Светофор» позволяет установить эффективную взаимосвязь между уровнем профессионализма медицинского работника и материальной мотивацией [72].

Один из самых простых в применении способов первичного определения проблем является анкетирование сотрудников [60]. В контексте управления персоналом анкетирование может быть применено по отношению к коллегам, а также в качестве инструмента самооценки. Часто анкеты используются в качестве инструмента оценки руководства.

Анкетирование может применяться и с вовлечение пациентов при оценке деятельности врачей. Однако, необходимо заметить, что пациенты часто оценивают работу медицинского учреждения в целом: это время ожидания приема врача в поликлинике; способность врачей обеспечить медицинские услуги в соответствии с установленным временем; отношение медицинского персонала к пациенту; доступность информации о

медицинских услугах; удобство сдачи анализов и получения результатов лабораторных исследований; степень комфорта пребывания в лечебном учреждении; использование различных передовых методов диагностики и лечения; удовлетворенность пациента результатами лечения [72]. Это значит, что на изолированную оценку пациентом работы врача или медицинской сестры влияет множество факторов, некоторые из которых непосредственно от врача не зависят.

Согласно опросу, проведённому в 2012 году почти каждый второй (40,4%) руководитель готов проводить оценку по принципу "360 градусов" (оценка деятельности сотрудника начальством, подчиненными, коллегами, пациентами и самооценка) либо близкую к ней [26].

Процесс оценки эффективности деятельности работников может осуществляться в рамках деятельности специальной комиссии. В стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России заседание комиссии проводится ежеквартально после окончания отчетного периода. Основная задача комиссии – оценка выполнения показателей эффективности деятельности работниками структурных подразделений согласно установленным в организации критериям. Такой подход позволяет объективно определить степень ответственности каждого сотрудника за поставленную перед ним задачу (и, исходя из этого применять положительную или отрицательную мотивацию, вплоть до увольнения, планировать профессиональное обучение, рассматривать возможность профессионального развития сотрудников). В то же время высокая трудоемкость применяемых методов, обусловленная необходимостью сопоставления отдельных случаев оценки, а также учет мнения значительного числа пациентов и невозможность охватить все аспекты работы медицинского персонала (только степень выполнения ими ключевых задач) ограничивает объективность этого метода оценки [72].

В случае если оценка происходит однократно по особому поводу используется метод свободной балльной оценки [85].

Метод стандартных оценок или карты оценок заключается в заполнении линейным руководителем специальной формы, включающей главные аспекты работы или качества сотрудника. Он прост в сути своей, но содержит элементы субъективизма [85].

Метод классификации предполагает создание своего рода рейтинга, где располагаются все сотрудники от лучшего к худшему по общему для них критерию [85]. Этот метод оценки по-своему хорош тем, что содержит в себе мотивационный соревновательный элемент, при условии, что к этому рейтингу есть доступ у каждого сотрудника, который в него входит.

Несколько субъективный, но эффективный способ оценки в некоторых ситуациях – оценка поведения персонала. К нему относится метод шкалы рейтингов поведенческих установок и метод шкалы наблюдения за поведением [85].

Метод самооценки, при своей доступности и простоте проведения, имеет очевидные недостатки, главный среди которых – субъективность. Н. Г. Петрова и В. В. Горинштейн провели исследование, заключавшееся в самооценке врачами своей компетентности. В нём интересен разброс в результатах – наиболее высоко оценили свои знания врачи скорой помощи (66,7%) и педиатры (60,0%), ниже всего — терапевты (40,0%), что не всегда соответствует объективной действительности [62].

В целом же эти данные говорят о том, что эффективность применения метода самооценки в медицинских организациях ограничена спецификой профиля подразделения.

Один из самых простых методов оценки в системе управления персоналом – это анализ проблемного поля, который ведётся от результатов работы (последствия), к процессам и условиям жизнедеятельности организаций, как причинам. В ходе этой оценки выявляются разрывы между требуемым результатом и реальным, то есть устанавливается проблематика. Причём к формулированию проблем предъявляются следующие требования: конкретность и конструктивность формулировки, операциональность

формулирования проблем (то есть можно определить масштаб проблемы и её остроту), прогностичность, объяснение и понимание наличия проблемы [19].

Оценка может применяться не только по отношению к результатам деятельности медицинского персонала, но и по отношению к качеству непрерывного медицинского образования, в том числе с применением математических моделей, что даёт возможность получить более объективные данные [13].

В исследовании Комиссарова Е. Е. были использованы формы оценки 5 категорий работников: руководители, врачи, средний и младший медицинский персонал, немедицинский персонал. Для оценки руководителей были сформированы 11 компетенций [43]:

- 4 профессиональных (управленческих) – лидерские качества, планирование и организация, качество управления и мотивация подчиненных, видение руководителя;
- 7 базовых (корпоративных) – аналитические способности, целеустремленность и организованность, выполнение внутренних стандартов, качество ведения документации, исполнительская дисциплина, стремление к развитию и проактивность, корпоративное поведение.

Для оценки врачей были сформированы 10 компетенций:

- 4 компетенции профессиональные — клиническое мышление, качество ведения медицинской документации, выполнение внутренних стандартов, особые требования
- 6 базовых компетенций— исполнительская дисциплина, пациент-ориентированность, сотрудничество и работа в команде, стремление к развитию и проактивность, корпоративное поведение.

Создавая критерии и индикаторы, соответствующие каждой из компетенций сотрудника, которыми он должен обладать, можно провести наиболее объективную оценку его труда.

В отношении руководителей также применяются метод определения степени достижения намеченных целей, метод оценки по факторам

результативности [85].

В западной практике широкое распространение получили концепции управления реализацией стратегии и методика измерения эффективности деятельности предприятия (performance measurement) и Balanced Scorecard (BSC), или «система сбалансированных показателей» (ССП). ССП основана на расчете KPI (Key Performance Indicators – ключевых показателей эффективности). Ключевые показатели эффективности – показатели функционирования организации, которые устанавливаются для достижения определённых стратегических целей. С помощью KPI можно планировать и контролировать эффективность деятельности на различных уровнях управления. В таких странах, как Бразилия, Великобритания, Германия, Гонконг, Корея, Малайзия, Сингапур, США, Япония и другие, концепция KPI наряду с концепцией всеобщего руководства качеством поднята на уровень национальной идеи.

В западных методиках используются такие индикаторы, как длительность и эффективность лечения в зависимости от клинико-статистической группы, показатели хирургической активности, пациент-центрированность («patient centredness»), затраты при превышении длительности госпитализации, процент летальных исходов в течение 30 суток от начала лечения [49, 95, 123].

В Московской области для оценки главных врачей поликлиник сформированы следующие группы критериев: 1) «финансы», 2) «пациент», 3) «организация работы», 4) «кадры». В каждой группе присутствует от 4 до 7 критериев. В Нижегородской области была разработана методика расчета KPI медицинских организаций, позволяющая оценить степень достижения МО стратегических целей, при этом все KPI рассчитывались ежемесячно. Расчет KPI включал пять показателей [49]:

1. Показатель экономической эффективности на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда.

2. Показатель смертности населения.
3. Наличие обоснованных жалоб.
4. Показатель заработной платы медицинских работников.

Показатель просроченной кредиторской задолженности.

Для целей оценки персонала разрабатываются модели процессов и на их основе определяются показатели, характеризующие эффективность того или иного процесса. В последствии выделяются набор ключевых показателей для каждого работника в рамках отдельного процесса, которые наглядно отражают те или иные параметры его труда. Эти показатели в совокупности являются личной матрицей оценки труда сотрудника, составляемой с учётом и на основе целей вышестоящего руководителя, процессов, в которых сотрудник принимает участие, функций, которые описаны для него в должностной инструкции, факторов стоимости (финансовых показателей деятельности) [37].

Есть примеры более сложных инструментов оценки медицинского персонала. Так, в 2016 году в Тюмени было проведено исследование по оценке сотрудников здравоохранения. Были использованы: личностный опросник OPQ, мотивационный опросник, тесты способностей SHL. Все они в совокупности позволили исследователям составить достаточно объективную картину. Интересно то, что оценки по менеджерским компетенциям у значительного количества испытуемых были развиты ниже среднего [66].

В другом исследовании управленческих компетенций третьего уровня управления медицинских организаций использовались такие инструменты, как тест Г. Айзенка (EPI), опросник М. Рокича, тестовая методика Т. Лири (1954г), опросник В.Ф. Ряховского, тест К.Н.Томаса (1973г), методика И. М. Юсупова (г. Казань), тестовая методика Т. Элерса [58].

Согласно исследованиям, анализ деятельности сотрудников, по мнению абсолютного большинства руководителей, имеет высокую важность. При этом треть признаются в том, что на практике в их организации он не применяется, а половина – что оценка труда сотрудников в организации не проводится либо

носит формальный характер, при этом, по их мнению, создает напряженность в коллективе и мешает нормальной работе. Исследование Ефименко и Зайцевой (2012) показало, что анализ деятельности с точки зрения руководящего звена позволяет решать проблемы, связанные с мобильностью кадров (36,8%), оптимизацией технологических процессов, расходами на персонал (31,6%), созданием программ оценки деятельности и обучения персонала (24,6%), совершенствованием должностных инструкций (19,3%) [26].

В качестве индикаторов оценки эффективности данной подсистемы управления персоналом можно использовать [77, 78]:

- процент сотрудников, прошедших процедуру аттестации;
- наличие критериев оценки персонала, закрепленных в нормативных документах организации;
- показатели участия претендентов на стадиях оценки кандидатов на вакантные должности;
- показателей прохождения адаптантами испытательного срока;
- наличие четких критериев оценки всех категорий работников в организации;
- частота проведения оценки;
- процент сотрудников, охваченных системой оценки;
- уровень удовлетворенности сотрудников медицинской организации существующей системой оценки.

Как видно из вышесказанного, в оценке персонала медицинских организаций используются различные инструменты и подходы. Однако системный взгляд на этот процесс так и не был сформирован. Несмотря на широкий спектр инструментов, которые могут быть внедрены и которые были внедрены в медицинских организациях, оценка персонала не применяется повсеместно, причём даже в тех организациях, где потребность в ней осознаётся. Поэтому, хотя тема оценки персонала в медицинских

организациях изучена сравнительно глубоко и с разных сторон, наблюдается острая нехватка опыта практического внедрения инструментов этого процесса. Как было замечено выше, оценка персонала – это этап кадрового цикла. Не вспомогательный процесс для повышения эффективности управления персоналом, а его обязательный компонент. И, соответственно, тот факт, что применение оценки персонала на практике не является повсеместным, говорит о том, что кадровый цикл в медицинских учреждениях не является целостным и полноценным. Это, в свою очередь, создает поле для исследований и деятельности, направленной на практическое применение оценки в медицинских организациях, и повышение эффективности процесса управления персоналом, с перспективой разрешения тех проблем, которые остро стоят перед всей системой здравоохранения.

1.5. Практики мотивации и удержания персонала в медицинской организации

Мотивация — это процесс побуждения, стимулирования себя или других к целенаправленному поведению или выполнению определенных действий, направленных на достижение собственных целей или целей организации. Сущность функции мотивации заключается в том, чтобы персонал организации выполнял работу в соответствии с делегированными ему правами и обязанностями и сообразуясь с принятыми управленческими решениями [61].

Мотивация персонала – очень важный фактор, который в том числе влияет на такую проблему, как профессиональное выгорание [5, 87]. Лишь каждый второй врач удовлетворен своей деятельностью. Удовлетворенность напрямую влияет на приверженность персонала организации – так, лишь каждый третий врач планируют продолжать свою деятельность в той же должности (а смена специальности особенно трудный процесс для врачей)

[33].

У мотивации персонала есть свои особенности. Согласно Херцбергу, если не удовлетворены базовые потребности сотрудника (безопасность, достаточное материальное обеспечение, защита трудовых прав и т. п.), то его мотивация, ожидаемо, будет снижена. В свою очередь, даже полное удовлетворение этих потребностей не приводит напрямую к повышению мотивации. Такие факторы как признание, справедливое отношение, удовлетворенность проделанной работой оказывают на мотивацию положительное влияние, приводящее к её повышению [46, 99, 104]. Таким образом, мотивация требует комплексного подхода, учитывающего все факторы, которые могут на неё повлиять.

Часто позитивно оценивается чёткая постановка целей, не иерархический характер сотрудничества, систематическое улучшение условий труда. Большое влияние оказывает характер процесса введения изменений и стиль управления руководства – как в позитивную, так и в негативную сторону [106, 111]. Трудноуправляемым фактором мотивации, который, однако оказывает значительное влияние, является доверие к врачам, как со стороны пациентов, так и со стороны коллег и всего общества в целом [108].

При внедрении изменений проблемы с мотивацией могут часто возникать у наиболее опытной группы персонала, в связи с наличием устоявшихся практик, наличии огромного опыта и, соответственно, осознаваемого авторитета в решении многих вопросов. Такие сотрудники часто не мотивированы на обучение, адаптацию к новому.

В свою очередь, для более молодых сотрудников источником мотивации могут послужить их старшие и более опытные коллеги, их одобрение и поддержка [120]. В связи с этим тема мотивации не может рассматриваться в отрыве от построения здоровых рабочих отношений между сотрудниками.

Более опытные и авторитетные в сфере медицины руководители могут являться источником уверенности в работе других профессионалов, и таким

образом назначение подобного специалиста на руководящую должность сыграет мотивационную роль [105].

Следует отметить, что рядовая модернизация оборудования может быть сильным мотивационным инструментом – значительная часть персонала государственных медицинских организаций считает наличие современного медицинского оборудования стимулирующим фактором для себя. Таким образом, деятельность руководителей, которая напрямую не направлена на мотивацию персонала, может оказывать значительный позитивный, или же, наоборот, негативный эффект [33].

Как многие указывают, чаще всего тема мотивации раскрывается через экономические рычаги [20, 68, 75, 76, 108]. При этом для молодых руководителей перспектива карьерного роста является более значительным стимулом, чем высокий уровень заработной платы [45].

Другой важный аспект, касающийся мотивации – распределение ответственности. Большая загруженность неизбежно ведёт к профессиональному выгоранию, но разнообразие задач, которые сотруднику необходимо решить, положительно влияет на его удовлетворенность работой [115].

Один из инструментов мотивации персонала – вовлечение его в анализ сложившейся в организации ситуации [60]. Сотрудникам важно быть услышанными, если они чувствуют, что к ним прислушиваются и у них есть способы повлиять на устройство организации, они будут более благосклонны к изменениям и настроены на выполнение своих обязанностей.

Существует соревновательный вид мотивационных инструментов. К ним относится введение рейтинговой системы, а также конкурсов, соревнований и нематериальных поощрений, таких как титул «работник месяца». Использование таких инструментов требует предварительного создания в коллективе доброжелательных отношений, в противном случае подобные инструменты могут обострить недоверия и существующие среди коллег конфликты.

Самый понятный механизм поощрения и стимулирования персонала – денежное вознаграждение. Однако, он работает только тогда, когда система материального стимулирования понятна каждому конкретному работнику, адекватна его трудовым усилиям, учитывает реализацию личного творческого потенциала, что не всегда является правдой [60]. Кроме того, в контексте медицинских учреждений возможности влияния руководства на материальное положение сотрудников может быть ограничено, вследствие урезания бюджета, следования указаниям Министерства Здравоохранения и других государственных структур. Большинство медицинских учреждений в Российской Федерации – государственные, а потому их бюджет не зависит от полученной прибыли, соответственно в меньшей степени зависит от каждого отдельного сотрудника.

С учетом достижений работника и реальных возможностей каждой отдельной медицинской организации может быть использован широкий набор нематериальных стимулов: объявления благодарностей при подведении итогов, размещения информации о сотруднике на сайте организации или в средствах массовой информации, направления на учебу для приобретения дополнительных профессиональных компетенций, на оздоровительные мероприятия, выдвижения на более высокие должности [44, 60].

Чаще всего негативно, особенно в отношении нововведений, на мотивацию персонала действуют такие факторы, как недостаточная компетентность руководства организаций в области планируемого проекта, бессистемность мероприятий, применение невнятных критериев оценки результатов, сопровождающихся большим количеством проверок, требованиями дополнительных отчетов, неинформированность персонала о сути изменений, несоответствие стиля руководства ожиданиям и т. д. [44, 60]. В связи с этим можно выдвинуть предположение, что мотивация сотрудников – это не только их поощрение или наказание, но и устранение недостатков в уже сложившейся системе. Без этого многие нововведения и изменения, неизбежные с течением времени и необходимые для развития организации

могут восприниматься как избыточные, чрезмерные. Кроме того, в случае устоявшегося негативного отношения к руководству даже позитивные для персонала изменения могут быть восприняты с недоверием и не будут реализованы в полной мере, именно из-за низкой мотивации сотрудников.

Вопреки распространённому мнению о том, что частный сектор предоставляет лучшие условия труда, чем государственные, среди врачей-стоматологов (одной из самых высокооплачиваемых медицинских профессий) степень удовлетворённости варьирует незначительно в зависимости от того, работают они в частной или государственной клинике. Однако ценности у врачей-стоматологов в зависимости от места работы различаются – сотрудники государственных организаций больше ценят профессиональный интерес, а сотрудники частных клиник больше ценят возможность расширения профессионального общения. При более детальном рассмотрении выявляется, что сотрудники государственных медучреждений реже удовлетворены системами оплаты труда и отпусков, хотя эти факторы не являются главными стимулами, в том числе среди руководителей (Канева Д. А., 2019). Такие расхождения приводят к выводу о том, что мотивационные инструменты должны подбираться с учётом специфики медицинской организации. Порой, даже такие интуитивно понятные инструменты, как материальное вознаграждение, могут быть не самыми эффективными инструментами положительной мотивации [21, 33, 86].

Высокую ценность имеет моральное стимулирование у руководителей коммерческих медицинских организаций в силу того, что они чаще подвергаются давлению со стороны администрации и вышестоящих лиц [45].

Согласно некоторым данным, большинство руководителей считает поощрение самым эффективным стимулом, при этом четверть – наказания сотрудников [26].

Однако такое наказание, как увольнение, является гораздо более слабым стимулом, чем факторы материального и морального стимулирования [45].

1.6. Практики обучения и развития персонала в медицинской организации

Развитие персонала – это комплекс мероприятий, направленных на повышение профессиональной и управленческой компетентности персонала компании для более эффективного достижения целей и задач организации [59].

Армстронг определяет стратегическое развитие персонала как «развитие, происходящее от чёткого представления о способностях и потенциале, которое работает в стратегической структуре бизнеса в целом» [94].

Некоторые исследователи интерпретируют управление развитием персонала как взаимодействие управляющего и управляемого субъектов, включающее систему управленческих технологий, методов, мероприятий, которые направлены на рост профессионализма, компетентности сотрудника с целью повышения его эффективности [28].

П. А. Юнг даёт следующее определение развития персонала: «Развитие персонала является систематическим процессом, ориентированным на формирование сотрудников, отвечающих потребностям предприятия, и, в то же время, на изучение и развитие производительного и образовательного потенциала сотрудников предприятия» [89]. Правильно спланированный процесс внутриорганизационного обучения в медицинских организациях, как один из видов развития персонала, часто высоко оценивается сотрудниками, так как ими часто ощущается потребность в обучении и получении новых навыков [70].

Необходимо заметить, что процесс профессионального развития персонала включает не только обучение, но также процессы ротации, делегирования полномочий, планирование карьеры. Процесс ротации определяется как система переводов и перемещений сотрудников внутри

подразделения или организации на новые рабочие места на регулярной, правомерной и организованной основе [28]. Так, этот этап карьерного цикла является более комплексным и сложным, чем кажется на первый взгляд, и, таким образом, он неразрывно связан с формированием кадрового резерва.

При этом, в благоприятных условиях обучение может быть инструментом мотивации сотрудника (в том числе возможностью повышения квалификации и, соответственно, возможностью повышения материального вознаграждения за свою деятельность), и планированием карьерного развития, а немецкие специалисты В. Бартц и Х. Шайбл также связывают непрерывное обучение персонала с процессами адаптации [28].

Выделяют три вида обучения: подготовка, повышение квалификации, и переподготовка персонала. Кроме того, отдельно, в зависимости от методов обучения, оно может проходить на рабочем месте или с отрывом от работы. В первом случае персонал можно рассматривать как частично производительного работника. Другие способы подразумевают сочетание двух методов, например эмпирическое обучение, демонстрация и практика под руководством, программируемое обучение, обучение с использованием компьютера и обучение действием [28]. Эти общие принципы применимы и к сфере здравоохранения, однако их эффективность (в том числе сравнительно друг с другом) мало изучена.

В рыночных условиях медицинские организации конкурируют не только за пациента, но и за потенциального работника, а также на уровне профессионального развития своих сотрудников — их знаний, навыков и квалификации. Часть клиник может позволить себе создать систему обучения сотрудников в рамках своей организации, для небольших медицинских организаций решение этой проблемы заключается в направлении сотрудников в профильные учебные заведения. Этот метод имеет свои недостатки – несовпадение программ обучения и целей, стандартов отдельных медицинских организаций, слабая техническая оснащённость государственных образовательных учреждений, отсутствие достоверной

информации о качестве обучения и т. д. [37].

В условиях пандемии актуальным стало внедрение практик дистанционного образования. И в то время, как многие организации для решения задач, вставших остро на повестке дня, стали использовать общедоступные инструменты (сервисы для создания видеоконференций, образовательные платформы), стала актуальной проблема адаптации этих инструментов под специфику системы здравоохранения. Задолго до пандемии, в 2016 году, команда из University of Split School of Medicine с помощью сторонней IT компании LAMA, LLC создала платформу EduPlan/EX на основе Microsoft Sharepoint, SQL and ASP.NET. Суть проекта заключалась в создании доступного в дистанционном формате расписания, с возможностью подачи заявки на занятие. Подход позволил снизить нагрузку на менеджмент и упростить процесс планирования [118].

И хотя создание подобного рода инструментов является сравнительно дорогостоящим, их актуальность с каждым годом растёт и позволяет сделать обучение более гибким и эффективным.

Среди медицинского персонала высока потребность в возможности развития внутри организации [43, 35]. При этом часто сотрудники не согласны с методами руководства, что косвенно может свидетельствовать о необходимости обучения руководителей иным стилям управления.

В настоящее время все большее число медицинских организаций принимает необходимость системного подхода к развитию и обучению персонала. Этот процесс касается не только рядового медицинского персонала, но и руководителей в отношении управленческих компетенций. Для этого были созданы специальные программы, в том числе программа дополнительного профессионального образования Московского городского университета управления Правительства Москвы [81].

В приказе Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» изложены требования к

квалификации, знаниям заведующих отделений, а также их обязанности. При этом подготовка в области управления не предусмотрена [55].

С учётом реорганизации системы здравоохранения в целом и проводимых реформ в частности, к руководителям предъявляются новые требования, которые не всегда отражаются в документах, составляемых Министерством здравоохранения и иными государственными структурами. Это ещё больше актуализирует проблему обучения руководителей навыкам и компетенциям, в том числе в сфере управления персоналом [55].

Руководители медицинской организации должны обладать интегральными способностями и навыками системного мышления в управленческой деятельности с учетом специфики работы в сфере здравоохранения. Добиться этого возможно с помощью не затратного по времени и непрерывного повышения квалификации медицинских работников, различных тренингов [81].

В 2015 году Тюменским ГМУ был разработан проект под названием «Система подготовки управленческих кадров в здравоохранении». В качестве целей проекта заявлено создание уникальной модели подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения и объективного инструмента принятия решения по поводу назначения на должности руководителя [66].

С 2000 года по 2016 год руководители чаще получали высшую категорию, что косвенно говорит о росте квалификационного уровня руководящих кадров, а также – о росте востребованности в повышении квалификации [56].

В качестве примера системы обучения руководителей можно рассмотреть проект развития управленческих компетенций руководителей, который проводится на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Консультативно-диагностическая поликлиника № 121 Департамента здравоохранения города Москвы». Для этого были привлечены опытные специалисты в области управления персоналом. Методы управления персоналом в проекте были адаптированы к

специфике функционирования современного медицинского учреждения. А именно: изучение структуры организации и требований к персоналу, проведение интервью с каждым руководителем, тестирование вовлеченности и лояльности персонала; тренинг компетенций, касающихся управления персоналом (как индивидуальный, так и групповой), тимбилдинга, эффективной коммуникации; персональный тренинг личной эффективности; оценка по методу «360 градусов», изучение функций и зон ответственности каждого из руководителей. В исследовании, описывающем этот проект, к ключевым факторам эффективной деятельности медицинских учреждений отнесли следующие: управление мотивацией, непрерывное обучение и развитие, эффективная обратная связь, наличие единой системы управления персоналом, делегирование некоторых функций компаниям на аутсорсинг; активное участие профсоюзов в социальной работе; наличие системы менеджмента качества и др. [81].

По данным исследования лидерского потенциала руководителей, проведенного в 2014 году компанией CEB, лишь 3 из 10 руководителей в России демонстрирует высокий/очень высокий уровень лидерского потенциала [66]. Это говорит о серьёзности проблемы, связанной с навыками руководителей.

Необходимо заметить, что абсолютное большинство руководителей в сфере здравоохранения считают, что они нуждаются в повышении профессионального уровня [40]. То есть вопрос обучения очень остро стоит для сотрудников в здравоохранении, существует множество инструментов, опробованных в других сферах деятельности, которые позволяют удовлетворить эту потребность. Тот факт, что эта потребность остаётся неудовлетворённой и по настоящее время, говорит либо о неготовности кадровых служб медицинских организаций к обучающей деятельности, либо, что не менее важно, о том, что существующие инструменты не были адаптированы для сферы здравоохранения, а потому их эффективность в отношении медицинских работников остаётся мало изученной.

Лидерские качества, очевидно, имеют высокую ценность для врачей, которые планируют работать или работают в должности главного врача. Программы развития лидерства среди врачей стали появляться ещё в середине прошлого века. Однако, большинство таких программ оценивались как успешные не по объективным критериям, а по удовлетворенности обучающихся и самооценки полученного опыта и знаний. Кроме того, такие программы чаще всего включают обучение навыкам разрешения конфликтов, коммуникации, составлению бизнес-плана, но редко содержат информацию по осведомленности и борьбе с профессиональным выгоранием [101].

При этом нельзя отрицать, что управление в сфере здравоохранения имеет свою специфику. Утверждение, что эффективность руководителей с медицинским образованием выше в сфере здравоохранения, чем эффективность руководителей без него подтверждается в том числе исследованиями [98]. Поэтому, безусловно, развитие лидерских компетенций и получение образования в сфере управления персоналом и менеджмента являются вторичными для кандидатов на должность главного врача. Однако, как становится ясно из приведённых выше данных, без них повышение эффективности руководство имеет значительные ограничения.

Согласно исследованию, проведённому Волнухиным Ф. В. и Сибуриной Т. А., большинство опрошенных врачей удовлетворены возможностями для реализации и развития кадрового потенциала. При этом 2/3 не отметили наличия ощущения нереализованных возможностей, 1/3 придерживалась противоположной точки зрения. Большинство опрошенных высказали мнение о том, что развитию потенциала поспособствует формирование мотивирующей к этому среды, оценка потенциала и планирование карьеры при поступлении сотрудников, привлечение и удержание талантливых специалистов, расширения партнёрских связей с НИИ и высшими учебными заведениями, охраны труда и профилактика выгорания. При этом большинство изменений позитивно воспринимаются опрошенными. Так, респонденты высоко оценили внедрение информационных систем,

повышение внимания руководства к результатам деятельности сотрудников, использование новых технологий и организационных форм работы [16].

Это говорит о готовности медицинского персонала к изменениям, не только в технологической плоскости, но и в вопросах управления.

Оценивать результативность обучения персонала можно по следующим критериям [77, 78]:

- затраты на обучение персонала;
- долю обученных сотрудников;
- коэффициент обучения;
- структуру обученных сотрудников;
- качество обучения.

1.7. Практики карьерного развития и формирования кадрового резерва в медицинской организации

Карьера, согласно Кибанову – это результат осознанной позиции и поведения человека в области трудовой деятельности, связанный с должностным или профессиональным ростом [38].

Видов карьеры, как траекторий профессионального развития, существует несколько. Так, самое традиционное понимание карьеры – карьера вертикальная, при которой продвижение и профессиональное развитие наиболее ощутимо для сотрудника и очевидно со стороны (в том числе с точки зрения материального вознаграждения). Горизонтальная карьера не подразумевает продвижения вверх по иерархической лестнице, а предполагает перемещение в другую функциональную область. Карьера внутриорганизационная, которая делится на специализированную и неспециализированную, означает, что сотрудник проходит все стадии развития (обучение, профессиональный рост, уход на пенсию) в рамках одной организации. Аналогично выделяют межорганизационную карьеру. Кроме

того, выделяют ступенчатую и центростремительную (скрытую) карьеру, а также карьеру молнию [28].

В трети случаев руководство и кадровые органы не участвуют в процессе планирования карьеры врачей, что говорит о системности проблемы [23].

В 2016 году Князевым А.А. и др. было проведено исследование, в результате которого было выявлено, что более половины респондентов среди медицинского персонала имеют карьерные амбиции, немногим меньше половины отметили, что их ожидания не совпадают с реальностью из-за несоблюдения сроков продвижения по службе [41].

В ходе анонимного анкетирования, проведенного в 2015 году, было выявлено, что большинство респондентов в вопросах управления карьерой руководствуются приобретением новых навыков, расширением познаний, необходимость стать нужным перспективному руководителю, с учетом изменений, происходящий в профессии и здравоохранении. Лишь малый процент опрошенных «на бумаге» составлял личный план карьеры или карьерограмму. Менее половины при этом (38,4%) считали важным вопрос достижения взаимосвязи целей организации и целей отдельного сотрудника [65].

Кадровый резерв – это высококвалифицированные претенденты организации, предполагаемые для перемещения (как горизонтального, так и вертикального) на определенные должности [8]. Само по себе, включение персонала в кадровый резерв (особенно в резерв руководящих кадров) — это инструмент их продвижения по карьерной лестнице.

Существует несколько групп кадрового резерва. Оперативный резерв обеспечивает постоянное функционирование и обновление руководителей. Стратегический резерв создается с перспективой в 10–15 лет и включает процесс подготовки талантливой молодежи. Резерв функционирования необходим для поддержания эффективной работы организации в будущем. В случаях появления принципиально нового направления деятельности

создается резерв развития [41].

Структура и количество резерва напрямую зависит от уровня конкретной должности, этапа развития медицинской организации и т. д. Исходя из них устанавливается коэффициент резервирования, который может изменяться от 1 до 3 (то есть в резерв на одну должность может быть зачислено от одного до трёх человек) [8].

Чаще всего в кадровый резерв руководителей в сфере здравоохранения входят специалисты со стажем от 21 года до 30 лет, но в структуре специалистов, находящихся на руководящих должностях, превалирует группа старше 40 лет [10, 56].

В ходе формирования кадрового резерва чаще всего применяются такие методы оценки, как автобиографический (или способ исследования документов сотрудника), синтез самостоятельных экспертных суждений, психические испытания и оценка сотрудников [8].

Идея кадрового резерва находит отклик со стороны потенциальных кандидатов на должности руководителей. В первом этапе проекта Департамента здравоохранения города Москвы «ЛИДЕР.Мед» приняло участие 6033 участника (большая часть из которых принадлежала к возрастной группе от 30 до 45 лет), из которых право пройти заключительный этап отбора получило лишь 924 человека. Окончательно для включения в кадровый резерв было оставлено лишь 300 человек. Интересен тот факт, что существует корреляция между шансами быть зачисленным в кадровый резерв и управленческим стажем, если этот стаж – менее 15 лет. Отчасти это объясняется возрастом большинства участников, отчасти – профессиональным выгоранием и проф. деформацией, возникающими при значительном стаже руководства [4].

Согласно некоторым исследованиям, высшую категорию по специализации «Организация здравоохранения и общественное здоровье» имеют лишь четверть руководителей, только каждый двадцатый имеет первую категорию [4]. То есть профильное образование в области управления имеет

незначительное число руководителей в сфере здравоохранения.

Специфика ротации в медицинских учреждениях такова, что с повышением возможен «скачок» сразу на две должности выше. Согласно исследованию, проведённому в 2016 году, менее трети главных врачей назначались на свою должность со ступени заместителя [41].

Работа Князева А. А. и соавт. показала, что в исследуемых ими медицинских учреждениях кадровый резерв либо не формировался, либо создавался формально. Повышения в таких случаях происходили по непрозрачным критериям, в результате чего 40% респондентов не ожидали своего повышения до статуса главного врача. 80% опрошенных сталкивались со сложностями и нуждались в помощи, 60% нуждались в психологической поддержке. Впоследствии почти у четверти руководителей процесс адаптации к должности занял период до одного года [41].

Проблема в вопросе формирования кадрового резерва состоит в том, что подавляющее большинство руководителей после назначения испытывают сложности в адаптации к новой должности. В этом процессе чаще всего играют значительную роль коллеги, как в помощи в решении профессиональных вопросов, так и в психологической поддержке [40].

Проблемы, связанные с созданием кадрового резерва, стоят очень остро и осознаются в среде медицинского персонала. Многие руководители нуждаются в повышении профессионального уровня, лишь небольшое число из них считают достаточным последние пройденные программы [41].

В ходе одного из анонимных опросов врачей, проведенного в 2015 году, немногим больше половины респондентов ответили, что они входили в состав кадрового резерва своей медицинской организации по крайней мере 1 раз, лишь половина из организаторов здравоохранения, зачисленных в резерв, были назначены на вышестоящую должность [65].

Описано множество вариантов развития карьеры, которые можно свести к четырём моделям: «трамплин», «лестница», «змея» и «перепутье». Модель «трамплина» предполагает повышение на более высокооплачиваемую и

лучшую должность, а после уход на пенсию с неё («прыжок с трамплина»). Это одна из наиболее распространённых в здравоохранении моделей, она в том числе характерна для руководителей периода застоя, когда должность занимается одним лицом на протяжении 20–25 лет. «Лестница» представляет из себя модель, где каждая «ступень» — это должность, которую работник занимает определённое время (не более 5 лет) после повышения квалификации. Для медицинских работников модель применима ограниченно, чаще всего в рамках повышения квалификационной категории, при которой врач становится более востребованным и высокооплачиваемым специалистом. «Змея» предусматривает горизонтальное перемещение с одной должности на другую, и редко может быть переложена на реалии медицины. «Перепутье» включает аттестацию, после которой принимается решение о повышении. Подобную модель возможно использовать при продвижении специалиста с должности врача на должность руководителя, поскольку последнее предполагает наличие компетенций, которые не всегда достаточно развиты у претендента [48].

Управление карьерой сотрудника повышает преданность персонала, производительность их труда, уменьшает текучесть кадров и способствует полному раскрытию потенциала [28]. Развитие в этом направлении сделает работу в здравоохранении более перспективной в глазах молодых специалистов и может решить множество проблем, которые остро стоят перед государством сейчас – высокую текучесть кадров в отдельных медицинских учреждениях и дефицит специалистов.

В ходе оценки кадрового резерва в ГБУЗ «ККБ No1» г. Краснодара был выявлен низкий уровень социально-психологической адаптации – у 75% опрошенных. Причём главными выявленными для адаптации сложностями были завышенная самооценка и недостаточная самокритичность. Лишь у 6,9% был обнаружен высокий уровень адаптации [71]. Такие данные говорят о необходимости работы с кадровым резервом в здравоохранении, а также о том, что своевременная оценка персонала может продемонстрировать результаты,

на интуитивном уровне не очевидные. Кроме того, это исследование наглядно показывает, насколько неразрывным может быть кадровый цикл – оценка проблем адаптации позволяет выявить проблемы с мотивацией у персонала, и, через решение этих проблем, скорректировать карьерное развитие сотрудников.

К индикаторам оценки эффективности работы с кадровым резервом медицинской организаций относятся [77, 78]:

- коэффициент текучести кадрового резерва в сравнении с общим коэффициентом текучести персонала организации;
- доля обучающих и развивающих мероприятий с резервистами в сравнении с общим числом обучающих мероприятий, организуемых медицинской организацией;
- затраты на обучение одного резервиста;
- общие затраты на резервистов за весь срок пребывания в кадровом резерве;
- среднее количество дней обучения резервистов в сравнении с количеством дней на обучение одного штатного работника организации;
- число назначений на вакантные руководящие должности сотрудников, состоящих в кадровом резерве в сравнении с общим числом вакансий;
- количество кандидатов из числа работников медицинской организации, зачисленных в кадровый резерв;
- средний срок пребывания в резерве;
- готовность кадрового резерва.

1.8. Компетентность руководителей в вопросах управления персоналом

В Российской Федерации отсутствует общепринятая методология для оценки знаний руководителей в области управления персоналом. Значительное число руководителей в здравоохранении при этом не имеют соответствующего дополнительного образования и ограничены собственным опытом реальной практики при отсутствии теоретической базы. Это возможно объяснить уверенностью специалистов сферы здравоохранения в особой специфике управления медицинской организацией в частности и особенностями всей отрасли в целом. Однозначно нельзя отрицать, что подобное положение вещей имеет место быть, и ряд компетенций для руководителя в сфере здравоохранения имеет бóльшую ценность и более актуален, чем для руководителей в других сферах. Однако существуют основные принципы и универсальные компетенции в области управления персоналом, потому некорректно проводить принципиальное разделение между управление персоналом в медицинских организациях и организациях иного рода. Назначение на руководящую должность врача сопровождается значительной сменой деятельности и расширением обязанностей, а потому требует иного набора компетенций, отличных от тех, которые требуются в клинической практике. Все перечисленные факторы являются препятствием на пути повышения эффективности управления персоналом и ограничивают развитие как отдельных организаций, так и всей системы здравоохранения в целом.

При этом существует и другая сторона проблемы – существующие инструменты оценки, применяемые чаще всего, сосредоточены в первую очередь на оценке конечного результата управления (например, KPI, финансовые показатели или целевые показатели клиники) или субъективных суждениях пациентов, сотрудников и непосредственно руководителей о качестве управления. Инструменты самооценки для руководителей предлагает, например Национальная служба здравоохранения Великобритании и ACHE (Американский колледж руководителей здравоохранения). Широко применяемых и общепринятых инструментов

оценки знаний руководителей в вопросах управления персоналом как таковых нет ни в России, ни на международном уровне. Нередко, это можно объяснить тем, что оценка знаний включается в экзамен по специальности менеджмент, наличие которой предполагается для специалиста, занимающего руководящую должность. При этом, как упоминалось ранее, в России значительная часть руководителей не имеют соответствующего образования. Ряд решений по оценке знаний в форме квалификационных тестов предлагают частные компании. При этом чаще всего подобные тесты сосредоточены лишь на определенных этапах кадрового цикла (в частности подбора и обучения), и лишь малая часть из них адаптирована для сферы здравоохранения.

Руководящие кадры поощряют к самообучению, но в то же время не проводится систематический контроль, в связи с чем невозможно оценить качество теоретической базы и актуальность знаний отдельно взятого руководителя. Дополнительная сложность заключается в разнообразии и разнородности существующих инструментов, что препятствует прямому сравнению результатов как руководителей разных организаций, так и сотрудников, включенных в кадровый резерв одной организации.

В обязанности руководства медицинских учреждений входит: повышение качества оказания медицинских услуг, разработка целей и задач с учетом специфики региона, контроль и соответствие организации нормативно-правовым актам, набор, повышение квалификации персонала, подготовка и мониторинг финансов, представительские функции, контроль и систематизация учета услуг и, наконец, управление персоналом. При этом лишь небольшая доля руководителей имеют высшее образование в сфере менеджмента, научную степень (включая степень бакалавра) [83].

Одним из современных трендов в менеджменте в сфере медицины является перераспределение ответственности. Отчасти это связано с растущей практикой совместительства, увеличении нагрузки на врачей росту количества обязанностей, возложенных на них. Этот факт объясняется острым нарастающим дефицитом квалифицированного персонала.

Нельзя сказать, что этот тренд имеет сугубо негативные последствия, хотя предполагается, что увеличение обязанностей непременно ведёт к увеличению загруженности работой. Считать, что одно ведёт к другому было бы неправильно – действительно, тот факт, что каждому конкретному сотруднику могут поручить задачу, которая раньше не входила в сферу его ответственности, не означает, что при этом непременно пострадает вся остальная его деятельность. Перераспределение ответственности не равно перераспределению нагрузки, и одно без другого будет неэффективно.

Некоторые исследования говорят, что расширение ответственности ведёт к большему удовлетворению персонала своей работой (благодаря расширению разнообразия в задачах), что было бы невозможно простым прибавлением к существующим обязанностям новых [115].

Интересным является тренд на обучение врачей лидерским компетенциям. Такой подход предполагает в том числе их подготовку к расширению обязанностей, даёт возможность подготовиться к изменениям, которые постепенно вводятся в сфере здравоохранения.

Американская Ассоциация Медицинских Колледжей (Association of American Medical Colleges, AAMC) сочла лидерские компетенции необходимыми к развитию у студентов-медиков, для увеличения эффективности командной работы, улучшения рабочей среды и системы оказания медицинских услуг в целом [96]. Более того, в концепции Medical Leadership Competency Framework (MLCF), разработанной Академией Медицинских Королевских колледжей и Национальной Службой Здравоохранения Великобритании (NHS), описаны лидерские компетенции, которыми должны обладать все врачи. Эта концепция внедрена в системы как обучения студентов, так и постдипломного образования [124]. Мероприятия по развитию лидерских качеств среди студентов медицинских университетов проводились также в качестве мастер-классов и элективов [100, 114]. Студенты, которые традиционно предпочитают уделять внимание предметам клинического направления, в целом, выражают интерес к программам по

развитию лидерских компетенций, при этом они часто высоко оценивают свои личностно-деловые качества (soft skills), при осознании низкого уровня развитии профессиональных компетенций в управлении (hard skills) [112, 122]. Этот факт необходимо рассматривать в том числе в связи с тем, что в Соединенном Королевстве растёт число врачей, вовлечённых в так называемое «клиническое руководство» (clinical leadership) [110].

Кроме лидерских компетенций, на эффективность руководства влияет и эмоциональный интеллект, однако эта тема (а также тема его развития) остается малоизученной [109].

Все вышесказанное сочетается с трендом на перераспределение ответственности. Кроме того, развитие лидерских компетенций может сократить срок адаптации и обучения медицинских работников, которые впервые заняли руководящую должность. Главным препятствием на пути развития такой концепции в западных странах остаётся неопределенность термина «клиническое руководство», описывающего этот подход.

В связи с подобными тенденциями на повестку дня всё чаще среди специалистов встаёт вопрос, касающийся расширения прав и возможностей медицинского персонала. Некоторые исследования говорят о том, что подобная практика – «палка о двух концах». Наделение сотрудников большим объемом власти может привести к их чрезмерной самоуверенности, а потому руководители рискуют потерять над такими сотрудниками контроль, допустить ситуацию, в которой персонал злоупотребляет властью. При этом в среде научного сообщества не отрицается, что практика наделения прав и возможностей работников позволяет повысить их эффективность и более гибко подходить к решению своих задач. Кроме того, считается, что большая ответственность в сфере управления приводит к большей привязанности к месту работы [97].

В современных условиях от главного врача требуют эффективности по множеству показателей: доступности, своевременности, качеству оказываемой медицинской помощи. При этом необходимо отметить, что

результативность деятельности главного врача зависит не только и столько от него, сколько от людей, которым он делегирует свою ответственность (заместителей, руководителей филиалов, отделений, главных и старших медицинских сестер). У руководителей высшего и среднего звена расширяется круг обязанностей, растёт количество подчиненных [81].

Некоторые руководители в сфере здравоохранения опасаются осуждения со стороны своих коллег-врачей, в случае если они уделяют больше внимания управлению, чем непосредственной работе с пациентами [103]. Это является одним из препятствий, на пути к чёткому распределению ответственности в здравоохранении, а также одной из возможных причин перегруженности главных врачей и заведующих отделениями, из-за чего страдают оба направления их деятельности. Как итог, некоторые руководители считают, что обладают недостаточным авторитетом, как в сфере управления, так и клинической практике – на западе это явление известно как «темная сторона» клинического руководства [107].

Одно из исследований проблемы обеспечения медицинских организаций персоналом показало, что в управлении персоналом предпочтение отдается учётному подходу (документальном оформлении трудовых отношений и учете вакантных должностей), в ущерб аналитическим и организационно-управленческим аспектам. При этом специалисты подразделений, не наделенные полномочиями, необходимыми для принятия самостоятельных решений в области управления персоналом, разделяют их с руководителями линейных подразделений (заместителями главного врача, заведующими отделений, главной и старшими медицинскими сестрами и т. д.) [30].

В 2017 году Мирошниковой Ю. В. было проведено исследование характера деятельности заведующих отделениями. У опрошенных превалировали такие функции в работе с коллективом, как контроль работы, обучение, воспитание, оперативное регулирование возникших ситуаций, планирование, работа с документацией. При этом в лечебном и

диагностическом процессах руководители принимают немногим меньшее участие, чем в управлении. Наибольшие трудности у руководителей вызывали вопросы, связанные с оплатой труда и технологиями привлечения специалистов с достаточной квалификацией. В том же исследовании приводятся данные о том, что в решении проблем, связанных с планированием, мотивацией, подбором и обучением кадров участвует от 70% до 90% опрошенных заведующих отделениями, и почти половина принимает решения, касающиеся закупки различного рода оборудования, препаратов, расходных материалов. При этом такие вопросы, как финансы, тарифы, регламенты и инновации, касающиеся управленческой деятельности, решаются лишь каждым третьим-четвертым заведующим [55].

Стоит заметить, что некоторые функции возможно делегировать отделу кадров, тем самым снизив нагрузку на руководителей, совмещающих управление с профессиональной деятельностью в качестве врача, в то время как другим следует уделять больше внимания. Подобная проблематика раскрывает широкое поле для исследований и дискуссий, касающихся необходимых и неизбежных изменении в подходе к управлению медицинскими организациями.

В ходе анонимного анкетирования в 2015 году, почти треть респондентов (28,5% опрошенных) отметили, что руководители для удержания сотрудников в медицинской организации расширяют зоны его ответственности и уровни принятия решений [65].

Интересной является возможность делегирования части ответственности руководителей так называемым «неформальным лидерам», в частности в вопросе разрешения конфликтных ситуаций – более трети респондентов одного из исследований считают подобное нововведение перспективным [65].

Некоторые исследователи считают, что руководителям следует больше уделять внимание не только клиническим аспектам работы, но и вопросам управления персоналом [55].

На вопрос о необходимости введения должности заместителя главного врача по работе с персоналом положительно ответили 45% опрошенных в ходе одного из исследований, при этом 20% отметили, что осуществить это было бы трудно, а 15% ответили отрицательно. Авторы исследования отмечают, что в целом 80% респондентов отнеслись с пониманием и одобрением к подобной инициативе, что делает вопрос перераспределения ответственности особенно актуальным [60].

Этот факт особенно интересен в связи с тем, что при численности персонала в 250 человек работу отдела кадров часто делегируют лишь одному сотруднику, а при численности в 1500–2500 человек – 4–6 работникам [18]. При рассмотрении возможности введения изменений в политику управления персоналом, становится очевидно, что такая численность кадрового отдела недостаточна.

Распределение ответственности – это важный компонент системы управления персоналом, который во многом характеризует стиль управления того или иного руководителя. Изменение подхода к управлению, адаптация и внедрение новых методик и практик в управлении персоналом неизбежно ведёт к пересмотру традиционного закрепления ролей за сотрудниками – особенно в медицинских организациях, для которых характерно устоявшаяся иерархия и определенная, не свойственная многим другим организациям, структура. Однако, руководители медицинских организаций во многих странах постепенно приходят к консенсусу о том, что внедрение изменений в учреждения требуют изменений в управлении. В связи с этим необходимо следить за трендами в управлении персоналом, чтобы процесс изменений прошёл как можно более эффективно и быстро [93].

1.9. Мотивация и вовлеченность руководителей

Как было указано ранее, по характеру функционирования в основе своей

медицинские организации работают также, как и другие. Соответственно, разумно говорить о применимости в здравоохранении инструментов оценки и технологий менеджмента, используемых в других сферах, а также о зависимости результатов мед. организаций от качеств руководства. В контексте управления персонала роль руководителей в медицине ещё важнее, чем в других отраслях – во-первых ввиду возможных последствий от снижения качества медицинских услуг и ошибок, а во-вторых, в связи с тем, что человеческий ресурс является ключевым в здравоохранении. Без способности руководителя установить контакт с подчиненными, повысить результативность их работы потенциальные риски и неопределенность кратно возрастают. Обеспечить ключевые показатели конкурентоспособности организации – своевременность, качество и доступность медицинской помощи – невозможно для руководителя без работы с персоналом. При этом, кроме непосредственных, навыков, качеств и знаний, важно обладать соответствующей мотивацией, которая будет служить двигателем обучения и использования необходимых ресурсов на практике.

Большая часть руководителей в здравоохранении не прекращает клиническую практику после занятия руководящей должности, в связи с чем, рассматривает себя в первую очередь как медицинских специалистов, и только во вторую – как руководителей. Среди причин назначения на должность руководителя в целом чаще уделяется внимание не компетентности в сфере управления, а профессиональным качествами кандидата как врача [47].

Один из ключевых факторов мотивации – профессиональный успех, который может выражаться в высоком доходе и самореализации [47].

Методик оценки мотивационного профиля специалистов существует значительное количество, но не каждая из них подходит для руководящего звена в связи со спецификой профессиональных задач. Если существует необходимость оценить потребность в контроле, разумно использовать «Опросник межличностных отношений» в модификации А.А. Рукавишникова, потребность в достижении – методику Ю.М. Орлова, а для оценки

потребности власти подходит методика «Мотив власти» О.Ф. Потемкина [82].

Исследований на тему мотиваций руководителей проведено крайне мало по сравнению со значимостью темы.

В одном из них с использованием адаптированного опросника Мартина и Ричи «Мотивационный профиль личности» был составлен мотивационный профиль каждого респондента. Согласно результатам опрошенные заинтересованы в собственной полезности для общества, испытывают потребность в креативности и саморазвитии. Ценность большинства факторов варьировала в зависимости от стажа работы – так, со временем ценность вопроса оплаты труда снижалась, а количество мотивирующих факторов в целом росло. В то же время менеджерские качества оценивались косвенно, с использованием шкалы «Потребности во влиятельности и власти, стремление руководить другими» [7].

Опросник Шейна «Якоря карьеры» остается одним из самых используемых в настоящее время для определения структуры карьерных ориентаций, предпочтений в выборе профессионального пути и построении карьеры. Сам опросник состоит из следующих шкал: Профессиональная компетентность, Менеджмент, Автономия, Стабильность, Служение, Вызов, Интеграция стилей жизни и Предпринимательство. В некоторых случаях добавляются Общая стабильность, Стабильность работы и Стабильность места жительства. Несмотря на свою популярность, большинство исследований с использованием данного опросника с участием руководителей включало в себя менее 100 человек, что ставит под вопрос репрезентативность каждого из них.

Вопреки ожиданиям, ориентация на Менеджмент у руководителей часто не является приоритетной. Так, согласно некоторым исследованиям, руководители в здравоохранении в большей степени склоняются к Служению [54].

Отдельного внимания заслуживает тот факт, что сотрудники, находящиеся в кадровом резерве по мотивационному профилю ближе к

руководителям, чем к подчиненным – например, они меньше мотивированы зарплатой, более вовлечены в рабочий процесс, интересуются саморазвитием, властью и управлением [12]. Остается неясным, вызвано ли данное отличие тем, что сотрудники оказались в кадровом резерве, или же они были зачислены туда благодаря этим характеристикам.

Заключение

Вопросы управления персоналом медицинской организации в современных условиях имеют особое значение. Реформы, проводимые в здравоохранении Российской Федерации, требуют глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли. Российский кадровый рынок характеризуется растущим дефицитом квалифицированных специалистах в медицинских организациях и растущими потребностями в кадровых ресурсах. Необходимо создавать условия для привлечения, эффективной адаптации в профессии и удержания молодых специалистов и формирования резерва кадров. Бурное развитие медицинских и информационных технологий предъявляет высокие требования к уровню квалификации работников медицинских учреждений. Процессы профессионального обучения и развития медиков в условиях современного мира носят непрерывный характер. Справедливая оценка результатов работы и создание условий для профессионального и карьерного роста – важнейшие условия для повышения удовлетворенности персонала в медицинской организации. Для решения всех вышеперечисленных вопросов необходимо внедрение системного подхода в управлении персоналом. Использование в медицинской организации современных эффективных методов управления и менеджерских практик позволяют повысить эффективность процессов подбора, адаптации, обучения, карьерного развития, удержания и мотивации персонала. В настоящее время в профессиональном медицинском сообществе

отсутствует единое понимание роли и меры ответственности руководителей во внедрении стандартов качества в управлении кадрами. Многие управленцы в системе здравоохранения, концентрируясь на медицинских аспектах деятельности, не уделяют должного внимания внедрению системного подхода в управлении человеческим ресурсами. Совершенствование системы управления персоналом должно способствовать повышению уровня качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов услугами медицинских организаций.

Изучение различных литературных источников и научных публикаций позволяет сделать выводы о важности исследования практик внедрения изменений системы управления персоналом в медицинской организации. Эффективно работящая система управления персонала должна соответствовать определенным требованиям:

- внедрение на уровне организации передовых методов и инструментов управления персоналом;
- наличие компетенций у руководителей и ответственных лиц в вопросах управления персоналом;
- информированность участников системы управления персоналом об имеющихся практиках и подходах;
- высокая степень вовлечения всех заинтересованных лиц в процессы и процедуры системы управления персоналом.

В большинстве исследований изучались вопросы эффективности применения различных подходов и инструментов на разных этапах кадрового цикла (подбор, адаптация, оценка деятельности, обучение, формирование кадрового резерва и карьерное развитие). Обсуждались так же вопросы распределения ответственности в работе с персоналом между участниками (руководители, сотрудники, кандидаты, кадровая служба).

При этом мы видим, что отсутствует система единых требований к знаниям и навыкам в области управления персоналом для руководителей медицинских организаций. Необходимо более глубокое изучение вопросов

компетентности руководителей медицинских учреждений в сфере управления персоналом.

Мало изученным остаются вопросы оценки эффективности применяемых кадровых инструментов и подходов в управлении персоналом медицинских учреждений. Не изученными остаются вопросы взаимосвязи применяемых кадровых практике и инструментов с удовлетворенностью и вовлеченностью персонала. Исследование вопросов оценки эффективности системы управления персоналом, взаимосвязи с удовлетворенностью сотрудников позволит сформировать рекомендации для руководителей в здравоохранении.

Обучение руководителей в здравоохранении по теме управления персоналом является малоисследованной темой. Наличие дополнительного образования не считается обязательным критерием для занятия руководительской должности, а убеждения по поводу обособленности и специфики управления медицинскими организациями в ещё большей степени делает его получение менее привлекательным для потенциальных руководителей. Кроме того, так как большинство руководителей совмещает свои обязанности с клинической практикой, их мотивация к получению дополнительного образования снижается ещё больше, ввиду отсутствия достаточного количества свободного времени.

При этом трудно переоценить важность знаний и навыков в управлении персоналом в сфере здравоохранения, где ключевой ресурс – это люди. С учетом важности вопроса компетентности руководителей в вопросе управления персоналом, необходимо представить таким руководителям решение, которое позволило бы не только эффективнее выполнять свои обязанности после окончания обучения, но также представляло собой гибкий и доступный процесс, который можно интегрировать в существующий у них график. В современных условиях подобное обучение может проводиться на основе дистанционных технологий.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая диссертационная работа представляет собой комплексное социально-психологическое исследование, посвященное научному обоснованию совершенствования системы управления персоналом в медицинской организации на основе комплексной оценки качества управления персоналом и готовности руководителя к управлению персоналом, внедрения мониторинга процессов управления персоналом.

Теоретическую и методологическую основу диссертационного исследования составили научные труды отечественных и зарубежных специалистов по вопросам управления персоналом, системы организации медицинской помощи и деятельности медицинских организаций, результаты фундаментальных и прикладных исследований по разработке методологических и методических подходов к оптимизации деятельности медицинских организаций, нормативно-правовые документы, официальные статистические данные и материалы.

2.1. Основные определения и понятия

В данном разделе рассматривается понятия, которые используются в диссертационном исследовании.

Система управления персоналом – это цели, функции, организационная структура управления персоналом, вертикальные и горизонтальные функциональные взаимосвязи руководителей и специалистов в процессе обоснования, выработки, принятия и реализации управленческих решений [37].

Практики управлении персоналом – инструменты и методики,

разработанные и/или адаптированные для решения задач управления персоналом.

Руководители - сотрудники, осуществляющие руководство деятельностью в структуре медицинской организации. Руководители несут ответственность за организацию работы персонала, обеспечение качества и безопасности медицинских услуг, финансово-экономическое и административно-хозяйственное управление. В группу *руководителей с высшим образованием* входят главные врачи, заместители главных врачей по направлениям, заведующие отделениями. В группу *руководителей со средним образованиям* входят главные и старшие медицинские сестры.

Цикл управления персоналом - непрерывный циклический процесс, содержащий этапы (процессы): *обеспечение персоналом*, включая подбор и адаптацию; *оптимизация условий труда*, включая профилактику профессионального выгорания; *развитие кадрового потенциала*, включая организация обучения и формирование кадрового резерва; *управление внутренней средой*, включая формирование и развитие корпоративной культуры и нематериальную мотивация персонала; *оценка деятельности*, включая регулярную оценку деятельности и оценку личностно-деловых качеств.

Факторы успеха внедрения системы управления персоналом - совокупность условий, необходимых для внедрения, совершенствования и эффективного функционирования системы управления персоналом в медицинской организации. К факторам успеха в рамках данной работы мы относим: наличие инструментов системы управления персоналом, информированность персонала, компетентность руководителей в вопросах управления персоналом, мотивация руководителей к управленческой деятельности.

Компетентность руководителей в части технологий управления персоналом – уровень знаний руководителей современных технологий в управлении персоналом медицинской организации.

Иерархия ценностных социальных установок – иерархия мотивов в профессиональной деятельности; в данном исследовании иерархия мотивов формируется с использованием методики Э. Шейна «Якоря карьеры».

Вовлеченность - степень вовлеченности сотрудника в деятельность организации, которая зависит от того, полностью ли включен сотрудник в жизнь компании, разделяет ли он её ценности, доволен ли он своей работой и готов ли проявлять инициативу и прикладывать значительные усилия для достижения высоких результатов.

Готовность руководителей к решению задач управления персоналом – мотивация руководителей к управленческой деятельности, ценности и установки руководителей, понимание руководителями своей ответственности в вопросах управления персоналом.

Качество системы управления персоналом – соответствие отдельных элементов системы управления персоналом и в целом системы управления персоналом, заданным параметрами Практических рекомендаций Росздравнадзора в деятельности медицинской организации.

Комплексность инструментария – применение в единстве сбора объективных и субъективных данных, а также в единстве профессиональных (знания, компетенции, оценочные характеристики объекта управления) и социально-психологических аспектов.

Модульность инструментария – возможность применения как инструментария как в полном составе, так и отдельных инструментов с возможностью получить результаты.

2.2. Программа и основные этапы исследования

В рамках данной диссертационной работы разработана методология и поэтапная программа проведения исследования, включая методики сбора и

обработки данных.

Объектом диссертационного исследования являются:

- Система управления персоналом в медицинской организации.

Предметами исследования являются:

- качество управления персоналом;
- готовность руководителей медицинских организаций к эффективному руководству (управлению) персоналом;
- формирование программ дополнительного повышения квалификации (дополнительного профессионального образования) медицинского персонала, включая руководителей, в части освоения современных технологий управления и применения их на практике;
- организация мониторинга системы управления персоналом в медицинской организации с использованием современных информационных технологий.

Сроки проведения исследования – 2021–2024 гг.

Единицами наблюдения в зависимости от решаемых задач являются: научная публикация, нормативно-правовой документ, внутренний регламентирующий документ медицинской организации (положение, приказ, методические рекомендации), анкеты и результаты тестирования руководителей и сотрудников медицинских организаций.

В исследовании используются методы: системный анализ, библиосемантический анализ, социологическое исследование (анкетирование/опрос), тестирование, методы статистического анализа, методы математической статистики, экспертные (метод получения индивидуального мнения члена экспертной группы на основе анкеты, метод коллективных совещаний), процессный подход, моделирование и формирование сценариев.

Системный анализ используется на всех этапах исследования для изучения существующих подходов и практики в управлении персоналом в медицинских организациях России, а также имеющихся проблем, требующих

внедрения изменений системы управления персоналом.

Библиосемантический метод используется для изучения литературы по вопросам системы управления персоналом в медицинских организация России.

Социологический метод (опрос/анкетирование) используется для изучения оценок информированности и удовлетворенности персонала отдельными элементами системы управления персоналом в медицинской организации, оценок компетентности руководителей медицинских организаций в вопросах знания технологий управления персоналом, готовности руководителей к решению задач управления персоналом.

Методы статистического анализа используются для анализа совокупности медицинских организаций, выбранных в качестве объекта исследования.

Методы математической статистики используются для обработки и анализа результатов опросов медицинского персонала и пациентов, принимающих участие в исследовании.

В работе применяются следующие методы обработки данных: факторный анализ; корреляционный анализ; регрессионный анализ; критерий Манна-Уитни; критерий Краскела-Уоллиса; D-критерий Двасса-Стила-Кричлоу-Флигнера; W – критерий нормальности Шапиро-Уилка; расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Для автоматизации статистической обработки использован статистический пакет (Jamovi 2.5.3)

Диссертационное исследование проводилось в несколько последовательных и взаимосвязанных этапов (Таблица 2.1.).

На **первом этапе** исследования были определены цель, задачи, предмет, объекты исследования, разработаны программа исследования, проведен анализ научных публикаций по теме «Система управления персоналом». Особое внимание было уделено проведению анализа системы управления персоналом в современной медицинской организации, идентификация

актуальных проблем управления, обусловленных ограничениями в знаниях, компетенциях и навыках управления руководителей медицинских организаций. В результате выполнения этапа 1 были определены направления, актуальные вопросы, требующие более детального научного изучения и проработки.

На **втором этапе** была проведена разработка и выбор (из применяемого и общедоступного) инструментария для выполнения задач и достижения цели исследования.

Комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом, разработанный в ходе данного этапа, включает:

1. анкету для руководителей медицинских организаций для оценки качества системы управления персоналом в медицинской организации и методику ее применения;
2. тест (анкету) оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере управления персоналом (с обеспечением приоритета в части современных технологий управления) и методику его применения.

Комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом в части социальных характеристики (вовлеченность и мотивация), предназначенный для анкетирования руководителей медицинских организаций, включает:

1. инструментарий изучения мотивации профессиональной карьеры;
2. инструментарий изучения вовлеченности в процессы управления.

Для исследования мотивации профессиональной карьеры нами предложено использование методики «Якоря карьеры» Э.Шейна.

Для исследования вовлеченности в процессы управления нами предложено использование опросника «Gallup Q12» с модификацией в части дополнительных расчетов.

Также на втором этапе определены методы статистического анализа

результатов, полученных с применением инструментария.

На **третьем этапе исследования** с использованием разработанного инструментария проведен сбор материала, предусмотренный задачами исследования.

На **четвертом этапе** был проведен статистический (количественный) анализ данных тестирования и анкетирования руководителей медицинских организаций.

На **пятом этапе** были идентифицированы актуальные проблемы качества управления персоналом, готовности руководителей медицинских организаций к эффективному управлению персоналом (уровень знаний, мотивационные установки и вовлеченность руководителей медицинских организаций в вопросах управления персоналом).

Таким образом, если на этапе 4-ом проведен количественный (статистический) анализ данных, полученных в процессе исследования, то на этапе 5-ом проведен их качественный анализ на основе статистических параметров.

На **шестом этапе** исследования были подготовлены научно-обоснованные предложения по формированию программ обучения руководителей медицинских организаций в сфере управления персоналом, проведена их апробация в рамках обучения руководителей МО по программе ДПО.

На **седьмом этапе** исследования были сформированы предложения по организации мониторинга системы управления персоналом в медицинской организации с использованием информационных технологий, включая принципы автоматизации, базовые технологии, состав процессов и подпроцессов, ключевые показатели».

Таблица 2.1. Программа и методы исследования

№	Этап	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки
1	Проведение анализа системы управления персоналом в современной медицинской организации и идентификация актуальных проблем управления.	Библиосемантический. Системный анализ.	Научные публикации (124 источников, из них отечественных – 91, зарубежных – 33).	Зарубежные и отечественные источники по теме «Система управления персоналом».	2021-2025
2	Разработка и выбор инструментария, необходимого для выполнения задач исследования.	Системный анализ.	Материалы анализа научных и научно-практических публикаций (этап 1). Параметры системы управления персоналом. Компетенции руководителей.	Научные статьи. Нормативно-правовые акты по теме исследования. Практические рекомендации РЗН.	2021
3	Сбор материала в соответствии с задачами исследования с использованием разработанного инструментария.	Социологический метод (анкетирование, тестирование).	Анкета руководителя МО.	Результаты этапа 2.	2021–2023
4	Статистический (количественный) анализ данных тестирования и анкетирования	Методы статистического	Результаты этапов 2,3.	Данные по результатам анкетирования и тестирования	2023-2024

№	Этап	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки
	руководителей медицинских организаций.	анализа.		сотрудников МО. Результаты этапов 1,2,3.	
5	Идентификация актуальных проблем качества управления персоналом, уровень готовности руководителей медицинских организаций к управлению персоналом и их взаимосвязи на основе статистических результатов исследования.	Системный анализ.	Результаты этапов 1,2,3,4.	Результаты этапов 1,2,3,4.	2023–2024
6	Подготовка научно-обоснованных предложений по формированию программ обучения руководителей медицинских организаций в сфере управления персоналом, проведение их апробации в рамках обучения руководителей МО по программе ДПО.	Библиосемантический метод. Системный анализ.	Результаты этапов 1,2,3,4,5.	Результаты этапов 1,2,3,4,5.	2023–2024
7	Формирование научно-обоснованных предложений по разработке АИС мониторинга системы управления персоналом, включая принципы автоматизации, базовые технологии, состав процессов и подпроцессов,	Системный анализ. Процессный подход. Моделирование и формирование	Результаты этапов 1,2,3,4,5,6.	Результаты этапов 1,2,3,4,5,6.	2023-2024

№	Этап	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки
	ключевые показатели.	сценариев.			

2.3. Характеристика комплексного модульного инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом

2.3.1. Перечень модулей инструментария оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом

На основе проведенного анализа научных работ и практики применения различных подходов оценки качества управления персоналом и готовности руководителей в сфере управления персоналом был сформирован набор инструментов (модулей) для проведения исследования.

Перечень модулей инструментария включает:

- инструментарий (анкету/опросник) оценки качества системы управления персоналом (Приложение 1);
- инструментарий (тест/анкету) оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере управления персоналом (Приложение 2);
- инструментарий изучения мотивации профессиональной карьеры (Приложение 3);
- инструментарий изучения вовлеченности в процессы управления (Приложение 4).

2.3.2. Анкета «Оценка системы управления персоналом»

Анкета «Оценка системы управления персоналом» предназначена для оценки системы управления руководителем медицинской организации (далее – МО). Поскольку анкету заполняет руководитель МО, то данная анкета по своей сути характеризует самооценку руководителем МО в части управления медицинской организацией.

Анкета включает 5 разделов:

1. Обеспечение персоналом (ОП).
2. Оптимизации условий труда (ОУТ).
3. Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП).
4. Управление внутренней средой (УВС).
5. Оценка деятельности сотрудников (ОДС).

На основании анкеты проводится оценка качества системы управления персоналом по следующим параметрам:

- четкость и понятность целей;
- наличие методологии;
- компетентность руководителя в данной сфере управления персоналом;
- наличие системы контроля эффективности в данной сфере управления персоналом;
- распределение ответственности и полномочий;
- информированность и компетентность сотрудников в данной сфере управления персоналом.

Сформирована методика применения данного инструментария. Она включает:

1. Состав анкетируемых лиц:

- руководители МО и их заместители;
- женщины и мужчины (в пропорциях, соответствующих кадровой ситуации).

2. Численность выборки (числа анкетируемых): для достижения достоверности результатов должна составлять не менее 150 чел.

3. Методические подходы к анкетированию: онлайн формат; отсутствие ограничения времени на заполнение; добровольность, использование шкалы Лайкерта.

4. Статистические методы обработки количественных результатов опроса (анкетирования) руководителей на предмет удовлетворенности и

оценки качества системы управления персоналом и их взаимосвязь с количественными результатами сбора материала исследования с использованием другого инструментария.

Результаты опроса по анкете «Оценка системы управления персоналом» были сведены в общую таблицу, далее были вычислены баллы по каждой шкале анкеты по всей выборке, а также в разных группах в зависимости от пола, возраста, уровня образования, наличия повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

2.3.3. Тест оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере технологий управления персоналом «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»

Тест оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере технологий управления персоналом «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» предназначен для оценки компетенций руководителя в сфере управления медицинской организацией. Тест включает 6 разделов:

1. Система управления персоналом (СУП).
2. Обеспечение персоналом (ОП).
3. Оптимизации условий труда (ОУТ).
4. Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП).
5. Управление внутренней средой (УВС).
6. Оценка деятельности сотрудников (ОДС).

Тест включает 79 вопросов, распределенных по разным разделам.

Сформирована методика применения данного инструментария. Она

включает:

1. Состав анкетируемых лиц:

В выборку анкетируемых лиц необходимо включить:

- руководителей МО и их заместителей;
- специалисты в вопросах управления персоналом (специалисты кадровых служб);
- женщин и мужчин (в пропорциях, соответствующих кадровой ситуации);
- руководителей с высшим и средним медицинским образованием.

2. Численность выборки (числа анкетируемых) для достижения достоверности результатов должна составлять не менее 250 чел.

3. Методические подходы к анкетированию: онлайн формат; время заполнения теста ограничено для того, чтобы проверить уровень знаний и исключить использование ими внешних источников информации.

Всех участников поделили на три группы, результаты которых сравнивали между собой для выявления значимых различий. Первая группа – контрольная (для сравнения с результатами руководителей МО) – специалисты в вопросах управления персоналом (HR), вторая группа – руководители МО с высшим образованием (главные врачи, заместители главных врачей, руководители подразделений заведующие отделениями), 3 группа – руководители МО со средним образованием (главные и старшие сестры). Все группы были протестированы и по каждой группе отдельно вычислили средние показатели, проведен сравнительный анализ статистических показателей. Для второй и третьей групп был проведен дополнительный сравнительный анализ уровня компетентности в зависимости от таких параметров как пол, возраст, уровень образования, наличие повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительность общего трудового стажа и продолжительность стажа управленческой работы, наличие дополнительной подготовки по вопросам управления персоналом.

4. Обработка результатов тестирования руководителей медицинских

организаций в части оценки их грамотности в вопросах управления персоналом. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых подгрупп и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых подгрупп. Значимыми считали те различиями, уровень значимости которых не превышал 0.05.

2.3.4. Инструментарий оценки социальной мотивации (иерархия социальных мотивов)

Для оценки руководителей предложено большое количество инструментов, которые могут быть использованы в зависимости от целей, предпочтений и специфики организации. Для изучения мотивации профессиональной карьеры в данном исследовании применена методика Якоря карьеры Э.Шейна.

Методика разработана Э. Шейном, на русский язык перевод и адаптация осуществлены В.Э. Винокуровой и В.А. Чикер. Методика представляет собой опросник (анкету), направленный на диагностику ценностной составляющей профессиональной деятельности.

Опросник/анкета включает в себя 41 утверждение, степень своего согласия с каждым из которых респондент должен оценить по 10-балльной шкале: с 1 по 21 пункты включительно от «совершенно неважно» до «исключительно важно», с 22 по 41 пункты от «совершенно не согласен» до «полностью согласен».

Вопросы сгруппированы в 8 шкал, представляющих собой 8 не взаимоисключающих карьерных ценностных ориентаций («якорей карьеры»), другими словами, социальных мотивов профессиональной деятельности.

В российском здравоохранении имеется опыт применения данной методики, но публикации немногочисленны. В научной электронной библиотеке elibrary.ru за 2020-2024гг. нами найдены три публикации [2, 51, 63] о проведении научных исследований с применением данной методики. Как

свидетельствуют опубликованные результаты исследований, методика может быть применена на сравнительно небольшой численности выборки и позволяет получить ценные результаты.

При обосновании использования данного инструментария нами сформирована методика по его применению. Она включает:

1. Состав анкетируемых лиц:

В выборку анкетируемых лиц необходимо включить:

- руководителей МО и их заместителей;
- женщины и мужчины (в пропорциях, соответствующих кадровой ситуации).

2. Численность выборки (числа анкетируемых) для достижения достоверности результатов должна составлять не менее 100 чел.

3. Методические подходы к анкетированию: онлайн формат; без ограничения времени; добровольность, использование шкалы Лайкерта.

4. Обработка результатов выявления иерархии социальных мотивов профессиональной деятельности руководителей медицинских организаций.

Результаты тестирования были сведены в общую таблицу, далее были вычислены баллы по каждой шкале опросника отдельно для руководителей с высшим образованием (главные врачи, заместители главных врачей по направлениям, заведующие отделениями). и со средним образованием (главные и старшие медицинские сестры), а также в разных подгруппах в зависимости от пола, возраста, наличия повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

2.3.5. Инструментарий оценки готовности к решению задач управления персоналом (вовлеченность)

В качестве инструментария оценки готовности к решению задач управления персоналом (вовлеченность) нами использована методика Gallup Q12.

Методика представляет собой анкету для выявления степени вовлеченности сотрудника в деятельность организации, которая зависит от того, полностью ли включен сотрудник в жизнь компании, разделяет ли он её ценности, доволен ли он своей работой и готов ли проявлять инициативу и прикладывать значительные усилия для достижения высоких результатов. В данном исследовании методика Gallup Q12 применяется для опроса (анкетирования) руководителей, что по сути своей, характеризует способность руководителя создать благоприятную среду (внутреннюю культуру организации) для развития персонала, позволяет понять, насколько руководитель способствует вовлеченности своей команды, что влияет на производительность и успех компании. Общее количество вопросов – 12.

В процессе исследования нами проведен поиск публикаций по применению Gallup Q12 в здравоохранении (медицине) в научной электронной библиотеке e.library.ru.

Анализ публикаций свидетельствует, что Gallup Q12 не имеет большого распространения для проведения анкетирования в здравоохранении и медицинских организациях, хотя такой опыт есть. Нами найдена 1 публикация за 2020-2024гг. [22]. В указанной публикации методика применена для оценки вовлеченности и синдрома профессионального выгорания. Gallup Q12 применялась без модификации данного инструментария, результаты оцениваются авторами публикаций положительно (цели исследования были достигнуты).

В рамках данного исследования нами с привлечением экспертов рассматривался вопрос о целесообразности модификации анкеты (опросника) Gallup Q12. Консультации с экспертами позволили сделать вывод о

возможности применения Gallup Q12 с расчетом дополнительных комплексных (интегральных) показателей.

Для оценки вовлеченности по опроснику Gallup Q12 сформированы две интегральные (комплексные) шкалы. Первая шкала характеризует приверженность организации («Приверженность»). Показатель Приверженности формируется как средний балл по ответам на вопросы 1–3, 7–9 опросника Gallup Q12. Вторая шкала характеризует степень удовлетворенности отношениями в коллективе, возможностью для профессионального развития работой в организации («Удовлетворенность»). Показатель Удовлетворенности формируется как средний балл по ответам на вопросы 4–6, 10–12 опросника Gallup Q12. Формирование данных интегральных шкал является предлагаемой в рамках данного исследования модификацией опросника Gallup Q12.

В процессе исследования сформирована методика по применению данного инструментария. Они включают:

1. Состав анкетируемых лиц:

В выборку анкетируемых лиц необходимо включить:

- руководителей МО и их заместителей;
- женщин и мужчин (в пропорциях, соответствующих кадровой ситуации);

2. Численность выборки (числа анкетируемых) для достижения достоверности результатов должна составлять не менее 100 чел.

3. Методические подходы к анкетированию: онлайн формат; отсутствие ограничения времени на заполнение; добровольность, использование шкалы Лайкерта.

4. Обработка результатов выявления степени вовлеченности руководителей медицинских организаций в профессиональную деятельность.

Результаты опроса Gallup Q12 были сведены в общую таблицу, далее были вычислены баллы по каждому вопросу анкеты по всей выборке, а также в разных группах в зависимости от пола, возраста, уровня образования,

наличия повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы. Также вычислили средний балл по двум дополнительным шкалам Приверженность, Удовлетворенность (см. выше). Для выявления значимых различий между группами и подгруппами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

2.3.6. Изучение взаимосвязей между параметрами (шкалами) инструментария, предложенного к применению в данном исследовании.

В ходе данной научной работы проведено изучение (выявления) взаимосвязи (перекрестный анализ) между различными оценочными характеристиками и параметрами:

- знания (компетентность) в вопросах управления персоналом:
- удовлетворенность действующей системой управления персоналом;
- социальная мотивация;
- вовлеченность.

Особое внимание уделено взаимосвязи статистических данных (результатов) оценки знаний как объективного компонента с результатами применения другого инструментария, который формирует субъективный компонент.

С целью выявления взаимосвязей применены коэффициенты корреляции и сформированы таблицы распределения.

2.3.7. Экспертная оценка инструментария, сформированного и выбранного для применения в данном исследовании

Инструментарий, предложенный для использования в данном исследовании, представлен для оценки экспертам. Группа экспертов сформирована в составе 9-ти человек. Разработаны анкеты экспертов. В результате экспертной оценки инструментарий был скорректирован (не значительно) и использован в данном исследовании.

По нашему мнению, данный комплексный инструментарий позволяет провести оценку руководителей медицинских организаций на предмет их готовности к эффективному выполнению своих обязанностей части руководства (управления) персоналом. Оценка руководителей является неотъемлемой частью управления персоналом, помогая создать более эффективные, мотивированные и продуктивные команды, что в свою очередь способствует достижению стратегических целей организации. Руководитель играет важную роль в успехе команды. Оценка позволяет выявить сильные и слабые стороны руководителя, что позволяет определить области, где можно улучшить его работу для повышения эффективности всей команды. Оценка помогает руководителю понять свои сильные и слабые стороны в роли лидера. Качество руководства часто является ключевым фактором для удержания квалифицированных сотрудников в организации.

2.4. Формирование и краткая характеристика медицинских организаций - баз исследования

Состав медицинских организаций как баз исследования был сформирован на принципе добровольного участия. Для привлечения медицинских организаций к исследованию было направлено предложение по участию (Приложение 5).

В исследовании приняли руководители 10-ти медицинских организаций из разных городов РФ. Широкая география дополнительно формирует репрезентативность результатов исследования.

Список МО, принявших участие в исследовании.

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница №21 города Уфа (ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа).
2. Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника №5» (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» г. Тюмени).
3. Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства.
4. Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница».
5. ООО «Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс»
6. «ЦЕНТР ДИАЛИЗА» города Челябинска
7. Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №1» (ГБУЗ «ГП№1») Советского района г. Улан- Удэ.
8. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (ГБУЗ СО «ЕКПЦ»).
9. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Владивостокская поликлиника № 6» (КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 6»).
10. Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РДЖ-Медицина» (ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»).

Подробная характеристика медицинских организаций – баз исследования (участников исследования) представлена в Приложении 6.

Участие медицинского персонала в исследовании проводилось на

добровольной анонимной основе.

Для характеристики выборки медицинского персонала в анкетах (тестах, опросниках) участников просили указать:

- пол;
- возраст;
- уровень образования;
- занимаемая должность;
- наличие дополнительного образования в сфере управления.

ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ГОТОВНОТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРАГАНИЗАЦИИ К УПРАВЛЕНИЮ ПЕРСОНАЛОМ

3.1. Оценка компетентности руководителей в части технологий управления персоналом

Характеристика выборки (испытуемые). Всего было протестировано 297 человек, среди которых 70 мужчин и 227 женщин. Общая выборка состояла из трех групп. Первая контрольная группа была представлена специалистами в вопросах управления персоналом и состояла из 72 человек (10 мужчин и 62 женщины), средний возраст 37.3 (±2.1) лет. В состав первой группы были включены HR-специалисты, являющиеся сотрудниками различных организаций. Контрольная группа использовалась для сравнения компетентности (уровня знаний) руководителей медицинских организаций в части технологий управления персоналом

Вторая и третья группы были представлены 225 (59 мужчин и 166 женщин) руководителями 10 медицинских организаций (МО) государственных бюджетных учреждений здравоохранения (ГБУЗ) России. Вторая группа состояла из 171 руководителей МО с высшим образованием в возрасте 46.7 (±1.5) лет, из них 59 мужчин и 112 женщин. В составе второй группы были руководители, замещающие такие должности, как главный врач, заместитель главного врача, заведующий отделением и заместитель или и.о. заведующего отделением и т.п.

Третья группа была образована 54 руководителями МО со средним образованием в возрасте 43.1 (±2.5) лет, представителями этой группы были женщины, занимающие должности старшей или главной медицинской сестры.

В зависимости от своего состава группы получили соответствующие названия: первая группа – контрольная группа, вторая группа – группа руководителей МО с высшим образованием (руководители ВО) и третья группа – группа руководителей МО со средним образованием (руководители СО).

Процедура тестирования. Тестирование проводилось в онлайн формате (https://go.startexam.com/clever-pro#registration/3ec00b04-23d3-4021-94bd-ac2895e19897), добровольцы отвечали на вопросы выбирая определенный вариант ответа. Время заполнения теста было ограничено 60 минутами для того, чтобы проверить уровень остаточных знаний, непосредственно имеющихся у опрашиваемых, и исключить использование ими внешних источников информации.

Обработка результатов. После тестирования была получена сводная таблица, в которой в целом по тесту и по каждой теме отдельно было посчитано количество баллов для каждого участника. Всех участников поделили на три группы, результаты которых сравнивали между собой для выявления значимых различий. По каждой группе отдельно вычислили усредненные показатели. Для второй и третьей групп был проведен дополнительный сравнительный анализ компетентности (уровня знаний) в таких подгруппах, как пол, возраст, уровень образования, наличие повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительность общего трудового стажа и продолжительность стажа управленческой работы. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых подгрупп и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых подгрупп. Значимыми считали те различиями, уровень значимости которых не превышал 0.05.

3.1.1. Сравнительный анализ компетентности руководителей медицинских организаций в части технологий управления персоналом с оценками контрольной группы

Результаты

Компетентность (уровень знаний) руководителей медицинских организаций (МО) определяли с помощью теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом», который был специально для этого разработан. При этом важно было определить, какой уровень компетентности имеют руководители МО по сравнению с контрольной группой и зависит ли он от уровня образования. Для решения первой задачи протестировали контрольную группу, в состав которой вошли профессионалы в сфере управления человеческими ресурсами. Усредненные показатели компетентности представителей контрольной группы сравнили со средними значениями компетентности групп руководителей МО с высшим и средним образованием. Для сравнения использовали следующие показатели по каждой шкале и по всему тесту в целом: средний балл, стандартное отклонение, дисперсия, показатели нормальности распределения асимметрия и эксцесс, представленные в сводной таблице 3.1.

Было показано, что контрольная группа по сравнению с группами руководителей МО имеет самые высокие усредненные групповые значения по шкалам и по всему тесту в целом, при относительно небольшом разбросе значений в группе и их однородности, на что указывают стандартное отклонение и дисперсия. Распределение ответов участников контрольной группы по всем шкалам теста подчиняется нормальному закону, тоже верно для руководителей МО с высшим образованием. Распределение ответов руководителей МО со средним образованием по большинству шкал теста подчиняется нормальному закону, кроме шкалы *Система управления персоналом и Общая оценка грамотности руководителей*.

В связи с тем, что нормальность распределения не была обнаружена по всем шкалам теста оценки компетентности (грамотности), для выявления значимости различий между группами использовали непараметрический критерий Краскела-Уоллиса (H) при проведении однофакторного дисперсионного анализа.

Для контрольной группы в целом по тесту средний балл равен 43.3, что составляет 55% правильных ответов. В группе руководителей МО со средним образованием средний балл по тесту составил 22.3 (28%), а в группе руководителей МО с высшим образованием – 26.4 (33%), что меньше, чем в контрольной группе.

Таблица 3.1. - Показатели описательной статистики по шкалам теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» отдельно по каждой из трех групп: контрольной группы, группы руководителей с высшим образованием и группы руководителей со средним образованием

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Показатель	Группы		
			Руководители СО	Руководители ВО	Контрольная группа
1	Система управления персоналом (СУП)	Среднее	3.1	3.0	4.7
		Станд.откл.	1.6	1.7	1.8
		Дисперсия	2.5	2.7	3.1
		Асимметрия	1.0	0.1	0.02
		Эксцесс	2.6*	-0.3	0.7
2	Обеспечение персоналом (ОП)	Среднее	5.4	6.5	11.4
		Станд.откл.	2.3	2.9	3.4
		Дисперсия	5.2	8.5	11.3
		Асимметрия	1.0	0.1	-0.3
		Эксцесс	1.9	-0.4	-0.6
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	Среднее	3.3	3.6	5.7
		Станд.откл.	1.7	1.8	1.6
		Дисперсия	2.7	3.2	2.6
		Асимметрия	0.1	-0.2	-0.6
		Эксцесс	0.1	-0.5	0.5
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	Среднее	3.9	4.9	7.3
		Станд.откл.	2.1	2.3	2.3
		Дисперсия	4.4	5.2	5.3
		Асимметрия	0.2	0.1	-0.2
		Эксцесс	-0.6	-0.7	-0.4
5	Управление внутренней средой (УВС)	Среднее	3.2	3.7	6.0
		Станд.откл.	1.9	1.9	1.9
		Дисперсия	3.4	3.5	3.4
		Асимметрия	0.6	0.2	-0.6
		Эксцесс	-0.2	-0.4	0.1
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	Среднее	3.4	4.8	8.2
		Станд.откл.	2.2	2.3	2.6
		Дисперсия	4.9	5.4	6.8
		Асимметрия	0.9	0.1	-0.4
		Эксцесс	1.5	-0.6	-0.3
7	Общая оценка грамотности руководителей	Среднее	22.3	26.4	43.3
		Станд.откл.	8.1	9.4	10.7
		Дисперсия	66.1	89.1	114.0
		Асимметрия	1.0	-0.1	-0.5
		Эксцесс	2.4*	-0.3	0.01

Примечание: * – отмечены значения, указывающие на ненормальность распределения (одно из значений асимметрии и эксцесса превышают 2 ед.)

Эти данные позволяют говорить об относительно низкой компетентности (грамотности) руководителей МО в части технологий управления персоналом по сравнении с контрольной группой, которые являются специалистами в данной области, что подтверждает необходимость применения дополнительных средств для повышения компетентности (грамотности) руководителей МО. Важно отметить, что в ходе анализа значимые различия были выявлены по всем шкалам и по тесту в целом между контрольной группой и группами руководителей МО с высшим и средним образованием (Таблица 3.2.).

Таблица 3.2. - Среднее количество баллов по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом в трех группах: в контрольной группе, в группе руководителей МО с высшим образованием и в группе руководителей МО со средним образованием, критерий Краскела-Уоллиса (H) и уровень значимости различий (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы			Показатели значимости различий	
		Руководители СО	Руководители ВО	Контрольная группа		
		среднее значение±ДИ	среднее значение±ДИ	среднее значение±ДИ	H	p
1	Система управления персоналом (СУП)	3.1±0.4	3.0±0.3	4.7±0.4	50.1	<0.001*
2	Обеспечение персоналом (ОП)	5.4±0.6	6.5±0.5	11.4±0.8	98.5	<0.001*
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.3±0.5	3.6±0.3	5.7±0.4	72.2	<0.001*
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФУП)	3.9±0.6	4.9±0.3	7.3±0.5	63.0	<0.001*
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.2±0.5	3.7±0.3	6.0±0.4	70.0	<0.001*
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	3.4±0.6	4.8±0.4	8.2±0.6	92.8	<0.001*
7	Общая оценка грамотности руководителей	22.3±2.3	26.4±1.4	43.3±2.5	110.4	<0.001*

Примечание: * – обозначены значимые различия, уровень значимости менее 0.05

Для выявления значимых различий между группами провели попарные сравнения с использованием критерия Двасса-Стила-Кричлоу-Флигнера (D). Оказалось, что попарные различия между контрольной группой и группой руководителей с высшим образованием, между контрольной группой и группой руководителей со средним образованием являются значимыми по всем шкалам и по всему тест в целом (табл. 3.3). Это указывает на то, что общий уровень компетентности (грамотности) участников контрольной группы в управлении персоналом значимо выше, чем в группах руководителей МО с разным уровнем образования.

Оказалось, что по всем шкалам компетентность (грамотность) руководителей с высшим образованием выше по сравнению с компетентностью (грамотностью) руководителей со средним образованием. Значимые попарные различия между группами руководителей с разным уровнем образования были обнаружены для следующих шкал: обеспечение персоналом, формирование и развитие кадрового потенциала, оценка деятельности сотрудников и в целом по тесту (Таблица 3.3.). Наличие значимых различий указывает на большую осведомленность руководителей МО с высшим образованием в данных вопросах и на то, что некоторое представление по данным темам может быть сформировано у руководителей с высшим образованием в ходе их управленческой деятельности. По шкалам система управления персоналом, оптимизация условий труда, управление внутренней средой и социальной политикой медицинской организации значимых различий в компетентности (грамотности) руководителей с разным уровнем образования обнаружено не было. Отсутствие значимых различий по данным шкалам указывает на то, что для освоения этих тем недостаточно управленческого опыта, а требуется систематическое обучение.

Таблица 3.3. - Критерий Двасс-Стил-Кричлоу-Флигнера (D) и значимость различий (p) при попарном сравнении трех групп с друг с другом:

контрольную группу, группу руководителей МО с высшим образованием и группу руководителей МО со средним образованием

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы					
		Руководители СО – Руководители ВО		Руководители СО – Контрольная группа		Руководители ВО – Контрольная группа	
		D	p	D	p	D	p
1	Система управления персоналом (СУП)	0.319	0.972	-7.573	<0.001*	-9.57	<0.001*
2	Обеспечение персоналом (ОП)	-3.48	0.037*	-11.53	<0.001*	-12.61	<0.001*
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	-1.94	0.357	-9.74	<0.001*	-11.07	<0.001*
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	-3.6	0.029*	-9.7	<0.001*	-9.6	<0.001*
5	Управление внутренней средой (УВС)	-2.7	0.137	-9.56	<0.001*	-10.77	<0.001*
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	-5.35	<0.001*	-11.23	<0.001*	-11.62	<0.001*
7	Общая оценка грамотности руководителей	-4.38	0.006*	-11.87	<0.001*	-13.36	<0.001*

Примечание: * – обозначены значимые различия, уровень значимости менее 0.05

Основываясь на полученных данных, можно отметить относительно низкий уровень компетентности (грамотности) руководителей МО в части технологий управления персоналом. Оказалось, что наличие высшего образования определяет более высокий уровень компетентности (грамотности) руководителей в вопросах знания технологий управления персоналом, связанных с подбором медицинского персонала, его развитием и оценкой его деятельности. У руководителей МО с высшим образованием обнаруживается более высокая компетентность (грамотность) по перечисленным вопросам, чем у руководителей со средним образованием, что, на наш взгляд объясняется их личным опытом решения такого рода задач, сформированным в процессе работы в МО на руководящей должности. Руководители хорошо знают специфику работы персонала в МО, но плохо представляют базовые процессы и механизмы управления персоналом. Подтверждением этого является тот факт, что все руководители МО вне зависимости от уровня образования плохо разбираются в системе управления персоналом, оптимизации условий труда, управлении внутренней средой. Для освоения этих областей управления

персоналом необходимо систематическое теоретическое практико-ориентированное обучение.

3.1.2. Анализ компетентности руководителей медицинских организаций с высшим образованием в части технологий управления персоналом с учетом их половых и возрастных особенностей, наличия дополнительного образования, общего и управленческого стажа работы

Более подробный анализ компетентности (грамотности) руководителей МО с высшим образованием был проведен с целью выявления влияние таких социальных факторов, как пол, возраст, наличие повышения квалификации в сфере управления персоналом, общий трудовой стаж и стаж управленческой работы на уровень компетентности (грамотности).

Для выявления половых различий сравнивали руководителей МО с высшим образованием разного пола. Всех руководителей МО с высшим образованием разделили на две группы по полу, группа мужчин состояла из 59 руководителей, а группа женщин – из 112 руководителей. В ходе сравнительного анализа было показано, что по всем шкалам средние баллы в группе мужчин выше, чем у женщин. Значимые различия были выявлены по следующим шкалам теста компетентности (грамотности): *формирование и развитие кадрового потенциала, оценка деятельности сотрудников* и *общая оценка грамотности руководителей в вопросах управления персоналом* (Таблица 3.4.).

Таблица 3.4. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО с высшим образованием разного пола, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Мужчины	Женщины		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Система управления персоналом (СУП)	3.2±0.5	2.8±0.3	2956	0.25
2	Обеспечение персоналом (ОП)	7.0±0.8	6.3±0.5	2891	0.177
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.9±0.4	3.5±0.4	2857	0.139
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	5.4±0.6	4.6±0.4	2658	0.034*
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.9±0.5	3.7±0.4	2947	0.24
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	5.4±0.6	4.6±0.4	2579	0.018*
7	Общая оценка грамотности руководителей в вопросах управления персоналом	28.8±2.6	25.5±1.7	2558	0.015*

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

В целом можно сказать, что те шкалы, по которым обнаружены значимые различия, отражают практические аспекты, определяемые высокой квалификацией практикующих медицинских работников, обеспечивающих оперативное управление, среди которых большую часть составляют врачи-мужчины. Медицинский работник высокой квалификации может успешно формировать и развивать своих сотрудников и оценить их деятельность в силу имеющихся у него самого профессиональных знаний, умений и большого личного опыта работы врачом.

Таблица 3.5. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО с высшим образованием разного возраста, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»	Группы							Показатели значимости различий
	До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года

		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Система управления персоналом (СУП)	3.3± 1.8	3.0± 0.7	3.0± 0.6	2.7± 0.8	3.2± 0.5	3.4± 0.8	2.6± 0.8	2.1± 0.7	8.79	0.268
2	Обеспечение персоналом (ОП)	5.4± 2.4	6.9± 1.4	8.2± 0.9	6.4± 1.4	6.8± 1.2	6.1± 1.1	6.7± 0.9	4.3± 1.3	19.55	0.007*
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	4.0± 1.8	3.9± 0.7	4.0± 0.6	3.3± 0.7	4.1± 0.7	3.6± 0.7	3.3± 0.8	2.3± 1.0	12.72	0.079
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	4.4± 2.1	5.0± 1.0	5.3± 1.0	4.0± 1.0	5.4± 0.9	5.2± 0.9	5.1± 0.9	3.8± 1.1	9.36	0.228
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.5± 1.6	3.8± 0.8	4.5± 0.9	3.8± 0.8	3.5± 0.9	3.6± 0.6	3.8± 0.9	3.2± 0.9	4.49	0.721
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	4.8± 2.2	5.0± 1.0	5.3± 1.1	5.0± 0.9	4.8± 0.9	5.1± 0.8	5.1± 1.4	3.1± 0.9	9.95	0.191
7	Общая оценка грамотности руководителей	25.3± 15.9	27.8± 23.3	30.3± 26.7	25.3± 21.3	27.9± 24.2	26.9± 23.2	26.4± 22.4	18.7± 15.4	15.51	0.03*

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Для определения возрастных особенностей компетентности (грамотности) руководителей МО с высшим образованием их разделили на 8 групп по возрасту. Первая группа состояла из 8 руководителей в возрасте до 30 лет, вторая группа была представлена 25 руководителями в возрасте 31-35 лет, в третьей и четвертой группах оказалось по 23 человека, в возрасте, соответственно 36-40 и 41-45 лет. Пятая группа в составе 28 человек была представлена руководителями в возрасте 46-50 лет. Шестая самая многочисленная группа из 30 руководителей была представлена возрастным интервалом 51-55 лет. Седьмая группа состояла из 20 руководителей в возрасте 56-60 лет и последняя восьмая группа в составе из 14 человек была представлена руководителями в возрасте более 61 года.

Сравнительный анализ компетентности (грамотности) руководителей МО с высшим образованием разного возраста показал, что по шкале *общая оценка грамотности руководителей в вопросах управления персоналом* наибольшее значение оказалось в группе в возрасте 36-40 лет (Таблица 3.5.). В этой же группе самые высокие баллы оказались по трем другим шкалам: *обеспечение персоналом*, *управление внутренней средой* и *оценка деятельности сотрудников*. Данная возрастная группа руководителей отличается достаточно высокой профессиональной квалификацией, но пока небольших управленческим стажем, поэтому лучше всего разбирается в вопросах, связанных с подбором медицинских работников, их социальной защищенности и оценки их деятельности.

Наиболее высокие значения по сравнению с другими группами по шкале *система управления персоналом* оказались у руководителей в возрасте 51-55 лет. Самые высокие баллы по шкалам *оптимизация условий труда*, *формирование и развитие кадрового потенциала* обнаружены в группе руководителей в возрасте 46-50 лет. Возможно, это связано с их личным интересом к данным аспектам управления персоналом и с самообразованием в этой области или прохождением курсов повышения квалификации.

Значимые различия между группами руководителей разного возраста были обнаружены только для шкал обеспечение персоналом и общая оценка грамотности руководителей (табл. 3.5), по которым наибольшие баллы получили руководители в возрасте 36-40 лет.

Для определения того, влияет ли на компетентность (грамотность) руководителей имеющееся на сегодняшний день дополнительное образование в сфере управления персоналом, мы разделили опрошенных руководителей МО с высшим образованием на две группы. В одну группу вошли руководители, имеющие повышение квалификации в сфере управления персоналом (96 чел.), и не имеющие такового (75 чел.) (Таблица 3.6.).

Таблица 3.6. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО с высшим образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и не имеющих такового, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		среднее значение	среднее значение	U	p
1	Система управления персоналом (СУП)	2.90±0.3	**3.03**±0.4	3541	0.853
2	Обеспечение персоналом (ОП)	6.83±0.6	6.16±0.7	3072	0.098
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.67±0.4	3.56±0.4	3434	0.600
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	4.98±0.5	4.79±0.5	3368	0.466
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.92±0.4	3.55±0.4	3239	0.255
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	5.09±0.5	4.57±0.5	3151	0.159
7	Общая оценка грамотности руководителей в вопросах управления персоналом	27.4±2.2	25.7±1.9	3126	0.140

Значимых различий между этими двумя группами выявлено не было, это указывает на то, что дополнительное образование в сфере управления персоналом не повлияло на уровень компетентности (грамотности) руководителей. При сравнении средних баллов оказалось, что компетентность (грамотность) руководителей, имеющих дополнительное образование почти по всем шкалам, кроме шкалы система управления персоналом, выше, чем в группе руководителей, не имеющих дополнительного образования. Это может быть связано с тем, что руководители, проходившие повышение квалификации в сфере управления персоналом, интересовались данными вопросами, но имеющиеся в настоящее время обучающие курсы не формируют достаточных теоретических и практических знаний в этой области.

Для того, чтобы понять определяет ли продолжительность общего трудового стажа компетентность (грамотность) руководителей МО с высшим

образованием, разделили руководителей на 8 групп в зависимости от общего трудового стажа. В первую группу вошли всего 7 человек с общим стажем до 5 лет. Вторая и третья группы, включающие каждая по 21 руководителю, состояли из руководителей в возрасте, соответственно, 6-10 и 11-15 лет. 22 руководителя с общим стажем 16-20 лет составили четвертую группу. Пятая группа – это наиболее многочисленная группа из 31 руководителя с общим стажем 21-25 лет. В составе шестой группе было 29 руководителей, общий стаж которых составил 26-30 лет. Седьмая группа состояла из 12 человек с общим стажем 31-35 лет. Последняя восьмая группа объединила 28 руководителей с общим стажем работы более 36 лет.

С целью определить, оказывает ли влияние на компетентность (грамотность) руководителей в сфере управления персоналом продолжительность их общего трудового стажа, был проведен сравнительный анализ (Таблица 3.7.). Значимых различий между группами с разным общим стажем выявлено не было, что указывает на то, что компетентность (грамотность) не определяется общим стажем работы.

Интересно, что самые большие баллы по шкалам *общая оценка грамотности руководителей, оценка деятельности сотрудников* и *формирование и развитие кадрового потенциала* оказались в подгруппе с малым общим стажем (до 5 лет), по шкалам *обеспечение персоналом* и *оптимизация условий труда* – наибольший балл набрали руководители с общим стажем 6-10 лет, по шкале *управление внутренней средой* – руководители с общим стажем 11-15 лет.

Мы предположили, что продолжительность стажа управленческой работы может определять компетентность (грамотность) руководителей МО с высшим образованием в вопросах управления персоналом. Для этого всех опрошенных руководителей МО с высшим образованием разделили на 6 групп. Наиболее многочисленной, состоящей из 68 человек, оказалась первая группа, в которую вошли руководители с управленческим стажем менее 5 лет. Вторая группа состояла из 38 руководителей с управленческим стажем 6-10 лет.

Третья группа была сформирована 25 руководителями, управленческий стаж которых составил 11-15 лет. В состав четвертой группы вошли 17 руководителей со стажем управленческой работы 16-20 лет.

Таблица 3.7. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО с высшим образованием с разной продолжительностью общего стажа, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	Н	р
1	Система управления персоналом (СУП)	3.9±2.2	3.2±0.7	2.6±0.7	3.1±0.6	3.0±0.6	3.5±0.7	2.8±0.9	2.2±0.6	11.95	0.102
2	Обеспечение персоналом (ОП)	6.3±3.5	7.4±1.4	6.6±1.3	7.2±1.5	6.5±1.1	6.6±1.1	7.4±1.5	5.0±0.9	13.5	0.061
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.9±2.2	4.3±0.7	3.9±0.8	3.4±0.7	3.6±0.7	3.9±0.7	3.5±1.0	2.8±0.7	9.8	0.200
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	5.7±2.7	5.1±1.1	4.6±1.1	4.4±1.1	5.2±0.9	5.3±0.8	4.5±1.4	4.6±0.8	5.79	0.565
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.6±2.3	3.6±0.7	4.8±0.9	3.8±0.8	3.7±0.7	3.9±0.8	3.3±1.1	3.3±0.7	7.61	0.368
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	6.3±3.0	4.9±1.0	5.1±1.2	4.9±0.8	4.9±0.9	5.2±0.9	5.3±1.5	3.7±0.9	11.16	0.132
7	Общая оценка грамотности руководителей	29.6±14.4	28.5±4.1	27.6±4.2	26.7±3.8	26.9±3.5	28.3±3.5	26.8±6.2	21.6±3.3	12.81	0.077

Пятая группа образована 11 руководителями МО с высшим образованием, управленческий стаж которых составил 21-25 лет. Последняя шестая группа, состоящая из 12 человек, была представлена руководителями со стажем управленческой работы более 26 лет.

Таблица 3.8. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО с высшим образованием с разной продолжительностью управленческого стажа, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы						Показатели значимости различий	
		Менее 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	H	p
1	Система управления персоналом (СУП)	3.2± 0.4	2.6± 0.5	2.9± 0.7	3.2± 1.0	3.6± 0.6	2.1± 1.0	8.67	0.123
2	Обеспечение персоналом (ОП)	6.7± 0.7	6.8± 1.1	5.8± 1.1	7.5± 1.8	6.6± 2.0	5.3± 1.5	5.76	0.33
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	4.0± 0.4	3.4± 0.6	3.2± 0.8	3.6±0 .8	3.7± 1.0	2.9± 1.3	6.1	0.296
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	4.9± 0.6	5.2± 0.8	4.7± 0.9	4.6± 1.2	5.0± 1.5	4.4± 1.4	1.03	0.960
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.8± 0.4	3.8± 0.7	3.1± 0.8	4.2± 1.0	4.5± 0.8	3.7± 1.3	6.27	0.281
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	4.9± 0.6	4.8± 0.8	4.6± 0.8	5.0± 1.2	5.4± 1.8	4.4± 1.6	1.16	0.949
7	Общая оценка грамотности руководителей	27.5±2. 2	26.6±3. 4	24.4±4. 0	28.0±4. 8	28.6±6. 1	22.8±5. 9	4.18	0.524

Для определения того, зависит ли компетентность (грамотность) от стажа управленческой работы, сравнивали грамотность в вопросах управления персоналом у групп с разным стажем управленческой работы (Таблица 3.8.). Между данными группами значимых различий выявлено не было. При сравнении наибольшее количество баллов по таким шкалам, как *общая оценка компетентности (грамотности)* руководителей, *оценка деятельности сотрудников, управление внутренней средой, система управления персоналом* получили руководители с управленческим стажем 21-25 лет. Наибольшее значение по шкалам *обеспечение персоналом, формирование и развитие кадрового потенциала* получила группа руководителей с управленческим стажем 6-10 лет, а по шкале оптимизация условий труда – группа с управленческим стажем менее 5 лет. Это говорит о том, что какие-то специальные знания и умения в сфере управления персоналом могут формироваться в процессе управленческой деятельности, а какие-то необходимо целенаправленно формировать в процессе систематического обучения.

3.1.3. Анализ компетентности руководителей медицинских организаций со средним образованием в части технологий управления персоналом с учетом их возраста, наличия дополнительного образования, общего и управленческого стажа работы

С целью выявления роли социальных факторов в улучшении компетентности (грамотности) руководителей МО со средним образованием был проведен сравнительный анализ компетентности (грамотность) этих руководителей.

Таблица 3.9. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО со средним образованием разного возраста, показатели значимости различий между этими

подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Система управления персоналом (СУП)	4.2± 2.8	2.6± 1.2	3.0± 1.2	2.9± 0.8	2.9± 1.1	3.5± 1.6	5	2.7± 2.9	4.39	0.733
2	Обеспечение персоналом (ОП)	6.8± 3.0	4.6± 1.6	5.0± 2.7	6.3± 1.8	5.3± 1.4	5.2± 2.3	8	3.3± 1.4	8.34	0.304
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	4.5± 1.7	3.6± 1.6	2.7± 1.7	2.8± 1.1	3.7± 1.2	3.3± 1.1	5	3.3± 1.4	7.05	0.424
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	4.8± 3.1	3.7± 1.5	3.7± 1.7	3.5± 1.2	5.0± 1.4	4.0± 2.1	7	1.7± 1.4	9.76	0.203
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.7± 2.1	3.1± 1.6	2.9± 2.4	3.4± 1.2	3.4± 1.2	3.7± 2.0	5	1.3± 1.4	6.81	0.448
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	5.3± 2.5	3.6± 1.3	2.9± 2.7	4.0± 1.7	2.6± 2.0	3.7± 1.1	3	2.7± 2.9	7.25	0.403
7	Общая оценка грамотности руководителей	29.3± 11.9	21.1± 4.4	20.1± 9.1	22.9± 6.1	22.9± 5.8	23.3± 4.8	33	15.0± 6.6	9.24	0.236

Для этого руководителей со средним образованием разделили на группы по возрасту, по наличию или отсутствию дополнительного образования в сфере управления персоналом, по продолжительности общего стажа работы и длительности управленческого стажа. Так как все руководители МО со средним образованием были женского пола, то разделение на группы по полу не осуществлялось.

Для определения различий в уровне компетентности (грамотности) руководителей МО со средним образованием их разделили на 8 групп. Первая группа состоит из 6 руководителей в возрасте до 30 лет, вторая и третья группы включают каждая по 7 человек, соответственно, в возрасте 31-35 и 36-

40 лет. Наиболее многочисленная из всех четвертая группа сформирована 15 руководителями, возраст которых составляет 41-45 лет. В пятую группу вошли 9 человек в возрасте 46-50 лет, в шестую – 6 человек в возрасте 51-55 лет, в седьмую – только один человек в возрасте 56-60 лет. Последняя восьмая группа включает 3 человека в возрасте более 61 года.

Таблица 3.10. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО со средним образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и не имеющих такового, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		среднее значение	среднее значение	U	p
1	Система управления персоналом (СУП)	3.1±0.4	3.1±1.1	279	0.499
2	Обеспечение персоналом (ОП)	5.3±0.9	6.1±1.3	252	0.240
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.2±0.4	3.7±1.2	278	0.487
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	3.7±0.7	4.7±1.2	225	0.094
5	Управление внутренней средой (УВС)	3.2±0.6	3.5±1.2	308	0.910
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	3.3±0.8	4.2±1.3	243	0.181
7	Общая оценка грамотности руководителей в вопросах управления персоналом	21.8±2.7	25.1±5.6	247	0.211

Сравнительный анализ компетентности (грамотности) в разных возрастных группах показал, что значимых различий по компетентности (грамотности) между руководителями разного возраста не обнаружено (Таблица 3.9.). При этом видно, что самый большой балл по всем шкалам теста, кроме шкалы *оценка деятельности сотрудников*, набрала группа в возрасте 56-60 лет, представленная одним руководителем, имеющим, по-видимому, большой опыт работы. Чуть меньшее количество баллов по всем шкалам,

включая шкалу *оценка деятельности сотрудников*, набрала группа в возрасте до 30 лет. Эти данные указывают, что основную роль во владении знаниями в сфере управления персоналом играет не возраст, а личностные особенности руководителя.

Руководителей МО со средним образованием разделили на две группы в зависимости от наличия или отсутствия у них дополнительного образования в сфере управления персоналом. Группа руководителей, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, состоит из 37 человек, а группа руководителей, не имеющих дополнительного образования, представлена 17 руководителями.

Таблица 3.11. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО со средним образованием с разной продолжительностью общего стажа, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	Н	р
1	Система управления персоналом (СУП)	3.5± 3.0	3.5± 1.5	2.3± 1.2	2.9± 0.8	3.1± 1.2	3.2± 1.3	3.2± 1.0	3.3± 2.4	2.94	0.891
2	Обеспечение персоналом (ОП)	6.7± 3.1	5.3± 2.5	5.1± 2.1	5.6± 4.1	5.6± 1.7	5.4± 1.8	6.0± 2.4	4.5± 3.8	3.54	0.831
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	4.3± 2.0	3.0± 0.9	3.3± 1.9	3.6± 1.8	2.0± 1.1	3.7± 1.2	4.2± 1.4	3.8± 1.5	9.87	0.196
4	Формирование и развитие кадрового	4.8± 3.0	3.5± 1.9	3.7± 1.3	4.6± 2.2	2.5± 1.2	5.7± 1.2	3.8± 2.0	3.0± 4.3	13.03	0.071

	потенциала (ФКП)										
5	Управление внутренней средой (УВС)	4.0± 2.1	2.3± 1.1	3.0± 1.7	3.6±3 .0	3.0± 1.4	3.9± 1.2	3.8± 1.8	2.3± 3.0	6.03	0.536
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	4.8± 3.2	3.7±1 .3	2.9± 2.1	4.7± 4.0	2.9± 1.7	3.6± 1.7	3.4± 1.4	2.8± 1.5	4.24	0.752
7	Общая оценка грамотности руководителей	28.2± 12.6	21.3± 6.6	20.3± 6.0	24.9± 14.0	19.1± 6.1	25.4± 4.1	24.4± 6.2	19.5± 14.7	6.03	0.536

Сравнительный анализ не выявил значимых различий между руководителями, которые проходили повышение квалификации, и которые не проходили (Таблица 3.10.). При этом почти по всем шкалам, кроме шкалы *система управления персоналом*, по которой в обеих группах получились одинаковые баллы, более высокую компетентность (грамотность) показала группа, не имеющая дополнительного образования в сфере управления персоналом. Этот результат указывает на то, что грамотность компетентность (грамотность) МО со средним образованием не зависит от наличия дополнительного образования в вопросах управления персоналом.

Таблица 3.12. - Среднее количество баллов (СБ) и 95% доверительный интервал (ДИ) по тесту «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в подгруппах руководителей МО со средним образованием с разной продолжительностью управленческого стажа, показатели значимости различий между этими подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»	Группы						Показатели значимости различий	
	Менее 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	среднее значение	H	p

1	Система управления персоналом (СУП)	3.23±0.7	3.07±0.9	2.9±1.0	3.5	3.0	2.3	1.25	0.940
2	Обеспечение персоналом (ОП)	5.23±1.0	6.07±1.3	7.0±3.7	4.0	4.0	4.7	4.58	0.469
3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	3.0±0.7	3.6±1.1	4.0±1.3	4.0	2.0	4.0	3.33	0.649
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	3.9±0.8	4.1±1.2	5.1±1.6	3.0	1.5	3.7	6.43	0.267
5	Управление внутренней средой (УВС)	2.8±0.7	3.9±1.3	4.9±1.6	2.5	2.0	2.3	9.63	0.086
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	3.3±1.0	3.3±1.1	5.3±3.4	3.5	2.5	4.0	2.26	0.812
7	Общая оценка грамотности руководителей	21.5±3.4	23.9±4.8	29.1±9.8	20.5	15.0	21.0	7.83	0.166

С целью выявить, имеет ли значение общий трудовой стаж для компетентности (грамотности) руководителей МО со средним образованием, сравнивали компетентность (грамотность) руководителей в группах с разной продолжительностью общего стажа. Руководителей МО со средним образованием разделили на 8 групп в зависимости от общего стажа работы. Каждая из первой и второй группы включает по 6 человек, соответственно, с общим стажем менее 5 лет и 6-10 лет. Третья и четвертая группы включают по 7 человек с общим стажем 11-15 и 16-20 лет. Пятая группа состоит из 10 руководителей с общим стажем 21-25 лет. Шестая группа сформирована 9 руководителями, продолжительность общего стажа которых составляет 26-30 лет. Седьмую группу составляют 5 человек с общим стажем 31-35 лет, и восьмая группа представлена 4 руководителями, общий стаж которых превышает 36 лет.

Однако значимых различий между группами руководителей с разной продолжительностью общего стажа выявлено не было (Таблица 3.11.). Оказалось, что наиболее компетентными в управлении персоналом являются представители группы с общим стажем до 5 лет, что может быть связано с наибольшей активностью в этой сфере «молодых» медсестер, обучавшихся по новым стандартам и применяющим полученные знания.

Для того, чтобы выявить влияние стажа управленческой работы на компетентность (грамотность) в части технологий управления персоналом

руководителей МО со средним образованием разделили на 6 групп. В первую группу вошли 26 руководителей, управленческий стаж которых составил менее 5 лет. Вторая группа состоит из 14 руководителей с управленческим стажем 6-10 лет. Третья группа в составе из 7 руководителей имеет управленческий стаж 11-15 лет. В состав четвертой и пятой группы вошли по 2 руководителя, соответственно, с управленческим стажем 16-20 и 21-25 лет. Последняя шестая группа состоит всего из 3 человек с управленческим стажем более 26 лет.

Сравнение руководителей МО со средним образованием с разной продолжительностью стажа управленческой работы показало отсутствие значимых различий между группами (Таблица 3.12.). При этом интересно отметить, что большинство руководителей со средним образованием имеют управленческий стаж менее 5 лет. Однако самую высокую компетентность (грамотность) по большинству шкал, кроме шкалы *система управления персоналом*, показала группа с управленческим стажем 11-15 лет. Наибольший бал по шкале система управления персоналом набрала группа с управленческим стажем 16-20 лет. Такие особенности связаны с тем, что группа руководителей с продолжительностью управленческого стажа 11-15 лет обладает уже наибольшим количеством практических знаний и навыков в этой области, хотя и недостаточным по сравнению с контрольной группой, получившими систематическое образование в этой области. Группа руководителей МО со средним образованием, чей управленческий стаж составляет 16-20 лет, показывает сравнительно самую высокую компетентность (грамотность) по шкале *система управления персоналом*, так как имеет достаточный практический опыт управления, позволяющий делать обобщенные выводы в сфере систематизации управления персоналом, которые, однако, не являются достаточными в современных условиях управленческой деятельности.

3.1.4. Использование технологии блокчейн в оценке компетентности руководителей

Для обеспечения оптимизации доступа к исходным результатам тестирования, снижения влияния человеческого фактора, исключения рисков несанкционированного изменения данных и сохранения объективности возможно использование технологии блокчейн.

Блокчейн — методика децентрализации хранения и обмена данными. Информация в системе размещается в виде отдельных цепочек и блоков. В основе технологии лежит алгоритм хэширования. Это делает несанкционированную и незаметную корректировку или замену данных практически невыполнимыми. Технология активно используется в различных сферах и отраслях при решении задач подбора, оценки персонала и формирования баз данных. Принципы шифрования и работы системы на основе технологии блокчейн при этом часто являются открытыми, что позволяет гарантировать прозрачность для всех пользователей. Децентрализация хранения информации, в свою очередь, позволяет снизить зависимость от единого дата-центра, что повышает вероятность бесперебойного доступа к информации.

Блокчейн позиционируется как более открытое и надежное технологическое решение работы с данными и сохранения персональных данных. Существует множество примеров потенциального применения технологии блокчейн в сфере здравоохранения. В частности, при проведении клинических испытаний, ведении истории болезни, контроля оборота лекарственных средств, отслеживания медицинских устройств и т. д. [117]. Можно рассматривать различные сценарии потенциального использования технологии блокчейн в здравоохранении, во всех аспектах, касающихся хранения и передачи данных.

3.2. Внутренний аудит действующей системы управления персоналом (способ выявление удовлетворенности руководителей системой управления персоналом)

Характеристика выборки (испытуемые). Всего было опрошено 150 добровольцев, среди которых было 111 женщин и 39 мужчин, являющихся сотрудниками медицинских организаций, занимающими руководящие должности.

Среди опрошенных 116 человек были с высшим образованием и 34 человека имели среднее образования. Все участники анкетирования имели отношение к управлению медицинской организацией, с высшим образованием были, как правило, главные врачи медицинских подразделений их заместители и исполняющие обязанности главного врача, со средним образованием были главные или старшие медсестры. Все опрошенные со средним образованием были женского пола, поэтому в подгруппе со средним образованием половые различия не исследовались

Процедура анкетирования. Анкетирование проводилось в онлайн формате с использованием удаленного доступа (https://anketolog.ru/s/644422/rMWB8q6H). Время на заполнение анкеты не регламентировалось.

Обработка результатов. Результаты анкетирования были сведены в общую таблицу, далее были вычислены баллы по каждой шкале анкеты по всей выборке, а также в разных группах в зависимости от пола, возраста, уровня образования, наличия повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

Результаты

Первоначально сравнили удовлетворенность действующей системой управления персоналом руководителей МО с высшим и средним образованием. Сравнительный анализ выявил значимые различия между руководителями с разным уровнем образования только в уровне удовлетворенности компетентностью руководителей в вопросах обеспечения персоналом (Таблица 3.13.). При этом было показано, что руководители с высшим образованием больше удовлетворены компетентностью руководителей при обеспечении персоналом, чем руководители со средним образованием. По всем остальным шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом» значимых различий в удовлетворенности руководителей с разным уровнем образования выявлено не было.

Однако рассмотрим более подробно, в какой из описанных групп, по каким шкалам удовлетворенность оказалась выше. В целом целями, методологией, компетентностью руководителей и сотрудников, контролем в вопросах обеспечения персоналом более довольны руководители с высшим образованием, и только распределением ответственности в этих вопросах более удовлетворены руководители со средним образованием.

Таблица 3.13. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим и средним образованием по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Руководители с высшим образованием	Руководители со средним образованием		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	ОП Цели	3.08±0.2	2.56±0.6	1773	0.335
2	ОП Методология	3.29±0.1	3.08±0.3	1662	0.163
3	ОП Компетентность руководителей	2.95±0.2	2.34±0.5	1410	0.010*
4	ОП Контроль	2.93±0.2	2.56±0.4	1614	0.099

5	ОП Распределение ответственности	3±0.2	3.13±0.3	1900	0.743
6	ОП Компетентность сотрудников	2.95±0.2	2.88±0.4	1950	0.915
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.23±0.1	3.14±0.2	1751	0.322
8	ОУТ Цели	3.02±0.2	3.21±0.3	1742	0.256
9	ОУТ Методология	3.18±0.1	3.13±0.3	1958	0.950
10.	ОУТ Компетентность руководителей	2.53±0.2	2.74±0.5	1816	0.468
11	ОУТ Контроль	2.72±0.2	2.97±0.4	1815	0.461
12	ОУТ Распределение ответственности	2.82±0.2	2.95±0.4	1787	0.395
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.58±0.2	2.76±0.4	1823	0.474
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.1±0.1	3.16±0.2	1865	0.683
15	ФКП Цели	3.37±0.2	3.35±0.4	1910	0.755
16	ФКП Методология	3.28±0.1	3.44±0.2	1754	0.311
17	ФКП Компетентность руководителей	2.93±0.2	2.91±0.4	1957	0.943
18	ФКП Контроль	2.88±0.2	3.32±0.3	1588	0.066
19	ФКП Распределение ответственности	3.13±0.2	3.25±0.3	1805	0.437
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.18±0.2	3.15±0.4	1922	0.808
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.29±0.1	3.37±0.2	1870	0.646
22	УВС Цели	3.14±0.2	3.03±0.4	1865	0.604
23	УВС Методология	2.87±0.2	2.93±0.4	1859	0.603
24	УВС Компетентность руководителей	2.17±0.3	1.65±0.6	1613	0.097
25	УВС Контроль	2.16±0.3	2±0.6	1887	0.696
26	УВС Распределение ответственности	2.54±0.3	2.89±0.4	1679	0.178
27	УВС Компетентность сотрудников	2.25±0.3	2.35±0.5	1882	0.675
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3±0.2	3.14±0.2	1860	0.664
29	ОДС Цели	3.2±0.2	3.24±0.4	1957	0.943
30	ОДС Методология	3.09±0.2	3.08±0.3	1884	0.684
31	ОДС Компетентность руководителей	2.63±0.3	2.47±0.5	1786	0.385
32	ОДС Контроль	2.97±0.2	2.82±0.5	1851	0.562
33	ОДС Распределение ответственности	2.98±0.2	3.18±0.3	1875	0.651
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.88±0.3	2.79±0.4	1797	0.404
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.22±0.2	3.24±0.2	1793	0.625
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.89±0.15	2.87±0.25	1895	0.731

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Оптимизацией условий труда по всем дополнительным шкалам, кроме методологии, более довольны руководители со средним образованием, в то время как руководители с высшим образованием имеют большую

удовлетворенность именно методологией оптимизации условий труда. Это может быть связано с более простыми и понятными способами обеспечения условий труда медсестер.

Формированием и развитием кадрового потенциала в целом более довольны руководители со средним образованием в части методологии, контроля и распределения ответственности в отличие от руководителей с высшим образованием, которые более довольны целями, компетентностью руководителей и сотрудников.

Управление внутренней средой кажется более удовлетворительной в целом для руководителей со средним образованием, особенно, в вопросах методологии, распределения ответственности и компетентности сотрудников. Что касается целей, компетентности руководителей и контроля управления внутренней средой медицинской организации, то ими более удовлетворены руководители с высшим образованием.

В целом, тем, как производиться оценка деятельности сотрудников, больше удовлетворены руководители со средним образованием, что в основном касается целей этого процесса и распределения ответственности. Методологией, контролем, компетентностью руководителей и сотрудников в связи с оценкой деятельности сотрудников больше удовлетворены руководители с высшим образованием.

Несмотря на почти полное отсутствие значимых различий в удовлетворенности руководителей с разным уровнем образования далее мы будем эти две группы рассматривать отдельно.

3.2.1. Удовлетворенность руководителей с высшим образованием внутренней действующей системой управления персоналом

Далее провели сравнительный анализ удовлетворенности действующей системой управления персоналом в организации руководителей с высшим образованием в зависимости от их пола, возраста, наличия дополнительного образования в сфере управления персоналом, продолжительности общего и

управленческого стажа и уровня компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом.

Средний уровень их удовлетворенности системой управления персоналом составил 2.89±0.15.

Для анализа различий в удовлетворенности существующей системой управления персоналом всех руководителей с высшим образованием разделили на две группы, одну группу составили 39 мужчин, а вторая группа была сформирована 77 женщинами. При сравнении руководителей с высшим образованием разного пола значимые различия были обнаружены только в удовлетворенности компетентностью руководителей при оптимизации условий труда, которая оказалась выше у женщин руководителей по сравнению с мужчинами (Таблица 3.14.). По всем другим шкалам и дополнительным параметрам значимых различий не обнаружено.

В целом можно сказать, что мужчины больше удовлетворены обеспечением персоналом, оптимизацией условий труда, управлением внутренней средой и оценкой деятельности сотрудников, а руководители-женщины больше удовлетворены формированием и развитием кадрового потенциала. Это может быть связано с теми задачами, решением которых в управлении персоналом организации занимаются преимущественно руководители разного пола. В частности, видно, что сфера интересов руководителей-мужчин значительно шире.

Таблица 3.14. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием разного пола по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Мужчины	Женщины		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	ОП Цели	3±0.4	3.12±0.2	1450	0.742
2	ОП Методология	3.41±0.2	3.23±0.1	1182	0.061

3	ОП Компетентность руководителей	3.03±0.4	2.91±0.3	1319	0.272
4	ОП Контроль	3±0.4	2.9±0.2	1312	0.253
5	ОП Распределение ответственности	3.1±0.3	2.96±0.2	1329	0.309
6	ОП Компетентность сотрудников	2.97±0.4	2.94±0.2	1322	0.259
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.36±0.2	3.17±0.1	1190	0.069
8	ОУТ Цели	3.03±0.3	3.01±0.2	1475	0.865
9	ОУТ Методология	3.1±0.3	3.22±0.2	1384	0.491
10.	ОУТ Компетентность руководителей	2.05±0.5	2.78±0.3	1101	0.015*
11	ОУТ Контроль	2.62±0.5	2.77±0.3	1460	0.800
12	ОУТ Распределение ответственности	2.71±0.4	2.88±0.2	1434	0.688
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.38±0.5	2.68±0.3	1395	0.511
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.11±0.2	3.09±0.2	1428	0.837
15	ФКП Цели	3.49±0.2	3.31±0.2	1425	0.616
16	ФКП Методология	3.26±0.3	3.29±0.2	1490	0.945
17	ФКП Компетентность руководителей	2.85±0.4	2.97±0.3	1482	0.907
18	ФКП Контроль	2.97±0.4	2.83±0.3	1368	0.409
19	ФКП Распределение ответственности	3.14±0.3	3.12±0.2	1466	0.829
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.18±0.3	3.18±0.2	1488	0.931
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.27±0.2	3.29±0.1	1497	0.979
22	УВС Цели	3.1±0.3	3.16±0.3	1366	0.390
23	УВС Методология	2.76±0.4	2.93±0.2	1386	0.490
24	УВС Компетентность руководителей	1.9±0.5	2.31±0.3	1292	0.207
25	УВС Контроль	1.92±0.5	2.27±0.3	1322	0.280
26	УВС Распределение ответственности	2.34±0.5	2.64±0.3	1369	0.429
27	УВС Компетентность сотрудников	2.13±0.5	2.31±0.3	1459	0.796
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.04±0.2	2.97±0.2	1433	0.860
29	ОДС Цели	3.21±0.4	3.19±0.2	1469	0.835
30	ОДС Методология	3.1±0.4	3.09±0.2	1412	0.588
31	ОДС Компетентность руководителей	2.56±0.5	2.66±0.3	1489	0.939
32	ОДС Контроль	2.97±0.4	2.97±0.3	1413	0.579
33	ОДС Распределение ответственности	2.79±0.5	3.08±0.2	1458	0.794
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.72±0.5	2.96±0.3	1483	0.908
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.35±0.2	3.16±0.2	1249	0.196
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.83±0.27	2.92±0.17	1420	0.634

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Для сравнения удовлетворенности руководителей разного возраста их разделили на 8 групп, в каждую из которых вошли руководители определенной

возрастной группы. В первую группу вошли 4 руководителя в возрасте до 30 лет, во вторую группу – 18 руководителей в возрасте 31-35 лет, в третью группу – 14 руководителей в возрасте 36-40 лет, в четвертую – 19 руководителей в возрасте 41-45 лет, в пятую – 21 руководитель в возрасте 46-50 лет, в шестую – 16 руководителей в возрасте 51-55 лет, в седьмую – 15 человек в возрасте 56-60 лет. В составе восьмой группы было 9 человек в возрасте старше 61 года.

Сравнение удовлетворенности руководителей разного возраста позволило обнаружить значимые различия по целому набору дополнительных показателей по следующим шкалам: *формирование и развитие кадрового потенциала*, *управление внутренней средой*, *оценка деятельности сотрудников* (Таблица 3.15.). Более высокая удовлетворенность методологией, компетентностью руководителей и контролем при формировании и развитии кадрового потенциала обнаружена у руководителей среднего и старшего возраста. Сотрудники среднего (36-40 и 46-50 лет) и старшего возраста (старше 51 года) более всего удовлетворены методологией, компетентностью руководителей и сотрудников в вопросах управления внутренней средой организации. Методологию, контроль и компетентность сотрудников в вопросах оценки деятельности сотрудников считают более удовлетворительной так же руководители среднего и старшего возраста.

Относительно удовлетворенности по тем шкалам, по которым не обнаружены значимые различия, можно отметить схожую тенденцию. Так обеспеченность персоналом в целом удовлетворяет руководителей в возрасте 36-40 и старше 46 лет, а оптимизацией условий труда более всего удовлетворены руководители в возрасте 36-40 лет и старше 61 года.

Таблица 3.15. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием разного возраста по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	ОП Цели	3.25±0.8	2.94±0.5	2.93±0.8	3.26±0.3	3.33±0.4	2.88±0.6	2.87±0.7	3.22±1.0	5.41	0.61
2	ОП Методология	3.02±0.7	3.13±0.3	3.49±0.2	3.1±0.3	3.38±0.2	3.32±0.3	3.44±0.2	3.33±0.4	7.96	0.336
3	ОП Компетентность руководителей	3.25±1.5	2.14±0.7	3.39±0.4	2.82±0.6	3.4±0.3	3.16±0.6	2.63±0.8	3.11±1.0	11.55	0.116
4	ОП Контроль	3±1.3	2.42±0.6	3.39±0.3	2.58±0.7	3.19±0.3	3.06±0.6	2.97±0.7	3.06±1.0	8.81	0.266
5	ОП Распределение ответственности	3±1.1	2.96±0.4	3.04±0.6	2.88±0.5	3.19±0.3	2.99±0.6	3.07±0.6	2.78±1.1	1.67	0.976
6	ОП Компетентность сотрудников	3±1.3	3.17±0.4	3.36±0.4	2.63±0.6	3.24±0.3	2.81±0.7	2.53±0.8	2.78±1.1	5.69	0.576
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.06±1.0	3.03±0.3	3.4±0.3	3.08±0.3	3.33±0.2	3.25±0.3	3.36±0.3	3.31±0.4	6.03	0.536
8	ОУТ Цели	2.75±0.8	2.72±0.6	3.5±0.4	3±0.6	3.29±0.3	2.81±0.5	2.73±0.7	3.22±0.8	11.52	0.118
9	ОУТ Методология	3.29±0.6	3.13±0.3	3.45±0.3	2.99±0.5	3.27±0.3	3.13±0.3	3±0.6	3.39±0.5	5.05	0.654
10	ОУТ Компетентность руководителей	2.5±2.2	2.11±0.7	2.79±0.8	2.47±0.6	3.14±0.4	2±0.8	2.27±0.9	3.11±0.8	10.79	0.148
11	ОУТ Контроль	2.5±2.2	2.28±0.7	3.14±0.6	2.26±0.7	3.14±0.4	2.63±0.6	2.73±0.7	3.11±1.1	9.56	0.215
12	ОУТ Распределение ответственности	2.92±1.1	2.28±0.6	3.19±0.3	2.89±0.4	2.98±0.5	2.76±0.6	2.64±0.8	3.19±0.7	8.94	0.257
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.5±2.2	2±0.7	3.14±0.6	2.68±0.6	3±0.4	2.06±0.8	2.53±0.8	2.67±1.2	10.11	0.183
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.19±0.4	2.86±0.3	3.35±0.3	2.92±0.4	3.19±0.3	3.06±0.3	3.16±0.4	3.28±0.6	6.54	0.478
15	ФКП Цели	3.25±0.8	3.17±0.3	3.57±0.3	3.21±0.5	3.48±0.4	3.25±0.6	3.4±0.6	3.78±0.3	9.07	0.248
16	ФКП Методология	2.83±0.9	2.95±0.3	3.51±0.3	2.89±0.6	3.6±0.2	3.35±0.3	3.53±0.3	3.3±0.5	15.67	0.028*
17	ФКП Компетентность руководителей	3±0.0	1.94±0.6	3.29±0.7	2.89±0.5	3.43±0.3	2.94±0.5	3.4±0.6	2.44±1.3	20.86	0.004*
18	ФКП Контроль	1.5±0.2	2.28±0.6	3.36±0.6	3.16±0.4	3.19±0.5	2.56±0.7	3±0.8	3±0.9	15.76	0.027*
19	ФКП Распределение ответственности	2.92±1.1	2.79±0.4	3.37±0.3	2.74±0.6	3.52±0.3	3.27±0.4	3.14±0.6	3.11±0.7	11.28	0.127
20	ФКП Компетентность сотрудников	2.5±2.2	2.89±0.5	3.43±0.4	3.05±0.5	3.52±0.2	3.13±0.6	3.33±0.6	3±1.0	8.18	0.317

21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.01±0.6	2.88±0.3	3.49±0.3	3.19±0.3	3.53±0.2	3.29±0.3	3.48±0.3	3.21±1.0	13.93	0.053
22	УВС Цели	3.25±0.8	3±0.3	3.29±0.7	3±0.6	3.62±0.2	2.63±0.8	3.4±0.6	2.78±1.4	11.22	0.129
23	УВС Методология	2.83±0.9	2.39±0.6	3.48±0.3	2.61±0.6	3.3±0.3	2.63±0.6	2.94±0.7	2.81±1.1	15.86	0.026*
24	УВС Компетентность руководителей	1.75±0.2	1.61±0.7	2.79±0.9	2.16±0.7	2.81±0.6	1.25±0.8	2.47±0.9	2.22±1.2	14.77	0.039*
25	УВС Контроль	2.25±2.1	1.61±0.7	2.71±0.9	2.16±0.7	2.52±0.7	1.25±0.8	2.67±0.8	2.22±1.2	13.29	0.065
26	УВС Распределение ответственности	2.25±2.1	1.82±0.7	2.83±0.8	2.34±0.6	3.17±0.4	2.19±0.9	2.88±0.7	2.63±1.1	13.8	0.055
27	УВС Компетентность сотрудников	2.25±2.1	1.67±0.7	2.71±0.9	2±0.7	3±0.5	1.75±0.8	2.47±0.9	2±1.3	14.39	0.045*
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	2.95±0.5	2.5±0.4	3.39±0.3	2.76±0.4	3.23±0.3	3.02±0.3	3.12±0.5	3.09±0.8	14.37	0.045*
29	ОДС Цели	3±1.3	2.94±0.5	3.5±0.3	3.05±0.6	3.57±0.3	2.69±0.8	3.33±0.6	3.44±1.0	11.56	0.116
30	ОДС Методология	2.5±2.2	2.37±0.6	3.57±0.3	2.92±0.6	3.46±0.3	3.01±0.6	3.31±0.6	3.31±1.0	16.73	0.019*
31	ОДС Компетентность руководителей	1.5±0.2	1.78±0.7	3.07±0.8	2.79±0.6	3.1±0.5	2.5±0.8	3±0.8	2.33±1.5	13.91	0.053
32	ОДС Контроль	2.5±2.2	2.17±0.7	3.5±0.3	2.74±0.7	3.52±0.2	2.81±0.8	3.07±0.7	3.33±1.0	16.91	0.018*
33	ОДС Распределение ответственности	2.5±2.2	2.52±0.6	3.57±0.3	2.74±0.7	3.34±0.4	2.73±0.8	3±0.7	3.33±0.5	9.29	0.232
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.5±2.2	2.11±0.7	3.43±0.6	2.84±0.7	3.43±0.3	2.75±0.8	2.6±0.9	3.22±1.0	15.63	0.029*
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3±1.3	2.78±0.4	3.56±0.3	3.08±0.5	3.41±0.3	3.17±0.4	3.25±0.6	3.53±0.4	12.22	0.094
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.67±1.26	2.44±0.37	3.26±0.35	2.76±0.40	3.27±0.24	2.68±0.39	2.95±0.54	2.97±0.69	17.10	0.017*

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Анализ удовлетворенности действующей системой управления персоналом также провели с учетом наличия и отсутствия дополнительного образования в данной области. Для этого всех руководителей с высшим образованием разделили на две группы в зависимости от того, получали ли они дополнительное образование: в группе имеющих дополнительное образование было 71 человек, а в группе без такового было 45 человек. Сравнительный

анализ этих двух групп позволил выявить значимые различия в удовлетворенности руководителей (Таблица 3.16.). Так было показано, что руководители без дополнительного образования больше удовлетворены компетентностью руководителей и контролем при обеспечении персоналом, контролем при оптимизации условий труда, контролем при формировании и развитии кадрового потенциала, методологий и контролем при оценке деятельности сотрудников и в целом оценкой деятельности сотрудников. По большинству остальных параметров, по которым значимых различий не обнаружено, руководители без дополнительного образования в сфере управления персоналом демонстрируют более высокую удовлетворенность по сравнению с руководителями без такового. Это может указывать на то, что руководители, имеющие дополнительное образование, начинают лучше понимать внутренние бизнес-процессы, происходящие в организации, связанные с управлением персоналом, и оценивают их эффективность более объективно, поэтому их удовлетворенность снижается.

Однако есть аспекты, которыми руководители с дополнительным образованием, более удовлетворены, среди них компетентность руководителей при оптимизации условий труда, а также цели обеспечения персоналом, цели формирования и развития кадрового потенциала и цели управления внутренней средой. Большая удовлетворенность этими аспектами системы управления персоналом показывает, что формирование у руководителей представлений о целях управления персоналом и специальных способов управления способствует осмысления данного процесса и делает его более управляемым.

Таблица 3.16. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и без такового

по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	ОП Цели	3.20±0.2	2.89±0.4	1363	0.146
2	ОП Методология	3.22±0.1	3.40±0.1	1274	0.066
3	ОП Компетентность руководителей	2.73±0.3	3.30±0.3	1140	0.008*
4	ОП Контроль	2.65±0.3	3.37±0.2	996	< 0.001*
5	ОП Распределение ответственности	2.92±0.2	3.14±0.2	1411	0.286
6	ОП Компетентность сотрудников	2.94±0.2	2.96±0.3	1553	0.786
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.17±0.1	3.34±0.2	1280	0.072
8	ОУТ Цели	2.92±0.3	3.18±0.2	1428	0.291
9	ОУТ Методология	3.09±0.2	3.33±0.2	1255	0.051
10.	ОУТ Компетентность руководителей	2.61±0.3	2.42±0.4	1526	0.672
11	ОУТ Контроль	2.54±0.3	3.00±0.4	1257	0.044*
12	ОУТ Распределение ответственности	2.78±0.2	2.88±0.3	1467	0.448
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.42±0.3	2.82±0.4	1297	0.071
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.01±0.2	3.23±0.2	1275	0.086
15	ФКП Цели	3.39±0.2	3.33±0.3	1573	0.876
16	ФКП Методология	3.20±0.2	3.40±0.2	1378	0.201
17	ФКП Компетентность руководителей	2.89±0.3	3.00±0.4	1466	0.431
18	ФКП Контроль	2.68±0.3	3.20±0.3	1167	0.010*
19	ФКП Распределение ответственности	3.11±0.2	3.14±0.3	1541	0.739
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.15±0.2	3.22±0.3	1418	0.267
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.25±0.1	3.35±0.2	1385	0.225
22	УВС Цели	3.14±0.3	3.13±0.3	1587	0.951
23	УВС Методология	2.81±0.3	2.97±0.3	1463	0.434
24	УВС Компетентность руководителей	2.08±0.4	2.31±0.5	1443	0.367
25	УВС Контроль	2.01±0.4	2.38±0.5	1377	0.198
26	УВС Распределение ответственности	2.48±0.3	2.63±0.4	1452	0.401
27	УВС Компетентность сотрудников	2.10±0.3	2.49±0.4	1321	0.103
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	2.96±0.2	3.05±0.3	1409	0.376
29	ОДС Цели	3.18±0.2	3.22±0.4	1419	0.270
30	ОДС Методология	3.04±0.2	3.17±0.4	1241	0.035*
31	ОДС Компетентность руководителей	2.58±0.3	2.71±0.5	1397	0.238
32	ОДС Контроль	2.85±0.3	3.18±0.4	1184	0.012*
33	ОДС Распределение ответственности	2.96±0.3	3.01±0.4	1391	0.225
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.82±0.3	2.98±0.4	1401	0.234
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.13±0.2	3.37±0.3	1228	0.043*
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.82±0.18	3.01±0.25	1298	0.090

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

С целью сравнения удовлетворенности руководителей в зависимости от продолжительности общего стажа работы все руководители с высшим образованием были разделены на 8 групп. В первую группу вошли 2 руководителя с общим стажем до 5 лет, вторая группа была сформирована из 15 руководителей со стажем 6-10 лет, третья группа состояла из 13 руководителей со стажем 11-15 лет. В четвертой группе было 16 человек проработавших от 16 до 20 лет, пятая группа включала 24 человека с общим стажем 21-25 лет, шестая группа – 21 руководителя со стажем 26-30 лет, седьмая группа -8 руководителей со стажем 31-35 лет и в восьмой группе были 17 руководителей с общим стажем более 36 лет.

При сравнении описанных групп были выявлены значимые различия в удовлетворенности руководителей с разной продолжительностью общего стажа по следующим параметрам: компетентность руководителей в обеспечении персоналом, компетентность руководителей при формировании и развитии кадрового потенциала, методология оценки деятельности сотрудников (Таблица 3.17.). Наибольшая удовлетворенность компетентностью руководителей в обеспечении персоналом выявлена у руководителей с продолжительностью общего стажа 26-30 лет, а наименьшая – в группе руководителей со стажем 6-10 лет. Наибольшая удовлетворенность компетентностью руководителей при формировании и развитии кадрового потенциала обнаружена в группе со стажем 16-20 лет, а наименьшая – в группе со стажем 6-10 лет. Больше всех удовлетворены методологией оценки деятельности сотрудников руководители, проработавшие в МО более 36 лет, а наименее удовлетворенными этой характеристикой оказались руководители с общим стажем 6-10 лет. Следовательно, по данным характеристикам наименее удовлетворенными оказались руководители с небольшим общим стажем работы, а по мере увеличения продолжительности общего стажа удовлетворенность возрастает. Эта тенденция, в основном, характерна для большинства показателей по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом». Рост удовлетворенности системой управления персоналом по

мере увеличения продолжительности общего стажа указывает на то, что в ходе работы возрастает профессионализм и включенность работника в реализацию основных процессов управления.

Таблица 3.17. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием с разной продолжительностью общего стажа по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	3.5	2.8±0.6	3±0.7	3.13±0.6	3.38±0.4	3±0.4	2.75±1.1	3.12±0.7	6.78	0.452
2	ОП Методология	3.17	3.11±0.3	3.27±0.3	3.21±0.4	3.33±0.2	3.3±0.2	3.36±0.4	3.47±0.2	3.76	0.807
3	ОП Компетентность руководителей	4	2.23±0.8	2.65±0.7	3.34±0.5	2.98±0.5	3.4±0.4	2.63±1.1	2.85±0.7	16.71	0.019*
4	ОП Контроль	3	2.3±0.7	3.08±0.4	3±0.6	2.98±0.5	3.07±0.4	2.75±1.1	3.15±0.7	7.71	0.359
5	ОП Распределение ответственности	3.38	2.98±0.4	2.67±0.6	3.2±0.4	3.07±0.4	3.01±0.4	3.24±0.6	2.82±0.7	3.47	0.838
6	ОП Компетентность сотрудников	4	3.27±0.3	2.85±0.4	3.19±0.6	2.96±0.4	2.81±0.5	2.75±1.1	2.65±0.8	7.57	0.372
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.38	3.02±0.3	3.1±0.3	3.23±0.4	3.28±0.2	3.27±0.2	3.28±0.5	3.39±0.2	5.02	0.657
8	ОУТ Цели	3.5	2.73±0.6	2.92±0.5	3.56±0.3	3±0.5	2.86±0.4	2.75±1.1	3.12±0.6	11.06	0.136
9	ОУТ Методология	3.88	3.11±0.3	3.16±0.3	3.22±0.3	3.27±0.4	3.02±0.3	2.7±1.1	3.44±0.3	10.75	0.15
10	ОУТ Компетентность руководителей	2	1.8±0.8	2.92±0.6	2.75±0.6	3±0.5	2.19±0.5	2.13±1.3	2.71±0.8	12.93	0.074
11	ОУТ Контроль	1.5	2.13±0.8	2.92±0.7	2.88±0.7	2.88±0.6	2.81±0.5	2±1.2	3.06±0.7	10.17	0.179
12	ОУТ Распределение ответственности	2.83	2.27±0.7	2.82±0.4	3.17±0.3	2.97±0.5	2.71±0.5	2.67±1.1	3±0.7	9.79	0.201

13	ОУТ Компетентность сотрудников	3	2±0.8	2.54±0.8	3.13±0.4	2.71±0.6	2.52±0.6	1.75±1.3	2.82±0.7	9.04	0.250
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.39	2.86±0.3	3.04±0.3	3.21±0.3	3.16±0.4	2.95±0.3	3.03±0.7	3.34±0.3	8.49	0.292
15	ФКП Цели	3.5	3.27±0.3	3.15±0.3	3.56±0.3	3.42±0.4	3.1±0.5	3.63±0.4	3.59±0.5	10.93	0.142
16	ФКП Методология	3.17	3.01±0.4	3.06±0.4	3.18±0.6	3.34±0.4	3.41±0.3	3.42±0.6	3.49±0.3	8.43	0.296
17	ФКП Компетентность руководителей	3	1.67±0.8	3±0.6	3.44±0.4	2.96±0.5	3.1±0.4	3.25±0.6	3.12±0.8	19.26	0.007*
18	ФКП Контроль	1	2.4±0.8	2.54±0.8	3.38±0.4	3.13±0.4	3±0.5	2.25±1.3	3.12±0.7	13.8	0.055
19	ФКП Распределение ответственности	2.83	2.9±0.5	2.96±0.4	3.31±0.4	3.03±0.5	3.29±0.3	3.4±0.6	3.12±0.6	4.74	0.692
20	ФКП Компетентность сотрудников	3	2.93±0.6	2.85±0.6	3.38±0.4	3.42±0.4	3.05±0.4	3.63±0.4	3.12±0.7	10.97	0.140
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.02	2.98±0.3	3.04±0.4	3.39±0.4	3.4±0.2	3.31±0.2	3.41±0.5	3.42±0.3	9.91	0.194
22	УВС Цели	3.5	3.07±0.4	2.85±0.7	3.31±0.6	3.46±0.4	2.76±0.6	3.25±1.2	3.18±0.7	11.55	0.116
23	УВС Методология	3.5	2.4±0.6	2.97±0.5	3.14±0.4	2.81±0.5	2.89±0.4	3.25±0.6	2.79±0.8	6.92	0.438
24	УВС Компетентность руководителей	0	1.87±0.8	2.15±1.0	2.88±0.7	2.17±0.7	2.05±0.7	2.13±1.5	2.24±0.9	7.45	0.383
25	УВС Контроль	1.5	1.8±0.8	2.15±1.0	2.63±0.7	2.17±0.7	1.81±0.7	2.63±1.1	2.29±0.9	4.42	0.730
26	УВС Распределение ответственности	2.75	1.92±0.8	2.32±0.8	2.81±0.6	2.45±0.6	2.63±0.6	3.21±0.6	2.66±0.8	5.42	0.609
27	УВС Компетентность сотрудников	1.5	1.87±0.8	2.08±0.9	2.63±0.7	2.42±0.6	2.33±0.7	2±1.5	2.24±0.9	3.03	0.882
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.13	2.63±0.4	2.87±0.5	3.11±0.4	3.05±0.4	2.99±0.3	3.27±0.6	3.09±0.6	7.74	0.356
29	ОДС Цели	3.5	2.93±0.6	3.15±0.3	3.44±0.3	3.17±0.6	2.9±0.6	3.38±0.6	3.53±0.5	8.57	0.285
30	ОДС Методология	3.5	2.31±0.8	2.92±0.6	3.42±0.4	2.99±0.6	3.16±0.4	3.31±0.5	3.5±0.5	14.25	0.047*
31	ОДС Компетентность руководителей	0	1.8±0.8	2.46±0.9	3.25±0.4	2.83±0.6	2.57±0.7	3.25±0.6	2.71±0.9	13.83	0.054
32	ОДС Контроль	2	2.27±0.8	2.85±0.6	3.31±0.6	2.92±0.6	3.1±0.6	3.25±0.6	3.29±0.7	12.42	0.088
33	ОДС Распределение ответственности	4	2.44±0.7	2.95±0.7	3.17±0.6	2.83±0.6	3.13±0.5	3.33±0.5	3.08±0.7	7.89	0.343
34	ОДС Компетентность сотрудников	3.5	2.07±0.8	2.69±0.9	3.31±0.6	3±0.6	2.71±0.7	3.13±1.1	3.18±0.7	12.17	0.095
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТ	3.67	2.79±0.5	3.09±0.4	3.4±0.4	3.21±0.4	3.26±0.3	3.34±0.5	3.39±0.5	9.79	0.201

	И СОТРУДНИКОВ (ОДС)										
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.78±0.88	2.46±0.43	2.8±0.46	3.18±0.32	2.97±0.37	2.86±0.33	2.90±0.42	3.01±0.52	9.15	0.242

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Для анализа удовлетворенности руководителей с высшим образованием в зависимости от стажа управленческой работы руководителей поделили на 6 групп. В первую группу вошли 43 человека с управленческим стажем менее 5 лет. Вторая группа была представлена 26 руководителями со стажем управленческой работы 6-10 лет, третья группа – 22 руководителями с управленческим стажем 11-15 лет, четвертая группа – 11 руководителями с управленческим стажем 16-20 лет, пятая группа – 6 руководителями со стажем 21-25 лет. Последняя шестая группа состояла из 8 человек, управленческий стаж которых составил более 26 лет.

Таблица 3.18. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием с разной продолжительностью управленческого стажа по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»		Группы						Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	2.84±0.3	3.31±0.4	3.14±0.4	3.09±0.8	3.00±0.7	3.50±1.2	10.62	0.060
2	ОП Методология	3.15±0.2	3.40±0.2	3.34±0.2	3.34±0.4	3.21±0.4	3.59±0.4	6.43	0.267
3	ОП Компетентность руководителей	2.74±0.4	2.96±0.5	3.16±0.5	3.27±0.6	2.17±1.8	3.56±0.4	7.88	0.163
4	ОП Контроль	2.83±0.3	2.83±0.6	2.98±0.5	3.23±0.6	2.50±1.4	3.63±0.5	6.77	0.238

5	ОП Распределение ответственности	2.97±0.2	2.92±0.5	3.08±0.4	3.23±0.5	2.83±0.6	3.06±0.8	2.8	0.730
6	ОП Компетентность сотрудников	3.02±0.2	2.85±0.5	2.86±0.6	3.00±0.9	2.83±0.4	3.13±0.8	1.46	0.918
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.09±0.2	3.34±0.2	3.32±0.2	3.29±0.5	3.09±0.4	3.46±0.5	6.88	0.230
8	ОУТ Цели	3.07±0.3	2.85±0.5	2.91±0.4	3.09±0.8	2.67±0.6	3.75±0.4	10.42	0.064
9	ОУТ Методология	3.18±0.2	3.16±0.3	3.09±0.4	3.27±0.4	2.85±0.9	3.65±0.5	6.34	0.275
10	ОУТ Компетентность руководителей	2.33±0.4	2.69±0.5	2.45±0.6	2.91±0.8	2.00±1.3	3.25±0.9	6.91	0.227
11	ОУТ Контроль	2.67±0.4	2.58±0.6	2.45±0.6	3.27±0.6	2.17±1.2	3.75±0.4	11.85	0.037 *
12	ОУТ Распределение ответственности	2.67±0.3	2.74±0.6	2.98±0.4	2.92±0.7	2.78±1.0	3.33±0.8	7.03	0.219
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.51±0.4	2.38±0.6	2.45±0.6	2.82±0.8	2.67±0.9	3.5±0.5	5.71	0.335
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.04±0.2	3.08±0.3	3.11±0.3	3.22±0.4	2.74±0.8	3.54±0.5	7.22	0.205
15	ФКП Цели	3.12±0.3	3.27±0.5	3.64±0.2	3.64±0.3	3.33±0.9	4.00±0.0	16.58	0.005 *
16	ФКП Методология	3.16±0.2	3.08±0.4	3.53±0.3	3.48±0.5	3.50±0.6	3.46±0.6	8.56	0.128
17	ФКП Компетентность руководителей	2.65±0.4	2.85±0.6	3.09±0.5	3.45±0.5	3.00±0.9	3.5±0.9	9.7	0.084
18	ФКП Контроль	2.56±0.4	2.92±0.5	3.18±0.4	3.18±0.8	2.67±1.6	3.38±0.9	8.14	0.148
19	ФКП Распределение ответственности	3.04±0.2	2.99±0.5	3.47±0.3	3.48±0.5	2.25±1.2	3.25±0.9	14.73	0.012 *
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.02±0.3	3.19±0.4	3.23±0.6	3.45±0.5	3.33±0.9	3.38±0.6	5.43	0.365
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.11±0.2	3.33±0.2	3.45±0.3	3.47±0.4	3.21±0.5	3.44±0.7	9.93	0.077
22	УВС Цели	3.00±0.3	3.19±0.5	3.09±0.6	3.18±0.8	3.33±0.9	3.63±0.9	6.41	0.268
23	УВС Методология	2.87±0.3	2.56±0.5	2.98±0.5	3.30±0.5	2.47±1.5	3.29±0.9	6.87	0.230
24	УВС Компетентность руководителей	2.07±0.5	2.08±0.6	2.41±0.7	2.36±1.0	1.33±1.6	2.75±1.2	4.46	0.486
25	УВС Контроль	2.09±0.4	1.77±0.6	2.55±0.7	2.27±1.1	1.83±1.5	2.75±1.2	5.76	0.330
26	УВС Распределение ответственности	2.53±0.4	2.37±0.6	2.44±0.7	2.59±1.0	2.72±0.7	3.21±0.8	3.1	0.684
27	УВС Компетентность сотрудников	2.33±0.4	2.04±0.6	2.00±0.7	2.91±0.8	1.17±1.4	3.13±0.8	10.24	0.069
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	2.94±0.2	2.77±0.4	3.23±0.3	3.16±0.5	2.83±0.7	3.28±0.8	5.89	0.317
29	ОДС Цели	3.09±0.3	3.12±0.5	3.18±0.5	3.27±0.8	3.33±0.9	3.88±0.3	7.79	0.168
30	ОДС Методология	2.84±0.4	3.03±0.5	3.18±0.4	3.53±0.4	3.06±1.0	3.79±0.3	9.67	0.085
31	ОДС Компетентность руководителей	2.42±0.4	2.69±0.6	2.55±0.7	2.91±0.9	2.50±1.6	3.50±0.9	6.21	0.286
32	ОДС Контроль	2.77±0.4	2.85±0.6	3.18±0.4	3.00±1.1	3.00±1.2	3.88±0.3	10.69	0.058
33	ОДС Распределение ответственности	2.88±0.4	2.84±0.6	3.03±0.4	3.24±0.8	3.00±0.8	3.54±0.6	4.67	0.457

34	ОДС Компетентность сотрудников	2.7±0.4	2.77±0.6	3.09±0.5	2.91±1.0	2.67±1.6	3.75±0.4	7.2	0.206
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.09±0.2	3.16±0.5	3.28±0.3	3.47±0.4	3.06±0.8	3.7±0.4	8.14	0.149
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.77±0.21	2.81±0.40	2.96±0.33	3.12±0.56	2.67±0.43	3.46±0.53	9.69	0.085

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

При сравнении этих групп были выявлены значимые различия по таким показателям как контроль в оптимизации условий труда, цели и распределение ответственности при формировании и развитии кадрового потенциала (Таблица 3.18.). Оказалось, что контролем в оптимизации условий труда и целями формирования и развития кадрового потенциала больше всего удовлетворены руководители с самым длительным управленческим стажем (более 36 лет). А распределение ответственности при формировании и развитии кадрового потенциала более всего устраивает руководителей с управленческим стажем 16-20 лет. В целом можно сказать, что самая высокая удовлетворенность основными процессами управления персоналом (по всем шкалам анкеты) обнаруживается у руководителей с самым длительным стажем управленческой работы.

Наименьшей удовлетворенностью в вопросах обеспечения персоналом характеризуются руководители с управленческим стажем до 5 лет и с 21-25 лет, оптимизации условий труда – руководители со стажем менее 5 лет, формирования и развития кадрового потенциала – руководители со стажем до 5 лет, управления внутренней средой – руководители с управленческим стажем 6-10 лет, оценки деятельности сотрудников – руководители со стажем 21-25 лет.

3.2.2. Удовлетворенность руководителей со средним образованием внутренней действующей системой управления персоналом

Далее анализировали удовлетворенность системой управления персоналом руководителей со средним образованием. Общее количество

руководителей со средним образованием составило 34 человека, средний уровень их удовлетворенности системой управления персоналом составил 2.87±0.25.

Так как все руководители со средним образованием были женского пола, то сравнительный анализ проводили в зависимости от возраста, наличия дополнительного образования в сфере управления персоналом, от продолжительности общего и управленческого стажа и от уровня компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом.

Для сравнения удовлетворенности системой управления персоналом в зависимости от возраста всех руководителей со средним образованием разделили на 8 групп, но в некоторых из них совсем не было представителей или равнялось 1 до 3, в таких группах не было возможности вычислить адекватный 95% доверительный интервал и они исключались из дальнейшего анализа. Группы по возрасту были выделены те, что и для анализа удовлетворенности руководителей с высшим образованием. Первая группа состояла из руководителей в возрасте до 30 лет, все последующие группы формировались из руководителей на 1-5 лет старше предыдущей группы, последняя группа включала руководителей старше 61 года. В данном случае удовлетворенность сравнивали в группах руководителей в возрасте до 30 лет (4 человека), в возрасте 36-40 лет (5 человек), в возрасте 41-45 лет (10 человек), 46-50 лет (6 человек) и в возрасте 51-55 лет (7 человек), все остальные группы были исключены из анализа по причине малой численности.

Сравнительный анализ руководителей со средним образованием разного возраста не выявил значимых различий (Таблица 3.19.). При анализе тенденций удалось выявить, что обеспечение персоналом, оптимизация условий труда, формирование и развитие кадрового потенциала более всего удовлетворяет группу руководителей со средним образованием в возрасте 46-50 лет, а управление внутренней средой, оценка деятельности сотрудников – группу руководителей в возрасте 36-40 лет. Менее всего удовлетворены обеспечением персоналом, оптимизацией условий труда руководители в

возрасте 41-45 лет, формированием и развитием кадрового потенциала, оценкой деятельности сотрудников – руководители в возрасте 51-55 лет, управлением внутренней средой – руководители до 30 лет.

Таблица 3.19. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей со средним образованием разного возраста по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	1.5±2.8	3	2±2.3	3.4±0.9	3±1.6	2.29±1.6	0	-	9.32	0.156
2	ОП Методология	3.05±0.6	3	2.55±1.9	3.03±0.3	3.52±0.4	3.22±0.9	3	-	5.59	0.470
3	ОП Компетентность руководителей	1.75±3.3	3	2.4±1.8	2.4±0.8	3.25±0.3	2±1.6	0	-	5.38	0.496
4	ОП Контроль	2.88±1.0	3	1.8±2.1	2.55±0.7	3.5±0.5	2±1.6	3	-	7.03	0.318
5	ОП Распределение ответственности	3.02±1.2	3	3.18±0.8	3.1±0.5	3.46±0.4	2.89±1.0	3.25	-	1.64	0.949
6	ОП Компетентность сотрудников	3.25±0.8	3	2.8±2.0	2.4±0.9	3.33±0.5	3±1.4	3	-	4.49	0.611
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.04±0.7	3	3.27±0.7	3.02±0.3	3.48±0.3	3.04±0.9	3.11	-	4.53	0.605
8	ОУТ Цели	3.5±0.9	3	3.6±0.7	3.2±0.5	3.33±0.9	2.57±1.4	4	-	4.39	0.624
9	ОУТ Методология	3.43±0.9	3	3.39±0.7	2.96±0.4	3.47±0.6	2.71±1.4	3.33	-	3.81	0.702
10	ОУТ Компетентность руководителей	3±1.3	3	1.6±2.1	2.6±0.7	3.67±0.6	2.86±1.6	2	-	8.16	0.227
11	ОУТ Контроль	3±0.0	3	2.8±1.0	2.9±0.7	3.5±0.6	2.86±1.6	2	-	4.24	0.645
12	ОУТ Распределение ответственности	2.33±2.5	3	3.47±0.6	3.07±0.5	3.28±0.8	2.62±1.5	2	-	4.35	0.629
13	ОУТ Компетентность сотрудников	3.5±0.9	3	2.8±2.0	2.4±1.0	3.33±0.5	2.43±1.3	2	-	6.57	0.363
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.28±0.7	3	3.37±0.7	2.94±0.4	3.45±0.5	3.1±0.9	2.67	-	5.56	0.475
15	ФКП Цели	3.75±0.8	3	3±2.2	3.5±0.4	3.67±0.6	3±1.4	3	-	2.9	0.822

16	ФКП Методология	3.5±0.9	3	3.6±0.7	3.35±0.5	3.75±0.4	3.33±0.7	2.5	-	4.92	0.554
17	ФКП Компетентность руководителей	3.5±0.9	3	2.4±2.1	3±0.5	3.5±0.9	2.29±1.8	3	-	3.6	0.731
18	ФКП Контроль	3.75±0.8	3	3.6±0.7	3.1±0.5	3.67±0.6	3±1.4	3	-	5.06	0.536
19	ФКП Распределение ответственности	3.25±0.5	3	3.6±0.7	3.2±0.5	3.61±0.4	2.81±1.4	3	-	3.71	0.715
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.5±0.9	3	3.4±0.7	3±0.8	3.83±0.4	2.86±1.4	0	-	7.8	0.253
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.51±0.6	3	3.53±0.7	3.25±0.4	3.68±0.4	3.2±0.8	2.88	-	3.79	0.705
22	УВС Цели	2.5±2.8	3	3.4±0.7	2.9±0.9	3.5±0.6	3.29±1.0	0	-	5.05	0.537
23	УВС Методология	3±0.0	3	3.33±0.8	2.48±1.1	2.78±1.6	3.33±0.9	3	-	2.66	0.850
24	УВС Компетентность руководителей	1.5±2.8	3	2±2.5	1±1.0	2±1.8	2.14±1.7	0	-	4.52	0.607
25	УВС Контроль	1.5±2.8	3	3.2±1.0	1.3±1.1	2.33±2.1	2.29±1.8	0	-	6.99	0.322
26	УВС Распределение ответственности	3±0.0	3	3.6±0.7	2.65±0.8	2.83±1.5	2.67±1.5	3	-	4.01	0.676
27	УВС Компетентность сотрудников	2.25±2.4	3	2.6±2.1	2.1±1.1	3.33±0.5	2±1.5	0	-	5.51	0.480
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.02±0.1	3	3.34±0.8	3.04±0.5	3.27±0.5	3.14±0.9	3	-	1.1	0.981
29	ОДС Цели	3.5±0.9	3	3.6±0.7	3.3±0.5	3.67±0.6	2.43±1.7	3	-	3.88	0.693
30	ОДС Методология	3.17±1.4	3	3.4±0.5	3.23±0.4	3.5±0.6	2.26±1.6	3	-	3.2	0.784
31	ОДС Компетентность руководителей	3±1.3	3	2.6±1.9	2.6±0.8	2.67±1.6	1.57±1.7	3	-	2.5	0.868
32	ОДС Контроль	2.75±3.0	3	2.8±2.0	3.1±0.5	3.33±0.9	2±1.9	3	-	1.52	0.958
33	ОДС Распределение ответственности	3.5±0.9	3	3.53±0.6	3.2±0.5	3.56±0.5	2.45±1.6	3	-	3.55	0.737
34	ОДС Компетентность сотрудников	2±3.7	3	3.4±0.7	3.1±0.5	3±0.9	2.14±1.5	3	-	2.55	0.863
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.33±1.1	3	3.46±0.6	3.17±0.4	3.39±0.6	3.03±0.9	3	-	1.89	0.929
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.9±0.87	3	2.98±0.67	2.8±0.39	3.31±0.54	2.58±1.15	2.2	-	4.84	0.564

Сравнительный анализ удовлетворенности руководителей со средним образованием в зависимости от наличия дополнительного образования в сфере управления персоналом проводили путем разделения на две группы. В одной группе объединили руководителей, имеющих дополнительное образование, их было 21 человек, а в другой группе были 13 руководителей без дополнительного образования. Сравнение этих двух групп не выявило

значимых различий между ними в удовлетворенности системой управления персоналом (Таблица 3.20.). В целом можно сказать, что по всем шкалам теста «Оценка системы управления персоналом» удовлетворенность выше в группе руководителей, имеющих дополнительное образование в вопросах управления персоналом по сравнению с группой без такового. Это указывает на то, что в случае среднего медицинского персонала лучшее понимание бизнес-процессов управления сотрудниками связано с более правильными подходами к управлению ими, что способствует повышению удовлетворенностью всей системой в целом.

Таблица 3.20. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей со средним образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и без такового по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	ОП Цели	2.33±0.8	2.92±0.9	112	0.368
2	ОП Методология	3.13±0.4	3.01±0.4	108	0.319
3	ОП Компетентность руководителей	2.4±0.7	2.23±0.8	117	0.493
4	ОП Контроль	2.43±0.7	2.77±0.5	134	0.942
5	ОП Распределение ответственности	3.34±0.2	2.78±0.5	84	0.062
6	ОП Компетентность сотрудников	3±0.5	2.69±0.8	117.5	0.457
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.29±0.2	2.91±0.4	88	0.088
8	ОУТ Цели	3.29±0.4	3.08±0.5	112	0.349
9	ОУТ Методология	3.25±0.4	2.94±0.5	96	0.153
10.	ОУТ Компетентность руководителей	2.86±0.6	2.54±0.6	105	0.253
11	ОУТ Контроль	3.14±0.4	2.69±0.6	99	0.162
12	ОУТ Распределение ответственности	3.08±0.4	2.74±0.7	113.5	0.411
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.9±0.5	2.54±0.8	119	0.504
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.33±0.2	2.89±0.5	89	0.095
15	ФКП Цели	3.52±0.4	3.08±0.7	95.5	0.105
16	ФКП Методология	3.52±0.3	3.31±0.4	109.5	0.314

17	ФКП Компетентность руководителей	2.9±0.6	2.92±0.6	127.5	0.750
18	ФКП Контроль	3.24±0.5	3.46±0.4	124	0.638
19	ФКП Распределение ответственности	3.35±0.4	3.08±0.5	99.5	0.180
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.19±0.5	3.08±0.7	122	0.586
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.46±0.2	3.21±0.4	110.5	0.362
22	УВС Цели	3.05±0.6	3±0.6	115	0.422
23	УВС Методология	2.9±0.6	2.97±0.5	120.5	0.566
24	УВС Компетентность руководителей	1.52±0.8	1.85±0.9	120.5	0.562
25	УВС Контроль	1.9±0.8	2.15±0.9	127.5	0.754
26	УВС Распределение ответственности	3.02±0.5	2.67±0.7	106	0.267
27	УВС Компетентность сотрудников	2.48±0.7	2.15±0.9	113.5	0.399
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.26±0.2	2.94±0.5	107.5	0.293
29	ОДС Цели	3.24±0.5	3.23±0.4	117.5	0.471
30	ОДС Методология	2.99±0.5	3.23±0.4	131	0.856
31	ОДС Компетентность руководителей	2.19±0.7	2.92±0.6	103.5	0.230
32	ОДС Контроль	2.57±0.7	3.23±0.4	116	0.454
33	ОДС Распределение ответственности	3.12±0.5	3.28±0.4	134	0.941
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.67±0.6	3±0.7	116.5	0.467
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.26±0.3	3.21±0.4	129.5	1.000
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.88±0.34	2.85±0.44	127.0	0.750

Сравнение удовлетворенности руководителей со средним образованием с разной продолжительностью их общего стажа было выполнено путем разделения на 8 групп. Группы руководителей с общим стажем 6-10 лет и более 36 лет состояли каждая из 1 человека, а группы со стажем до 5 лет и 11-15 лет – из 3 человек, поэтому они были исключены из анализа. Сравнивали оставшиеся группы: со стажем 16-20 лет (6 человек), 21-25 лет (7 человек), 26-30 лет (8 человек) и 31-35 лет (5 человек). Значимых различий между рассмотренными группами обнаружено не было (Таблица 3.21.).

Таблица 3.21. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей со средним образованием с разной

продолжительностью общего стажа по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Группы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	1	3	3	2.33±2.0	3.43±1.4	3±1.2	2±2.3	0	9.92	0.193
2	ОП Методология	2.93	3.4	2.86	2.78±1.5	2.91±0.3	3.33±0.7	3.48±0.6	3	8.46	0.294
3	ОП Компетентность руководителей	2.33	0	2.67	2.5±1.5	2.43±1.2	2.56±1.2	2.4±1.9	0	4.4	0.733
4	ОП Контроль	2.83	3	2.83	2.08±1.7	2.43±1.1	2.81±1.3	2.4±1.9	3	2.29	0.942
5	ОП Распределение ответственности	2.92	3.33	2.83	3.49±0.6	3±0.7	3.03±0.9	3.25±0.6	3.25	3.73	0.810
6	ОП Компетентность сотрудников	3.33	3	3	2.83±1.5	2.14±1.4	2.88±1.1	3.6±0.7	3	6.51	0.481
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	2.96	3.27	2.84	3.39±0.5	2.97±0.4	3.2±0.7	3.28±0.5	3.11	6.31	0.504
8	ОУТ Цели	3.33	4	3	3.67±0.6	2.86±0.6	3.38±0.9	2.6±0.9	4	9.75	0.203
9	ОУТ Методология	3.36	3.67	2.87	3.49±0.4	2.92±0.6	2.82±1.3	3.35±0.6	3.33	4.65	0.703
10	ОУТ Компетентность руководителей	3	3	2.67	1.83±1.7	2.86±0.8	2.75±1.5	3.6±0.7	2	5.99	0.541
11	ОУТ Контроль	3	3	2.67	3.33±0.9	3±0.8	2.5±1.3	3.6±0.7	2	5.83	0.560
12	ОУТ Распределение ответственности	2.11	3	3	3.39±0.5	2.81±0.8	2.92±1.3	3.33±0.9	2	5.47	0.602
13	ОУТ Компетентность сотрудников	3.33	4	3	2.83±1.5	2.57±1.2	2.38±1.5	3±0.0	2	4.84	0.679
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.21	3.5	2.89	3.43±0.4	2.9±0.6	3.17±0.8	3.35±0.6	2.67	6.92	0.438
15	ФКП Цели	3.67	4	2	3.83±0.4	3.43±0.5	3.13±1.2	3.6±0.7	3	8.31	0.306
16	ФКП Методология	3.33	4	3.11	3.75±0.4	3.17±0.7	3.67±0.6	3.4±0.7	2.5	9.21	0.238
17	ФКП Компетентность руководителей	3.33	4	2.67	2.67±1.6	3±0.8	2.88±1.4	2.8±2.0	3	2.68	0.913
18	ФКП Контроль	3.67	4	3.33	3.17±0.8	3.14±0.6	3.5±1.2	3.2±1.0	3	6.63	0.469
19	ФКП Распределение ответственности	3.11	3.67	3	3.78±0.4	3±0.7	3.13±1.2	3.33±0.8	3	7.57	0.372
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.33	4	3	3.33±0.5	3±1.3	3.25±1.2	3.4±0.7	0	6.39	0.495

21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.38	3.9	3.03	3.61± 0.4	3.15± 0.6	3.49± 0.7	3.38± 0.7	2.88	5.67	0.579
22	УВС Цели	2.33	3	2	3.5±0. 6	3±0.8	3.38± 0.9	3.6±0. 7	0	8.9	0.26
23	УВС Методология	3	3	2	3.33± 0.6	2.36± 1.2	3.38± 0.8	3±2.2	3	6.65	0.466
24	УВС Компетентность руководителей	2	0	1	2±1.9	1.14± 1.5	2.13± 1.4	2±2.5	0	4.58	0.711
25	УВС Контроль	2	0	2	2.5±0. 6	1.57± 1.5	2.13± 1.7	2.6±2. 1	0	4.5	0.720
26	УВС Распределение ответственности	3	3	3.17	3.44± 0.7	2.9±0. 7	2.38± 1.5	2.73± 2.0	3	1.66	0.976
27	УВС Компетентность сотрудников	2	3	1.67	2.67± 1.6	2.71± 1.3	2.25± 1.4	2.6±1. 9	0	4.11	0.767
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.03	3	3	3.27± 0.6	2.9±0. 7	3.26± 0.8	3.33± 0.8	3	3.65	0.819
29	ОДС Цели	3.33	4	3	3.67± 0.6	3.29± 0.7	3.13± 1.2	2.8±2. 0	3	4.37	0.737
30	ОДС Методология	2.89	4	3.11	3.39± 0.4	3.05± 0.6	3.17± 1.2	2.57± 1.9	3	5.9	0.552
31	ОДС Компетентность руководителей	2.67	4	3	2.5±1. 5	2.29± 1.6	2.5±1. 3	1.8±2. 2	3	3.01	0.884
32	ОДС Контроль	2.33	4	3	2.67± 1.6	3.14± 0.6	3±1.3	2.2±2. 5	3	2.36	0.938
33	ОДС Распределение ответственности	3.33	4	3.22	3.33± 0.7	3.24± 0.7	3.17± 1.2	2.7±1. 9	3	2.81	0.902
34	ОДС Компетентность сотрудников	1.33	4	3	3.17± 0.8	3±0.8	2.88± 1.2	2.4±1. 9	3	3.63	0.821
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.1	4	3.1	3.33± 0.5	3.14± 0.6	3.45± 0.7	3.02± 0.9	3	4.57	0.713
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.8	3.2	2.72± 0.60	3.04± 0.46	2.79± 0.61	2.91± 1.01	2.91± 0.86	2.2	3.83	0.799

Сравнение значений удовлетворенности позволило выявить, что наиболее довольны реализацией таких процессов, как обеспечением персоналом, оптимизацией условий труда, формированием и развитием кадрового потенциала руководители с общим стажем 16-20 лет, наименее удовлетворенными этими аспектами являются руководители, чей общий стаж составляет 21-25 лет. Руководители со стажем 31-35 лет больше всех довольны, как происходит управление внутренней средой, а недовольны этим процессом руководители с общим стажем 21-25 лет. Осуществление оценки деятельности сотрудников более всего удовлетворяет руководителей со стажем 26-30 лет, а

не довольны этим аспектом работы системы управления персоналом руководители, проработавшие в целом 31-35 лет.

Далее для анализа удовлетворенности в группах с разной продолжительностью стажа управленческой работы руководителей со средним образованием разделили на 6 групп. Первая группа была сформирована 13 руководителями, стаж управленческой работы которых составлял менее 5 лет. Вторая группа состояла из 9 руководителей с управленческим стажем 6-10 лет, третья группа – из 7 руководителей с управленческим стажем 11-15 лет, четвертая, пятая и шестая группа состояли из 1 или 2 человек, поэтому были исключены из сравнительного анализа. Статистический анализ позволил выявить значимые различия в удовлетворенности целями обеспечения персоналом, которая растет по мере увеличения продолжительности управленческого стажа (Таблица 3.22.). В целом обеспечением персоналом больше всего удовлетворены руководители с управленческим стажем 11-15 лет, а менее удовлетворены руководители, проработавшие на руководящей должности 6-10 лет. Наибольшая удовлетворенность оптимизацией условий труда и оценка деятельности сотрудников наблюдается у руководителей с малым управленческим стажем до 5 лет, а наименьшая – со стажем 6-10 лет. Формирование и развитием кадрового потенциала, управление внутренней средой больше всего устраивают руководителей со стажем управления 11-15 лет, а менее всего – со стажем управления 6-10 лет.

Таблица 3.22. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей со средним образованием с разной продолжительностью управленческого стажа по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

	Группы	

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет	Показатели значимости различий	
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	ОП Цели	1.85±1.1	2±1.2	3.71±0.5	3.5	4	4	12.339	0.030*
2	ОП Методология	2.88±0.6	3.01±0.5	3.41±0.5	3.44	2.91	3.75	5.064	0.408
3	ОП Компетентность руководителей	1.58±1.1	2.72±0.7	2.71±0.6	3.5	2.5	3.5	4.835	0.436
4	ОП Контроль	1.88±1.0	2.89±0.7	3.07±0.6	3	2.5	4	5.661	0.341
5	ОП Распределение ответственности	3.13±0.4	3.06±0.7	3.21±0.6	3.25	2.75	3.5	0.759	0.980
6	ОП Компетентность сотрудников	2.85±0.8	2.67±0.9	2.86±1.3	3.5	3	4	3.942	0.558
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.18±0.3	2.96±0.5	3.25±0.4	3.36	2.86	3.72	3.972	0.553
8	ОУТ Цели	3.31±0.7	3.11±0.7	3.29±0.7	3.5	2.5	3	3.574	0.612
9	ОУТ Методология	3.11±0.7	3±0.6	3.27±0.6	3.5	2.53	4	5.368	0.373
10	ОУТ Компетентность руководителей	2.23±0.9	3±0.8	3±1.2	3.5	2.5	4	4.561	0.472
11	ОУТ Контроль	2.69±0.6	3±0.8	3.14±1.0	3.5	3	4	3.779	0.582
12	ОУТ Распределение ответственности	2.74±0.8	2.85±0.6	3.38±0.7	3.67	2	4	8.571	0.127
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.85±0.9	2.89±0.6	2.43±1.6	3	2.5	3	1.339	0.931
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.26±0.3	2.96±0.6	3.23±0.6	3.5	2.5	3.83	6.061	0.300
15	ФКП Цели	3.08±0.9	3.33±0.5	3.71±0.5	3.5	3.5	4	2.101	0.835
16	ФКП Методология	3.35±0.4	3.35±0.3	3.76±0.6	3.5	2.92	4	5.41	0.368
17	ФКП Компетентность руководителей	2.62±1.0	2.67±0.7	3.43±0.7	3.5	3	4	4.439	0.488
18	ФКП Контроль	3.31±0.7	3.22±0.5	3.43±0.9	3.5	3	4	3.012	0.698
19	ФКП Распределение ответственности	3.15±0.6	3.11±0.5	3.62±0.7	3.5	2.83	3.33	5.04	0.411
20	ФКП Компетентность сотрудников	2.92±0.8	3.11±0.5	3.29±1.4	3.5	3.5	4	3.793	0.580
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.36±0.4	3.17±0.4	3.64±0.6	3.5	3.03	3.8	4.858	0.433

22	УВС Цели	2.85±0.8	2.78±1.1	3.57±0.7	3.5	2.5	4	5.438	0.365
23	УВС Методология	3±0.6	2.67±1.0	3.55±0.7	2	2	3.67	7.566	0.182
24	УВС Компетентность руководителей	1.38±1.1	1.67±1.2	2±1.5	2	1	3	1.724	0.886
25	УВС Контроль	1.85±1.1	1.89±1.3	2.14±1.6	3	1	4	3.364	0.644
26	УВС Распределение ответственности	3.08±0.6	2.94±0.6	2.71±1.3	2	2.5	3.67	2.382	0.794
27	УВС Компетентность сотрудников	2.15±1.0	2.44±1.0	2.14±1.9	3.5	2.5	3	1.875	0.866
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.23±0.3	2.9±0.6	3.37±0.7	3.33	2.42	3.6	6.722	0.242
29	ОДС Цели	3.23±0.7	3.22±0.5	3.14±1.4	3.5	3	4	1.703	0.888
30	ОДС Методология	3.01±0.7	3.11±0.4	3.14±1.3	3.5	2.33	4	6.254	0.282
31	ОДС Компетентность руководителей	2.23±1.0	2.78±0.6	2.43±1.3	3.5	1	4	5.892	0.317
32	ОДС Контроль	2.46±1.1	3.22±0.5	2.71±1.4	3.5	2.5	4	2.821	0.728
33	ОДС Распределение ответственности	3.21±0.7	3.28±0.3	2.9±1.3	3.5	2.83	4	2.693	0.747
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.46±1.1	3±0.4	3±0.9	3.5	2	4	4.429	0.489
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.36±0.3	3.14±0.4	3.16±0.7	3.5	2.56	4	3.962	0.555
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	2.68±0.54	2.87±0.49	3.07±0.52	3.3	2.55	3.78	4.36	0.498

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

3.3. Выявление иерархии социальных мотивов профессиональной деятельности руководителей медицинских организаций

Характеристика выборки (испытуемые). Всего было опрошено 150 добровольцев: 111 женщин и 39 мужчин, являющихся руководителями медицинских организаций. Среди опрошенных руководителей 116 человека были с высшим образованием и 34 человека со средним образованием (только женщины).

Процедура тестирования. Тестирование проводилось в on-line формате с использованием удаленного доступа (https://anketolog.ru/s/644422/rMWB8q6H). Время на заполнение анкеты не регламентировалось.

Обработка результатов. Результаты тестирования были сведены в общую таблицу, далее были вычислены баллы по каждой шкале анкеты отдельно для руководителей с высшим образованием и со средним образованием, а также в разных подгруппах в зависимости от пола, возраста, наличия повышения квалификации в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы. Для выявления значимых различий между группами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

3.3.1. Исследование социальных мотивов руководителей МО с высшим образованием (в зависимости от половозрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности)

Первоначально сравнивали ценностные установки руководителей МО с высшим и средним образованием. Значимых различий между социальными ценностными установками руководителей в зависимости от уровня образования выявлено не было (Таблица 3.23.). Но при качественном анализе сравнении иерархии ценностных установок различия все же есть. Общим для руководителей с разным уровнем образования является то, что на первом и втором месте, соответственно, у них у всех стоит социальные мотивы *служение* и *интеграция стилей жизни*. На третьем месте у руководителей с высшим образованием стоит мотив *профессиональная компетентность*, а у руководителей со средним образованием – мотив *стабильность*. Соответственно, на четвертом месте у руководителей с высшим образованием

– *стабильность*, а у руководителей со средним образованием – *профессиональная компетентность*. Остальная последовательность мотивов одинаковая для руководителей с высшим и со средним образованием: на пятом месте – *вызов*, на шестом – *автономия*, на седьмом – *менеджмент*, на восьмом – *предпринимательство*.

Таблица 3.23. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим и средним образованием, показатели значимости различий между группами (критерий Манна-Уитни – U, значимость различий– p)

№	Социальные ценностные установки	Руководители МО с высшим образованием	Руководители МО со средним образованием	Показатели значимости различий	
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Профессиональная компетентность	7.8±0.3	7.6±0.6	1787	0.407
2	Менеджмент	5.9±0.4	5.4±0.7	1654	0.153
3	Автономия	6.2±0.4	5.8±0.6	1698	0.218
4	Стабильность	7.3±0.3	7.7±0.5	1723	0.264
5	Служение	8.9±0.3	8.8±0.4	1730	0.268
6	Вызов	6.6±0.3	6.2±0.6	1724	0.266
7	Интеграция стилей жизни	8.0±0.2	8.3±0.5	1681	0.191
8	Предпринимательство	4.8±0.4	4.8±0.8	1962	0.966

Далее будем рассматривать социальные ценностные установки руководителей с высшим образованием в зависимости от их пола, возраста, наличия дополнительного образования в сфере управления персоналом, продолжительности общего и управленческого стажа и от уровня компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом.

Первоначально всех руководителей с высшим образованием разделили на две подгруппы в зависимости от пола. В первую подгруппу вошли 39 руководителей мужского пола, во вторую подгруппу – 77 руководителей женского пола. Сравнение руководителей разного пола позволило выявить значимые различия между ними (Таблица 3.24.). Значимые различия были обнаружены в степени ценности социальной установки *профессиональная*

компетентность, которая значимо выше у руководителей женского пола, и установки *предпринимательство*, которая выше у руководителей-мужчин.

Таблица 3.24. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием разного пола, показатели значимости различий между группами (критерий Манна-Уитни – U, значимость различий– p)

Социальные ценностные установки		Руководители с высшим образованием		Показатели значимости различий	
		Мужчины	Женщины		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Профессиональная компетентность	7.6±0.6	7.9±0.4	1349	0.374
2	Менеджмент	6.4±0.7	5.6±0.5	1165	0.049*
3	Автономия	6.3±0.6	6.1±0.4	1383	0.488
4	Стабильность	7.2±0.6	7.3±0.4	1471	0.861
5	Служение	8.9±0.5	8.9±0.3	1487	0.933
6	Вызов	6.7±0.6	6.6±0.4	1427	0.663
7	Интеграция стилей жизни	8.1±0.4	7.9±0.3	1357	0.399
8	Предпринимательство	5.6±0.7	4.4±0.4	1047	0.008*

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Различия также обнаружены при качественном анализе иерархии социальных установок (Таблица 3.25.). В табл. 29 видно, что наиболее важные первые пять установок являются сходными для руководителей с высшим образованием обоих полов. Для мужчин-руководителей установка *менеджмент* стоит на 6-м месте, а для женщин-руководителей на 7-м, а шестое место занимает установка *автономия*. Ценностная установка *предпринимательство* у всех руководителей с высшим образованием имеет самую низкую значимость и стоит на последнем месте.

Таблица 3.25. - Рейтинг социальных ценностных установок по степени их важности для всех руководителей медицинских организаций с высшим образованием и в подгруппах мужчин и женщин

№	Руководители медицинских организаций с высшим образованием		
	Все опрошенные	Мужчины	Женщины
1	Служение	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни

3	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность
4	Стабильность	Стабильность	Стабильность
5	Вызов	Вызов	Вызов
6	Автономия	Менеджмент	Автономия
7	Менеджмент	Автономия	Менеджмент
8	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

Анализ ценностных социальных установок, которые мотивируют руководителей заниматься своей профессиональной деятельностью, в зависимости от возраста проводили путем сравнения подгрупп руководителей разного возраста. Для этого всех руководителей с высшим образованием разделили на 8 подгрупп: первая подгруппа состояла из 4 человек в возрасте до 30 лет, последняя подгруппа – из 9 человек в возрасте более 61 года. Все остальные подгруппы были представлены руководителями, количество которых было более 13 человек, каждая подгруппа включала руководителей в возрасте на 1-5 лет старше каждой предыдущей подгруппы. Сравнительный анализ описанных подгрупп позволил выявить значимые различия (Таблица 3.26.), которые обнаружены между подгруппами разного возраста по ценностной установке *профессиональная компетентность*. Самый высокий балл по *профессиональной компетентности* обнаружен в самой старшей возрастной подгруппе, а самый низкий – в самой младшей возрастной подгруппе.

Таблица 3.26. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием разного возраста, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень его значимости – р)

Социальные ценностные установки	Возраст								
	До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года	Показатели значимости различий

		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Профессиональная компетентность	6.1±1.6	7.4±0.8	7.1±1.0	7.4±0.9	8.1±0.8	8.4±1.0	7.9±0.9	9.1±0.7	20.69	0.004*
2	Менеджмент	5.9±2.4	6.0±1.2	6.1±1.3	6.5±1.0	5.9±1.1	6.1±1.2	5.1±1.0	5.1±1.8	6.27	0.508
3	Автономия	5.9±2.1	6.1±1.0	6.8±0.7	5.9±0.9	5.9±1.1	6.4±0.9	5.7±1.0	7.0±1.7	4.89	0.674
4	Стабильность	6.0±1.3	6.7±0.8	7.1±0.5	7.5±1.0	7.4±0.8	7.8±0.8	6.9±1.2	8.2±1.2	11.32	0.125
5	Служение	6.9±3.6	8.8±0.7	8.5±1.0	8.9±0.6	9.2±0.7	9.2±0.6	8.9±0.7	9.1±1.2	8.77	0.269
6	Вызов	5.8±1.7	7.1±0.8	6.4±0.9	6.8±0.7	7.1±0.8	6.3±1.2	6.3±1.0	6.3±1.5	6.6	0.472
7	Интеграция стилей жизни	6.7±2.7	8.1±0.4	7.9±0.7	8.2±0.7	8.0±0.6	8.5±0.5	7.4±0.8	8.0±0.8	8.27	0.309
8	Предпринимательство	5.7±3.0	5.8±1.0	4.9±1.2	5.3±1.1	4.3±0.8	4.5±1.1	4.4±1.3	3.9±1.2	11.25	0.128

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Качественный анализ иерархии социальных мотивов профессиональной деятельности (Таблица 3.27.) показал, что в самой старшей возрастной подгруппе ценностная установка *профессиональная компетентность* заняла первое месте по сравнению со всеми другими подгруппами, в которых на первом месте в иерархии стоит установка *служение*.

У руководителей в возрасте более 61 года на втором месте стоит установка *служение*, а на третьем месте – *стабильность*. В то время как у более молодых руководителей в возрасте до 30 лет и 31-35 лет и в возрасте 51-55 лет на втором мете *интеграция стилей жизни*, и только на третьем – *профессиональная компетентность*. У руководителей в возрасте 36-40 и 41-45 лет второе место занимает установка *интеграция стилей жизни*, а третье – *стабильность*. Руководители в возрасте 46-50 и 56-60 лет считают более важной *профессиональную компетентность*, после которой на третьем месте стоит *интеграция стилей жизни*. Наименее важными установками у всех возрастных подгрупп является *предпринимательство*, которое занимает последнее место в иерархии, предпоследние позиции занимают установки *менеджмент*, *автономия* и *вызов*.

Таблица 3.27. - Рейтинг социальных ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций с высшим образованием разных возрастов

№	Возраст							
	До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года
1	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Профессиональная компетентность
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Служение
3	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Стабильность	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Стабильность
4	Стабильность	Вызов	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Интеграция стилей жизни
5	Автономия	Стабильность	Автономия	Вызов	Вызов	Автономия	Вызов	Автономия
6	Менеджмент	Автономия	Вызов	Менеджмент	Автономия	Вызов	Автономия	Вызов
7	Вызов	Менеджмент	Менеджмент	Автономия	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент
8	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

Сравнительный анализ ценностных установок в подгруппах руководителей, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом и не имеющих такового, был основан на сравнении двух соответствующих подгрупп. Первая подгруппа состояла из 71 руководителя с высшим образованием, имеющего дополнительное образование в сфере управления персоналом, вторая группа – из 45 руководителей, не проходивших профессиональную переподготовку.

Таблица 3.28. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом или не имеющих такового,

показатели значимости различий между группами (критерий Манна-Уитни – U и уровень значимости – p).

Социальные ценностные установки		Дополнительное образования в сфере управления персоналом		Показатели значимости различий	
		Есть	Нет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Профессиональная компетентность	7.9±0.4	7.5±0.6	1370	0.197
2	Менеджмент	5.9±0.5	5.8±0.6	1551	0.792
3	Автономия	6.2±0.4	6.2±0.6	1586	0.950
4	Стабильность	7.5±0.4	7.0±0.5	1304	0.096
5	Служение	9.0±0.3	8.7±0.5	1479	0.490
6	Вызов	6.8±0.4	6.3±0.5	1328	0.126
7	Интеграция стилей жизни	8.0±0.3	7.9±0.4	1444	0.384
8	Предпринимательство	5.1±0.5	4.5±0.6	1325	0.123

Сравнение этих двух групп показало, что значимых различий между их социальными мотивами нет (Таблица 3.28.), что подтверждает так же качественный анализ иерархии социальных ценностных установок в подгруппах с дополнительным образованием и без него (Таблица 3.29.). У всех руководителей, имеющих дополнительное образование, и не имеющих такового, на первом месте стоит мотив *служение*, на втором месте – *интеграция стилей жизни*, а на третьем – *профессиональная компетентность*. Последние три позиции по мере наименьшей предпочтительности занимают такие мотивы, как *предпринимательство*, *автономия* и *менеджмент*.

Таблица 3.29. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций с высшим образованием, имеющим дополнительное образование в сфере управления персоналом и без такового

№	Дополнительное образования в сфере управления персоналом	
	Есть	Нет
1	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни
3	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность
4	Стабильность	Стабильность
5	Вызов	Вызов
6	Автономия	Автономия
7	Менеджмент	Менеджмент
8	Предпринимательство	Предпринимательство

Далее всех руководителей с высшим образованием разделили на 8 подгрупп в зависимости от продолжительности общего трудового стажа. В первую подгруппу вошли только 2 человека с продолжительностью общего трудового стажа до 5 лет. Вторая подгруппа состояла из 15 руководителей с общим стажем 6-10 лет, третья подгруппа – из 13 человек с общим стажем 11-15 лет, четвертая – из 16 человек с общим стажем 16-20 лет, пятая подгруппа – из 24 человек со стажем 21-25 лет, шестая подгруппа – из 21 руководителя с общим стажем 26-30 лет, седьмая подгруппа – из 8 человек с общим стажем 31-35 лет и последняя восьмая подгруппа – из 17 человек с общим стажем более 36 лет. Сравнительный анализ этих подгрупп позволил выявить значимые различия между группами только по социальной установке *предпринимательство* (Таблица 3.30.). Но эти различия связаны с тем, что руководители из первой подгруппы, чей общий стаж не превышает 5 лет, считают *менеджмент* и *предпринимательство* такими же важными социальными установками, как и *профессиональная компетентность* и *вызов*.

Таблица 3.30. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием с разным стажем профессиональной деятельности, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – H и уровень значимости – p)

Социальные ценностные установки		Общий стаж работы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Профессиональная компетентность	7.4	7.2±0.9	7.1±1.0	7.6±1.1	7.7±0.8	8.2±0.8	8.6±1.4	8.3±0.8	10.86	0.145

2	Менеджмент	7.4	6.0±1.5	5.9±0.8	6.5±1.2	6.2±1.0	5.3±1.0	6.1±1.2	5.2±1.1	8.89	0.261
3	Автономия	5.3	6.6±1.0	6.1±0.9	6.6±0.8	5.8±0.8	6.0±1.0	6.3±1.6	6.3±1.1	2.75	0.907
4	Стабильность	6.7	6.7±0.8	6.7±0.9	7.5±0.9	7.4±0.8	7.7±0.8	7.4±1.8	7.4±1.0	7.10	0.418
5	Служение	10.0	8.1±1.1	8.7±0.8	8.9±0.8	9.0±0.7	9.2±0.5	8.8±1.3	9.0±0.7	8.18	0.317
6	Вызов	7.4	6.4±1.0	6.9±1.0	6.9±0.9	6.7±0.7	6.6±1.0	7.0±1.3	6.0±1.0	3.28	0.857
7	Интеграция стилей жизни	8.5	7.7±0.7	8.0±0.7	8.0±0.7	8.2±0.5	8.1±0.6	7.5±1.6	7.8±0.6	2.28	0.943
8	Предпринимательство	7.1	5.2±1.2	5.6±1.1	5.9±1.3	4.6±0.6	3.8±0.8	5.4±2.0	4.1±1.1	18.22	0.011*

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Эти особенности иллюстрирует Таблица 3.31., в которой представлена иерархия социальных установок по их значимости. В первой подгруппе установки профессиональная компетентность и менеджмент имеют одинаковый средний балл и занимают фактически третью позицию в иерархии. Интересно, что почти у всех остальных подгрупп с более длительным общим стажем более 6 лет на четвертом месте стоит социальный мотив *стабильность*. Только у подгруппы с общим стажем 11-15 лет четвертое место занимает мотив *вызов*.

Таблица 3.31. - Рейтинг социальных ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций с высшим образованием с разной продолжительностью общего стажа

№	Общий стаж работы							
	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет
1	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность
3	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни
4	Менеджмент	Стабильность	Вызов	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Стабильность
5	Вызов	Автономия	Стабильность	Вызов	Вызов	Вызов	Вызов	Автономия

6	Предпринимательство	Вызов	Автономия	Автономия	Менеджмент	Автономия	Автономия	Вызов
7	Стабильность	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент	Автономия	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент
8	Автономия	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

Для сравнения ценностных установок руководителей с разной продолжительностью стажа управленческой работы всех руководителей с высшим образованием разделили на 6 подгрупп. В первую подгруппу вошли 43 руководителя с управленческим стажем до 5 лет. Вторая подгруппа состоит из 26 руководителей с управленческим стажем 6-10 лет. Третья подгруппа включает 22 человека со стажем 11-15 лет, четвертая – 11 человек со стажем 16-20 лет, пятая – 6 человек со стажем 21-25 лет и шестая – 8 человек со стажем управленческой работы более 26 лет. Сравнение этих групп позволило выявить значимые различия между ними только относительно ценностной установки *профессиональная компетентность*, которая оценивается выше всего руководителями с управленческим стажем 11-15 лет (Таблица 3.32.).

Таблица 3.32. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием с разным стажем управленческой работы, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень значимости – р)

Социальные ценностные установки		Стаж управленческой работы						Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	Профессиональная компетентность	7.1±0.6	8.3±0.5	8.8±0.5	6.9±1.4	7.7±1.5	8.5±1.4	18.829	0.002*
2	Менеджмент	5.8±0.7	6.1±0.8	5.9±1.0	5.7±1.5	6.0±3.2	5.9±1.6	0.439	0.994
3	Автономия	6.1±0.6	6.2±0.8	6.3±0.8	5.6±1.4	6.6±1.9	6.5±1.9	1.001	0.963
4	Стабильность	6.8±0.6	7.4±0.7	7.9±0.7	7.4±1.2	6.9±2.6	7.8±1.6	6.367	0.272
5	Служение	8.4±0.6	9.4±0.3	9.5±0.3	8.6±1.1	8.8±1.5	8.8±1.4	8.696	0.122

6	Вызов	6.6±0.6	6.8±0.7	6.7±0.7	6.6±1.2	6.3±2.7	6.2±1.7	0.647	0.986
7	Интеграция стилей жизни	7.9±0.4	8.0±0.5	8.2±0.5	8.0±0.8	7.5±1.7	7.8±0.9	2.17	0.825
8	Предпринимательство	5.0±0.7	4.9±0.8	4.9±0.8	4.1±1.0	5.0±2.6	4.3±1.8	2.334	0.801

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Качественный анализ иерархии ценностных установок (Таблица 3.33.) показал, что у всех руководителей на первом месте стоит *служение*, на втором месте у большинства – профессиональная компетентность, исключая руководителей с управленческим стажем до 5 лет и 16-20 лет. На третьем месте по важности у руководителей с управленческим стажем до 5 лет стоит *профессиональная компетентность*, а у руководителей со стажем 16-20 лет – *стабильность*. У всех остальных третье место по значимости занимает *интеграция стилей жизни*. *Предпринимательство* у всех на последнем месте, на двух предпоследних позициях – *менеджмент* и *автономия*.

Таблица 3.33. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций с высшим образованием в группах с разной продолжительностью управленческого стажа

№	Стаж управленческой работы					
	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26
1	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность
3	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Стабильность	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни
4	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Стабильность
5	Вызов	Вызов	Вызов	Вызов	Автономия	Автономия
6	Автономия	Автономия	Автономия	Менеджмент	Вызов	Вызов
7	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент	Автономия	Менеджмент	Менеджмент
8	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

3.3.2. Исследование социальных мотивов руководителей МО со средним образованием (в зависимости от возрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности)

Далее исследовали социальные ценностные установки руководителей МО со средним образованием. Так как все руководители со средним образованием были женского пола, половые различия не рассматривали.

Изучали различия социальных установок в разных возрастных группах, для этого руководителей со средним образованием разделили на 8 подгрупп. Первую подгруппу составили 4 руководителя в возрасте до 30 лет, вторую – 1 руководитель в возрасте 31-35 лет, третью – 5 человек в возрасте 36-40 лет, четвертую – 10 человек в возрасте 41-45 лет, пятую – 6 человек в возрасте 46-50 лет, шестую – 7 человек в возрасте 51-55 лет, седьмую – один руководитель в возрасте 56-60 лет. Последняя восьмая группа не анализировалась, так как руководителей такого возраст не оказалось. Вторая и седьмая группы то же не включались в анализ. Сравнение подгрупп позволило показать, что значимых различий в социальных установках между руководителями разных возрастов нет (Таблица 3.34.).

Таблица 3.34. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) со средним образованием разного возраста, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень его значимости – р)

Социальные ценностные установки		Возраст									
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года	Показатели значимости различий	
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	Профессиональная компетентность	7.6±1.0	8.2	7,5±1.3	8.0±1.5	7.7±2.2	6,9±1.3	8.0	-	2.51	0.868

2	Менеджмент	5.0±1.1	8.2	4.0±2.4	6.8±1.6	4.9±1.8	4.7±2.0	4.6	-	9.26	0.159
3	Автономия	5,8±2.2	7.8	4.9±0.9	6.3±1.4	5.5±2.7	5.2±1.1	9.8	-	7.10	0.312
4	Стабильность	7.0±1.6	7.7	8.2±1.3	7.5±1.0	8.4±2.2	7.5±1.8	8.5	-	3.73	0.713
5	Служение	9.2±1.5	8.0	8.4±1.3	9.4±0.9	8.8±1.3	8.5±1.2	8.2	-	7.05	0.316
6	Вызов	5.3±0.8	8.2	6.1±2.7	6.5±1.2	6.9±2.7	5.9±1.7	4.6	-	5.54	0.477
7	Интеграция стилей жизни	7.8±1.5	8.4	8.6±1.8	8.0±1.0	8.6±1.0	8.2±1.5	10.0	-	4.22	0.647
8	Предпринимательство	5.5±2.5	7.4	4.6±3.6	5.3±1.7	4.3±2.0	3.9±2.0	6.0	-	4.15	0.656

Качественный анализ социальных установок по значимости (Таблица 3.35.) показал некоторые различия в их иерархии. Наиболее важным социальным мотивом профессиональной деятельности для руководителей со средним образованием в возрасте до 30 лет и от 41 до 55 лет (четвертая, пятая и шестая подгруппы) является *служение*, а для остальных подгрупп – *интеграция стилей жизни*. На втором месте по значимости у большинства руководителей стоит *интеграция стилей жизни*, в возрасте 31-35 лет актуальная *профессиональная компетентность*, в возрасте 36-40 лет – *служение*, а в возрасте 56-60 лет – *автономия*. Третье место по значимости занимает ценностная установка *стабильность* у большинства руководителей, в возрасте до 30 лет и 41-45 лет также важна *профессиональная компетентность* и только в возрасте 31-35 лет важна установка *менеджмент*. Наименее предпочитаемыми социальными установками для разных возрастов являются установки *менеджмент*, *предпринимательство* и *вызов*. Исключение составляет вторая возрастная группа (31-35 лет), представители которой менее всего руководствуются установкой *стабильность*, хотя установка *предпринимательство* у них то же на самом последнем месте.

Таблица 3.35. - Рейтинг социальных ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций со средним образованием разных возрастов

№	Возраст

	До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года
1	Служение	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Служение	Служение	Служение	Интеграция стилей жизни	-
2	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Служение	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Автономия	-
3	Профессиональная компетентность	Менеджмент	Стабильность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Стабильность	Стабильность	-
4	Стабильность	Вызов	Профессиональная компетентность	Стабильность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Служение	-
5	Автономия	Служение	Вызов	Менеджмент	Вызов	Вызов	Профессиональная компетентность	-
6	Предпринимательство	Автономия	Автономия	Вызов	Автономия	Автономия	Предпринимательство	-
7	Вызов	Стабильность	Предпринимательство	Автономия	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент	-
8	Менеджмент	Предпринимательство	Менеджмент	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Вызов	-

Для сравнения социальных мотивов у руководителей, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и без такового руководителей со средним образованием разделили на две соответствующие подгруппы. В первую подгруппу вошли 71 руководитель, имеющий дополнительное образование в сфере управления персоналом, во вторую группу – 45 руководителей без дополнительного образования. Сравнительный анализ этих двух подгрупп позволил выявить значимые различия между ними (Таблица 3.36.). Значимые различия обнаружили по ценностным установкам профессиональная компетентность и интеграция стилей жизни.

Таблица 3.36. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) со средним образованием имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом или не имеющих такового,

показатели значимости различий между группами (критерий Манна-Уитни – U и уровень значимости – p)

Социальные ценностные установки		Дополнительное образования в сфере управления персоналом		Показатели значимости различий	
		Есть	Нет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Профессиональная компетентность	8.2±0.6	6.6±0.9	55.5	0.004*
2	Менеджмент	5.0±1.0	6.0±1.1	86.5	0.079
3	Автономия	5.7±0.9	6.0±1.0	126.0	0.723
4	Стабильность	8.0±0.6	7.3±1.1	108.5	0.328
5	Служение	9.2±0.4	8.3±0.9	92.0	0.116
6	Вызов	6.2±0.8	6.4±1.2	124.5	0.683
7	Интеграция стилей жизни	8.7±0.4	7.6±0.9	81.0	0.050*
8	Предпринимательство	4.4±1.0	5.5±1.3	101.5	0.221

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Согласно качественному анализу рейтинга ценностных установок (Таблица 3.37.) для руководителей со средним образованием, имеющих дополнительное образование, более важным является *профессиональная компетентность*, а для руководителей без дополнительного образования – более важна *стабильность*.

Таблица 3.37. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций со средним образованием, имеющим дополнительное образование в сфере управления персоналом и без такового

№	Дополнительное образования в сфере управления персоналом	
	Есть	Нет
1	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни
3	Профессиональная компетентность	Стабильность
4	Стабильность	Профессиональная компетентность
5	Вызов	Вызов
6	Автономия	Менеджмент
7	Менеджмент	Автономия
8	Предпринимательство	Предпринимательство

Для сравнения ценностных установок у руководителей с разным стажем профессиональной деятельности, руководителей со средним образованием разделили на 8 подгрупп. В первую подгруппу вошли 3 человека с продолжительностью общего трудового стажа до 5 лет. Последняя подгруппа

состояла всего из 1 руководителя с общим стажем более 36 лет. Все остальные подгруппы состояли из разного количества руководителей (от 1 до 8 человек) с общим стажем на 1-5 лет больше, чем каждая предыдущая подгруппа. Сравнительный анализ всех 8 подгрупп показал, что значимых различий между ними нет (Таблица 3.38.).

Таблица 3.38. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) со средним образованием с разным стажем профессиональной деятельности, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень значимости – р)

Социальные ценностные установки		Общий стаж работы								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	Профессиональная компетентность	7.9± 1.0	6.8	7±2. 6	7.6± 2.0	8.8± 1.6	6.6± 1.6	7.8± 0.6	8.0	8.87	0.262
2	Менеджмент	4.8± 1.7	5.6	7.3± 2.1	5.1± 3.2	5.8± 2.0	5.7± 1.9	4.0± 1.6	4.6	6.51	0.482
3	Автономия	6.3± 2.7	4.2	6.2± 3.5	5.1± 1.1	5.7± 1.7	6.8± 1.6	4.4± 2.5	9.8	10.13	0.182
4	Стабильность	7.4± 2.3	6	7.6± 0.6	7.9± 1.3	8.1± 1.6	7.5± 1.9	7.8± 1.8	8.5	3.82	0.8
5	Служение	9.6± 0.9	7.8	8.4± 1.7	8.9± 1.2	9.2± 1.4	8.5± 1.2	8.9± 1.2	8.2	5.22	0.633
6	Вызов	5.3± 1.5	5	7.6± 1.5	6.2± 2.2	6.5± 1.8	7.3± 1.5	4.6± 1.7	4.6	11.18	0.131
7	Интеграция стилей жизни	8.1± 2.0	6.8	7.3± 2.7	9.0± 0.6	7.9± 1.5	8.3± 1.3	8.5± 1.4	10.0	8.5	0.291
8	Предпринимательство	5.6± 4.7	5	6.6± 2.6	3.8± 2.6	5.3± 2.1	4.8± 2.1	3.4± 2.4	6.0	6.31	0.504

Однако были обнаружены некоторые качественные различия в иерархии ценностных установок руководителей с разной продолжительностью общего стажа (Таблица 3.39.). Оказалось, что у большинства подгрупп самой важной ценностной установкой является *служение*, только для 4 и 8 подгруппы на первом месте *интеграция стилей жизни*. На втором месте у руководителей со

стажем до 5 лет, 26-30 и 31-35 лет стоит *интеграция стилей жизни*, у руководителей со стажем 6-10 и 21-25 лет – *профессиональная компетентност*ь, со стажем 11-15 лет – *стабильность*, более 36 лет – *автономия*. Интересно, что на третьем месте по важности у руководителей с общим стажем 16-20, 21-25, 26-30, 31-35 и более 36 лет стоит ценностная установка *стабильность*. У трех оставшихся подгрупп на третьем месте – *профессиональная компетентность* (стаж до 5 лет), *интеграция стилей жизн*и (6-10 лет) и даже *вызов* (11-15 лет). Наименее предпочитаемыми ценностными установками являются *предпринимательство*, *менеджмент*, *автономия*.

Таблица 3.39. - Рейтинг социальных ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций со средним образованием с разной продолжительностью общего стажа

№	Общий стаж работы							
	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет
1	Служение	Служение	Служение	Интеграция стилей жизни	Служение	Служение	Служение	Интеграция стилей жизни
2	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Стабильность	Служение	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Автономия
3	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Вызов	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Стабильность	Стабильность
4	Стабильность	Стабильность	Интеграция стилей жизни	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Вызов	Профессиональная компетентность	Служение
5	Автономия	Менеджмент	Менеджмент	Вызов	Вызов	Автономия	Вызов	Профессиональная компетентность
6	Предпринимательство	Вызов	Профессиональная компетентность	Менеджмент	Менеджмент	Профессиональная компетентность	Автономия	Предпринимательство
7	Вызов	Предпринимательство	Предпринимательство	Автономия	Автономия	Менеджмент	Менеджмент	Менеджмент

8	Менеджмент	Автономия	Автономия	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство	Вызов

Сравнительный анализ ценностных установок руководителей со средним образованием с разной продолжительностью управленческого стажа проводили путем разделения на 6 подгрупп. В первую подгруппу вошли 13 человек с управленческим стажем до 5 лет, во вторую подгруппу – 9 человек с управленческим стажем 6-10 лет, в третью подгруппу – 7 человека с управленческим стажем 11-15 лет. Четвертая и пятая подгруппа включала по 2 человека с управленческим стажем, соответственно, 16-20 и 21-25 лет. Последняя шестая подгруппа состояла из одного руководителя, управленческий стаж которого составил более 26 лет. Были обнаружены значимые различия между этими подгруппами в ценностной установке *стабильность* (Таблица 3.40.). Самый высокий балл по стабильности обнаружен в пятой подгруппе с управленческим стажем 21-25 лет, а самый низки – в четвертой (стаж 16-20 лет) и шестой (стаж более 26 лет) подгруппах.

Таблица 3.40. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) со средним образованием с разным стажем управленческой работы, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень значимости – р)

№	Социальные ценностные установки	Стаж управленческой работы						Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	Профессиональная компетентность	7.7±0.6	7.6±1.7	7.3±1.6	8.2±0.0	9.3±1.3	4.2	6.17	0.290
2	Менеджмент	4.7±1.1	6.2±2.1	6.0±0.6	4.7±3.8	4.2±10.2	7.8	4.75	0.447

3	Автономия	5.7±1.0	6.3±1.4	6.5±1.9	3.9±26.7	4.1±8.9	5.6	4.62	0.464
4	Стабильность	7.9±0.8	7.2±1.2	8.3±1.2	6.5±6.4	10.0±0.0	4.8	11.32	0.045*
5	Служение	8.9±0.5	8.2±1.3	9.3±0.8	9.6±0.0	9.5±1.3	7.0	4.81	0.440
6	Вызов	6.2±0.9	6.7±1.9	6.3±1.2	4.4±15.2	5.6±30.5	7.4	2.98	0.703
7	Интеграция стилей жизни	8.7±0.8	7.6±1.2	8.5±0.9	8.9±1.3	7.2±12.7	8.0	4.96	0.421
8	Предпринимательство	5.2±1.3	4.2±1.9	4.9±2.4	5.2±2.5	4.1±26.7	5.6	1.45	0.919

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Анализ иерархии ценностных установок позволил выявить качественные различия между подгруппами с разной продолжительностью управленческого стажа (Таблица 3.41.). Наиболее ценными являются такие установки как служение, *интеграция стилей жизни*, *профессиональная компетентност*ь и *стабильность*. Оказалось, что ценностная установка *служение* наиболее важна для руководителей с управленческим стажем от 1 до 20 лет, дальнейшее увеличение управленческого стажа (21-25 лет) приводит к тому, что более ценным становится установка на *стабильность*, а еще более длительная управленческая деятельность (более 26 лет) приводит к наибольшей ценности *интеграции стилей жизни*.

Таблица 3.41. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций со средним образованием в группах с разной продолжительностью управленческого стажа

№	Стаж управленческой работы					
	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26
1	Служение	Служение	Служение	Служение	Стабильность	Интеграция стилей жизни
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Служение	Менеджмент
3	Стабильность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Вызов
4	Профессиональная компетентность	Стабильность	Профессиональная компетентность	Стабильность	Интеграция стилей жизни	Служение
5	Вызов	Вызов	Автономия	Предпринимательство	Вызов	Автономия

6	Автономия	Автономия	Вызов	Менеджмент	Менеджмент	Предпринима тельство
7	Предпринима тельство	Менеджмент	Менеджмент	Вызов	Автономия	Стабильность
8	Менеджмент	Предпринима тельство	Предпринима тельство	Автономия	Предпринима тельство	Профессионал ьная компетентнос ть

Сравнение ценностных установок у руководителей со средним образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом требовало разделения на подгруппы. Были сформированы три подгруппы: в первую подгруппы вошли 21 человек с уровнем компетентности (грамотности) 0-24%, во вторую подгруппу – 59 человек с уровнем компетентности (грамотности) 25-40%, в третью группу – 27 человек с уровнем компетентности (грамотности) 41-65%. Сравнение этих подгрупп показало, что значимых различий в ценностных установках нет (Таблица 3.42.).

Таблица 3.42. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) со средним образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – Н и уровень значимости – р)

№	Социальные ценностные установки	Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	Профессиональная компетентность	8.0±2.0	7.9±0.9	5.8±2.1	4.76	0.092
2	Менеджмент	4.9±2.1	5.7±1.3	5.7±3.0	0.62	0.733
3	Автономия	5.5±0.8	6.3±1.1	5.2±0.6	1.94	0.379
4	Стабильность	7.8±2.7	7.5±0.8	6.9±1.8	0.74	0.691
5	Служение	9.0±1.2	8.9±0.7	7.8±2.1	3.35	0.187
6	Вызов	6.3±3.8	6.4±1.0	5.3±2.0	1.50	0.472
7	Интеграция стилей жизни	7.6±2.5	8.1±0.6	8.0±2.0	0.33	0.850
8	Предпринимательство	4.6±3.4	4.8±1.4	3.8±2.0	0.70	0.705

Анализ иерархии ценностных установок позволил выявить их некоторые особенности (Таблица 3.43.). Оказалось, что самыми важными ценностными установками для руководителей со средним образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) является *служение*, *интеграция стилей жизни*, *стабильность* и *профессиональная компетентность*. При этом для руководителей с низким уровнем компетентности (грамотности) (0-24%) более важными являются установки *служение*, *профессиональная компетентность* и *стабильность*, для руководителей со средней компетентностью (грамотностью) (25-40%) – *служение*, *интеграция стилей жизни* и *профессиональная компетентность*, а для руководителей с высоким уровнем компетентности (грамотности) (41-65%) – *интеграция стилей жизни*, *служение* и *стабильность*. Наименее важными установками для руководителей с низким и средним уровнем компетентности (грамотности) являются *автономия*, *менеджмент* и *предпринимательство*, а для руководителей с высоким уровнем компетентности (грамотности) – *вызов*, *автономия* и *предпринимательство*.

Таблица 3.43. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций со средним образованием в группах с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом

	Уровень грамотности в сфере управления персоналом		
№	0-24%	25-40%	41-65%
1	Служение	Служение	Интеграция стилей жизни
2	Профессиональная компетентность	Интеграция стилей жизни	Служение
3	Стабильность	Профессиональная компетентность	Стабильность
4	Интеграция стилей жизни	Стабильность	Профессиональная компетентность
5	Вызов	Вызов	Менеджмент
6	Автономия	Автономия	Вызов
7	Менеджмент	Менеджмент	Автономия
8	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

3.4. Выявление степени вовлеченности руководителей медицинских организаций в профессиональную деятельность

Характеристика выборки (испытуемые). Всего было опрошено 146 руководителей МО, среди которых было 38 мужчин и 108 женщин, являющихся сотрудниками медицинских организаций. Среди опрошенных 112 человек были с высшим образованием и 34 человека имели среднее образования. Руководители с высшим образованием замещали следующие должности: главный врач, заведующий отделением, заведующий лабораторией и т.п. Все руководители со средним образованием были женского пола и замещали должность старшая или главная медицинская сестра.

Процедура тестирования. Тестирование проводилось в on-line формате с использованием удаленного доступа (https://anketolog.ru/s/644422/rMWB8q6H). Время на заполнение анкеты не регламентировалось.

Обработка результатов. Средний балл по каждому вопросу вычисляли как среднее количество ответов «Да» в конкретной группе (руководители с высшим образованием и руководители со средним образованием) и подгруппах (в зависимости от пола, возраста, уровня образования, наличия дополнительного образования в области управления персоналом, продолжительности общего трудового стажа и продолжительности стажа управленческой работы). Также вычисляли средний балл по двум дополнительным шкалам *приверженность*, *удовлетворенность*. Значение по шкале приверженности вычисляли как сумму баллов по 1, 2, 3, 7, 8, 9 вопросам, значение по шкале удовлетворенности вычисляли как сумму баллов по 4, 5, 6, 10, 11, 12 вопросам, значение по шкале вовлеченность – это сумма баллов по всем вопросам теста.

Для выявления значимых различий между группами и подгруппами использовали критерий Манна-Уитни (U) для двух независимых выборок и

критерий Краскела-Уоллиса (H) для нескольких независимых выборок. Значимыми считали те различия, уровень значимости (p) которых не превышал 0,05.

С целью выявления значимых различий в степени вовлеченности руководителей с разным уровнем образования сравнили группу руководителей с высшим образованием и группу руководителей со средним образованием (Таблица 3.44.). В ходе анализа значимые различия были выявлены только по второму вопросу «Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?», по которому средний балл в группе руководителей со средним образованием был значимо выше по сравнению с группой с высшим образованием.

Таблица 3.44. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим и средним образованием и показатели значимости различий между этими группами: критерий Манна-Уитни (U) и его уровень значимости (p)

№	Вопросы и шкалы анкеты «Gallup Q12»	Группы		Показатели значимости различий	
		Руководители с ВО	Руководители с СО		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.5±0.2	3.35±0.34	1762	0.450
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	2.8±0.2	3.26±0.34	1393	0.011*
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.2±0.2	3.32±0.30	1823	0.684
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.2±0.3	2.35±0.46	1814	0.668
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.6±0.3	2.29±0.52	1714	0.361
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.7±0.3	2.35±0.53	1627	0.181
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.3±0.2	3.29±0.35	1883	0.916
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации	3.1±0.2	3.24±0.40	1858	0.817

	помогает вам осознать важность вашей работы?				
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3±0.2	2.91±0.43	1782	0.543
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.3±0.3	2.79±0.45	1514	0.064
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.2±0.3	2.32±0.43	1811	0.659
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.3±0.2	3.09±0.42	1809	0.630
13	Приверженность	18.8±0.9	19.4±1.20	1858	0.832
14	Удовлетворенность	15.2±1.0	15.2±1.80	1890	0.948

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Несмотря на то, что значимые различия были обнаружены только по одному вопросу, а по всем остальным значимых различий нет, сравнение средних позволяет определить в какой группе выше или ниже показатели вовлеченности. Оказалось, что в целом руководители со средним образованием характеризуются немного большей приверженностью, чем руководители с высшим образованием, уровень которой у обеих групп на достаточно высоком уровне. Удовлетворенность у обеих групп имеет одинаковое значение и соответствует среднему уровню.

Далее сначала рассмотрим вовлеченность в разных подгруппах руководителей с высшим образованием, а затем, в следующем разделе, руководителей со средним образованием.

3.4.1. Исследование вовлеченности руководителей МО с высшим образованием (в зависимости от половозрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности)

Руководителей с высшим образованием разделили на подгруппы в зависимости от пола. В одну подгруппу вошли 38 руководителей мужского пола, в другую подгруппу – 74 руководителя женского пола. Сравнительный анализ этих двух групп позволил выявить значимые различия по 2 и 4 вопросу

(Таблица 3.45.), средний бал по которым значимо выше у руководителей-женщин по сравнению с мужчинами.

Таблица 3.45. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим образованием в подгруппах мужчин и женщин, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы и шкалы анкеты «Gallup Q12»	Руководители с ВО		Показатели значимости различий	
		Мужчины	Женщины		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.4±0.3	3.5±0.2	1310	0.495
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	2.5±0.4	3.0±0.3	1067	0.026*
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.1±0.4	3.2±0.3	1253	0.307
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	1.7±0.5	2.5±0.3	995	0.009*
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.3±0.5	2.7±0.3	1137	0.086
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.7±0.4	2.8±0.3	1283	0.430
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3±0.4	3.4±0.2	1118	0.049*
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3±0.4	3.2±0.3	1272	0.368
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.9±0.4	3.0±0.3	1354	0.730
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.1±0.4	2.4±0.3	1191	0.177
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.2±0.5	2.2±0.3	1393	0.937
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.3±0.3	3.2±0.3	1351	0.710
13	Приверженность	17.9±1.5	19.3±1.1	1121	0.079
14	Удовлетворенность	14.3±1.6	15.7±1.3	1158	0.128

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Сравнительный анализ руководителей с высшим образованием разного возраста проводили путем сравнения соответствующих подгрупп. В первую

подгруппу вошли руководители в возрасте до 30 лет в составе 3 человек. Вторая подгруппа включала 17 человек в возрасте 31-35 лет, третья подгруппа – 13 человек в возрасте 36-40 лет, четвертая подгруппа – 18 человек в возрасте 41-45 лет, пятая подгруппа – 21 человека в возрасте 46-50 лет, шестая подгруппа – 16 человек в возрасте 51-55 лет, седьмая подгруппа – 15 человек в возрасте 56-60 лет. В состав последней восьмой подгруппы вошли 9 руководителей, чей возраст составил более 61 года. Значимые различия между группами были обнаружены по 2 и 9 вопросам (Таблица 3.46.). Оказалось, что наличие материалов и оборудования выше всех оценили руководители в возрасте 41-45 лет и более 61 года.

Таблица 3.46. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (СБ±ДИ) с высшим образованием в разных возрастных группам, показатели значимости различий: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Группы								Показатели значимости различий	
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.7±1.4	3.4±0.5	3.6±0.3	3.4±0.4	3.6±0.3	3.3±0.7	3.6±0.4	3.6±0.4	1.67	0.976
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.0±2.5	1.7±0.8	3.0±0.6	3.3±0.3	2.9±0.6	3.1±0.4	2.6±0.6	3.3±0.5	17.28	0.016*
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	2.3±5.2	2.5±0.9	3.6±0.3	3.1±0.5	3.4±0.5	3.3±0.4	3.3±0.5	3.4±0.4	6.66	0.465

4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.7±5.7	1.9±0.8	2.1±0.8	1.9±0.6	2.7±0.6	1.6±0.7	2.6±0.8	2.7±1.2	9.06	0.248
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.7±5.7	2.6±0.7	3.0±0.6	2.6±0.7	2.7±0.7	2.3±0.7	2.5±0.8	2.0±1.4	2.99	0.886
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	1.3±5.7	2.7±0.7	3.0±0.7	2.9±0.6	2.6±0.7	2.6±0.7	2.9±0.7	2.9±1.0	3.09	0.876
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.3±1.4	2.5±0.8	3.6±0.3	3.3±0.5	3.3±0.6	3.3±0.6	3.5±0.4	3.6±0.4	7.23	0.405
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.7±1.4	2.4±0.9	2.9±0.8	3.1±0.6	3.2±0.6	3.1±0.7	3.7±0.4	3.4±0.4	8.2	0.316
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3.7±1.4	2.2±0.9	3.2±0.6	2.6±0.8	2.6±0.7	3.4±0.3	3.6±0.4	3.7±0.4	16.35	0.022*
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.7±3.8	2.1±0.7	1.9±1.0	2.5±0.7	2.5±0.6	1.9±0.8	2.7±0.7	2.2±1.3	5.11	0.646
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.3±5.2	2.2±0.8	2.5±0.8	2.1±0.7	2.3±0.6	2.0±0.8	2.2±0.8	1.8±1.2	1.81	0.970
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.7±1.4	3.1±0.7	3.1±0.7	3.1±0.5	3.5±0.4	3.2±0.5	3.3±0.5	3.4±0.6	3.25	0.861
13	Приверженность	19.7±11.2	14.6±3.2	19.9±1.6	18.7±2.0	18.9±2.3	19.5±2.1	20.2±1.7	21±1.5	11.78	0.108
14	Удовлетворенность	15.3±22.4	14.6±3.0	15.5±2.0	15.1±2.5	16.3±2.5	13.6±3.0	16.3±3.3	15±4.5	2.9	0.894

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Самую высокую приверженность коллег стандартам качества работы отметили руководители в возрасте до 30 лет и более 61 года. Сравнение средних позволило выявить, что самый высокий уровень приверженности наблюдается у руководителей в возрасте более 61 года, и с возрастом наблюдается увеличение приверженности. Самая высокая удовлетворенность

характерна для руководителей в возрасте 46-50 лет, а самая низкая – для руководителей в возрасте 51-55 лет.

Для сравнения вовлеченности руководителей в зависимости от наличия дополнительного образования в сфере управления персоналом были сформированы две подгруппы. В первую подгруппу вошли 69 руководителей с высшим образованием, имеющие дополнительное образование, вторую группу составили 43 руководителя без дополнительного образования. Сравнение описанных подгрупп позволило выявить отсутствие значимых различий в вовлеченности (Таблица 3.47.). При этом видно, что обе подгруппы имеют одинаковый уровень приверженности при том, что удовлетворенность выше в подгруппе без дополнительного образования.

Таблица 3.47. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом или без такового, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.43±0.22	3.56±0.2	1443	0.781
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	2.78±0.28	2.81±0.33	1460	0.880
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.28±0.26	2.98±0.37	1248	0.125
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.16±0.34	2.33±0.45	1385	0.547
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.54±0.34	2.58±0.45	1436	0.768
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.74±0.32	2.74±0.43	1450	0.834

7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.26±0.26	3.28±0.33	1466	0.910
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.1±0.32	3.14±0.37	1449	0.823
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.91±0.32	3.07±0.36	1430	0.732
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.14±0.35	2.51±0.41	1279	0.210
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.17±0.35	2.19±0.41	1479	0.978
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.22±0.28	3.33±0.22	1421	0.681
13	Приверженность	18.8±1.2	18.8±1.3	1474	0.957
14	Удовлетворенность	15±1.3	15.7±1.8	1364	0.476

Для того, чтобы сравнить вовлеченность руководителей с разной продолжительностью общего трудового стажа, были выделены 8 подгрупп. В первую подгруппу вошли 2 руководителя, продолжительность общего стажа которых составила до 5 лет. Вторая подгруппа была сформирована 14 руководителями, чей стаж составил 6-10 лет. Третья подгруппа состояла из 11 человек со стажем 11-15 лет, четвертая подгруппа – из 16 человек с общим стажем 16-20 лет, пятая подгруппа – из 23 человек со стажем 21-25 лет, шестая подгруппа – из 21 человека проработавших в целом 26-30 лет, седьмая подгруппа – из 8 человек со стажем 31-35 лет. Последняя восьмая подгруппа включала 17 руководителей, общий стаж которых составил более 36 лет. Сравнение этих подгрупп показал, что значимых различий в их вовлеченности нет (Таблица 3.48.).

Таблица 3.48. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим образованием с разной продолжительностью общего стажа, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№		Подгруппы с разным общим трудовым стажем	

	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет	Показатели значимости различий	
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	4±0	3.43±0.6	3.45±0.5	3.44±0.3	3.57±0.3	3.33±0.5	3.13±1.1	3.76±0.2	4.97	0.664
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	2.5±1.4	1.93±0.9	2.45±0.9	3.25±0.5	3.13±0.4	2.71±0.5	3±0.5	2.88±0.6	11.6	0.115
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.5±0.7	2.5±1.0	2.91±1.0	3.25±0.6	3.48±0.3	3.1±0.5	3.5±0.6	3.24±0.4	3.6	0.824
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	4±0	1.79±0.9	2.09±1.2	1.94±0.7	2.48±0.6	1.9±0.7	2.88±1.1	2.47±0.7	9.54	0.216
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	4±0	2.36±0.8	3.09±0.8	2.75±0.8	2.57±0.6	2.24±0.7	2.38±1.4	2.47±0.8	6.31	0.504
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2±2.4	2.57±0.7	2.73±1.0	3.25±0.5	2.39±0.6	2.86±0.6	2.5±1.4	2.94±0.7	4.87	0.676
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.5±0.7	2.5±0.8	3.18±0.8	3.5±0.6	3.35±0.4	3.33±0.4	3.38±1.2	3.47±0.3	9.64	0.210
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	4±0	2.57±0.9	2.55±1.1	3.19±0.7	3.13±0.5	3.19±0.6	3.38±1.2	3.53±0.3	8.79	0.268

9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3.5±0.7	2.57±0.9	2.55±1.1	3.13±0.5	2.65±0.7	2.9±0.6	3.63±0.4	3.59±0.3	8.8	0.267
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	1±0	2.36±0.7	2.18±1.1	2.38±0.8	2.3±0.6	2.24±0.6	2.63±1.5	2.24±0.8	2.65	0.915
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	3.5±0.7	1.93±0.7	2.45±1.1	2.38±0.8	2.09±0.5	2.05±0.7	2.5±1.2	2±0.8	4.26	0.75
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	4±0	3.21±0.6	2.55±1.0	3.44±0.6	3.26±0.4	3.43±0.3	3.13±1.1	3.35±0.4	7.09	0.42
13	Приверженность	21±7.2	15.5±3.4	17.1±4.1	19.8±1.8	19.3±1.8	18.6±2	20±4	20.5±1.5	9.23	0.237
14	Удовлетворенность	18.5±5.2	14.2±3.0	15.1±4.2	16.1±2.7	15.1±2.1	14.7±2.4	16±5.5	15.5±3.4	2.14	0.952

По средним показателям можно говорить о том, что самая высокая приверженность и самая высокая удовлетворенность обнаружены в первой подгруппе (общий стаж до 5 лет), самая низкая приверженность и самая низкая удовлетворенность – во второй подгруппе с общим стажем 6-10 лет.

Выявление различий в вовлеченности в зависимости от стажа управленческой работы провели путем сравнения 6 следующих подгрупп. Первая подгруппа была представлена 40 руководителями с управленческим стажем до 5 лет. Вторая подгруппа включала 25 человек со стажем управленческой работы 6-10 лет, третья подгруппа – 22 человека со стажем 11-15 лет, четвертая подгруппа – 11 человек со стажем управления 16-20 лет, пятая подгруппа – 6 человек со стажем 21-25 лет. Последняя шестая подгруппа состояла из 8 человек, чей стаж управленческой работы превысил 26 лет. Сравнительный анализ вовлеченности в зависимости от управленческого стажа позволил выявить значимые различия по вопросу № 7 и по приверженности (Таблица 3.49.). Оказалось, что учет профессионального мнения зависит от продолжительности стажа управленческой работы, выше всего этот вопрос оценили руководители из последней группы с

управленческим стажем более 36 лет. Менее всего считаются с профессиональным мнением руководителей, из самой многочисленной группы, чей управленческий стаж не превысил 5 лет.

Таблица 3.49. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим образованием с разной продолжительностью стажа управленческой работы, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Подгруппы с разным стажем управленческой работы						Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.38±0.3	3.28±0.4	3.55±0.2	3.91±0.2	3.50±0.6	3.88±0.3	8.14	0.149
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	2.70±0.4	2.40±0.5	3.05±0.4	3.09±0.6	2.83±1.5	3.38±0.9	9.45	0.092
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	2.88±0.4	3±0.5	3.59±0.3	3.45±0.6	3.17±1.2	3.50±0.5	6.26	0.282
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.05±0.5	2.16±0.6	2.41±0.6	2.36±0.9	1.67±1.3	3.00±1.1	4.16	0.526
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.48±0.5	2.84±0.5	2.36±0.7	2.55±1.0	1.67±2.0	3.25±0.9	4.48	0.483
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.50±0.5	2.68±0.6	2.82±0.6	3.00±0.8	2.50±1.1	3.75±0.4	8.43	0.134
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	2.80±0.4	3.20±0.5	3.77±0.2	3.55±0.5	3.50±0.6	3.88±0.3	19.21	0.002*

8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	2.80±0.5	2.96±0.6	3.45±0.4	3.18±0.8	3.83±0.4	3.63±0.4	7.89	0.163
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.75±0.5	2.52±0.6	3.50±0.4	3.36±0.5	3.00±1.3	3.50±0.5	10.35	0.066
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.08±0.4	2.64±0.6	2.36±0.7	2.00±0.9	1.83±1.9	2.75±1.2	5.08	0.406
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.08±0.4	1.96±0.7	2.27±0.6	2.55±1.1	2.17±1.0	2.63±1.2	2.53	0.772
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.05±0.4	3.16±0.4	3.36±0.4	3.55±0.6	3.50±0.6	3.75±0.4	6.94	0.225
13	Приверженность	17.3±1.6	17.4±2.3	20.9±0.9	20.5±2.1	19.8±3.2	21.8±1.8	15.3	0.009*
14	Удовлетворенность	14.2±1.6	15.4±2.6	15.6±2.4	16±3.9	13.3±4.9	19.1±2.9	6.26	0.282

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Приверженность оказалась самой высокой в последней подгруппе у руководителей с управленческим стажем более 36 лет. Самая низкая приверженность была выявлена в первой подгруппе, где были объединены руководители с самым непродолжительны стажем управленческой работы (до 5 лет). Относительно удовлетворенности, по которой не было выявлено значимых различий, можно отметить самую высокую удовлетворенность в последней подгруппе (стаж управленческой работы более 26 лет) и самую низкую удовлетворенность в предпоследней подгруппе (управленческий стаж 21-25 лет).

Сравнивали удовлетворенность в зависимости от уровня компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом. Для этого руководителей с высшим образованием разделили на три подгруппы. В первую подгруппу вошли 20 руководителей с низким уровнем компетентности (грамотности) (0-24% правильных ответов), во вторую подгруппу – 57 руководителей со средним уровнем компетентности (грамотности) (25-40% правильных ответов) и в третью подгруппу – 27

руководителей с высоким уровнем компетентности (грамотности) (41-65% правильных ответов). Сравнение этих трех подгрупп показало отсутствие значимых различий в вовлеченности (Таблица 3.50.).

Таблица 3.50. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) с высшим образованием в зависимости от уровня компетентности (грамотности), показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.5±0.4	3.46±0.3	3.63±0.2	0.0443	0.978
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3±0.6	2.91±0.3	2.37±0.5	5.1578	0.076
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.4±0.5	3.07±0.3	3.07±0.5	2.1355	0.344
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.35±0.8	2.18±0.4	2.07±0.5	0.4467	0.800
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	3.15±0.6	2.46±0.4	2.37±0.6	5.7828	0.055
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.9±0.7	2.7±0.3	2.67±0.6	0.9367	0.626
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.4±0.5	3.25±0.3	3.19±0.5	0.8437	0.656
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	2.95±0.7	3.23±0.3	2.93±0.7	0.112	0.946
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3.1±0.7	3±0.3	2.63±0.6	2.472	0.291
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.5±0.7	2.14±0.4	2.22±0.5	0.8694	0.647
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.05±0.8	2.16±0.4	2.3±0.6	0.3052	0.858

12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.35±0.5	3.18±0.3	3.37±0.4	1.1917	0.551
13	Приверженность	19.4±2.8	18.9±1.1	17.8±1.9	3.0423	0.218
14	Удовлетворенность	16.3±3.2	14.8±1.3	15±2.1	1.3506	0.509

Однако можно выявить некоторые закономерности. Был обнаружен высокий уровень приверженности руководителей и средний уровень удовлетворенности. Уровень приверженности уменьшается с повышением уровня компетентности (грамотности). С удовлетворенностью такой обратной однозначной зависимости не обнаруживается: самая высокая удовлетворенность обнаруживается у руководителей с низким уровнем компетентности (грамотности), а самая низкая удовлетворенность – у руководителей со средним уровнем компетентности (грамотности).

3.4.2. Исследование вовлеченности руководителей МО со средним образованием (в зависимости от возрастных особенностей и характеристик профессиональной деятельности)

В данном разделе будет рассмотрена вовлеченность руководителей со средним образованием в зависимости от их возраста, наличия дополнительного образования, продолжительности общего и управленческого стажа, уровня компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом. Половые различия не учитывались, так как все руководители со средним образованием были женского пола.

С целью сравнения вовлеченности руководителей со средним образованием разного возраста, их разделили на 8 подгрупп. Первая подгруппа состояла из 4 человек в возрасте до 30 лет, вторая подгруппа – из 1 человека в возрасте 31-35 лет, третья подгруппа – из 5 человек в возрасте 36-40 лет, четвертая подгруппа – из 10 руководителей в возрасте 41-45 лет, пятая подгруппа – из 6 человек в возрасте 46-50 лет, шестая подгруппа – из 7 человек в возрасте 51-55 лет, седьмая подгруппа – из 1 человека в возрасте 56-60 лет.

Последняя восьмая подгруппа должна была включать руководителей в возрасте старше 61 года, но таких в данной выборке не было. Сравнительный анализ восьми рассмотренных групп показал, что между ними нет значимых различий по вовлеченности (Таблица 3.51.). Обращает на себя внимание высокий уровень приверженности и средний уровень удовлетворенности работой в организации.

Таблица 3.51. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (СБ±ДИ) со средним образованием в разных возрастных группам, показатели значимости различий: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Группы								Показатели значимости различий	
		До 30 лет	31-35 лет	36-40 лет	41-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет	Более 61 года		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.5±0.9	3	2.8±2.0	3.6±0.4	3.67±0.6	3.14±1.4	3	-	3.19	0.785
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.75±0.8	4	3.4±0.7	3±0.9	3.5±0.6	3±1.3	3	-	3.61	0.729
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.25±0.8	4	3.2±1.0	2.8±0.9	3.83±0.4	3.71±0.5	3	-	8.85	0.182
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за	2.25±1.8	3	2.6±1.4	2.4±1.0	1.83±1.5	2.71±1.3	1	-	2.82	0.831

	хорошую работу в последнюю неделю?										
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	3.25±1.5	3	1.8±2.0	1.8±1.3	2.17±1.4	3±1.1	1	-	5.55	0.475
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	1.5±3.1	3	2.4±1.7	2±1.2	2.67±1.4	2.86±1.6	3	-	3.5	0.744
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	2.75±3.0	3	2.6±1.9	3.5±0.4	3.67±0.6	3.57±0.7	3	-	5.07	0.535
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.25±0.8	3	3±0	3.4±0.9	3.33±1.7	3.14±1.4	3	-	7.47	0.280
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.5±2.8	3	2.6±2.1	2.8±0.9	3.5±0.6	3±1.3	3	-	2.2	0.901
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.25±2.4	3	3±1.8	2.3±1.1	3.5±0.6	3±1.2	3	-	3.64	0.725
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.75±0.8	3	2.2±2.2	2.2±1.0	2.17±1.6	2.57±0.9	1	-	2	0.920
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.5±0.9	3	3±0.9	3.3±0.9	2.83±1.4	2.71±1.6	4	-	2.73	0.842
13	Приверженность	19±6.6	20	17.6±1.4	19.1±2.6	21.5±3.4	19.6±4.2	18	-	3.97	0.681
14	Удовлетворенность	15.5±7.1	18	15±5.6	14±4.2	15.2±4.7	16.9±5.9	13	-	1.83	0.935

Для сравнения удовлетворенности у руководителей, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, и без такового были сформированы две подгруппы. Первая подгруппа состояла из 21 руководителя с дополнительным образованием, а вторая группа – из 13 человек без дополнительного образования. Сравнительный анализ этих двух подгрупп позволил выявить значимые различия в вовлеченности по 3 и 8 вопросам (Таблица 3.52.). Руководители с дополнительным образованием более вовлечены в деятельность организации в силу того, что в большей степени имеют возможность заниматься тем, что получается лучше всего, а миссия и цель организации, в которой ни работают, помогает им осознать важность работы.

Таблица 3.52. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) со средним образованием, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом или без такового, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Манна-Уитни (U) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Группы		Показатели значимости различий	
		Есть доп. образование	Нет доп. образования		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	U	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.29±0.6	3.46±0.3	128.5	0.764
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.43±0.4	3.00±0.7	96.5	0.120
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.48±0.5	3.08±0.4	81	0.031*
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.57±0.6	2.00±0.8	104	0.242
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.14±0.7	2.54±0.8	125.5	0.700
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2.62±0.7	1.92±0.9	98.5	0.162

7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.38±0.4	3.15±0.6	114	0.385
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.52±0.4	2.77±0.8	75	0.016*
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3.14±0.5	2.54±0.8	88	0.068
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	3.00±0.6	2.46±0.8	105	0.250
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.24±0.6	2.46±0.8	119.5	0.542
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.24±0.5	2.85±0.8	112.5	0.368
13	Приверженность	20.2±1.6	18.0±1.8	82	0.054
14	Удовлетворенность	15.8±2.2	14.2±3.1	114	0.434

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

При этом получили приверженность и удовлетворенность немного (незначимо) выше у руководителей, имеющих дополнительное образование в сфере управления персоналом, чем руководители без такого дополнительного образования.

Выявление различий вовлеченности у руководителей со средним образованием в зависимости от их продолжительности общего стажа было основано на разделение их на 8 подгрупп. Первая подгруппа состояла из 3 человек со стажем до 5 лет, вторая подгруппа – из 1 человека со стажем 6-10 лет, третья подгруппа – из 3 человек со стажем 11-15 лет, четвертая подгруппа – из 6 человек со стажем 16-20 лет, пятая подгруппа – из 7 человек со стажем 21-25 лет, шестая – из 8 человек со стажем 26-30 человек, седьмая подгруппа – из 5 человек со стажем 31-35 лет, восьмая подгруппа – из 1 человека со стажем старше 36 лет. Сравнение этих подгрупп позволило выявить отсутствие значимых различий (Таблица 3.53.).

Таблица 3.53. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) со средним образованием с разной продолжительностью общего стажа, показатели

значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Подгруппы с разным общим трудовым стажем								Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-35 лет	Более 36 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	3.33±1.4	4	3.67±1.4	2.83±1.5	3.71±0.5	3.38±0.4	3.2±2.2	3	5.57	0.591
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.67±1.5	4	4±0.0	3.5±0.6	3±0.5	2.5±1.3	3.8±0.6	3	12.44	0.087
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.33±1.4	3	2.33±5.2	3.33±0.9	3.14±0.8	3.5±0.5	4±0.0	3	7.02	0.427
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	3±2.5	0	3.33±1.4	2.83±1.2	1.86±1.1	2±1.1	2.8±2.0	1	9.03	0.251
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	3±2.5	4	2±4.3	2.33±1.9	1.29±1.5	2.25±1.1	3.4±0.7	1	8.52	0.289
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2±4.9	0	2±4.3	3.33±0.5	1±1.3	2.5±1.2	3.6±0.7	3	13.66	0.057
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.67±1.4	0	3.33±1.4	2.83±1.5	3.43±0.5	3.5±0.6	3.8±0.6	3	7.34	0.395

8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.33± 1.4	3	3.33± 1.4	3.33± 0.5	3.29± 1.4	2.75± 1.5	3.8±0. 6	3	4.46	0.725
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	3.33± 1.4	0	2±4.3	3.33± 0.9	2.86± 1.4	3.25± 0.6	2.8±2. 0	3	5.1	0.647
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.67± 3.8	1	1.67± 3.8	2.83± 1.5	2.86± 1.4	2.88± 0.9	3.6±1. 1	3	6.4	0.494
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.67± 1.4	3	2.33± 5.2	1.67± 1.7	2.57± 0.9	2.25± 1.2	2.8±0. 6	1	3.52	0.833
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.33± 1.4	4	3.33± 1.4	3.17± 0.8	3±1.4	2.63± 1.1	3.2±2. 2	4	3.83	0.799
13	Приверженность	20.7± 7.6	14	18.7± 2.9	19.2± 3.1	19.4± 3.3	18.9± 4.2	21.4± 3.6	18	4.89	0.674
14	Удовлетворенность	16.7± 11.5	12	14.7± 12.3	16.2± 5.2	12.6± 5.7	14.5± 4.3	19.4± 4.4	13	6.59	0.473

Сравнение вовлеченности в зависимости от продолжительности стажа управленческой работы было связано с разделением на 6 подгрупп. В первой подгруппе было 13 руководителей со стажем управленческой работы до 5 лет, во второй подгруппе – 9 человек с управленческим стажем 6-10 лет, в третьей подгруппе – 7 человек со стажем 11-15 лет, в четвертой и пятой подгруппах было по 2 человека со стажем, соответственно, 16-20 и 21-25 лет, в шестой подгруппе был всего 1 человек со стажем более 26 лет. Сравнение вовлеченности руководителей в составе этих групп позволило выявить значимые различия только по 4 вопросу (Таблица 3.54.). Оказалось, что награду или похвалу с большей вероятностью получают представители второй

подгруппы (управленческий стаж 6-10 лет), а с наименьшей вероятностью две последние подгруппы.

Таблица 3.54. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) со средним образованием с разной продолжительностью стажа управленческой работы, показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Подгруппы с разным стажем управленческой работы						Показатели значимости различий	
		До 5 лет	6-10 лет	11-15 лет	16-20 лет	21-25 лет	Более 26 лет		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	2.92±0.8	3.56±0.4	3.43±0.5	4±0	4±0	4	5.92	0.314
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.23±0.7	3.44±0.6	2.86±1.3	4±0	3±0	4	5.27	0.384
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.31±0.4	3.22±1.0	3.29±0.7	4±0	3±2.7	4	3.36	0.644
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.23±0.8	3.11±0.6	1.86±1.1	4±0	1±0	0	12.19	0.032*
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	2.15±1.0	2.56±1.2	2.29±1.3	3.5±6.4	0.5±3.4	3	4.41	0.491
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	2±1.0	3±0.7	2.29±1.3	3.5±3.4	0±	4	8.62	0.125
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	2.85±0.9	3.56±0.4	3.43±0.5	4±0	3.5±3.4	4	4.5	0.481

8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	3.08±0.6	3.56±0.4	3.14±1.4	4±0	2±2.5	4	4.7	0.453
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.54±0.9	3.33±0.5	2.71±1.3	3.5±2.4	3.5±3.4	3	2.36	0.797
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	2.69±0.8	2.89±1.1	2.43±1.4	3±2.7	3.5±3.4	4	2.31	0.804
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.62±0.6	2.11±1.1	1.86±1.5	3±0	1.5±3.4	4	5.44	0.365
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.08±0.7	3±0.8	2.86±1.6	4±0	3±2.7	4	3.02	0.697
13	Приверженность	17.9±2.1	20.7±2.3	18.9±3.5	23.5±6.4	19±8.3	23	7.51	0.185
14	Удовлетворенность	14.8±2.9	16.7±4.3	13.6±4.4	21±0	9.5±6.4	19	7.47	0.188

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Выявление различий вовлеченности в зависимости от уровня компетентности (грамотности) осуществлялось путем разделения на три подгруппы. Первая подгруппа состояла из 4 руководителей с низким уровнем компетентности (грамотности) (0-24% правильных ответов), вторая подгруппа – из 16 человек со средним уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом, третья группа – из 5 человек с высоким уровнем компетентности (грамотности) (41-65% правильных ответов). Сравнительный анализ этих трех подгрупп значимых различий не выявил (Таблица 3.55.).

Таблица 3.55. - Вовлеченность руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) со средним образованием в зависимости от уровня компетентности (грамотности), показатели значимости различий между подгруппами: значения критерия Краскела-Уоллиса (H) и уровень его значимости (p)

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	4.00±0.0	3.56±0.3	3.20±0.6	5.542	0.063
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	3.50±0.9	3.19±0.7	3.20±1.0	0.364	0.833
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	3.25±1.5	3.19±0.6	3.20±0.6	0.271	0.873
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	2.75±2.4	2.50±0.7	2.40±0.9	0.183	0.912
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	1.75±0.2	2.06±0.8	3.20±0.6	1.928	0.381
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	1.75±0.2	2.06±0.8	3.20±1.0	2.363	0.307
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	3.00±2.8	3.31±0.6	3.40±0.7	0.287	0.866
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	2.50±2.2	3.38±0.6	3.40±0.7	1.723	0.423
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	2.50±2.5	3.00±0.6	3.00±0.9	0.229	0.892
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	3.00±1.8	2.44±0.8	2.60±1.9	0.528	0.768
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	2.50±2.1	2.25±0.6	2.00±2.3	0.128	0.938
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	3.75±0.8	3.00±0.7	3.40±0.7	1.351	0.509
13	Приверженность	18.8±5.8	19.6±2.2	19.4±3.4	0.45	0.798
14	Удовлетворенность	15.5±7.4	14.3±3	16.8±2.4	1.19	0.551

Однако, путем сравнения средних баллов, выявили, что приверженность выше всего в группе со средним уровнем компетентности (грамотности), а ниже всего – в подгруппе с низким уровнем компетентности (грамотности). Удовлетворенность выше всего в третьей подгруппе с высоким уровнем

компетентности (грамотности), а ниже всего – в подгруппе со средним уровнем компетентности (грамотности).

ГЛАВА 4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ОТДЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Выявление значимых связей между отдельными параметрами исследования

4.1.1. Корреляционный анализ компетентности руководителей в части технологий управления персоналом с удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

С целью выявить значимые связи между компетентностью (грамотностью) руководителей в вопросах управления персоналом с их удовлетворенностью действующей системой управления персоналом проанализировали коэффициенты корреляции между показателями компетентности (грамотности) и удовлетворенности отдельно для руководителей с высшим образованием и руководителей со средним образованием.

В группе руководителей с высшим образованием были выявлены только два значимых коэффициента корреляции (Таблица 4.1.). Компетентность (грамотность) по таким шкалам теста базовая грамотность, как формирование и развитие кадрового потенциала и общая оценка компетентности (грамотности) руководителей, значимо обратно связана с уровнем удовлетворенности целями обеспечения персоналом. Следовательно, высокая компетентность (грамотность) в вопросах формирования и развития кадрового потенциала и высокая компетентность (грамотность) в вопросах управления персоналом вообще связаны с низкой удовлетворенностью целями обеспечения персоналом и наоборот.

Таблица 4.1. - Коэффициенты корреляций между компетентностью (грамотностью) руководителей МО с высшим образованием и их удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

		Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»						
№	Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»	Система управления персоналом	Обеспечение персоналом	Оптимизация условий труда	Формирование и развитие кадрового потенциала	Управление внутренней средой	Оценка деятельности сотрудников	Общая оценка грамотности руководителей
1.	ОП Цели	-0.134	-0.087	-0.033	-0.226*	-0.025	-0.038	-0.196*
2.	ОП Методология	0.021	-0.037	0.031	-0.016	0.067	-0.028	0.038
3.	ОП Компетентность руководителей	-0.03	0.042	-0.078	-0.012	0.061	-0.027	-0.055
4.	ОП Контроль	0.038	0.01	-0.003	-0.016	0.045	0.099	0.043
5.	ОП Распределение ответственности	0.036	-0.038	0.125	-0.107	-0.019	0.082	0.031
6.	ОП Компетентность сотрудников	0.034	-0.044	0.07	-0.019	0.047	0.083	0.021
7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	0.03	-0.045	0.05	-0.044	0.074	0.03	0.028
8.	ОУТ Цели	-0.027	0.044	0.054	-0.022	0.01	-0.1	-0.048
9.	ОУТ Методология	-0.042	-0.07	0.004	-0.015	-0.026	0.047	-0.075
10.	ОУТ Компетентность руководителей	-0.076	-0.098	-0.029	-0.048	-0.035	0.072	-0.134
11.	ОУТ Контроль	-0.024	-0.108	-0.064	0.064	-0.053	0.05	0.022
12.	ОУТ Распределение ответственности	0.001	0.002	-0.006	0.003	-0.024	0.031	0.013
13.	ОУТ Компетентность	-0.096	-0.148	-0.106	-0.011	-0.088	0.027	-0.048

	сотрудников							
14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	0.007	-0.059	0.051	0.021	0.007	0.021	-0.004
15.	ФКП Цели	0.115	-0.011	0.144	0.101	0.055	0.06	0.119
16.	ФКП Методология	0.137	0.027	0.129	0.015	0.153	0.08	0.092
17.	ФКП Компетентность руководителей	-0.031	-0.161	0.034	-0.055	-0.01	0.052	-0.017
18.	ФКП Контроль	0.035	0	0.065	0.001	0.027	0.073	-0.04
19.	ФКП Распределение ответственности	-0.051	-0.094	-0.008	-0.096	0.017	-0.067	-0.03
20.	ФКП Компетентность сотрудников	0.008	-0.067	0.028	-0.035	0.055	-0.011	-0.016
21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	0.001	-0.109	0.062	-0.06	0.053	-0.002	-0.009
22.	УВС Цели	0.06	0.008	0.126	0.032	0.055	0.017	0.044
23.	УВС Методология	-0.03	-0.063	0.087	0.052	-0.107	-0.033	-0.054
24.	УВС Компетентность руководителей	0.016	-0.097	0.052	0.091	0.026	0.024	-0.027
25.	УВС Контроль	0.003	-0.091	-0.005	0.039	0.064	0.048	-0.027
26.	УВС Распределение ответственности	-0.085	-0.174	-0.003	-0.015	-0.117	-0.013	-0.048
27.	УВС Компетентность сотрудников	-0.073	-0.138	-0.06	-0.008	-0.026	-0.02	-0.073

28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	0.015	0.012	0.046	0.027	-0.022	0.008	0.002
29.	ОДС Цели	-0.089	-0.063	-0.032	-0.13	-0.002	-0.07	-0.117
30.	ОДС Методология	-0.064	-0.112	-0.043	-0.044	-0.037	0.002	-0.046
31.	ОДС Компетентность руководителей	-0.06	-0.109	0.032	-0.04	-0.119	-0.014	-0.051
32.	ОДС Контроль	-0.054	-0.037	-0.05	-0.067	-0.037	0.024	-0.067
33.	ОДС Распределение ответственности	-0.062	-0.091	-0.007	-0.061	-0.049	0.036	-0.05
34.	ОДС Компетентность сотрудников	-0.069	-0.118	-0.044	-0.062	-0.057	0.022	-0.012
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	-0.046	-0.065	0.007	-0.052	-0.022	-0.005	-0.055

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Связей между компетентностью (грамотностью) и удовлетворенностью системой управления персоналом в группе руководителей со средним образованием обнаружено мало – всего один коэффициент корреляции получен с достаточным уровнем значимости – между компетентностью (грамотностью) при оценке деятельности сотрудников и удовлетворенностью компетентностью руководителей при оценке деятельности сотрудников (Таблица 4.2.). Полученная значимая связь оказалась обратной: высокая компетентность (грамотность) в оценке деятельности сотрудников связана с низкой удовлетворенностью компетентностью руководителей при оценке деятельности сотрудников и наоборот.

Таблица 4.2. - Коэффициенты корреляций между компетентностью (грамотностью) руководителей МО со средним образованием и их удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

		Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»						
№	Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»	Система управления персоналом	Обеспечение персоналом	Оптимизация условий труда	Формирование и развитие кадрового потенциала	Управление внутренней средой	Оценка деятельности сотрудников	Общая оценка грамотности руководителей
1.	ОП Цели	-0,041	-0,22	-0,077	0,027	0,068	-0,08	-0,042
2.	ОП Методология	-0,003	-0,133	0,227	0,238	0,212	-0,084	-0,271
3.	ОП Компетентность руководителей	-0,243	-0,167	-0,047	-0,061	-0,216	-0,177	-0,255
4.	ОП Контроль	-0,011	-0,018	0,049	0,135	0,094	-0,141	-0,168
5.	ОП Распределение ответственности	0,002	0,107	0,085	0,237	-0,049	-0,091	0,058
6.	ОП Компетентность сотрудников	-0,201	-0,134	0,144	0,039	-0,069	-0,271	-0,288
7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	-0,142	-0,095	-0,081	0,191	-0,063	-0,214	-0,081
8.	ОУТ Цели	-0,252	0,078	-0,225	-0,015	-0,1	-0,286	-0,223
9.	ОУТ Методология	-0,107	0,146	0,009	0,144	-0,173	-0,139	-0,029
10.	ОУТ Компетентность руководителей	-0,251	-0,019	0,09	-0,1	-0,225	-0,208	-0,355
11.	ОУТ Контроль	-0,056	0,054	0,114	0,09	-0,067	-0,126	0,128
12.	ОУТ Распределение ответственности	-0,158	-0,205	-0,045	0,256	-0,204	-0,198	-0,153
13.	ОУТ Компетентность	-0,096	0,22	0,134	0,117	-0,015	-0,24	-0,294

	сотрудников							
14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	-0,201	0,032	-0,147	0,081	-0,13	-0,193	-0,043
15.	ФКП Цели	-0,021	0,01	0,199	0,225	-0,12	-0,104	0,047
16.	ФКП Методология	0,044	0,013	0,124	0,209	0,013	-0,011	-0,045
17.	ФКП Компетентность руководителей	0,101	-0,024	0,259	0,117	-0,076	0,023	0,029
18.	ФКП Контроль	-0,187	-0,08	-0,04	-0,123	-0,237	-0,21	-0,36
19.	ФКП Распределение ответственности	0,001	0,066	0,02	0,216	-0,026	-0,04	0,011
20.	ФКП Компетентность сотрудников	-0,061	0,02	0,098	0,226	-0,099	-0,068	-0,211
21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	-0,051	0	0,032	0,133	-0,135	-0,097	-0,058
22.	УВС Цели	-0,144	-0,15	0,166	0,227	0,182	-0,129	-0,298
23.	УВС Методология	-0,179	-0,232	0,114	-0,02	-0,006	-0,046	-0,249
24.	УВС Компетентность руководителей	-0,073	0,197	0,121	-0,001	0,066	-0,078	-0,177
25.	УВС Контроль	-0,371	-0,052	-0,101	-0,01	-0,156	-0,368	-0,32
26.	УВС Распределение ответственности	-0,21	0,101	-0,119	-0,06	-0,333	-0,188	-0,051
27.	УВС Компетентность сотрудников	-0,097	0,304	0,126	0,12	-0,055	-0,019	-0,289

28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	-0,252	-0,246	0,002	-0,024	-0,092	-0,192	-0,3
29.	ОДС Цели	-0,014	-0,018	0,201	0,254	-0,082	-0,093	-0,051
30.	ОДС Методология	0,03	-0,045	0,135	0,16	-0,01	-0,016	-0,099
31.	ОДС Компетентность руководителей	-0,215	0,01	-0,213	0,028	-0,322	-0,397*	-0,074
32.	ОДС Контроль	-0,171	-0,101	0,021	0,176	-0,132	-0,31	-0,22
33.	ОДС Распределение ответственности	-0,092	-0,125	0,035	0,15	-0,23	-0,175	-0,089
34.	ОДС Компетентность сотрудников	-0,187	-0,215	-0,085	0,11	-0,182	-0,372	-0,233
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	-0,198	-0,19	-0,128	0,061	-0,098	-0,296	-0,165

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

Наличие очень незначительного количества корреляций указывает на то, что в представлении руководителей, как с высшим, так и со средним образованием, знания в области управления персоналом практически не связаны с удовлетворенностью действующей системой управления персоналом. Следовательно, существующая система управления персоналом реализуется в соответствии с любыми возможными принципами, исторически сложившимися в системе здравоохранения, не имеющими никакого отношения к научно-практическим принципам реализации современных систем управления персоналом, которые являются главным условием эффективного кадрового взаимодействия.

Все выявленные немногочисленные связи оказались обратными и указывают на обратные зависимости между компетентностью (грамотностью)

в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей в МО системой управления персоналом. Высокая компетентность (грамотность) руководители с высшим образованием в вопросах формирования и развития кадрового потенциала и в вопросах управления персоналом вообще связаны с низкой удовлетворенностью целями обеспечения персоналом, и наоборот низкая компетентность (грамотность) в этих вопросах сопровождается высокой удовлетворенностью. Высокая компетентность (грамотность) руководителей со средним образованием в оценке деятельности сотрудников связана с низкой удовлетворенностью компетентностью руководителей при оценке деятельности сотрудников и, наоборот, низкая компетентность (грамотность) в оценке деятельности сотрудников способствует высокой удовлетворенности оценке деятельности сотрудников.

Для понимания отличаются ли руководители с разным уровнем успеваемости удовлетворенностью системой управления персоналом, всех руководителей с высшим образованием разделили на три группы в зависимости от набранного ими процента правильных ответов, полученных в ходе заполнения теста оценки компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом. В первую группу вошел 21 руководитель, набравший по тесту компетентности (грамотности) от 0 до 24%, вторая группа состояла из 59 человек, которые набрали от 26 до 45 %, третья группа – из 27 человек, которые набрали 41-65 %. При сравнении этих трех групп значимых различий выявлено не было (Таблица 4.3.). В целом можно сказать, что есть тенденция к тому, что руководители с более низким уровнем компетентности (грамотности) характеризуются более высокой удовлетворенностью системой управления персоналом, что верно для всех рассмотренных шкал. При определении удовлетворенности процессами обеспечения персоналом, формирования и развития кадрового потенциала и оценки деятельности сотрудников обнаружена обратная зависимость: чем ниже процент правильных ответов, тем выше удовлетворенность. Процессы оптимизации

условий труда и управления внутренней средой не имеют четкой обратной зависимости, но все-таки здесь наибольшей удовлетворенностью характеризуется вторая группа, имеющая средний уровень компетентности (грамотности) (25-40%).

Таблица 4.3. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей с высшим образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий персоналом по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	3.48±0.3	3.05±0.3	2.78±0.5	3.6063	0.165
2	ОП Методология	3.41±0.2	3.28±0.1	3.31±0.2	0.9965	0.608
3	ОП Компетентность руководителей	2.98±0.7	3.01±0.3	2.85±0.5	0.5387	0.764
4	ОП Контроль	2.88±0.6	2.96±0.3	2.89±0.5	0.0474	0.977
5	ОП Распределение ответственности	3.15±0.5	2.91±0.2	3.12±0.4	5.9688	0.051
6	ОП Компетентность сотрудников	3.05±0.6	2.93±0.3	3.04±0.5	1.143	0.565
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.41±0.2	3.19±0.1	3.26±0.2	2.1539	0.341
8	ОУТ Цели	2.9±0.5	3.25±0.2	2.7±0.5	2.7364	0.255
9	ОУТ Методология	3.2±0.4	3.25±0.1	3.02±0.4	1.355	0.508
10.	ОУТ Компетентность руководителей	3±0.5	2.36±0.4	2.41±0.6	3.599	0.165
11	ОУТ Контроль	3±0.6	2.64±0.3	2.63±0.6	1.6458	0.439
12	ОУТ Распределение ответственности	2.98±0.4	2.74±0.3	2.78±0.5	0.5165	0.772
13	ОУТ Компетентность сотрудников	2.81±0.6	2.54±0.4	2.44±0.5	1.392	0.499
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.07±0.4	**3.14**±0.2	3.04±0.3	0.4059	0.816
15	ФКП Цели	3.43±0.5	3.29±0.2	3.56±0.4	5.0679	0.079
16	ФКП Методология	3.06±0.6	3.31±0.2	3.49±0.2	2.0233	0.364
17	ФКП Компетентность руководителей	3.19±0.5	2.95±0.3	2.93±0.5	0.7546	0.686
18	ФКП Контроль	3±0.5	2.83±0.4	2.96±0.4	0.2012	0.904
19	ФКП Распределение ответственности	3.29±0.5	3.14±0.2	3.04±0.4	1.5583	0.459
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.19±0.6	3.17±0.2	3.19±0.4	0.9372	0.626
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.4±0.3	3.28±0.2	3.34±0.3	1.4539	0.483
22	УВС Цели	3.1±0.5	3.17±0.3	3.3±0.4	0.2988	0.861

23	УВС Методология	2.94±0.5	2.91±0.3	2.74±0.5	0.7585	0.684
24	УВС Компетентность руководителей	2.38±0.7	2.1±0.4	2.22±0.6	0.4878	0.784
25	УВС Контроль	2.24±0.7	2.15±0.4	2.22±0.6	0.158	0.924
26	УВС Распределение ответственности	2.73±0.7	2.61±0.3	2.37±0.6	1.1484	0.563
27	УВС Компетентность сотрудников	2.57±0.6	2.22±0.4	2.19±0.6	0.8579	0.651
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	2.98±0.5	3.07±0.2	2.89±0.4	0.2339	0.890
29	ОДС Цели	3.33±0.5	3.37±0.2	2.93±0.6	1.269	0.530
30	ОДС Методология	3.24±0.5	3.19±0.2	2.83±0.6	0.9495	0.622
31	ОДС Компетентность руководителей	2.9±0.6	2.61±0.4	2.59±0.6	0.7538	0.686
32	ОДС Контроль	2.95±0.6	3.14±0.3	2.85±0.6	0.1982	0.906
33	ОДС Распределение ответственности	3.14±0.6	3.01±0.3	2.78±0.6	0.8989	0.638
34	ОДС Компетентность сотрудников	2.95±0.6	3.05±0.3	2.7±0.6	0.3033	0.859
35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	**3.24**±0.4	3.31±0.2	3.05±0.4	0.7838	0.676
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	3.02±0.42	2.91±0.19	2.83±0.37	1.024	0.599

Анализ удовлетворенности системой управления персоналом у руководителей со средним образование, имеющих разный уровень компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом, проводили путем сравнения трех групп, отличающихся уровнем компетентности (грамотности). Первая группа состояла из 4 руководителей, уровень компетентности (грамотности) которых составлял от 0 до 24% правильных ответов. Вторая группа была сформирована 16 руководителями с уровнем компетентности (грамотности) 25-40 %. В третьей группе было 5 руководителей с относительно самым высоким уровнем компетентности (грамотности) – 41-65 %. В ходе анализа значимых различий выявлено не было (Таблица 4.4.). В целом видно, что удовлетворенность всеми процессами системы управления персоналом уменьшается по мере увеличения компетентности (грамотности).

Таблица 4.4. - Удовлетворенность системой управления персоналом (средний уровень удовлетворенности в баллах – СБ, 95% доверительный интервал – ДИ) руководителей со средним образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом

по шкалам анкеты «Оценка системы управления персоналом», значения критерия Краскела-Уоллиса (Н) и уровень его значимости (р)

Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»		Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	Н	р
1	ОП Цели	2.75±3.0	2.44±0.8	2.2±2.5	0.3951	0.821
2	ОП Методология	3.06±1.0	2.89±0.5	3.03±0.5	0.0859	0.958
3	ОП Компетентность руководителей	2.88±1.4	2.28±0.7	2.2±1.7	0.4533	0.797
4	ОП Контроль	2.75±1.0	2.53±0.6	2.90±0.9	0.056	0.972
5	ОП Распределение ответственности	2.81±1.1	2.97±0.4	3.05±0.9	0.3503	0.839
6	ОП Компетентность сотрудников	3.50±0.9	2.44±0.7	2.60±1.9	3.9402	0.139
7	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	3.01±1.0	3.04±0.3	2.99±0.6	0.3621	0.834
8	ОУТ Цели	3.50±0.9	3.25±0.5	3.00±0.0	2.0389	0.361
9	ОУТ Методология	3.15±1.2	2.91±0.6	3.21±0.6	0.094	0.954
10.	ОУТ Компетентность руководителей	3.00±1.8	2.69±0.8	2.60±1.1	0.3909	0.822
11	ОУТ Контроль	3.00±1.8	2.75±0.6	3.20±1.0	0.5276	0.768
12	ОУТ Распределение ответственности	3.08±1.3	2.88±0.6	2.60±1.9	0.2469	0.884
13	ОУТ Компетентность сотрудников	3.00±1.3	2.31±0.8	3.00±0.0	0.4623	0.794
14	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	3.13±1.3	3.08±0.4	3.11±0.6	0.0933	0.954
15	ФКП Цели	2.75±3.0	3.31±0.6	3.40±0.7	0.2355	0.889
16	ФКП Методология	3.33±1.3	3.41±0.4	3.40±0.7	0.0736	0.964
17	ФКП Компетентность руководителей	3.00±1.8	2.69±0.7	3.00±0.9	0.0801	0.961
18	ФКП Контроль	3.75±0.8	3.19±0.6	3.00±0.9	2.3696	0.306
19	ФКП Распределение ответственности	3.25±1.5	3.06±0.6	3.27±0.5	0.1239	0.940
20	ФКП Компетентность сотрудников	3.25±0.8	3.00±0.7	3.20±0.6	0.1138	0.945
21	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	3.33±1.2	3.29±0.3	3.26±0.5	0.4009	0.818
22	УВС Цели	3.25±1.5	2.75±0.7	3.4±0.7	0.9051	0.636
23	УВС Методология	3.25±1.5	2.74±0.7	3.13±0.5	0.5067	0.776
24	УВС Компетентность руководителей	2.5±3.1	1.06±0.7	2.00±1.5	3.4698	0.176
25	УВС Контроль	3.25±1.5	1.56±0.8	2.20±1.8	3.7072	0.157
26	УВС Распределение ответственности	3.25±1.5	2.43±0.8	3.07±0.5	1.2241	0.542
27	УВС Компетентность сотрудников	2.5±3.0	2.00±0.9	3.00±0.0	1.3005	0.522
28	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	3.25±1.5	2.99±0.4	3.04±0.4	0.7857	0.675
29	ОДС Цели	3.25±1.5	3.19±0.6	3.40±0.7	0.0223	0.989
30	ОДС Методология	3.17±1.4	3.06±0.5	3.27±0.5	0.0196	0.990
31	ОДС Компетентность руководителей	3.25±1.5	2.69±0.6	2.80±1.0	0.9678	0.616
32	ОДС Контроль	3.25±1.5	2.94±0.7	3.00±0.9	0.3178	0.853
33	ОДС Распределение ответственности	3.17±1.4	3.22±0.5	3.07±0.7	0.7594	0.684
34	ОДС Компетентность сотрудников	3.25±1.5	2.75±0.7	2.40±1.9	0.9491	0.622

35	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	3.20±1.5	3.26±0.3	3.11±0.6	0.5207	0.771
36	ИТОГОВЫЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	3.10±1.28	2.71±0.42	2.92±0.65	0.283	0.868

4.1.2. Корреляционный анализ социальных мотивов руководителей МО с высшим образованием с уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

Ниже представлены коэффициенты корреляций между уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и их социальными мотивами (Таблица 4.5.). Как видно из таблицы 40 значимых связей не выявлено, что указывает на то, что уровень знаний управления персоналом не определяет ценностные установки руководителей.

Таблица 4.5. - Коэффициенты корреляций между социальными ценностными установками профессиональной деятельности руководителей МО с высшим образованием и шкалами теста базовой грамотности в управлении персоналом

		Социальные ценностные установки							
№	Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»	Профессиональная компетентность	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция стилей жизни	Предпринимательство
1.	Система управления персоналом	-0.053	-0.105	-0.014	-0.098	-0.007	-0.101	-0.014	-0.059
2.	Обеспечение персоналом	0.075	0.037	0.073	0.027	0.082	-0.008	0.027	0.069
3.	Оптимизация условий труда	-0.058	-0.017	0.065	-0.096	-0.004	-0.015	0.028	-0.02
4.	Формирование и	-0.109	-0.129	-0.026	-0.095	-0.13	-0.196*	-0.114	-0.037

	развитие кадрового потенциала								
5.	Управление внутренней средой	0.011	-0.096	-0.119	-0.012	0.076	-0.019	-0.046	-0.095
6.	Оценка деятельности сотрудников	-0.135	-0.055	-0.031	-0.111	-0.061	-0.074	-0.046	0.015
7.	Общая оценка грамотности руководителей	-0.016	-0.199	0.005	-0.101	-0.029	-0.133	0.061	-0.105

Примечание: * - отмечены значения с уровнем значимости менее 0.05

В Таблице 4.6. представлены коэффициенты корреляции между социальными установками и уровнем удовлетворенности действующей системой управления персоналом. В данном случае значимые корреляции были обнаружены.

Ценностная установка *служение* прямо связана с удовлетворенностью методологией обеспечения персоналом, удовлетворенностью методологией и компетентностью сотрудников при формировании и развитии кадрового персонала, удовлетворенностью целями, методологией, контроле, распределением ответственности, компетентностью сотрудников при оценке деятельности сотрудников.

Таблица 4.6. - Коэффициенты корреляций между удовлетворенностью действующей системой управления персоналом руководителей МО с высшим образованием и их социальными ценностными установками профессиональной деятельности

		Социальные ценностные установки							
№	Шкалы анкеты «Оценка системы управлени	Профессиональная компетентность	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция стилей жизни	Предпринимательство

	я персоналом»								
1.	ОП Цели	0.048	0.178	-0.021	0.12	0.101	0.055	0.106	0.067
2.	ОП Методология	0.198*	0.036	0.141	0.208*	0.187*	0.118	0.097	0.013
3.	ОП Компетентность руководителей	0.089	0.036	-0.017	0.086	0.029	0.103	-0.064	-0.013
4.	ОП Контроль	0.093	0.011	0.081	0.11	0.047	0.002	0.043	-0.07
5.	ОП Распределение ответственности	0.137	0.024	0.078	0.06	0.107	0.077	0.055	-0.047
6.	ОП Компетентность сотрудников	0.032	0.144	0.107	0.033	0.103	0.136	0.095	0.109
7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	0.191*	0.061	0.108	0.177	0.156	0.121	0.075	-0.005
8.	ОУТ Цели	0.069	0.01	-0.043	0.107	0.098	0.02	-0.025	-0.066
9.	ОУТ Методология	-0.016	0.045	0.033	0.061	0.089	0	-0.002	-0.014
10.	ОУТ Компетентность руководителей	-0.068	0.13	-0.014	-0.013	0.137	0.16	-0.054	0.088
11.	ОУТ Контроль	-0.066	-0.098	-0.105	-0.031	-0.025	-0.092	-0.01	-0.157
12.	ОУТ Распределение ответственности	0.053	-0.043	0.029	0.058	0.037	-0.04	0.005	-0.05
13.	ОУТ Компетентность сотрудников	-0.033	0.072	0.087	0.07	0.097	-0.014	-0.026	-0.084
14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	0.047	0.029	0.048	0.099	0.106	0.031	0.021	0.007
15.	ФКП Цели	0.129	0.118	0.089	0.075	0.151	0.022	0.025	-0.009
16.	ФКП Методология	0.162	0.047	0.1	0.146	0.212*	0.081	0.051	-0.069
17.	ФКП Компетен	0.082	0.087	0.035	0.055	-0.016	0.055	-0.044	0.06

	тность руководителей								
18.	ФКП Контроль	0.095	0.065	0.163	0.220*	0.091	0.132	0.024	0.039
19.	ФКП Распределение ответственности	0.188*	0.033	0.142	0.149	0.138	0.14	0.127	-0.074
20.	ФКП Компетентность сотрудников	0.191*	0.125	0.069	0.053	0.214*	0.097	0.067	-0.076
21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	0.183*	0.089	0.133	0.171	0.134	0.103	0.067	-0.039
22.	УВС Цели	0.139	0.185*	0.082	0.06	0.092	0.102	0.021	0.013
23.	УВС Методология	0.131	0.11	0.157	0.176	0.123	0.022	0.116	0.015
24.	УВС Компетентность руководителей	0.035	0.048	0.074	-0.007	-0.067	0.039	-0.076	0.032
25.	УВС Контроль	0.016	0.077	0.103	0.028	-0.001	0.096	-0.074	0.069
26.	УВС Распределение ответственности	0.142	0.02	0.122	0.082	0.05	0.045	0.001	-0.017
27.	УВС Компетентность сотрудников	-0.124	0.02	0.102	-0.052	-0.087	-0.014	-0.045	0.003
28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	0.204*	0.038	0.119	0.157	0.106	0.025	0.078	-0.041
29.	ОДС Цели	0.162	0.089	0.026	0.117	0.253**	0.118	0.039	0.066
30.	ОДС Методология	0.133	0.053	0.048	0.103	0.192*	0.044	0.094	-0.014
31.	ОДС Компетентность руководителей	0.092	0.183*	0.096	0.123	0.105	0.05	0.071	0.086

32.	ОДС Контроль	0.186*	0.165	0.119	0.147	0.224*	0.154	0.045	0.052
33.	ОДС Распределение ответственности	0.072	0.136	0.089	0.083	0.196*	0.127	0.024	0.088
34.	ОДС Компетентность сотрудников	0.106	0.174	0.103	0.092	0.235*	0.124	-0.007	0.044
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	0.143	0.099	0.134	0.177	0.18	0.085	0.078	0.065

Примечание. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Ценностная установка на *профессиональную компетентность* прямо связана с удовлетворенностью методологией обеспечения персоналом и в целом удовлетворенностью обеспечением персоналом, удовлетворенностью формированием и развитием кадрового потенциала в целом, распределением ответственности и компетентностью сотрудников в рамках данного процесса. Также *профессиональная компетентность* имеет прямые связи с удовлетворенностью управлением внутренней средой в целом и с удовлетворенностью контролем оценки деятельности сотрудников.

Ценностная установка *стабильность* имеет прямые связи с удовлетворенностью методологией обеспечения персоналом, удовлетворенностью тем, как осуществляется контроль формирования и развития кадрового потенциала.

Ценностная установка *менеджмент* имеет прямые связи с удовлетворенностью целями при управлении внутренней средой и с удовлетворенностью компетентностью руководителей при оценке деятельности сотрудников.

В целом можно сказать, что наибольшее число положительных связей выявлено между удовлетворенностью действующей системой управления

персоналом и ценностной установкой *служение*, а также *профессиональная компетентность*.

С целью выявить различия между социальными установками руководителей с разным уровнем компетентности (грамотности) в сфере управления персоналом руководителей с высшим образованием разделили на три подгруппы. В первую подгруппу вошел 21 руководитель с уровнем компетентности (грамотности) 0-24%, вторая группа состоит из 59 руководителей с уровнем компетентности (грамотности) 25-40%, третья группа – из 27 человек с уровнем компетентности (грамотности) 41-65%. Сравнение этих трех групп позволило выявить, что значимых различий в социальных установках в зависимости от уровня компетентности (грамотности) нет (Таблица 4.7.)

Таблица 4.7. - Социальные ценностные установки руководителей медицинских организаций (средний балл – СБ и 95% доверительные интервалы – ДИ) с высшим образованием с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом, показатели значимости различий между группами (критерий Краскела-Уоллиса – H и уровень значимости – p)

Социальные ценностные установки		Уровень грамотности в сфере управления персоналом			Показатели значимости различий	
		0-24%	25-40%	41-65%		
		СБ±ДИ	СБ±ДИ	СБ±ДИ	H	p
1	Профессиональная компетентность	7.8±1.0	7.9±0.4	7.6±0.7	0.5549	0.758
2	Менеджмент	6.0±1.1	6.0±0.5	5.8±0.9	0.1354	0.935
3	Автономия	6.0±1.0	6.3±0.5	5.9±0.7	0.7201	0.698
4	Стабильность	7.3±0.8	7.5±0.4	6.7±0.7	2.6639	0.264
5	Служение	8.7±0.9	8.8±0.4	8.8±0.6	0.0846	0.959
6	Вызов	6.7±0.9	6.8±0.4	6.2±0.8	1.6109	0.447
7	Интеграция стилей жизни	7.8±0.6	8.0±0.3	7.8±0.6	0.3206	0.852
8	Предпринимательство	4.8±0.9	5.1±0.5	4.4±0.8	1.8887	0.389

Это подтверждается результатами сравнения иерархии социальных установок у руководителей с разным уровнем компетентности (грамотности) (Таблица 4.8.).

Таблица 4.8. - Рейтинг ценностных установок по степени их важности для руководителей медицинских организаций с высшим образованием в группах с разным уровнем компетентности (грамотности) в части технологий управления персоналом

№	Уровень грамотности в сфере управления персоналом		
	0-24%	25-40%	41-65%
1	Служение	Служение	Служение
2	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни	Интеграция стилей жизни
3	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность	Профессиональная компетентность
4	Стабильность	Стабильность	Стабильность
5	Вызов	Вызов	Вызов
6	Менеджмент	Автономия	Автономия
7	Автономия	Менеджмент	Менеджмент
8	Предпринимательство	Предпринимательство	Предпринимательство

4.1.3. Корреляционный анализ социальных мотивов руководителей МО со средним образованием с уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

Для выявления связей социальных мотивов (ценностных установок) с компетентностью (грамотностью) в вопросах управления персоналом руководителей со средним образованием был проведен корреляционный анализ (Таблица 4.9.). Значимые корреляции были обнаружены между ценностной установкой *профессиональная компетентность* и такими шкалами теста *грамотности, как система управления персоналом, оптимизация условий труда*, *оценка деятельности сотрудников* и общая грамотность. Все значимые корреляционные связи являются отрицательными. Это демонстрирует, что высокая ценность установки профессиональная

компетентность связана с низкой компетентностью (грамотностью) по основным процессам управления персоналом.

Таблица 4.9. - Коэффициенты корреляций между социальными ценностными установками профессиональной деятельности руководителей МО со средним образованием и шкалами теста базовой грамотности в управлении персоналом

№	Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»	Социальные ценностные установки							
		Профессиональная компетентность	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция стилей жизни	Предпринимательство
1.	Система управления персоналом	-0,579**	0,26	-0,124	-0,31	-0,269	-0,199	-0,061	0,09
2.	Обеспечение персоналом	0,07	-0,309	-0,329	0,121	-0,048	-0,376	0,069	-0,334
3.	Оптимизация условий труда	-0,419*	0,319	0,041	-0,257	-0,119	-0,126	-0,046	-0,007
4.	Формирование и развитие кадрового потенциала	-0,167	0,184	-0,016	-0,314	-0,034	-0,116	0,393	0,009
5.	Управление внутренней средой	-0,257	0,154	0,099	-0,029	-0,176	0,013	0,181	-0,133
6.	Оценка деятельности сотрудников	-0,56**	0,045	-0,13	-0,065	-0,293	-0,363	-0,088	-0,091
7.	Общая оценка грамотности руководителей	-0,401*	0,252	-0,23	-0,313	-0,111	-0,134	0,04	0,213

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Выявление связей между ценностными установками и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом основывалось на их корреляционном анализе (Таблица 4.10.). Были выявлены значимые связи. Оказалось, что удовлетворенность процессом обеспечения персоналом прямо связана *интеграцией стилей жизни*, удовлетворенность целями этого процесса прямо связана с установками на *менеджмент*, *служение* и *предпринимательство*, компетентностью руководителей при обеспечении персоналом прямо связана со *служением*, *вызовом* и

предпринимательством, удовлетворенность осуществления контроля за обеспечением персоналом имеет прямые корреляции с *вызовом*, распределение ответственности в рамках этого процесса прямо связано со *служением*, *вызовом* и *интеграцией стилей жизни*.

Таблица 4.10. - Коэффициенты корреляций между удовлетворенностью действующей системой управления персоналом руководителей МО со средним образованием и их социальными ценностными установками профессиональной деятельности

№	Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»	Социальные ценностные установки							
		Профессиональная компетентность	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция стилей жизни	Предпринимательство
1.	ОП Цели	0,047	0,458**	-0,061	0,056	0,416*	0,294	0,077	0,424*
2.	ОП Методология	0,045	0,123	0,052	0,101	0,24	0,2	0,225	0,109
3.	ОП Компетентность руководителей	0,158	0,237	0,168	0,022	0,355*	0,397*	0,028	0,345*
4.	ОП Контроль	0,053	0,185	0,209	-0,03	0,136	0,356*	0,011	0,079
5.	ОП Распределение ответственности	0,172	0,143	-0,02	0,055	0,344*	0,348*	0,377*	0,127
6.	ОП Компетентность сотрудников	0,017	0,049	-0,115	0,051	0,138	0,115	0,181	0,075
7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	0,204	0,079	0,015	0,098	0,309	0,311	0,409*	0,147
8.	ОУТ Цели	0,207	0,019	0,253	0	0,26	0,103	0,282	0,12
9.	ОУТ Методология	0,104	-0,015	0,06	0,062	0,222	0,18	0,385*	0,012
10.	ОУТ Компетентность руководителей	0,157	0,053	0,168	0,04	0,138	0,256	0,019	-0,069
11.	ОУТ Контроль	0,139	0,241	-0,11	0,066	0,197	0,331	0,163	0,012
12.	ОУТ Распределение ответственности	0,078	0,059	0,017	-0,113	0,354*	0,248	0,376*	0,142
13.	ОУТ Компетентность сотрудников	0,143	-0,023	-0,07	0,122	0,194	0,28	0,287	-0,047

14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	0,135	-0,044	0,016	0,076	0,221	0,252	0,381*	-0,032
15.	ФКП Цели	0,22	0,133	0	-0,021	0,452**	0,244	0,273	0,06
16.	ФКП Методология	0,012	0,177	-0,019	-0,075	0,239	0,299	0,245	0,01
17.	ФКП Компетентность руководителей	0,052	0,392*	0,012	-0,08	0,234	0,232	-0,014	0,502**
18.	ФКП Контроль	-0,022	0,151	0,193	-0,13	0,184	0,318	-0,016	0,257
19.	ФКП Распределение ответственности	0,13	0,175	0,013	0,067	0,329	0,29	0,373*	0,133
20.	ФКП Компетентность сотрудников	0,145	0,02	-0,074	0,081	0,275	0,168	0,18	0,081
21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	0,098	0,213	0,037	0,004	0,351*	0,331	0,258	0,245
22.	УВС Цели	0,046	0,049	0,01	0,035	0,245	0,243	0,35*	-0,094
23.	УВС Методология	-0,062	0,099	0,252	0,14	0,116	0,15	0,198	0,046
24.	УВС Компетентность руководителей	0,072	0,073	0,056	0,224	0,116	0,281	0,182	0,024
25.	УВС Контроль	0,141	0,002	-0,01	0,149	0,168	0,339*	0,313	-0,024
26.	УВС Распределение ответственности	0,231	0,025	0,007	0,164	0,145	0,406*	0,371*	0,096
27.	УВС Компетентность сотрудников	0,228	-0,104	-0,062	0,208	0,027	0,074	0,352*	-0,125
28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	0,127	0,101	0,316	0,082	0,259	0,349*	0,293	0,2
29.	ОДС Цели	0,064	0,121	0,041	0,005	0,282	0,253	0,388*	0,1
30.	ОДС Методология	-0,081	0,244	0,151	-0,064	0,171	0,184	0,24	0,21
31.	ОДС Компетентность руководителей	-0,005	0,227	0,298	-0,218	0,107	0,281	0,12	0,163
32.	ОДС Контроль	0,075	0,129	0,144	-0,209	0,119	0,232	0,193	0,037
33.	ОДС Распределение ответственности	0,078	0,119	0,117	-0,033	0,257	0,268	0,293	0,283
34.	ОДС Компетентность сотрудников	0,014	0,247	0,114	-0,203	0,197	0,289	0,206	0,331
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	0,066	0,14	0,114	-0,03	0,18	0,343	0,302	0,283

	СОТРУДНИКОВ (ОДС)								

Примечание. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Удовлетворенность процессом оптимизации условий труда в целом, методология и распределения ответственности в рамках этого процесса имеют прямые связи с ценностью *интеграция стилей жизни*, распределение ответственности в процессе оптимизации условий труда также связана со *служением*.

Удовлетворенность процессом формирования и развития кадрового потенциала в целом и цели этого процесса положительно коррелирует с установкой *служение*, удовлетворенность распределением ответственности в рамках формирования и развития кадрового потенциала имеет прямые связи с установкой *интеграция стилей жизни*, удовлетворенность компетентностью руководителей в рамках этого процесса прямо связана с установками *менеджмент* и *предпринимательство*.

Удовлетворенность процессом управления внутренней средой в целом, контролем и распределением ответственности в рамках этого процесса имеет прямые связи с установкой *вызов*, удовлетворенность целями, распределением ответственности и компетентностью сотрудников в этом процессе связаны с установкой *интеграция стилей жизни*.

Удовлетворенность целями в процессе оценки деятельности сотрудников имеет значимые прямые связи с установкой *интеграция стилей жизни*.

4.1.4. Корреляционный анализ вовлеченности руководителей МО с высшим образованием с социальными мотивами, уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

Корреляционный анализ провели с целью выявления значимых связей вовлеченности с социальными мотивами (социальными ценностными

установками), компетентностью (грамотностью) и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом. В Таблице 4.11. представлены коэффициенты корреляции между вопросами и шкалами анкеты на вовлеченность и ценностными установками профессиональной деятельности. Было показано, что ценностная установка *профессиональная компетентность* имеет значимые прямые связи с 3, 9, 10 вопросами теста вовлеченности и со шкалой *приверженность*. Ценностная установка *менеджмент* имеет прямую значимую связь с 7 вопросом теста вовлеченности. Ценностная установка *стабильность* имеет прямую значимую связь с 9 вопросом теста вовлеченности. Ценностная установка *вызов* имеет прямую значимую связь с 4 и 8 вопросами теста вовлеченности. Ценностная установка *служение* имеет прямые значимые связи с 3, 4, 7, 8. 9 вопросами по тесту вовлеченности и со шкалой *приверженность*.

Таким образом, возможность заниматься любимым делом увеличивает ценность установок *профессиональная компетентность* и *служение*. Получение похвалы и награды за хорошую работу связано с установкой на *служение*, и на *вызов*. Учет профессионального мнения коллегами увеличивает ценность установки *менеджмент* и *служение*. Осознанность миссии и цели деятельности организации, в которой работает руководитель, повышает ценность установок *служение* и *вызов*.

Таблица 4.11. - Коэффициенты корреляций между социальными ценностными установками профессиональной деятельности руководителей МО с высшим образованием и вопросами, и шкалами анкеты «Gallup Q12»

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Социальные ценностные установки							
		Профессиональная компетентность	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция стилей жизни	Предпринимательство
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас	0,062	0,152	0,026	0,075	0,049	0,032	-0,063	-0,1

	ожидают на работе?								
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	0,116	-0,077	-0,029	0,052	-0,021	-0,006	-0,126	-0,174
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	0,254**	0,078	-0,149	0,066	0,278**	0,137	-0,007	-0,078
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	0,064	0,087	-0,069	-0,099	0,196*	0,241*	-0,03	0,041
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	0,01	0,068	-0,073	-0,053	0,113	0,096	-0,022	-0,018
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	0,049	0,033	-0,074	0,007	0,08	0,029	-0,021	0,015
7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	0,147	0,232*	0,033	0,022	0,272**	0,141	-0,006	0,017
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность	0,157	0,086	-0,091	0,05	0,31***	0,196*	0,044	-0,086

	вашей работы?								
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	0,259**	0,119	0,045	0,191*	0,335***	0,116	0,091	-0,008
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	0,187*	0,09	0,004	0,001	0,086	0,126	-0,132	0,161
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	0,081	0,175	0,086	0,002	0,107	0,164	0,029	0,165
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	-0,002	-0,015	-0,117	-0,045	0,085	-0,008	-0,064	0,009
13	Приверженность	0,283**	0,118	-0,04	0,129	0,295**	0,144	-0,011	-0,128
14	Удовлетворенность	0,102	0,114	-0,039	-0,042	0,153	0,164	-0,045	0,094

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Приверженность коллег высоким стандартам качества работы повышает ценность установок *профессиональная компетентность*, *стабильность* и *служение*. Наличие лучшего друга на работе увеличивает ценность установки *профессиональная компетентность*. В целом высокая приверженность увеличивает ценность таких установок, как *профессиональная компетентность* и *служение*.

В Таблице 4.12. приведены коэффициенты корреляции между показателями вовлеченности и уровнем компетентности (грамотности) в целом и по отдельным шкалам. В данном случае значимых корреляционных связей получено не много и все они оказались обратными, что говорит о низкой вовлеченности при высокой компетентности (грамотности) и высокой

вовлеченности при низкой компетентности (грамотности). Однако это относиться только к некоторым вопросам по тесту вовлеченности. Так вопрос 2 имеет значимые обратные связи с общей грамотностью и с компетентностью (грамотностью) по шкале *система управления персоналом*. Вопрос 4 имеет значимые обратные связи с общей грамотностью. Вопрос 9 имеет значимые обратные связи с компетентностью (грамотностью) по шкале *формирование и развитие кадрового потенциала*. Следовательно, можно говорить, что наличие всех необходимых материалов и оборудования связано с низкой компетентностью (грамотностью) в вопросах системы управления персоналом и низкой общей грамотностью. Получение похвалы или награды за хорошую работу связано с низкой общей грамотностью. Приверженность высоким стандартам качества работы обратно коррелирует с компетентностью (грамотностью) в вопросах формирования и развития кадрового потенциала.

Таблица 4.12. - Коэффициенты корреляций между вопросами и шкалами анкеты «Gallup Q12» и шкалами теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в группе руководителей МО с высшим образованием

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»						
		Система управления персоналом	Обеспечение персоналом	Оптимизации условий труда	Формирование и развитие кадрового потенциала	Управление внутренней средой	Оценка деятельности сотрудников	Общая оценка грамотности руководителей
1.	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	-0,021	-0,163	-0,013	0,064	0,035	0,065	-0,067
2.	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	-0,222*	-0,103	-0,167	-0,168	-0,178	-0,108	-0,203*

3.	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	-0,067	-0,137	-0,005	-0,057	0,048	-0,087	-0,152
4.	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	-0,109	-0,056	-0,048	-0,179	0,026	-0,032	-0,194*
5.	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	-0,14	-0,138	-0,081	-0,131	-0,015	-0,148	-0,166
6.	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	-0,044	-0,128	0,023	-0,02	-0,032	-0,051	-0,072
7.	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	-0,108	-0,034	-0,077	-0,148	-0,162	-0,033	-0,085
8.	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	0,025	0,061	0,004	-0,111	0,085	0,02	0,018
9.	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	-0,132	0,031	-0,165	-0,223*	-0,047	-0,125	-0,163
10.	Q10 Есть ли у вас лучший	-0,096	0,058	-0,112	-0,108	-0,056	-0,187	-0,06

	друг на работе?							
11.	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	0,09	0,104	0,089	0,02	0,001	0,048	0,065
12.	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	0,05	-0,072	0,071	-0,05	0,098	0,01	0,021
13.	Приверженность	-0,158	-0,097	-0,143	-0,183	-0,055	-0,104	-0,18
14.	Удовлетворенность	-0,079	-0,055	-0,046	-0,108	-0,009	-0,107	-0,096

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

В Таблице 4.13. представлены коэффициенты корреляции между вопросами, шкалами теста вовлеченности и уровнем удовлетворенности действующей системой управления персоналом. Было показано, что большинство показателей вовлеченности и удовлетворенность системой управления персонала имеют значимые связи и все они прямые. Из этого можно сделать вывод о том, что увеличение вовлеченности будет сопровождаться ростом удовлетворенности. Интересно, что шкала *приверженность* имеет значимые прямые связи с удовлетворенностью по всем процессам работы действующей системы управления персоналом. Шкала *удовлетворенность* теста вовлеченности прямо связана с удовлетворенностью качеством системы управления персоналом почти по всем процессам, кроме удовлетворенности компетентностью сотрудников в процессе оптимизации условий труда, контролем в рамках формирования и развития кадрового потенциала, компетентностью сотрудников в рамках оценки их деятельности.

Таблица 4.13. - Коэффициенты корреляций между вопросами и шкалами анкеты «Gallup Q12» и шкалами теста «Оценка системы управления персоналом» в группе руководителей МО с высшим образованием

		Вопросы и шкалы анкеты «Gallup Q12»													
№	Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Приверженность	Удовлетворенность
1.	ОП Цели	0,133	0,046	0,239*	0,236*	0,282**	0,267**	0,212*	0,271**	0,211*	0,02	0,205*	0,277**	0,255**	0,266**
2.	ОП Методология	0,233	0,228*	0,25**	0,079	0,188*	0,297**	0,19*	0,322***	0,236*	0,174	0,233*	0,317***	0,357***	0,292**
3.	ОП Компетентность руководителей	0,297	0,292**	0,242*	0,216*	0,27**	0,275**	0,272**	0,289**	0,136	0,086	0,2*	0,294**	0,336***	0,309***
4.	ОП Контроль	0,181	0,277**	0,178	0,079	0,222*	0,248**	0,217*	0,211*	0,233*	0,12	0,238*	0,226*	0,327***	0,259**
5.	ОП Распределение ответственности	0,233	0,276**	0,309***	0,122	0,133	0,21*	0,221*	0,254**	0,262**	0,145	0,13	0,345***	0,372***	0,217*
6.	ОП Компетентность сотрудников	0,309	0,236*	0,333***	0,114	0,222*	0,234*	0,177	0,236*	0,243**	0,103	0,218*	0,421***	0,341***	0,282**
7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	0,251**	0,284**	0,339***	0,108	0,181	0,263**	0,215*	0,317***	0,263**	0,157	0,182	0,355***	0,401***	0,269**
8.	ОУТ Цели	0,165	0,261**	0,275**	0,119	0,26**	0,273**	0,11	0,245**	0,061	0,063	0,138	0,206*	0,252**	0,219*
9.	ОУТ Методология	0,224*	0,308***	0,274**	0,176	0,253**	0,204*	0,137	0,25**	0,148	0,097	0,182	0,265**	0,347***	0,259**

10.	ОУТ Компетентность руководителей	0,234*	0,321**	0,35***	0,313**	0,319**	0,324**	0,324**	0,301*	0,15	0,209*	0,265**	0,201*	0,405***	0,365**
11.	ОУТ Контроль	0,122	0,265*	0,204*	0,15	0,246**	0,29**	0,163	0,28**	0,07	0,062	0,245**	0,232*	0,281**	0,282**
12.	ОУТ Распределение ответственности	0,213*	0,325**	0,264**	0,105	0,209*	0,25**	0,144	0,203*	0,211*	0,155	0,181	0,302**	0,353***	0,26**
13.	ОУТ Компетентность сотрудников	0,248**	0,325**	0,25**	0,07	0,18	0,15	0,231*	0,258**	0,156	0,105	0,146	0,187*	0,373***	0,179
14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	0,204*	0,312**	0,323***	0,162	0,265**	0,233*	0,15	0,3**	0,19*	0,13	0,196*	0,27**	0,377***	0,276**
15.	ФКП Цели	0,28**	0,171	0,381***	0,076	0,136	0,217*	0,407***	0,301*	0,226*	0,231*	0,199*	0,28**	0,379***	0,221*
16.	ФКП Методология	0,202*	0,251**	0,467***	0,184	0,168	0,3**	0,285**	0,482***	0,326*	0,16	0,242*	0,352***	0,485***	0,286**
17.	ФКП Компетентность руководителей	0,258**	0,283**	0,229*	0,129	0,307***	0,299**	0,318***	0,216*	0,16	0,07	0,18	0,173	0,308***	0,233*
18.	ФКП Контроль	0,142	0,216*	0,234*	0,042	0,131	0,15	0,162	0,17	0,124	0,162	0,105	0,186*	0,248**	0,136
19.	ФКП Распределение ответственности	0,234*	0,296**	0,351***	0,219*	0,309***	0,325***	0,254**	0,428***	0,304**	0,138	0,207*	0,303**	0,444***	0,335***
20.	ФКП Компетентность сотрудников	0,165	0,306**	0,39***	0,129	0,114	0,208*	0,245**	0,366***	0,245**	0,191*	0,131	0,341***	0,412***	0,233*

21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	0,236*	0,274**	0,421***	0,174	0,225*	0,283**	0,28**	0,409***	0,297**	0,202*	0,197*	0,328**	0,461***	0,295**
22.	УВС Цели	0,263**	0,267**	0,329***	0,178	0,16	0,195*	0,29**	0,269**	0,125	0,163	0,077	0,271**	0,372***	0,233*
23.	УВС Методология	0,213*	0,317***	0,386***	0,155	0,212*	0,239*	0,276**	0,252**	0,251**	0,171	0,136	0,237*	0,406***	0,242*
24.	УВС Компетентность руководителей	0,123	0,196*	0,188*	0,16	0,135	0,226*	0,159	0,122	0,017	0,243**	-0,001	0,147	0,192*	0,212*
25.	УВС Контроль	0,157	0,216*	0,217*	0,228*	0,166	0,177	0,212*	0,24*	0,09	0,27**	0,098	0,224*	0,274**	0,263**
26.	УВС Распределение ответственности	0,237*	0,367***	0,375***	0,167	0,124	0,19*	0,196*	0,256**	0,174	0,246**	0,122	0,329***	0,386***	0,246**
27.	УВС Компетентность сотрудников	0,231*	0,217*	0,185	0,165	0,172	0,212*	0,161	0,154	0,02	0,129	0,051	0,215*	0,223*	0,208*
28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	0,202*	0,346***	0,396***	0,169	0,168	0,242*	0,227*	0,303**	0,256**	0,175	0,101	0,276**	0,421***	0,245**
29.	ОДС Цели	0,246**	0,259**	0,379***	0,149	0,181	0,21*	0,258**	0,412***	0,347***	0,149	0,132	0,244**	0,451***	0,203*
30.	ОДС Методология	0,182	0,293**	0,343***	0,12	0,193*	0,16	0,254**	0,38***	0,288**	0,184	0,126	0,197*	0,433***	0,193*
31.	ОДС Компетентность руководителей	0,134	0,254**	0,285**	0,049	0,112	0,216*	0,281**	0,234*	0,128	0,211*	0,16	0,227*	0,302**	0,195*

32.	ОДС Контроль	0,172	0,289***	0,356***	0,167	0,181	0,217*	0,344***	0,432***	0,283**	0,267**	0,22*	0,305**	0,455***	0,277**
33.	ОДС Распределение ответственности	0,186*	0,282***	0,35***	0,19*	0,213*	0,18	0,256**	0,337***	0,28**	0,181	0,15	0,221*	0,413***	0,231*
34.	ОДС Компетентность сотрудников	0,202*	0,306**	0,314***	0,148	0,176	0,174	0,308***	0,392***	0,175	0,071	0,117	0,18	0,4***	0,156
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	0,162	0,229*	0,32***	0,127	0,2*	0,184	0,212*	0,356***	0,273**	0,145	0,143	0,224*	0,39***	0,203*

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Если рассматривать связи по каждому процессу, то можно выявить некоторые закономерности. Удовлетворенность процессом обеспечения персоналом и процессом управления внутренней средой значимо коррелирует с 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 и 12 вопросами. Следовательно, удовлетворенность этими двумя процессами не зависит от получения награды за хорошую работу, от заботы начальства о сотрудниках как личности, от наличия друга на работе и от обсуждения прогресса на работе.

Удовлетворенность процессом оптимизации условий труда значимо коррелирует с вопросами 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12. Это указывает на то, что удовлетворенность этим процессом не связана с получением похвалы или награды за хорошую работу, с положительной оценкой коллегами и начальством профессионального мнения, с наличием друга на работе.

Удовлетворенность процессом формирования и развития кадрового потенциала имеет прямые связи со всеми вопросами, кроме 4, что указывает на отсутствие связи между удовлетворенностью этим процессом и получением похвалы или награды за хорошую работу.

Удовлетворенность процессом оценки деятельности персонала имеет значимые прямые связи со 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12 вопросами по тесту вовлеченности.

Это является основанием для того, чтобы говорить об отсутствии влияния знания об ожидаемых результатах, получения похвалы и награды за работу, наличия работника, поощряющего профессиональное развитие, наличия лучшего друга и обсуждения профессионального прогресса на удовлетворенность процессом оценки деятельности сотрудников.

4.1.5. Корреляционный анализ вовлеченности руководителей МО со средним образованием с социальными мотивами, уровнем компетентности (грамотности) руководителей в части технологий управления персоналом и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом

Были посчитаны корреляции между вовлеченностью и социальными мотивами (социальными ценностными установками), компетентностью (грамотностью), удовлетворенностью действующей системой управления персоналом. В Таблице 4.14. представлены коэффициенты корреляции между вовлеченностью и ценностными установками. Значимые корреляции есть, хотя их немного, но некоторые из них положительные, а другие отрицательные. В частности оказалось, что приверженность коллег высоким стандартам качества работы *прямо связано с ценностными установками стабильность и интеграция* стилей жизни. Ценностная установка *менеджмент* мешает установлению дружеских отношений на работе. Ценностная установка на *предпринимательство* связана с обсуждением прогресса сотрудника в его профессиональной деятельности. Ценностная установка на *стабильность* мешает возможности учиться новому и расти профессионально.

Таблица 4.14. - Коэффициенты корреляций между социальными ценностными установками профессиональной деятельности руководителей МО со средним образованием и вопросами анкеты «Gallup Q12»

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Социальные ценностные установки							
		Профессиональная	Менеджмент	Автономия	Стабильность	Служение	Вызов	Интеграция	Предпринимательство

		компетентность						стилей жизни	
1	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	0,217	0,132	-0,145	-0,108	0,23	0,237	-0,222	0,018
2	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?	0,069	0,086	-0,019	-0,189	0,158	0,037	0,09	-0,036
3	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	0,31	-0,047	0,035	0,083	0,159	0,211	0,279	-0,026
4	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	-0,062	0,144	0,01	-0,174	0,153	0,009	-0,075	0,071
5	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	-0,28	0,29	-0,067	-0,282	-0,041	-0,133	-0,08	0,062
6	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	-0,172	-0,002	0,019	-0,089	-0,033	-0,043	0,308	-0,24

7	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	-0,013	0,086	0,123	-0,111	0,28	-0,017	-0,019	-0,147
8	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	0,163	0,183	-0,051	-0,098	0,328	0,162	0,211	0,014
9	Q9 Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	0,301	-0,16	0,246	0,412*	0,333	0,144	0,39*	-0,116
10	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	0,255	-0,368*	-0,04	0,294	0,129	-0,023	0,242	-0,222
11	Q11 Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	0,144	0,247	0,008	-0,239	0,279	0,286	0,097	0,359*
12	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	0,11	0,276	-0,15	-0,341*	0,168	-0,196	-0,116	0,135
13	Приверженность	0,233	0,084	0,144	-0,048	0,326	0,151	0,213	-0,066
14	Удовлетворенность	-0,002	0,134	-0,011	-0,199	0,134	-0,022	0,086	0,06

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Корреляции между вовлеченностью и уровнем компетентности (грамотности) в целом и по отдельным темам представлены в Таблице 4.15. Были обнаружены значимые отрицательные корреляции между знанием об ожидаемых результатах работы и компетентности (грамотности) по темам *система управления персоналом* и *оценка деятельности сотрудников*. Это говорит о том, что низкий уровень компетентности (грамотности) по этим темам способствует знанию того, каких результатов ожидает начальство. Уровень общей грамотности обратно связан с возможностью заниматься тем, что получается лучше всего и с наличием лучшего друга на работе. Другими словами, чем выше уровень компетентности (грамотности), тем меньше возможность заниматься любимым делом и тем меньше вероятность приобрести лучшего друга на работе. Компетентность (грамотность) по теме *оценка деятельности сотрудников* обратно связана с обсуждением прогресса на работе. Это указывает на то, что хорошие знания оценки деятельности сотрудников не способствуют обсуждению прогресса на рабочем месте.

Таблица 4.15. - Коэффициенты корреляций между вопросами и шкалами анкеты «Gallup Q12» и шкалами теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» в группе руководителей МО со средним образованием

№	Вопросы анкеты «Gallup Q12»	Шкалы теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»						
		Система управления персоналом	Обеспечение персоналом	Оптимизации условий труда	Формирование и развитие кадрового потенциала	Управление внутренней средой	Оценка деятельности сотрудников	Общая оценка грамотности руководителей
1.	Q1 Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?	-0,521**	-0,104	-0,368	-0,366	-0,299	-0,639***	-0,389
2.	Q2 Есть ли у вас все материалы и оборудова	-0,12	-0,138	0,07	0,167	-0,11	-0,34	-0,099

	ние, необходимые для качественного выполнения работы?							
3.	Q3 Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?	-0,293	-0,279	-0,005	0,141	0,164	-0,322	-0,467*
4.	Q4 Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?	-0,222	-0,062	-0,103	-0,183	-0,089	-0,051	-0,123
5.	Q5 Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?	0,17	0,061	0,261	0,25	0,233	0,094	0,075
6.	Q6 Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?	0,132	-0,028	0,284	0,368	0,191	0,113	0,097
7.	Q7 Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?	-0,256	-0,153	0,064	-0,129	-0,12	-0,07	-0,321

8.	Q8 Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?	0,036	-0,094	0,144	0,142	0,114	0,038	-0,001
9.	Q9 Приверженны ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?	-0,179	0,069	-0,047	-0,019	0,152	-0,011	-0,278
10.	Q10 Есть ли у вас лучший друг на работе?	-0,378	-0,157	-0,038	-0,027	-0,053	-0,248	-0,559**
11.	Q11 Обсуждали ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?	-0,234	-0,354	0,031	0,16	0,045	-0,419*	-0,309
12.	Q12 Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?	-0,232	-0,08	0,001	-0,073	-0,176	-0,189	-0,2
13.	Приверженность	-0,164	-0,136	0,094	0,151	0,073	-0,142	-0,244
14.	Удовлетворенность	-0,141	-0,178	0,152	0,189	0,088	-0,123	-0,228

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Корреляции между вовлеченностью и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом представлены в Таблице 4.16. Значимые корреляции есть, но их не так много, как у руководителей с высшим

образованием. В данном случае можно говорить о том, что вовлеченность прямо связана с удовлетворенностью качеством системы управления персоналом только по некоторым процессам.

Таблица 4.16. - Коэффициенты корреляций между вопросами и шкалами анкеты «Gallup Q12» и шкалами теста «Оценка системы управления персоналом» в группе руководителей МО с высшим образованием

№	Шкалы анкеты «Оценка системы управления персоналом»	Вопросы и шкалы анкеты «Gallup Q12»													
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Приверженность	Удовлетворенность
1.	ОП Цели	0,217	-0,039	0,059	-0,031	0,123	-0,08	0,097	0,217	0,169	0,009	0,21	0,205	0,086	0,066
2.	ОП Методология	0,239	0,224	0,672***	0,04	0,47**	0,522**	0,132	0,293	0,385*	0,479**	0,388*	0,28	0,345*	0,553***
3.	ОП Компетентность руководителей	0,279	0,249	0,576***	0,401*	0,361*	0,352*	0,372*	0,255	0,501**	0,464**	0,338	0,277	0,52**	0,605***
4.	ОП Контроль	0,523**	0,117	0,487**	0,104	0,276	0,378*	0,185	0,268	0,287	0,425*	0,182	0,281	0,433*	0,444**
5.	ОП Распределение ответственности	0,165	0,175	0,464**	0,091	0,362*	0,528**	0,079	0,256	0,255	0,335	0,282	0,151	0,269	0,449**
6.	ОП Компетентность сотрудников	0,296	0,35*	0,577***	0,111	0,429*	0,521**	0,175	0,167	0,248	0,546***	0,365*	0,344*	0,298	0,571***

7.	ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ (ОП)	0,165	0,178	0,545***	-0,062	0,312	0,484**	0,083	0,221	0,302	0,364*	0,313	0,202	0,263	0,398*
8.	ОУТ Цели	0,093	-0,011	0,21	0,137	0,249	0,319	-0,065	-0,055	0,166	0,144	0,156	0,239	0,034	0,312
9.	ОУТ Методология	0,21	0,386*	0,487**	0,086	0,406*	0,579***	0,214	0,23	0,37*	0,428*	0,291	0,241	0,403*	0,508**
10.	ОУТ Компетентность руководителей	0,492**	0,302	0,6***	0,107	0,296	0,379*	0,356*	0,405*	0,31	0,491**	0,234	0,35*	0,521**	0,465**
11.	ОУТ Контроль	0,422*	0,287	0,542***	0,198	0,467**	0,577***	0,193	0,437**	0,288	0,281	0,189	0,219	0,458**	0,492**
12.	ОУТ Распределение ответственности	0,177	0,208	0,422*	-0,014	0,198	0,422*	0,157	0,195	0,13	0,394*	0,46**	0,198	0,219	0,428*
13.	ОУТ Компетентность сотрудников	0,25	0,456**	0,532**	0,121	0,347*	0,293	0,089	0,223	0,35*	0,467**	0,408*	0,158	0,326	0,444**
14.	ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА (ОУТ)	0,198	0,313	0,521**	0,135	0,381*	0,532**	0,161	0,204	0,349*	0,387*	0,324	0,177	0,342*	0,49**
15.	ФКП Цели	0,311	0,261	0,432*	-0,05	0,305	0,387*	0,114	0,26	0,236	0,317	0,288	0,207	0,321	0,347*
16.	ФКП Методология	0,198	0,173	0,432*	-0,048	0,31	0,401*	0,122	0,251	0,225	0,181	0,234	0,124	0,248	0,291
17.	ФКП Компетентность руководителей	0,19	0,023	0,413*	-0,027	0,351*	0,148	-0,079	0,106	0,081	0,196	0,283	0,407*	0,091	0,354*

18.	ФКП Контроль	0,189	0,135	0,367*	-0,103	0,174	0,036	0,213	-0,038	0,134	0,288	0,385*	0,191	0,152	0,236
19.	ФКП Распределение ответственности	0,066	0,016	0,397*	0,007	0,309	0,393*	-0,008	0,157	0,203	0,156	0,147	0,168	0,126	0,307
20.	ФКП Компетентность сотрудников	0,237	0,136	0,452**	-0,153	0,285	0,245	0,137	0,219	0,256	0,317	0,375*	0,149	0,234	0,298
21.	ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА (ФКП)	0,156	0,083	0,436*	-0,04	0,328	0,328	0,017	0,147	0,175	0,212	0,318	0,186	0,127	0,339
22.	УВС Цели	0,224	0,133	0,608***	0,135	0,431*	0,503**	0,156	0,238	0,241	0,474**	0,499**	0,142	0,296	0,57***
23.	УВС Методология	0,007	-0,017	0,489**	0,115	0,455**	0,449**	0,092	-0,01	0,174	0,338	0,317	0,253	0,119	0,519**
24.	УВС Компетентность руководителей	0,16	0,009	0,41*	0,192	0,32	0,413*	0,082	0,007	0,317	0,385*	0,175	0,008	0,226	0,423*
25.	УВС Контроль	0,323	0,184	0,416*	0,146	0,22	0,37*	0,175	0,03	0,195	0,444**	0,422*	0,059	0,285	0,443**
26.	УВС Распределение ответственности	0,162	0,135	0,327	-0,075	0,095	0,353*	-0,068	0,085	0,224	0,281	0,241	0,076	0,136	0,251
27.	УВС Компетентность сотрудников	0,006	0,179	0,513**	0,093	0,29	0,33	0,095	0,278	0,47**	0,382*	0,159	0,059	0,307	0,347*

28.	УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДОЙ (УВС)	0,088	0,006	0,486**	-0,027	0,225	0,346*	-0,034	0,033	0,161	0,349*	0,447**	0,157	0,074	0,406*
29.	ОДС Цели	0,228	0,268	0,35*	0,014	0,271	0,363*	0,083	0,346*	0,28	0,186	0,306	0,041	0,314	0,272
30.	ОДС Методология	0,164	0,176	0,277	0,087	0,358*	0,398*	0,069	0,286	0,235	0,103	0,289	0,196	0,206	0,346*
31.	ОДС Компетентность руководителей	0,464**	0,228	0,105	0,105	0,213	0,231	0,105	0,118	0,12	0,121	0,224	0,243	0,271	0,268
32.	ОДС Контроль	0,485**	0,075	0,188	-0,038	0,149	0,258	0,021	0,252	0,06	0,117	0,34*	0,075	0,236	0,198
33.	ОДС Распределение ответственности	0,246	0,207	0,278	-0,083	0,182	0,259	-0,001	0,257	0,268	0,165	0,397*	-0,015	0,222	0,204
34.	ОДС Компетентность сотрудников	0,35*	0,154	0,27	0,03	0,245	0,282	-0,053	0,155	0,117	0,244	0,483**	0,165	0,146	0,351*
35.	ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ (ОДС)	0,3	0,142	0,297	-0,004	0,223	0,25	-0,132	0,183	0,233	0,179	0,462**	-0,008	0,147	0,255

Примечание: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Удовлетворенность процессом обеспечения персоналом имеет прямые связи с 3, 6, 10 вопросами теста вовлеченности и со шкалой *удовлетворенность*, при этом большое количество связей обнаруживается между вовлеченностью и методологией, компетентностью руководителей, контролем и компетентностью сотрудников в рамках этого процесса.

Удовлетворенность процессом оптимизации условий труда имеет прямые связи со следующими вопросами по тесту вовлеченности: с 3, 5, 6, 9, 10, а также шкалами *приверженность* и *удовлетворенность*. Имеется множество связей с компетентностью руководителей и сотрудников, а также контролем в рамках данного процесса.

Удовлетворенность процессом формирования и развития кадрового потенциала имеет только одну прямую связь с 3 вопросом. Есть отдельные прямые малочисленные значимые связи всех компонентов данного процесса с разными вопросами по тесту вовлеченности.

Удовлетворенность процессом управления внутренней средой имеет прямые связи 3, 6, 10 и 11 вопросами, а также по шкале удовлетворенность теста вовлеченности. При этом удовлетворенность такими компонентами данного процесса, как цели, методология, компетентность руководителей и сотрудников, контроль имеют прямые корреляции с разными вопросами теста вовлеченности.

Удовлетворенность процессом оценки деятельности сотрудников имеет только одну прямую связь с 11 вопросом по тесту вовлеченности. По несколько прямых связей имеется между удовлетворенностью целями и методологией в рамках процесса оценки деятельности сотрудников и 3, 5, 6, 7 вопросами теста вовлеченности.

4.2. Использование технологии искусственного интеллекта для обработки больших массивов данных при изучении качества управления персоналом в медицинских организациях

В настоящее время наблюдается рост интереса к использованию цифровых технологий в процессах, связанных с управлением персоналом. В связи с большим объемом данных, постоянным их ростом большое внимание привлекает технология искусственного интеллекта (ИИ). ИИ может служить инструментом для решения конкретных проблем и, часто, требует

минимального набора компетенций для эффективного использования. Его преимущество перед традиционно используемыми методиками заключается в исключительной способности обнаруживать неочевидные закономерности, часто даже когда их наличие не предполагалось исследователями, а также высокой точности. Недавний рост эффективности технологии ИИ привел к обсуждению о более широком её применении в сфере здравоохранения и даже спровоцировал стремительное внедрение в некоторых странах и отдельных медицинских организациях. В научной и практической литературе имеются указания на использование ИИ используется для повышения качества данных по оценке эффективности управления и параметров, его определяющих.

Применительно к материалам данного диссертационного исследования основное направление применение технологии искусственного интеллекта мы видим в следующем:

- оптимизация содержания тестов оценки знаний в сфере управления и программ обучения на основе результатов тестирования;
- максимально возможная объективизация субъективных параметров, определяющих приоритеты и качество управления (оценка качества управления, мотивация, вовлеченность);
- разработка основанных рекомендаций по учету результатов анкетирования/тестирования при оценке кандидатов на должности руководит елей медицинских организаций;
- разработки различных сценариев и прогнозов в сфере персонала медицинских организаций.

ГЛАВА 5. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УПРАВЛЕНИИ ПЕРСОНАЛОМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

5.1. Цели, знания, компетенции, навыки, которые должны быть сформированы по результатам освоения программ повышения квалификации в сфере управления медицинским персоналом

По результатам поведенного исследования сформированы предложения по программам обучения по тематике технологий управления персоналом в медицинской организации.

Цель программ – совершенствование знаний современных технологий управления персоналом, кадровых технологий, повышение личной эффективности руководителя и развитие навыков управления персоналом в медицинской организации.

В результате успешного освоения модуля слушатель будет:

знать:

- современные модели управления персоналом в организации;
- методы и инструменты привлечения, подбора и адаптации персонала;
- инструменты оценки вовлеченности и профилактики профессионального выгорания;
- методы формирования кадрового резерва и обучения персонала в организации;
- методы и инструменты оценки деятельности сотрудников;
- практики нематериальной мотивации и удержания персонала.

уметь:

- разрабатывать и внедрять современные подходы в управлении персоналом;
- разрабатывать и внедрять процедуры и инструменты привлечения. подбора и адаптации персонала;
- внедрять процедуры по снижению рисков и профилактике профессионального выгорания, повышению уровня удовлетворенности персонала;
- разрабатывать программы обучения и индивидуальные планы развития персонала;
- внедрять процедуры оценки деятельности и внедрять компетенций сотрудников;
- внедрять практики и инструменты нематериальной мотивации и удержания персонала.

5.2. Категории персонала медицинских организаций, методы и объемы обучения по тематике современных подходов в управлении персоналом

Обучению по тематике современных подходов в управлении персоналом, по нашему мнению, подлежат все специалисты медицинских организаций, которые занимают руководящие должности, вне зависимости от уровня и профиля образования и уровня руководящей должности. Исходя из этого положения, повышению квалификации в части современных технологий управления персоналом подлежат:

Длительность обучения может варьировать в зависимости от уровня руководящей должности и профиля образования. Наиболее целесообразными являются циклы установленной длительности: 36 часов и 18 часов. Также,

длительность обучения должна формироваться, исходя из практической возможности обучения (мнений сотрудников медицинских организаций).

В современной ситуации наиболее предпочтительным вариантов обучения является онлайн обучение.

Учитывая, что управление персоналом – практическая сфера деятельности, целесообразно в процессе обучения акцент сделать на самостоятельной работе обучающихся.

Предпочтительным представляются следующие варианты обучения (Таблица 5.1.).

Таблица 5.1. - Категории должностных лиц медицинских организаций и длительность обучения по программам повышения квалификации в части современных технологий управления персоналом.

Категория медицинского персонала	**Длительность обучения**	
	36 часов	18 часов
Медицинский персонал		
Категория 1: главные врачи, заместители главных врачей, старшие сестры	V	
Категория 2: руководители структурных подразделений, старшие сестры отделений		V
Немедицинский персонал:		
Категория 3: сотрудники службы управления персоналом и отдела кадров	V	
Категория 4: заместители главных врачей, руководители структурных подразделений (немедицинских)		V

Целесообразным, по нашему мнению, является обучение следующих категорий персонала медицинских организаций:

- медицинский персонал: главные врачи, заместители главных врачей, старшие сестры; руководители структурных подразделений, старшие сестры отделений;
- немедицинский персонал: сотрудники службы управления персоналом и отдела кадров, заместители главных врачей, руководители структурных подразделений (немедицинских).

Темы и длительность обучения по программам по тематике современных подходов в управлении персоналом для различных категорий персонала медицинских организаций представлены в таблицах 5.2., 5.3., 5.4., 5.5.

Таблица 5.2. - Программа повышения квалификации в части современных технологий управления персоналом. Медицинский персонал: главные врачи, заместители главных врачей, старшие сестры

№ п/п	Наименование тем	Часы (академические)			
		Всего часов	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1.	Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл	5	1	-	4
2.	Мониторинга качества системы управления персоналом	1	-	1	-
3.	Обеспечение персоналом: привлечение, подбор и адаптация персонала	4	1	-	3
4.	Формирование и развитие бренда работодателя	5	1	1	3
5.	Оптимизация условий труда: вовлеченность и профилактика	5	1	-	4

	профессионального выгорания				
6.	Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников	5	1	-	4
7.	Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников	5	1	-	4
8.	Оценка деятельности сотрудников	5	1	-	4
	Экзамен	1	-	-	1
	ИТОГО:	**36**	**7**	**2**	**27**

Таблица 5.3. - Программа повышения квалификации в части современных технологий управления персоналом. Немедицинский персонал: Сотрудники службы управления персоналом и отдела кадров

№ п/п	Наименование тем	Часы (академические)			
		Всего часов	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1.	Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл	3	1	-	2
2.	Мониторинга качества системы управления персоналом систему	1	-	1	-
3.	Обеспечение персоналом: привлечение, подбор	3	1	1	1
4.	Адаптация персонала	4	1	1	2

5.	Формирование и развитие бренда работодателя	4	1	1	2
6.	Оптимизация условий труда: вовлеченность	4	1	1	2
7.	Профилактика профессионального выгорания	4	1	1	2
8.	Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников	4	1	1	2
9.	Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников	4	1	1	2
10.	Оценка деятельности сотрудников	4	1	1	2
	Экзамен	1	-	-	1
	ИТОГО:	**36**	**9**	**9**	**18**

Таблица 5.4. - Программа повышения квалификации в части современных технологий управления персоналом. Медицинский персонал: руководители структурных подразделений, старшие сестры отделений

№ п/п	Наименование тем	Часы (академические)			
		Всего часов	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1.	Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл	3	1	-	2

2.	Обеспечение персоналом: привлечение, подбор	2	1		1
3.	Адаптация персонала	2	-	1	1
4.	Оптимизация условий труда: вовлеченность	2	1	-	1
5.	Профилактика профессионального выгорания	2	-	1	1
6.	Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников	2	1	-	1
7.	Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников	2	1	-	1
8.	Оценка деятельности сотрудников	2	1	-	1
	Экзамен	1	-	-	1
	ИТОГО:	**18**	**6**	**2**	**10**

Таблица 5.5. - Программа повышения квалификации в части современных технологий управления персоналом. Немедицинский персонал: заместители главных врачей, руководители структурных подразделений (немедицинских)

№ п/п	Наименование тем	Часы (академические)			
		Всего часов	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1.	Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл	3	1	-	2

2.	Обеспечение персоналом: привлечение, подбор и адаптация персонала	3	1	-	2
3.	Оптимизация условий труда: вовлеченность и профилактика профессионального выгорания	3	1	-	2
4.	Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников	3	1	-	2
5.	Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников	3	1	-	2
6.	Оценка деятельности сотрудников	2	1	-	1
	Экзамен	1	-	-	1
	ИТОГО:	**18**	**6**	**-**	**12**

5.3. Основные разделы и вопросы, рекомендуемые для включения в программы повышения квалификации персонала медицинских организаций в сфере управления медицинским персоналом

В данном разделе представлен перечень тем, их разделов и основных вопросов, рекомендуемых для включения в программы повышения квалификации в сфере управления медицинским персоналом.

Тема 1. Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл

Разделы:

Основные понятия и определения системы управления персоналом.

Кадровый цикл.

Структура процессов, качественные и количественные показатели эффективности в области управления персоналом.

Роль руководителя подразделения в системе управления персоналом.

Распределение ответственности, компетентность руководителей в управлении человеческими ресурсами.

Отдельные вопросы:

Основные аспекты жесткого подхода к управлению персоналом.

Основные аспекты мягкого подхода к управлению персоналом.

Условия сохранения эффективного управления структурой организации при условии большого количества неформальных связей.

Основная проблема для организаций с линейной организационной структурой.

Основная проблема для организаций с функциональной организационной структурой

Виды организационных структур, их признаки и основные характеристики.

Варианты принятия управленческих решений в различных по организационному виду структурах.

Приоритетные рычаги управления в различных по организационному виду структурах.

Виды социальных структур, их признаки и основные характеристики.

Тема 2. Обеспечение персоналом: привлечение, подбор и адаптация персонала

Разделы:

Бренд работодателя.

Управление брендом работодателя, современные методы повышения привлекательности медицинской организации для кандидатов.

Адаптация персонала.

Эффективные практики адаптации молодых специалистов.

Построение системы наставничества.

Текучесть персонала.

Виды текучести персонала.

Условия для удержания квалифицированных кадров в МО.

Эффективные практики адаптации молодых специалистов.

Построение системы наставничества.

Система подбора персонала, методы привлечения и оценки.

Современные технологии привлечения кандидатов, методы оценки кандидатов на соответствие требованиям при подборе.

Аспекты увольнения.

Причины увольнения сотрудников.

Юридические вопросы увольнения.

Основные вопросы:

Элементы процедуры подбора персонала, последовательность этапов.

Основные подходы: расчет потребности в кадрах.

Основные подходы моделирование рабочих мест.

Основные подходы: описание бизнес-процессов, формирование функциональной карты, подбор кандидатов источники поиска персонала, наиболее эффективные в разных ситуациях.

Основные источники поиска персонала.

Основные подходы: определение требований к кандидатам, поиск и привлечение, методы оценки персонала на этапе подбора персонала, профессиональный подбор, удержание и мотивация персонала, формирование резерва (отбор, подготовка к назначению).

Цели и этапы адаптации персонала, длительность программы введения в должность руководящего работника, срок адаптации молодого специалиста.

Текучесть кадров: виды, анализ текучести и вовлеченности кадров, основные показатели текучести и проблемы их трактовки, прогнозирование убытия персонала, использование интервью с целью определения причин увольнений.

Юридические основания для расторжения трудового договора.

Основные понятия аутплейсмента, самоселекции персонала, бренд-работодателя, HR-брэндинг.

Тема 3. Оптимизация условий труда: вовлеченность и профилактика профессионального выгорания

Разделы:

Условия труда.

Обеспечение и оптимизация условий труда в медицинской организации.

Понятия и определения вовлеченности, удовлетворенности и приверженности персонала.

Методики оценки удовлетворенности и вовлеченности персонала.

Профессиональное выгорание.

Подходы и инструменты профилактики профессионального выгорания работников.

Основные вопросы:

Понятие вовлеченности персонала.

Метод оценки вовлеченности персонала.

Инструменты повышения приверженности персонала организации.

Совокупность элементов производственной среды, оказывающих влияние на здоровье и работоспособность человека, удовлетворенность трудом и на его результативность.

Содержание документа, описывающего основные функции сотрудника на определенной должности.

Стадии эмоционального выгорания, их характеристики и последовательность.

Социальное партнерство в сфере труда.

Тема 4. Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников

Разделы:

Кадровый резерв.

Методики формирования кадрового резерва, подготовка преемников на руководящие должности.

Обучение персонала, индивидуальный план развития.

Формирование системы непрерывного внутреннего обучения и развития персонала.

Методы оценки потенциала сотрудников.

Основные вопросы:

Понятие кадрового резерва, формирование целевой группы потенциальных сотрудников, формы вторичной занятости.

Цели обучения персонала, их соотнесение с адаптацией, приобретением профессиональных знаний и навыков, улучшением морально-психологического климата в коллективе.

Цели и компоненты планирования личного развития работника.

Методы обучения на рабочем месте.

Методы обучения не на рабочем месте.

Применение рабочего инструктажа.

Методы оценки потенциала работников.

Виды тестов для оценки потенциала работников (личностные, общие тесты способностей, тесты на профпригодность и др.).

Использование комплексной технологии, построенной на принципах критериальной оценки при оценке потенциала работника.

Методы оценки потенциала работников, целю которой является оценка психофизиологических качеств человека, умений выполнять определенную деятельность.

Использование принцип 10-20-70, используемый при составлении индивидуального плана развития сотрудника.

Основные характеристики и формирование индивидуального плана развития резервиста, план реализации возможных карьерных шагов для резервиста.

Цикл Колба: понятие, характеристики, этапы.

Наиболее эффективные методы для обучения сотрудников поведенческим навыкам (коммуникация, решение конфликтов, навыки презентации и т.д.).

Хронологическая последовательность оценки эффективности обучения по модели Киркпатрика.

Источники кадрового резерва в организации.

Тема 5. Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников

Разделы:

Корпоративная культура.

Использование социально-психологических методов управления персоналом как один из основных инструментов управления.

Корпоративная культура– как инструмент управления организацией.

Практики мотивации персонала.

Факторы нематериальной мотивации и удержания персонала в медицинской организации.

Основные вопросы:

Мотиваторы работы и их эффективность.

Премии, зависимость их влияние как стимулирующего фактора от размера.

Выплаты, связанные с повышенными затратами труда.

Иерархия потребностей А. Маслоу.

Мотивационные инструменты, их классификация виды оплаты труда.

Факторы формирования корпоративной культуры, их эффективность.

Типы мотивации, их признаки.

Понятие корпоративной культуры.

Тема 6. Оценка деятельности сотрудников

Разделы:

Компетентность и компетенции персонала.

Компетентностный подход в управлении персоналом.

Правовые аспекты оценки деятельности.

Практики оценки (центр оценки, метод 360 градусов, тесты оценки знаний, личностные опросники).

Основные вопросы:

Совокупность знаний и навыков, специфических способностей работников, необходимых в конкретном трудовом процессе.

Профессиональная компетентность, профессиональный опыт, менеджерский потенциал: особенности знаний и навыков, специфических способностей.

Основные характеристики тестов, используемых для прогноза в отношении кандидатов на вакантные должности (конструктивная валидность, содержательная валидность, надежность, прогностическая валидность, согласованность, устойчивость и другие).

Инструменты оценки, их характеристики и применение для кадровых решений: личностный опросник, интервью по компетенциям, центр оценки, наблюдение за работой (оценка по «чек» листу), включенное наблюдение, «обратная связь 360 градусов», аттестация,

Варианты кадровых решений по результатам оценки профессиональных компетенций при применении различных инструментов оценки.

Шкала лжи: характеристика понятия, применение при проведении тестов и иных инструментов оценки.

Сырой тестовый балл: характеристика понятия, применение при проведении тестов.

Вариант одной их программ, сформированный на основании изложенных подходов, представлен в Приложении 7.

5.4. Оценка эффективности обучения руководителей медицинских организаций по теме управления медицинским персоналом

Негосударственным образовательным частным учреждением организации дополнительного профессионального образования «АКТИОН» в рамках программы профессиональной переподготовки «Master of Health Administration (MHA) Intensive: Современный менеджмент в медицинских организациях» было проведено онлайн-обучение по теме «Технологии управления персоналом в медицинской организации» длительностью цикла 36 часов. Перечень тем программы и длительность их изучения в академических часах представлен в Приложении 7.

В обучении приняли участие 42 руководителя МО. До и после пройденного обучения руководители прошли тестирование в части оценки их грамотности в вопросах управления персоналом (БГРУП). Была подготовлена таблица сравнения результатов трех групп.

Первая группа – руководители МО после обучения. Во вторую группу вошли специалисты-профессионалы в сфере управления человеческими ресурсами, являющиеся сотрудниками различных организаций (72 чел.). Третья группа представлена руководителями 10 медицинских организаций (МО) государственных бюджетных учреждений здравоохранения (ГБУЗ) России, ранее принявшими участие в исследовании (186 чел.).

Сравнительные результаты тестирования трех групп участников представлены в таблицах 5.6. и 5.7. Применены следующие показатели описательной статистики (в %): M – среднее значение, CI – 95% доверительный интервал, SD – стандартное отклонение, Min – минимальные значения, Max – максимальные значения) и нормальности распределения (W – критерий нормальности Шапиро-Уилка, p – его уровень значимости) для трех группах: руководителей МО после обучения, экспертов и руководителей МО.

Таблица 5.6. - Сравнительные результаты тестирования по теме «Технологии управления персоналом в медицинской организации» (1)

№	Название группы	Кол-во человек в группе	Показатели описательной статистики					Показатели нормальности распределения	
			M	CI	SD	Min	Max	W	p
1.	Эксперты	72	43.2	2.6	10.8	14.0	62.0	0.963	0.033*
3.	Руководители МО - все (вне зависимости от прохождения обучения)	186	31.0	1.9	12.0	1.2	64.6	0.995	0.793
	из них: руководители МО, прошедшие обучение								
4	до обучения	42	31.1	1.8	12.0	1.3	64.6	0.995	0.792
5.	после обучения	42	63.3	4.4	14.3	43.2	100.0	0.911	0.003*

Примечание: * - отмечены значения, подтверждающие отсутствие нормальности распределения

Как видно из таблицы 5.6., результаты тестирования руководителей МО, прошедших обучение, значительно выше после обучения, чем до него.

Таблица 5.7. - Сравнительные результаты тестирования групп участников онлайн-обучение по теме «Технологии управления персоналом в медицинской организации» (2)

№		Показатели различий между всеми группами

		χ^2	p1
1.	Все три группы	119	< 0.001*
		Показатели попарных сравнений между группами	
	Группы сравнения:	W	p2
2.	Руководители МО после обучения -Эксперты	9,31	< 0.001*
3.	Руководители МО после обучения -руководители МО	-13,37	< 0.001*
4.	Эксперты-руководители МО	-9,22	< 0.001*

Примечание: * - отмечены р с уровнем значимости менее 0.05

Данные сравнительного анализа результатов подтверждают эффективность проведенного обучения в части прироста знаний и компетенций в вопросах управления персоналом

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ОСНОВЕ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ И ЦИФРОВИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ ПРОЦЕССОВ И КОМПОНЕНТОВ

6.1. Общие принципы автоматизации мониторинга системы управления персоналом

Управление персоналом в медицинской организации отражает качество процедур и используемых медицинской организацией технологий по развитию человеческого и управленческого капитала, обеспечивая необходимый уровень качества медицинской деятельности.

Мониторинг системы управления персоналом — методика отслеживания и оценки эффективности работы процессов управления персоналом в медицинской организации. Результаты мониторинга могут быть основанием для совершенствования как отдельных элементов системы управления персоналом, так и системы управления персоналом в целом.

К объектам мониторинга относятся непосредственно процессы кадрового цикла управления персоналом, а также поддерживающие процессы. Соответственно мониторинг состоит из двух блоков (Рисунок 6.1):

1. Мониторинг процессов управления персоналом (мониторинг обеспечения персоналом, мониторинг оптимизации условий труда, мониторинг развития кадрового потенциала, мониторинг управления внутренней средой, мониторинг оценки деятельности).

2. Мониторинг поддерживающих процессов (мониторинг информирования сотрудников в вопросах управления персоналом, мониторинг компетентности руководителей в области управления персоналом, мониторинг обучения специалистов кадровой службы, мониторинг процессов управления базой знаний).

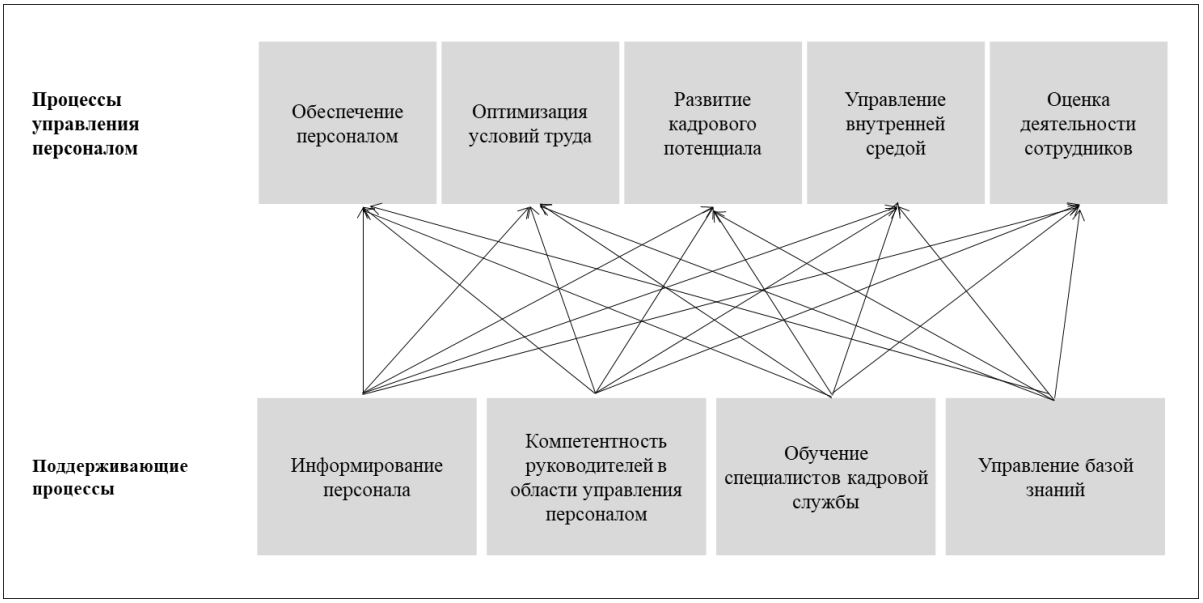

Рисунок 6.1 - Объекты мониторинга системы управления персоналом

В общем виде мониторинг состоит из этапов сбора информации, анализа и формулирования выводов (Рисунок 6.2)

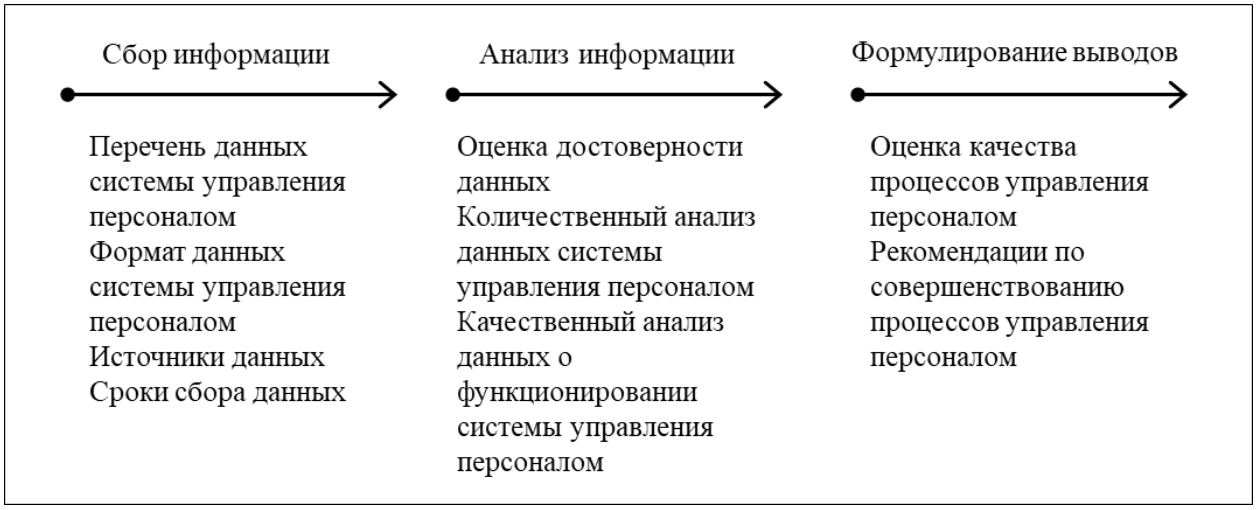

Рисунок 6.2 - Этапы мониторинга системы управления персоналом

Автоматизация – это применение технических средств, экономико-математических методов и систем управления, освобождающих человека частично или полностью от непосредственного участия в процессах получения, преобразования, передачи и использования энергии, материалов

или информации (Большой Энциклопедический словарь, 2000). В контексте управленческих процессов под автоматизацией мы подразумеваем использование компьютерных и информационных технологий с целью снизить участие человека в повторяющихся и простых операциях, не требующих принятия сложных решений и творческого мышления. Безусловно, процесс автоматизации в значительной степени уже затронул все сферы человеческой деятельности, исключением не стало и здравоохранение. Принципиальная проблема, с которой столкнулись руководители в этой сфере, заключаются в огромном количестве и разнообразии инструментов, которые, однако, не адаптированы с учётом специфики работы медицинских учреждений. Другой аспект автоматизации медицины — сложности в интеграции изменений, связанные с высоким уровнем ответственности (от работы врачей зависит жизнь и здоровье пациентов), сопротивлением со стороны персонала, отсутствие необходимых компетенций как у руководителей, так и у подчиненных. Наконец, нельзя исключать факторы финансовых и технологических ограничений. Всё вышеперечисленное приводит к трудностям в систематической работе над автоматизацией, делая процесс мозаичным и незавершенным.

Автоматизированная система мониторинга – сложный механизм, создавать который целиком и с нуля может быть слишком затратным. Мы предлагаем модульную систему автоматизации, интегрировать которую в существующую систему управления персоналом можно по частям. Это сделает автоматизированную систему и процесс её интеграции более гибкими. Таким образом можно изменять и дополнять отдельные модули, интегрировать новые инновационные технологии, без необходимости менять архитектуру всей автоматизированной системы мониторинга целиком.

Для эффективной автоматизации необходимо использовать перспективные современные информационные технологии. Каждая технология имеет ряд преимуществ и ограничений. Интеграция любой технологии в существующие процессы также требует технического

оснащения, обучения персонала, создания новых процессов, финансирования и т. д. Соответственно, важно оценить целесообразность использования той или иной технологии в данный момент. К перспективным информационным (цифровым) технологиям относятся блокчейн, сеть интернет, мобильные приложения, чат-боты, искусственный интеллект, облачные хранилища, роботы и т. д. Их внедрение не должно являться самоцелью, а обеспечивать соответствие процесса автоматизации перечисленным выше принципам. В Таблице 6.1. приведен ряд технологий, которые на наш взгляд имеют наибольшие перспективы в задаче следования принципам автоматизации.

Таблица 6.1 - Преимущества и ограничения информационных (цифровых) технологий

Принцип	Технология	Преимущества технологии	Недостатки технологии	Ограничения технологии
Доступность	Мобильное, десктопное приложения и веб-версия ресурсов	Доступность с любого устройства Поддержание актуальности информации Создание единого информационного пространства Требует базовые навыки работы с ПК, смартфонами и сетью интернет	Сложности в поддержании единообразия отображаемых данных Требуется постоянная техническая поддержка	Не обеспечивает безопасность данных без дополнительной настройки Зависимость от наличия онлайн-подключения
Эффективность	Искусственный интеллект (ИИ)	Обеспечение независимого автоматизированного анализа информации Выполнение относительно сложных задач	Низкая точность в решении творческих задач Высокая стоимость Технологическая сложность разработки и поддержки	Низкая точность анализа определенных типов данных, требующая интерпретации человеком Узкая специализация в решении задач
Скорость	Искусственный интеллект (ИИ)	Обеспечение независимого автоматизированного анализа информации Выполнение относительно сложных	Низкая точность в решении творческих задач Высокая стоимость Технологическая	Низкая точность анализа определенных типов данных, требующая интерпретации человеком

		задач	сложность разработки и поддержки	Узкая специализация в решении задач
Актуальность	Сеть интернет	Требует базовые навыки работы с ПК, смартфонами и сетью интернет	Сложности в поддержании единообразия отображаемых данных Требуется постоянная техническая поддержка	Зависимость от наличия онлайн-подключения
Безопасность	Блокчейн	Отслеживание всех внесенных изменений Надежность Децентрализованность	Высокая стоимость Технологическая сложность разработки и поддержки	Низкая гибкость Критический размер
Экономичность	Мобильное, десктопное приложения и веб-версия ресурсов	Доступность с любого устройства Поддержание актуальности информации Создание единого информационного пространства Требует базовые навыки работы с ПК, смартфонами и сетью интернет	Сложности в поддержании единообразия отображаемых данных Требуется постоянная техническая поддержка	Не обеспечивает безопасность данных без дополнительной настройки Зависимость от наличия онлайн-подключения

6.2. Автоматизация мониторинга процессов управления персоналом

Управление персоналом – сервисная функция, которая во взаимодействии с другими функциями создает ценности для пациента (Таблица 6.2.). Поэтому важно, чтобы каждая функция управления персоналом оценивалась как с позиции самой кадровой службы, руководства (с позиции генеральной стратегии), смежных подразделений (внутренних клиентов), самих работников (и других стейкхолдеров) и пациента.

Таблица 6.2 - Результаты и ценность для пациента процессов управления персоналом

№	Процесс управления персоналом	Ключевой результат для медицинской организации	Конечная ценность для пациента
1	Обеспечение персоналом (ОП)	Обеспечение укомплектованности штата медицинской организации	Наличие необходимых специалистов в медицинской организации
2	Оптимизация условий труда (ОУТ)	Обеспечение условий труда персонала медицинской организации	Комфорт пребывания пациента в медицинской организации
3	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	Обеспечение необходимого уровня квалификации персонала медицинской организации	Доброжелательное общение и следование профессиональным стандартам со стороны персонала
4	Управление внутренней средой (УВС)	Обеспечение необходимого уровня мотивации персонала, высокой ориентации на пациента	Высокий уровень заботы о пациенте со стороны врачей и среднего медицинского персонала
5	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	Обеспечение сбора и анализа данных о персонале медицинской организации для принятия управленческих решений	Прозрачность показателей работы МО для пациента, возможность выбирать МО по показателям работы МО

Эффективность и результативность каждого процесса управления персоналом может включать в себя качественные и количественные показатели. Качественные показатели отражают наличие соответствующих подпроцессов в медицинской организации, а также наличие формализации методологии реализации процесса (наличие регламентов, описания технологии, инструкций, процедур и регламентирующих документов). Количественные показатели отражают устойчивость и результативность процессов управления персоналом.

6.3. Автоматизация мониторинга процессов обеспечения персоналом

Процессы обеспечения персоналом в здравоохранении имеют особенную важность, в первую очередь в контексте нарастающего дефицита квалифицированных кадров. Каждое отдельное учреждение, таким образом, ведет конкурентную борьбу за потенциальных сотрудников на рынке труда. Ценность автоматизации мониторинга процессов обеспечения персоналом, таким образом, обретает ценность в свете необходимости корректной и быстрой оценки таких показателей как потребность в кадрах, ценность и соответствие требованиям кандидатов на должность, источники персонала и т. д., а также важности быстрого реагирования на изменения.

Перечень подпроцессов обеспечения персоналом в общем случае включает: расчет потребности в кадрах, моделирование рабочих мест, профессиональный подбор, формирование резерва, управление брендом работодателя, адаптация новых сотрудников, удержание ключевого персонала, увольнение.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов обеспечения персоналом:

- блокчейн: позволит отслеживать изменения документов, относящихся к найму персонала, создать единую децентрализованную базу данных о персонале, вакантных должностях и т. д.;
- искусственный интеллект: позволит сократить время на сравнение кандидатов и принятие решения о найме, изменить формат собранной информации на более доступный для восприятия;
- сеть интернет: позволит обеспечить прямую связь кандидатов с отделом HR, ускорит процессы обмена информации организации со внешней средой и внутри организации;
- чат-боты: позволит сократить загруженность персонала организации и автоматизировать процессы ответов на вопросы кандидатов по вакантной должности и самой организации.

Преимущества автоматизации системы обеспечения персонала:

- снижение объёма работы при массовом подборе персонала;

- сокращение временных и финансовых вложений в поиск и набор персонала;
- повышение продуктивности HR-специалистов;
- увеличение скорости принятия решений о найме сотрудников;
- автоматизированный поиск кандидатов, соответствующих критериям компании;
- предоставление возможности заполнения анкет онлайн для удобства соискателей и рекрутёров;
- настройка автоматизированного трудоустройства (пребординга) для быстрого получения информации успешным кандидатом и начала работы.
- уменьшение влияния человеческого фактора и повышение прозрачности процесса отбора и оценки кандидатов.

Недостатки автоматизации подбора персонала:

- негативное отношение некоторых кандидатов к платформам и чат-ботам, негативное отношение к недостаточному персональному вниманию;
- использование чат-ботов и аудиоботов возможно только для ответов на часто задаваемые вопросы.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов обеспечения персоналом включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- визуализация комплектации штата;
- ведение списка открытых и закрытых вакансий;
- анализ текущей потребности в кадрах (расчет на основе нормативных показателей, бенчмаркинг);
- анализ потребностей в новых кадрах (высвобождение рабочих мест, появление новых должностей, перераспределение функций);
- ведение модели рабочего места, включающей требования к кандидату (опыт, образование и т.д.);
- обеспечение соблюдения формальных требований (возраст, пол, образование и т.п.);

- обеспечение соответствия опыта работы требованиям (общий стаж, стаж работы по специальности);
- обеспечение соответствия профессиональных знаний и умений (специализированные знания и навыки, уровень квалификации);
- обеспечение соответствия необходимых личностно-деловых качеств требованиям должности;
- обеспечение соответствия требованиям мотивационного и ценностного профиля;
- сокращение времени, необходимого на принятие решения о найме или отказе;
- повышение скорости обработки информации о кандидатах;
- разработка цифровых должностных инструкций;
- описание рабочих задач и показатели оценки деятельности.

В рамках автоматизированной системы принципиально важно определить показатели мониторинга.

Качественные показатели мониторинга процессов обеспечения персоналом:

- наличие сводной статистики по укомплектованности персоналом;
- наличие методического инструментария по проведению интервью при подборе;
- оценка качества процедуры подбора персонала внутренними заказчиками;
- наличие адаптационных мероприятий для новых сотрудников;
- наличие плана мероприятий по управлению брэндом работодателя;
- проведение интервью при увольнении для ключевых сотрудников;
- сбор аналитики по рынку труда;
- проведение работ по организации сотрудничества с образовательными организациями с целью обеспечения персоналом.

Количественные показатели мониторинга процессов обеспечения персоналом:

- общее количество ставок (из них заполнено);
- % сотрудников, работающих на полную ставку;
- % сотрудников, работающих по совместительству;
- % сотрудников, участвующих в программе адаптации;
- доля врачей;
- доля руководителей;
- доля среднего медицинского персонала;
- доля немедицинского персонала;
- доля узкоспециализированных специалистов»
- распределение сотрудников в разрезе организации / подразделений (возраст, пол, стаж работы (общий / в данной организации), наличие ученой степени);
- статистика увольнений (в первые 3-6 месяцев для разных категорий и групп персонала, по собственному желанию для разных категорий и групп персонала, увольнения по причине профессиональной непригодности и нарушений дисциплины).

6.4. Автоматизация мониторинга процессов оптимизации условий труда

Процессы оптимизации условий труда важны в долгосрочной перспективе управления медицинской организацией. Как было указано выше, в сфере здравоохранения присутствует нарастающий дефицит квалифицированного персонала. Условия труда значительно отличаются от учреждения к учреждению, при этом для специалистов они являются значимым критерием выбора места работы, и потому низкий уровень условий труда может стать сдерживающим фактором ещё на этапе подбора. Более того,

условия труда значительно влияют на удовлетворенность и удержание персонала, и могут, таким образом усугубить дефицит кадров за счет оттока специалистов из организации. Наконец, от условий труда зависит эффективность персонала, а, следовательно, и эффективность организации в целом. В отличие от этапа подбора персонала, другие этапы кадрового цикла не имеют большого числа количественных измеримых критериев и регулирующей документации, что затрудняет мониторинг. По этой причине, в автоматизации мониторинга условий труда мы рекомендуем сделать упор на обратную связь со стороны персонала и оценку удовлетворённости.

Перечень подпроцессов оптимизации условий труда в общем случае включает: проведение аттестации рабочих мест, регулярная оценка удовлетворенности сотрудников рабочими местами и условиями работы, обеспечение психологической разгрузки сотрудников.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов оптимизации условий труда:

- мобильные приложения: использование доступных всем сотрудникам сервисам значительно упростит сбор обратной связи и позволит проводить оценку быстро, без потери актуальности информации;
- искусственный интеллект: современные языковые модели способны на основе массивов текста составлять краткие заключения по результатам анализа. Это может особенно упростить мониторинг для выявления самых проблемных мест и ускорять процесс обработки в случае одновременного проведения большого количества опросов и анкетирований. В автоматизации процесса оптимизации условий труда, в свою очередь, искусственный интеллект позволит управлять потоком пациентов, упростить оформление документов, быстро делать сводную статистику, сократить время приёма и т. д.

Преимущества автоматизации оптимизации условий труда:

- автоматизация и ускорение процессов оценки удовлетворенности персонала;

- сегментация уровней вовлеченности, приверженности и удовлетворенности по отделениям;
- ускорение приёма пациентов и сокращение очередей в регистратуре благодаря специальным медицинским системам;
- оперативное оформление документов и объяснение последовательности сдачи анализов и прохождения специалистов для организованных групп посетителей;
- экономия на дополнительных работниках регистратуры и снижение затрат на оформление пациентов;
- учёт стоимости всех исследований при комплексном обследовании пациентов;
- использование электронных карточек вместо бумажных, что упрощает хранение и доступ к информации о пациентах;
- сокращение времени приёма пациентов при повторном обращении благодаря быстрому доступу к актуальной информации;
- увеличение продаж дополнительных услуг и предложений для пациентов через систему автоматизации;
- рассылка информации и предложений пациентам через смс и электронные письма;
- упрощение работы врачей с электронными карточками пациентов, где содержатся результаты обследований и анализов;
- быстрое оформление больничных листов и выписок для пациентов;
- получение доступа к статистике и аналитике работы медицинского учреждения для руководителей;

Недостатки автоматизации процессов оптимизации условий труда:

- риск потери рабочих мест из-за замены людей автоматизированными системами;
- высокая стоимость разработки и внедрения автоматизированных систем;

- необходимость постоянного обучения и переквалификации персонала для работы с новыми технологиями;
- возможность сбоев и ошибок в работе автоматизированных систем, что может привести к негативным последствиям;
- зависимость от надёжности и стабильности работы оборудования и программного обеспечения.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов оптимизации условий труда включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- рациональная трата времени и ресурсов;
- улучшение качества предоставляемых услуг;
- обеспечение безопасности и комфорта пациентов и персонала;
- повышение удовлетворённости пациентов и сотрудников;
- улучшение взаимодействия между различными подразделениями и уровнями организации;
- сбор и анализ данных для принятия обоснованных решений;
- организация электронного документооборота и обмена информацией между различными участниками процесса;
- интеграция систем управления и учёта с внешними информационными системами и сервисами;
- разработка и внедрение мобильных приложений для удобства пациентов и сотрудников;
- обучение персонала работе с новыми технологиями и программными решениями.

В рамках автоматизации мониторинга принципиально важно определить показатели мониторинга.

Качественные показатели мониторинга процессов оптимизации условий труда:

- регулярная оценка рабочих мест;

- наличие мероприятий по профилактике стресса и профессионального выгорания;
- наличие системы отслеживания показателей вовлеченности, удовлетворенности персонала;

Количественные показатели мониторинга процессов оптимизации условий труда:

- доля рабочих мест, соответствующих стандартам;
- наличие системы мотивации персонала в зависимости от результативности / эффективности;
- % сотрудников, удовлетворённых рабочими местами и условиями работы;
- % сотрудников, неудовлетворённых рабочими местами и условиями работы;
- распределение сотрудников в разбивке по организации / подразделению по показателю приверженности;
- распределение сотрудников в разбивке по организации / подразделению по показателю удовлетворенности;
- распределение сотрудников в разбивке по организации / подразделению по показателю вовлеченности.

6.5. Автоматизация мониторинга процессов формирования и развития кадрового потенциала

Процессы формирования и развития кадрового потенциала имеют особенную значимость в здравоохранении, так как специалисты должны постоянно актуализировать свои знания, а карьерный рост связан не только со стажем работы, но и с обучением. В условиях стремительного развития технологий, столь же стремительно развивается и медицина, а значит персонал постоянно находится в условиях необходимости получения новых знаний и

компетенций. Обеспечить условия для получения знаний и компетенций входит в обязанности руководителя. В свою очередь, наличие возможностей для обучения и карьерного роста влияет на мотивацию и удовлетворенность персонала, а значит оказывает прямое влияние на удержание. Наконец, наличие необходимых компетенций у сотрудников позволит повысить эффективность всех процессов в организации.

Перечень подпроцессов формирования и развития кадрового потенциала в общем случае включает: организация обучения, обеспечение научно-исследовательской деятельности, оценка эффективности обучения, формирование кадрового резерва

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов формирования и развития кадрового потенциала:

- искусственный интеллект: эту технологию возможно использовать для оценки результатов обучения, генерации рекомендаций и анализа зоны роста. В контексте мониторинга, потенциально можно применять искусственный интеллект для ведения сводной статистики всего учреждения и выявления наиболее перспективных сотрудников;
- мобильные приложения: позволит обеспечить открытость и прозрачность системы развития кадрового потенциала. Для сотрудников подобная технология обеспечит круглосуточный доступ к учебным материалам, создаст условия для обратной связи, позволит отслеживать собственный карьерный трек и компетенции, которые необходимо развивать;
- облачные хранилища и технология интернет: сводная база профилей всех сотрудников упростит отслеживание перспективных сотрудников, позволит централизованно организовывать и отслеживать обучение. Кроме того, подобные технологии являются ключевыми для ведения базы знаний организации.

Преимущества автоматизации процессов развития кадрового потенциала:

- повышение скорости рутинных процессов, таких как формирование документов, учёт рабочего времени и начисление зарплаты;
- уменьшение количества ошибок в проверках документов и данных;
- упрощение процессов поиска и подбора сотрудников на должности внутри организации;
- появление системы учёта кадров и общей базы знаний;
- упрощение процесса обучения;
- напоминание о сроках подачи документов в налоговые и другие органы: автоматизация помогает своевременно выполнять все необходимые процедуры;
- сокращение затрат времени: автоматизация сокращает время, затрачиваемое на различные процессы, что повышает эффективность работы предприятия.

Недостатки автоматизации процессов развития кадрового потенциала:

- сложность выбора правильного инструмента автоматизации;
- технические ошибки могут снизить эффективность обучения;
- необходимость интерпретации данных;
- необходимость найма специалистов или организаций для поддержки функционирования системы;
- возможное увеличение расходов на внедрение и обслуживание автоматизированных систем.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов развития кадрового потенциала включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- сокращение времени HR-специалистов на рутинные операции (подготовка отчётов, обработка заявлений и другое);
- улучшение эффективности работы, уменьшение вероятности ошибок и ускорение процессов принятия решений;

- хранение и обновление персональных данных сотрудников, обеспечение безопасности и конфиденциальности информации;
- предоставление удобных инструментов для коммуникаций и непрерывной обратной связи;
- эффективное использование ресурсов и бюджета компании, улучшение взаимодействия с кандидатами в кадровый резерв.

В рамках автоматизации мониторинга принципиально важно определить показатели системы мониторинга.

Качественные показатели мониторинга процессов развития кадрового потенциала:

- наличие единого свода данных по образовательным программам;
- наличие оценки образовательных программ;
- наличие базы знаний;
- ведение базы знаний;
- наличие кадрового резерва.

Количественные показатели мониторинга процессов развития кадрового потенциала:

- число сотрудников, прошедших обучение за отчетный период;
- число сотрудников, прошедших обучение по темам;
- число руководителей, прошедших обучение;
- число сотрудников в кадровом резерве;
- количество опубликованных сотрудниками МО научных статей;
- количество сотрудников, принявших участие в научно-практических конференциях;
- число сотрудников, выступивших с докладами на научно-практических конференциях;
- средняя оценка качества образовательных программ с указанием причин отклонения от целевых значений.

6.6. Автоматизация мониторинга процессов управления внутренней средой

Процессам управления внутренней средой нередко уделяется незаслуженно мало внимания. Главным образом это связано с тем, что ключевые параметры данной системы – мотивация и приверженность – часто бывают непонятны руководителям, а их уровень не очевидным образом конвертируется в эффективность каждого отдельного сотрудника. В то же время измерение этих показателей требует проведения определенного типа оценочных мероприятий, а используемые метрики не всегда можно свести к интуитивно понятным вычислениям.

Перечень подпроцессов управления внутренней средой в общем случае включает: формирование и развитие корпоративной культуры, внедрение инструментов управления на основе ценностей, нематериальная мотивация персонала.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов управления внутренней средой:

- мобильные приложения: такие технологии позволят быстро, без нарушения целостности рабочего процесса, оценивать соответствие корпоративным ценностям, а также оперативно получать обратную связь от сотрудников и пациентов;
- искусственный интеллект: современные языковые модели способны на основе массивов текста составлять краткие заключения по результатам анализа. Это может особенно упростить мониторинг для выявления самых проблемных мест и ускорять процесс обработки в случае одновременного проведения большого количества опросов и анкетирований.

Преимущества автоматизации системы управления внутренней средой:

- ускорение процессов получения обратной связи и реагирования;

- автоматизация и ускорение процессов оценки мотивации и соблюдения этических норм и ценностей.

Недостатки автоматизации управления внутренней средой:

- необходимость интерпретации данных;
- необходимость сравнительно высокой вовлеченности персонала в автоматизированные процессы.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов управления внутренней средой включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- создание системы обратной связи;
- создание автоматизированной системы оценки соответствия корпоративны ценностям и этическим стандартам.

В рамках автоматизации мониторинга принципиально важно определить показатели мониторинга.

Качественные показатели мониторинга процессов управления внутренней средой:

- наличие документов, содержащих описание миссии, видения и стратегических целей организации;
- наличие кодекса корпоративной этики;
- описание корпоративных ценностей;
- наличие данных исследований корпоративной культуры;
- наличие системы нематериальной мотивации персонала.

Количественные показатели мониторинга процессов управления внутренней средой:

- показатели соответствия текущей корпоративной культуры целевому образу;
- доля сотрудников, разделяющих ценности и соблюдающих нормы корпоративной этики;
- доля сотрудников, разделяющих стратегические цели организации.

6.7. Автоматизация мониторинга процессов оценки деятельности сотрудников

В контексте процессов оценки деятельности сотрудников чаще всего возникает два типа проблем. Первая заключается в низкой эффективности оценки – обычно, это может быть связано с нарушенной процедурой оценки или использование неверных инструментов. Вторая проблема заключается в регулярности проведения оценочных мероприятий. Автоматизация процессов оценки может решить обе эти проблемы, при корректной интеграции в систему управления персоналом. В то же время, ввиду разнообразия инструментов оценки, автоматизация мониторинга во многом должна учитывать конкретные критерии, методики и специфику используемых в данной конкретной организации инструментов.

Перечень подпроцессов оценки деятельности сотрудников в общем случае включает: регулярная оценка деятельности, оценка личностно-деловых качеств.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов оценки деятельности:

- искусственный интеллект: эта технология позволит автоматизировать процесс оценки, генерировать сводное заключение по результатам одной или нескольких методик оценки, а также предлагать рекомендации для развития;
- мобильные приложения и технологии интернет: позволят в первую очередь упростить прохождение оценочных процедур, визуализировать зоны роста и оценочные профили для каждого отдельного сотрудника.

Преимущества автоматизации процессов оценки деятельности сотрудников:

- прозрачность и понятность процесса оценки для руководителей и подчинённых;

- мотивация персонала на повышение эффективности работы;
- сокращение времени на оценку эффективности труда персонала;
- сокращение времени на документальное сопровождение;
- снижение вероятности ошибок и влияния человеческого фактора;
- установление единых критериев оценки деятельности и методов оценки;
- регулярность проведения оценочных мероприятий;
- возможность корректировать методы оценки и инструменты в зависимости от специфики организации или подразделения.

Недостатки автоматизации процессов оценки деятельности сотрудников:

- негативное отношение к автоматизированным методам оценки;
- трудности взаимодействия с технологиями у работников старшего возраста;
- необходимость использования простых и удобных интерфейсов для приложений.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов оценки деятельности персонала включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- оперативный контроль работы сотрудников;
- сокращение бумажного документооборота;
- быстрое исправление недоработок;
- доведение стратегических целей компании, планов работы и критериев оценки выполнения до каждого работника;
- мотивация топ-менеджеров на эффективное управление сотрудниками подразделения;
- оценка работы менеджеров на основе результативности труда их подчинённых;
- установление единых критериев оценки деятельности (КПЭ);

- упрощение системы перераспределения заданий при изменении ситуации в компании;
- выбор автоматизированной программы оценки персонала, соответствующей используемому в организации программному обеспечению и базе данных;
- создание простой и открытой системы оценивания.

В рамках автоматизации мониторинга процессов оценки деятельности принципиально важно определить показатели.

Качественные показатели мониторинга процессов оценки деятельности сотрудников:

- наличие методологии регулярной оценки деятельности;
- наличие методологии оценки личностно-деловых качеств;
- наличие методологии оценки удовлетворенности пациентов качеством услуг;
- наличие базы результатов оценки сотрудников;
- наличие внутренней документации (политики, порядки и положения) по организации процессов оценки деятельности.

Количественные показатели мониторинга процессов оценки деятельности сотрудников:

- число сотрудников, прошедших аттестацию за отчетный период;
- число сотрудников, прошедших ежегодную оценку деятельности;
- число сотрудников прошедших оценки личностно-деловых качеств за отчетный период;
- распределение оценок в разрезе организации / подразделения /категорий и групп персонала;
- доля сотрудников с позитивной / негативной динамикой.

6.8. Автоматизация мониторинга процессов управления базой знаний

Под базой знаний мы подразумеваем совокупность информации, которая производится и используется внутри организации. Такая база знаний может включать: внутренние документы организации, копии документов, регулирующих отрасль, техническая документация, модели рабочих мест, должностные инструкции, учебные материалы и т. д. Процессы управления базой знаний должны включать в себя: хранение знаний, обеспечение передачи знаний, обеспечение безопасности информации, обработка и анализ знаний, преумножение знаний. Соответственно автоматизация должна затрагивать данные процессы. Процессы управления базы знаний сами по себе позволяют более эффективно выполнять множество задач: сохранение знаний, распространение передового опыта и знаний, использование знаний, накопленных в организации, использование знаний других организаций отрасли, повышение скорости создания и качества новых знаний. Это особенно актуально в такой стремительно меняющейся и развивающейся сфере, как медицина.

Перечень подпроцессов управления базой знаний включает: каталогизация учебно-методических материалов (методические руководства внутренние нормативные документы), управление доступом к знаниям (права, ответственные), организация преемственности знаний и обмена опытом, организация научно-исследовательской работы в сфере управления персоналом.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов управления базой знаний:

- блокчейн: как было указано выше, данная технология позволяет обеспечить безопасность данных. Кроме того, база знаний – система, в которую должны постоянно вноситься изменения. Благодаря технологии блокчейн, возможно легко отслеживать время внесения изменений, какие именно изменения были внесены и кто внёс эти изменения;
- мобильные приложения и сеть Интернет: так как база знаний включает в себя документы, обязательные для ознакомления персоналу,

обучающие материалы и необходимую для выполнения рабочих задач информацию, крайне важно обеспечить доступ к базе всех лиц, в зависимости от их обязанностей и должности. Для системы мониторинга возможно использовать данные технологии для внедрения онлайн опросника пользователей базы знаний;

- искусственный интеллект: база знаний даже в сравнительно небольшой организации может представлять из себя значительный массив неструктурированных данных. Управление этими данными может занимать значительное время (в т. ч. каталогизация, актуализация, предоставление доступа и т. д.). Автоматизация данного процесса может избавить от необходимости создания отдельной должности. В контексте мониторинга, с помощью ИИ можно отслеживать количество документов, которые не были каталогизированы, количество персонала с доступом к документу, количество персонала, ознакомившегося с документом, количество документов, утративших актуальность и т. д.

Преимущества автоматизации управления базой знаний:

- снижение нагрузки на ответственный персонал;
- высокая скорость внедрения и актуализации знаний;
- ускорение скорости предоставление доступа к знаниям;
- повышение безопасности;
- ускорение процесса получения обратной связи;
- снижение затрат.

Недостатки автоматизации управления базой знаний:

- необходимость технической поддержки;
- сопротивление изменениям со стороны персонала старшего возраста;
- необходимость использования простых и удобных интерфейсов для приложений.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов управления базой знаний включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- снижение финансовых затрат;
- снижение временных затрат;
- контроль своевременного и упрощенного доступа к знаниям для персонала;
- ведение единой системы знаний;
- мониторинг изменений в базе знаний;
- повышение эффективности управления знаниями.

В рамках автоматизации мониторинга принципиально важно определить показатели мониторинга.

Качественные показатели мониторинга процессов управления базой знаний:

- наличие регламентирующих документов работы с базой знаний;
- наличие центра экспертизы и ответственности в работе с базой знаний.

Количественные показатели мониторинга процессов управления базой знаний:

- количество информационных ресурсов;
- охват знаний;
- количество объектов в базе знаний;
- количество пользователей;
- актуальность знаний;
- динамика пополнения базы знаний;
- динамика роста количества пользователей;
- удовлетворенность пользователей базой знаний.

6.9. Автоматизация мониторинга процессов информирования персонала

Информирование персонала отличается от управления базой знаний тем, какая именно информация распространяется среди персонала. В первую очередь, информирование персонала затрагивает работу с информацией, которая должна быть распространена в ограниченные сроки, быстро теряет актуальность и не имеет долгосрочной ценности. В то время как управление базой знаний является поддерживающим процессом, напрямую влияющим на все этапы кадрового цикла, информирование персонала главным образом затрагивает управление внутренней средой организации. Каналы распространения информации можно условно разделить на формальные (почта, профиль на портале организации, аккаунт в системе обучения) и неформальные (социальные сети и мессенджеры). В зависимости от стиля управления основной акцент может делаться на тот или иной канал. Задача автоматизации мониторинга этих процессов в основном сводится к контролю охвата и контролю донесения информации.

Перечень подпроцессов управления информацией в общем случае включает: информирование с использованием формальных каналов коммуникации (электронная почта, внутренние СМИ, приказы и положения), проведение совещаний и информационных встреч, информирование с использованием неформальных каналов коммуникации (мессенджеры, социальные сети и т.п.). Способы информирования можно классифицировать по охвату и степени персонализации контакта (Рисунок 6.3).

Узкий охват	Электронная почта Чаты и мессенджеры Общение по телефону	Личная беседа
Широкий охват	Корпоративные СМИ (журналы, телевидение. и т.п) Корпоративный портал Мобильные приложения Доски объявлений Приказы, распоряжения Блоги руководителей Социальные сети	Совещания (оперативные, еженедельные и др.). Регулярные информационные встречи Форумы, конференции, круглые столы Мотивирующие выступления перед коллективом
	Опосредованная коммуникация / коммуникация с использованием дистанционных технологий	Персональная коммуникация / личное взаимодействие

Рисунок 6.3 - Классификация способов информирования.

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов информирования:

- мобильные приложения и сеть интернет: упрощают обмен информацией, доступность информации;
- чат-боты: позволит сократить загруженность персонала организации и автоматизировать процессы ответов на вопросы.

Цели и задачи автоматизации мониторинга процессов информирования персонала включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- обеспечить максимальный охват персонала (доли проинформированных сотрудников);
- минимизировать дублирование информации и перегрузки сотрудников информацией низкой ценности;
- обеспечить донесение информации до сотрудников и корректного понимания этой информации.

В рамках автоматизации мониторинга процессов информирования персонала принципиально важно определить показатели.

Качественные показатели мониторинга процессов информирования персонала:

- мультиканальность (использование различных каналов и способов информирования);
- понимание сотрудниками целей системы управления персоналом;
- понимание сотрудниками распределения зон ответственности;
- наличие эффекта синергии, при использовании разных каналов, методов и инструментов информирования;
- соответствие системы информирования потребностям организации;
- наличие двусторонней горизонтальной и вертикальной коммуникации в организации.

Количественные показатели мониторинга процессов информирования персонала:

- охват (доля проинформированных сотрудников);
- % сотрудников, удовлетворенных процессами информирования;
- % сотрудников, неудовлетворенных процессами информирования.

6.10. Автоматизация мониторинга обучения специалистов кадровой службы

От квалификации специалистов кадровой службы зависит эффективность всего кадрового цикла. По этой причине важно организовывать их обучение и отслеживать актуальность их знаний, а также эффективность их работы, и при этом отделять специалистов кадровой службы от других сотрудников. Проводить мониторинг обучения специалистов кадровой службы можно на основании прямых и косвенных критериев. К прямым критериям относятся оценки за обучение, количество пройденных уроков и курсов, объем усвоенного материала, количество специалистов, прошедших обучение и т. д. К косвенным критериям относятся

метрики, с помощью которых можно оценить результаты работы кадровых специалистов – удовлетворенность сотрудников, результаты аудитов.

Перечень подпроцессов управления образовательными мероприятиями и программами для сотрудников кадровой службы в общем случае включает: проведение аудитов качества системы управления персоналом, обучение специалистов кадровой службы, организация взаимодействия и распределения ответственности в процессах управления персоналом.

В контексте мониторинга с использованием современных информационных технологий можно организовать тестирование специалистов с применением теста «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом».

С целью оценки удовлетворенности системой управления персоналом в медицинской организации рекомендуется проводить опросы сотрудников с использованием опросника «Оценки системы управления персоналом».

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов обучения специалистов кадровой службы:

- искусственный интеллект: эту технологию возможно использовать для оценки результатов обучения, генерации рекомендаций и анализа зоны роста;
- мобильные приложения: позволит обеспечить доступность обучения и отслеживание прогресса.

Цели и задачи автоматизации мониторинга обучения специалистов кадровой службы включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- поддержание высокого уровня качества работы кадровых специалистов;
- своевременная актуализация знаний кадровых специалистов;
- ускорение и оптимизация процессов обучения кадровых специалистов;

- ускорение и оптимизация процессов оценки работы кадровых специалистов.

В рамках автоматизации мониторинга обучения специалистов кадровой службы принципиально важно определить показатели.

Качественные показатели мониторинга обучения специалистов кадровой службы:

- наличие единого свода данных по образовательным программам;
- наличие оценки образовательных программ;
- наличие базы знаний;
- ведение базы знаний;
- результаты аудитов качества системы управления персоналом.

Количественные показатели мониторинга обучения специалистов кадровой службы:

- число сотрудников, прошедших обучение за отчетный период;
- % сотрудников, удовлетворённых работой специалистов кадровой службы;
- % сотрудников, неудовлетворённых работой специалистов кадровой службы.

6.11. Автоматизация мониторинга компетентности руководителей в области управления персоналом

От качеств руководителей во многом зависит эффективность организации в целом. Причём, с учётом специфики перехода к должности руководителя в здравоохранении и требований к должности, довольно затруднительно оценивать руководителей медицинских учреждений также, как руководителей других организаций в вопросе управления персоналом. Поэтому мы в первую очередь говорим о базовой грамотности в вопросах управления персоналом, необходимом минимуме знаний для эффективного

управления. Оценка и обеспечение знаний руководителей в данном вопросе таким образом является основной задачей мониторинга.

В контексте мониторинга с использованием современных информационных технологий можно организовать онлайн обучение и тестирование руководителей («Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»).

Некоторые современные информационные технологии, которые можно внедрить для автоматизации процессов повышения квалификации руководителей в области управления персоналом:

- искусственный интеллект: эту технологию возможно использовать для оценки результатов обучения, генерации рекомендаций и анализа зоны роста;
- мобильные приложения и сеть интернет: позволит обеспечить доступность обучения и отслеживание прогресса.

Цели и задачи автоматизации системы мониторинга процессов обучения руководителей включают, но не ограничиваются следующими пунктами:

- поддержание необходимого уровня знаний руководителей;
- своевременная актуализация знаний руководителей;
- ускорение и оптимизация процессов обучения руководителей.

В рамках автоматизации мониторинга компетентности руководителей в области управления персоналом принципиально важно определить показатели мониторинга.

Качественные показатели мониторинга компетентности руководителей в области управления персоналом:

- наличие графика обучения по теме «Управление персоналом для руководителей»;
- наличие единого свода данных по образовательным программам для руководителей по теме «Управление персоналом для руководителей»;
- наличие оценки образовательных программ по теме «Управление персоналом для руководителей»;

- наличие базы знаний по теме «Управление персоналом для руководителей».

Количественные показатели мониторинга компетентности руководителей в области управления персоналом:

- количество руководителей, прошедших обучение по теме «Управление персоналом для руководителей»;
- количество преемников, прошедших обучение «Управление персоналом для руководителей»;
- результаты тестирования знаний руководителей в сфере управления персоналом.

6.12. Заключение: преимущества предлагаемого подхода автоматизации мониторинга

Важно отметить, что процесс автоматизации не может быть организован для всех медицинских организаций одинаково – даже в организациях одного уровня, порядка, загруженности и географического расположения существует множество несовпадающих элементов, значительно отличаться могут клиники разного профиля. Таким образом, процесс автоматизации должен проводиться с учётом особенностей конкретной организации. В связи с этим предлагаемая концепция охватывает общие принципы и ключевые параметры, которые могут и должны дорабатываться и пересматриваться с учётом специфики учреждения.

Преимущества предлагаемого подхода автоматизации мониторинга заключаются в:

1. Автономности процессов. Под этим мы подразумеваем независимость процесса от человеческой деятельности, возможность высвобождения человеческих ресурсов на выполнение других задач.

2. Высокой скорости процессов мониторинга. Безусловно, технологии позволяют осуществлять ряд задач со скоростью, значительно превышающей скорости человеческого восприятия, мышления и выполнения задач мониторинга.

3. Высокой гибкости за счет модульного строения. Как мы подчеркивали выше, мониторинг затрагивает все аспекты системы управления персоналом. Это значит, что для каждого отдельного процесса система мониторинга может и должна быть устроена с учётом специфики процессов и поставленных целей. Модульное устройство позволяет вносить изменения в систему мониторинга, без необходимости отслеживания влияния этих изменений на всю систему в целом.

4. Высокой скорости реагирования на изменения. Высокая скорость процессов в сочетании с высокой гибкостью, позволяет оперативно реагировать на полученную информацию.

5. Снижении влияния человеческого фактора. Автономность процессов позволяет снизить вероятность ошибки, предвзятости, упущения и т.д.

Чтобы обеспечить преимущества автоматизации, необходимо следовать следующим критериям качества:

1. Доступность, простота в использовании. Обучение персонала использованию новых технологий не должно препятствовать исполнению их прямых обязанностей: если процесс автоматизации препятствует нормальной работе организации, то процесс автоматизации проводится некорректно.

2. Эффективность, снижение нагрузки на пользователя. Автоматизированные процессы должны требовать меньшего участия персонала, а не большего: если врачи тратят больше сил на автоматизированные процессы, чем без них, даже если это не занимает больше времени, автоматизация проводится некорректно.

3. Скорость, ускорение процессов. Автоматизированные процессы должны занимать меньше времени, чем неавтоматизированные: если

заполнение документации для автоматизированной системы мониторинга занимает больше времени, чем без неё, автоматизация проводится некорректно.

4. Актуальность, возможность получения результата в режиме реального времени. Автоматизация не должна приводить к разрыву существующей цепочки процессов: если автоматизация является препятствием для установившегося взаимодействия между отделениями организации, если получение информации через автоматизированные процессы происходит медленнее, чем без них, то автоматизация проводится некорректно.

5. Безопасность, информационная безопасность. Если целостность и конфиденциальность данных подвергается большему риску при автоматизированных процессах, чем без них, то автоматизация проводится некорректно.

6. Экономичность, низкий уровень необходимых инвестиций. Автоматизированные процессы должны разумно стоить: если траты на автоматизацию идут во вред пациентам, при необходимости перераспределения финансовых потоков, то автоматизация проводится некорректно.

7. Гибкость, возможность внесения изменений в систему. Главная цель автоматизации – оптимизация, если система не функционирует эффективнее, значит автоматизация проводится некорректно.

8. Компетентность, грамотность. Автоматизация должна проводиться компетентно: необходимо привлечение компетентных специалистов, обучение персонала по взаимодействию с новой системой автоматизированного мониторинга и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теме управления персоналом в медицинской организации уделяется большое внимание. Научными исследованиями доказано, что совершенствование системы управления персоналом способствует повышению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. В профессиональном медицинском сообществе присутствует понимание определяющей роли руководителя медицинской организации в качестве управления персоналом. Но в текущих условиях важно проанализировать существующие практики и подходы, переосмыслить роль руководителей медицинской организации в развитии системы управления персоналом. Многие руководители, концентрируясь на медицинских аспектах деятельности, не уделяют должного внимания непосредственно управлению персоналом. Остаются нерешенными актуальные проблемы, обусловленные ограничениями руководителей в знаниях современных технологий. Недостаточно проработаны научно-обоснованные методические подходы и инструментарий повышения компетенций руководителей медицинских организаций, в том числе в части современных технологий управления персоналом. По данным научной литературы отсутствует методика и инструменты мониторинга системы управления персоналом, включая принципы автоматизации, базовые технологии, состав процессов и подпроцессов, ключевые показатели.

Для решения всех вышеперечисленных вопросов необходимо внедрение системного подхода в управлении персоналом. Использование в медицинской организации современных технологий управления позволяют повысить эффективность процессов подбора, адаптации, обучения, карьерного развития, удержания и мотивации персонала. Важным условием успешного внедрения современных моделей и технологий управления персоналом является

подготовка и обучение руководителей медицинских организации технологиям управления персоналом.

В целях совершенствования системы управления персоналом медицинской организации разработан комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом включающий:

а) анкету оценки качества системы управления персоналом (разработана в процессе проведения данного исследования на основе анализа научных публикаций и анкет аналогичного назначения);

б) тест (анкета) оценки знаний в сфере управления персоналом (с обеспечением приоритета в части современных технологий управления) – «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» (тест разработан в процессе проведения данного исследования на основе анализа научных публикаций и материалов аналогичного назначения);

в) инструментарий изучения мотивации профессиональной карьеры (на основе использования методики Шейна);

б) инструментарий изучения вовлеченности в процессы управления (на основе использования опросника GALLUP Q12).

Проведено исследование с широким участием руководителей медицинских организаций из разных субъектов РФ получены данные о качестве управления персоналом, знаниях руководителей МО в сфере управления персоналом, их мотивации и вовлеченности. Указанные данные позволили идентифицировать половозрастные особенности оценок уровня управления, знаний и социальных аспектов руководителей МО, зависимость (или ее отсутствие) указанных параметров от стажа работы, стажа управленческой деятельности, наличия дополнительного образования в сфере управления.

Отмечается низкий **уровень знаний и компетенций в сфере управления персоналом** у всех руководителей при незначительном статистическом различии между руководителями с высшим (33% правильных

ответов) и средним (28%) образованием. Статистически значимый более высокий уровень знаний у лиц с высшим образованием отмечается в сфере обеспечения персоналом, формирования и развития кадрового потенциала, оценки деятельности сотрудников. Руководители МО вне зависимости от уровня образования плохо разбираются в системе управления персоналом, обеспечении и оптимизации условий труда, управлении внутренней средой и социальной политикой.

В группе руководителей с высшим образованием показатель удельного веса правильных ответов (показатель знаний) у мужчин несколько превысил данный показатель у женщин (37% и 32% соответственно), наиболее высокий показатель знаний отмечается у руководителей в возрасте 36-40 лет (38%), наименьший у руководителей 61-ого года и старше (24%), отсутствуют статистически значимые различия в оценках знаний в зависимости от наличия/отсутствия дополнительного образования в сфере управления персоналом.

В группе руководителей со средним образованием наиболее высокий показатель знаний (доля правильных ответов) отмечается у руководителей в возрасте до 30 лет (37%), наименьший у руководителей 61-ого года и старше (19%), наиболее высокие показатели знаний отмечаются у лиц с небольшим (мене 5-ти лет) стажем работы (36%), у лиц с наличием дополнительного образования в сфере управления более низкий показатель знаний, чем у лиц, не имеющих его (28% и 32% соответственно).

Отмечаются крайне незначительные различия в **удовлетворенности качеством системы управления персоналом** у руководителей МО: итоговый средний балл в группе руководителей с высшим образованием - 2.89±0.15, в группе руководителей со средним образованием - 2.87±0.25, но при этом практически по всем вопросам и шкалам удовлетворенность врачей-руководителей ниже. В обеих группах наиболее высокие показатели демонстрируют лица в возрасте 46-50 лет: в группе руководителей с высшим образованием итоговый средний балл - 3.27±0.24, со средним образованием -

3.31±0.54. У руководителей с высшим образованием самый высокий балл удовлетворенности системой управления персоналом отмечается в группе со стажем управленческой деятельности свыше 26 лет (3.46±0.53), самые низкие - у лиц со стажем управленческой деятельности 21-25 лет (2.67±0.43). У руководителей со средним образованием самый высокий балл удовлетворенности системой управления персоналом наблюдается в группе со стажем управленческой деятельности свыше 11-15 лет (3.07±0.52), самые низкие - у лиц со стажем управленческой деятельности до 5 лет (2.68±0.54).

Исследование **социальной мотивации** с применением методики Э. Шейна показало, что социальные ценностные установки руководителей МО (как при балльной оценке, так и при ранжировании) не зависят от уровня образования. На первом и втором месте у обеих групп стоят социальные мотивы Служение и Интеграция стилей жизни. Среди опрошенных установки на Менеджмент и Предпринимательство занимают в иерархии последние места, при том, что они являются определяющими для руководящей деятельности. Стабильности лица со средним образованием придают более высокий приоритет (3 место в рейтинге), в сравнении с лицами с высшим образованием (4 место в рейтинге). У руководителей с высшим образованием в зависимости от возраста, стажа работы и управленческой деятельности отмечены значительные различия в приоритетах по ценностным установкам Профессиональная компетентность (наиболее высокий приоритет отмечается у лиц старшей возрастной группы (1-2 место в рейтинге, 9.1±0.7 балла) и Предпринимательство (наиболее высокая балльная оценка в младших возрастных группах (до 30 лет - 5.7±3.0, и 31-35 лет - 5.8±1.0)).

Выявление степени **вовлеченности** руководителей МО в профессиональную деятельность, проведенное в соответствии с опросником GALLUP Q12, показало незначительные статистические различия в балльной оценке руководителей с высшим и средним образованием по комплексным шкалам Приверженность (соответственно 18.8±0.9 и 19.4±1.20) и Удовлетворенность (в обеих группах – 15,2).

В группе руководителей с высшим образованием Приверженность и Удовлетворенность женщин (19.3±1.1 и 15.7±1.3) несколько выше, чем у мужчин (17.9±1.5 и 14.3±1.6). Приверженность оказалась самой высокой в подгруппе со стажем работы менее 5-ти лет (21±7.2), самой низкой – со стажем 6-10 лет (15.5±3.4). В этих же группах отмечается наибольшая разница в показателях Удовлетворенности (соответственно 18.5±5.2 и 14.2±3.0). Приверженность оказалась самой высокой в подгруппе руководителей с управленческим стажем более 26 лет (21.8±1.8), самой низкой - при управленческом стаже до 5 лет (17.3±1.6). Удовлетворенность самая высокая в группе руководителей с управленческим стажем более 26 лет (19.1±2.9), низкая - в группах с управленческим стажем 21-25 лет (13.3±4.9) и до 5-ти лет (14.2±1.6). Значимые статистические различия в бальной оценке практически для всех признаков, используемых для группировки (пол, возраст, стаж работы, стаж управленческой деятельности) отмечаются по шкале Похвала за работу.

В группе руководителей со средним образованием самая высокая Приверженность отмечается в возрастной группе 46-50 лет (21.5±3.4), самая низкая – в группе 36-40 лет (17.6±1.4). В зависимости от стажа работы самая высокая Приверженность отмечается у группы со стажем 31-35 лет (21.4±3.6), в этой же группе отмечается самая высокая Удовлетворенность (19.4±4.4). В отличие от группы с высшим образованием значимые различия по вовлеченности в разных подгруппах по всем признакам (возраст, стаж работы и управленческой деятельности) отмечаются по таким шкалам как Забота начальника, Поощрение профессионального развития.

Изучена взаимосвязь объективных параметров/характеристик (результаты тестирования знаний руководителей в сфере управления) и субъективных параметров управления персоналом (оценка качества управления, мотивационные характеристики и вовлеченность). Выявленные взаимосвязи однозначно указывают на обратные зависимости между компетентностью (знаниями) руководителей и удовлетворенностью действующей системой управления персоналом.

Предложена многокомпонентная методика изучения управления персоналом в медицинских организациях, использование которой предполагает участие только руководителей МО.

Сформирована и внедрена программа обучения руководителей медицинских организаций по тематике современных технологий в управлении персоналом медицинских организаций (разделы, вопросы), а также подготовлены предложения по категориям персонала медицинских организаций, подлежащим обучению, методы и объемам обучения. Представлены статистические результаты обучения руководителей по одной из программ по данной тематике, свидетельствующие о повышении уровня знаний (по результатам тестирования).

Разработаны предложения по автоматизации мониторинга качества системы управления персоналом. Определены цели и задачи АИС, основные и поддерживающие процессы, подпроцессы, модули, отдельные показатели, контроль которых должен осуществляться, применение современных ИТ, таких как искусственный интеллект, блокчейн, мобильные приложения и другие.

ВЫВОДЫ

1. Эффективная система управления персоналом является одним из важнейших компонентов эффективного управления медицинской организацией и качества медицинской помощи.

Эффективная система управления персоналом обеспечивается:

а) высоким уровнем компетенций у руководителей и ответственных лиц в правовых вопросах и современных технологиях управления персоналом;

б) внедрением на уровне организации передовых методов и инструментов управления персоналом;

в) высокой степенью социальной мотивации и вовлеченности руководителей и ответственных лиц в процессы и процедуры системы управления персоналом.

Но вопросы их оценки и взаимосвязи являются малоисследованной темой. Анализ многочисленных тестов оценки знаний и компетенций руководителей медицинских организаций, опубликованных (доступных) в Интернете, свидетельствует о значительном приоритете правовых кадровых вопросов по сравнению с вопросами современных технологий управления.

2. Комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению персоналом в части знаний и компетенций, предназначенный для анкетирования руководителей медицинских организаций, должен включать:

а) инструментарий (анкету/опросник) оценки качества системы управления персоналом;

б) инструментарий (тест/анкету) оценки знаний (компетентности) руководителя медицинской организации в сфере управления персоналом (с обеспечением приоритета в части современных технологий управления).

3. Комплексный модульный инструментарий оценки качества управления персоналом и готовности руководителей к управлению

персоналом в части социальных характеристики (вовлеченность и мотивация), предназначенный для анкетирования руководителей медицинских организаций, может включать:

а) инструментарий изучения мотивации профессиональной карьеры; целесообразно использование методики Шейна;

б) инструментарий изучения вовлеченности в процессы управления; целесообразно использование опросника GALLUP Q12 с дополнением итоговыми расчетами комплексных шкал Приверженность и Удовлетворенность.

4. Отмечается низкий уровень знаний и компетенций руководителей медицинских организаций в сфере управления персоналом. В группе руководителей со средним образованием средний балл по тесту составил 22.3±2.3 (28% правильных ответов), в группе руководителей МО с высшим образованием – 26.4±1.4 (33% правильных ответов), что меньше, чем в контрольной группе – 43.3±2.5 (55% правильных ответов).

В группе руководителей с высшим образованием показатель удельного веса правильных ответов (показатель знаний) у мужчин несколько превысил данный показатель у женщин (37% и 32% соответственно), наиболее высокий показатель знаний отмечается у руководителей в возрасте 36-40 лет (38%), наименьший у руководителей 61-ого года и старше (24%), отсутствуют статистически значимые различия в оценках знаний в зависимости от наличия/отсутствия дополнительного образования в сфере управления персоналом.

В группе руководителей со средним образованием наиболее высокий показатель знаний (доля правильных ответов) отмечается у руководителей в возрасте до 30 лет (37%), наименьший у руководителей 61-ого года и старше (19%), наиболее высокие показатели знаний отмечаются у лиц с небольшим (мене 5-ти лет) стажем работы (36%), у лиц с наличием дополнительного образования в сфере управления более низкий показатель знаний, чем у лиц, не имеющих его (28% и 32% соответственно).

5. Отмечаются крайне незначительные различия в удовлетворенности качеством системы управления персоналом у руководителей: итоговый средний балл в группе руководителей с высшим образованием - 2.89±0.15, в группе руководителей со средним образованием - 2.87±0.25, но при этом практически по всем вопросам и шкалам удовлетворенность врачей-руководителей ниже. В обеих группах наиболее высокие показатели демонстрируют лица в возрасте 46-50 лет: в группе руководителей с высшим образованием итоговый средний балл - 3.27±0.24, со средним образованием - 3.31±0.54. У руководителей с высшим образованием самый высокий балл удовлетворенности системой управления персоналом наблюдается в группе со стажем управленческой деятельности свыше 26 лет (3.46±0.53), самые низкие - у лиц со стажем управленческой деятельности 21-25 лет (2.67±0.43). У руководителей со средним образованием самый высокий балл удовлетворенности системой управления персоналом наблюдается в группе со стажем управленческой деятельности свыше 11-15 лет (3.07±0.52), самые низкие - у лиц со стажем управленческой деятельности до 5 лет (2.68±0.54).

6. Социальные ценностные установки руководителей МО не зависят от уровня образования. Приоритетными являются Служение и Интеграция стилей жизни (1 и 2 места рейтинга в обеих группах). Ценностной установке Стабильность лица со средним образованием придают более высокий приоритет (3 место в рейтинге), в сравнении с лицами с высшим образованием (4 место в рейтинге). Среди опрошенных установки на Менеджмент и Предпринимательство занимают в иерархии последние места, при том, что они являются определяющими для руководительской деятельности. У руководителей с высшим образованием в зависимости от возраста, стажа работы и управленческой деятельности отмечены значительные различия в приоритетах по ценностным установкам Профессиональная компетентность (наиболее высокий приоритет отмечается у лиц старшей возрастной группы (1-2 место в рейтинге, 9.1±0.7 балла) и Предпринимательство (наиболее

высокая балльная оценка в младших возрастных группах (до 30 лет - 5.7±3.0, и 31-35 лет - 5.8±1.0)).

7. Выявлены незначительные статистические различия в балльной оценке руководителей с высшим и средним образованием по комплексным шкалам Приверженность (соответственно 18.8±0.9 и 19.4±1.20) и Удовлетворенность (в обеих группах – 15,2).

В группе руководителей с высшим образованием Приверженность и Удовлетворенность женщин (19.3±1.1 и 15.7±1.3) несколько выше, чем у мужчин (17.9±1.5 и 14.3±1.6). Приверженность оказалась самой высокой в подгруппе со стажем работы менее 5-ти лет (21±7.2), самой низкой – со стажем 6-10 лет (15.5±3.4). В этих же группах отмечается наибольшая разница в показателях Удовлетворенности (соответственно 18.5±5.2 и 14.2±3.0). Приверженность оказалась самой высокой в подгруппе руководителей с управленческим стажем более 26 лет (21.8±1.8), самой низкой - при управленческом стаже до 5 лет (17.3±1.6). Удовлетворенность самая высокая в группе руководителей с управленческим стажем более 26 лет (19.1±2.9), низкая - в группах со стажем управления 21-25 лет (13.3±4.9) и до 5-ти лет (14.2±1.6). Значимые статистические различия в бальной оценке практически для всех признаков, используемых для группировки (пол, возраст, стаж работы, стаж управленческой деятельности) отмечаются по шкале Похвала за работу.

В группе руководителей со средним образованием самая высокая Приверженность отмечается в возрастной группе 46-50 лет (21.5±3.4), самая низкая – в группе 36-40 лет (17.6±1.4). В зависимости от стажа работы самая высокая Приверженность отмечается у группы со стажем 31-35 лет (21.4±3.6), в этой же группе отмечается самая высокая Удовлетворенность (19.4±4.4). В отличие от группы с высшим образованием значимые различия по вовлеченности в разных подгруппах по всем признакам (возраст, стаж работы и управленческой деятельности) отмечаются по таким шкалам как Забота начальника, Поощрение профессионального развития.

8. Полученные результаты свидетельствуют, что первые пять лет работы в новой роли управленца являются самыми критичными с точки зрения приверженности и удовлетворенности «молодого руководителя». Именно эта группа руководителей нуждается в подготовке и адаптации к новой роли управленца в МО. Изучение взаимосвязи параметров использованного инструментария убедительно свидетельствует о важности повышения квалификации (обучения), т.к. оно в значительной мере корректирует (объективизирует) субъективную оценку уровня управления персоналом, влияет на иерархию установок мотивации и вовлеченности. Применение статистических методов исследования позволило выявить взаимосвязи между отдельными параметрами инструментария, примененного в исследовании.

9. Программы повышения квалификации для руководителей МО должны включать тематические блоки, посвященные изучению современных технологий управления персоналом, основными из которых являются:

а) обеспечение персоналом на основе формирования привлекательного бренда работодателя;

б) практики по обеспечению психологической безопасности и профилактику профессионального выгорания;

в) управление корпоративной культурой и внутренней средой организации, нематериальная мотивация.

Программы обучения современным технологиям управления должны обеспечивать обучение руководителей медицинских организаций и структурных подразделений, а также сотрудников кадровых служб. Программы должны быть дифференцированы по объему академических часов (длительности обучения) и категориям персонала, подлежащего обучению, за счет построения на модульной основе.

10. Мониторинг качества системы управления персоналом на основе информационных технологий должен обеспечивать автоматизацию контроля двух основных типов процессов: процессов кадрового цикла и процессов

формирования знаний и компетенций специалистов, а также взаимосвязи параметров указанных процессов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Руководителям образовательных организаций в сфере дополнительного образования в здравоохранении:

1. Включить в образовательные программы курс по теме современных методик управления персоналом медицинских организаций.

2. Проводить оценку знаний слушателей по теме современных методик управления персоналом медицинских организаций до начала курса и по его окончании с целью оценки эффективности программы.

3. Целью обучения дополнительно установить изменение мотивационных и ценностных установок у слушателей с акцентом на управление персоналом и менеджмент.

Руководителям медицинских организаций:

1. Организовывать и регулярно проводить оценку знаний руководителей по теме управления персоналом медицинских организаций.

2. Организовать проведение обучения руководителей на базе специализированных образовательных учреждений по теме управления персоналом медицинских организаций.

3. Проводить оценку знаний руководителей по теме управления персоналом медицинских организаций по окончании курса обучения с целью оценки эффективности программы.

4. Организовать и регулярно проводить оценку знаний и обучение кандидатов на руководящие должности из кадрового резерва в рамках подготовки.

5. Внедрить систему мониторинга качества системы управления персоналом с применением средств автоматизации.

6. На регулярной основе проводить экспресс-аудит системы управления персоналом с целью выявления проблемных зон.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

На русском языке:

1. Айдарова, И. А. Значимость формирования кадрового резерва в сфере здравоохранения / И. А. Айдарова, А. Э. Галина // Экономика и менеджмент инновационных технологий. – 2015. – № 5(44). – С. 115–117.

2. Аксенова, Е. И. Организационная Культура медицинских организаций как фактор карьерных ориентаций медицинских работников / Е. И. Аксенова, П. И. Ананченкова, Т. И. Бонкало // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 6. – С. 1525-1530. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1525-1530. – EDN IWHSPG.

3. Алавердов, А. Р. Управление персоналом : учеб. пособие / А. Р. Алавердов, Е. О. Куроедова, О. В. Нестерова [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : Московский финансово-промышленный университет «Синергия», 2013. - (Сдаем госэкзамен). - ISBN 978-5-4257-0143-5.

4. Александрова, О. А. Формирование кадрового резерва руководителей столичных медучреждений в условиях реформы здравоохранения часть 2. Методология отбора и портрет включенных в кадровый резерв руководителей столичных медучреждений / О. А. Александрова, О. А. Комолова // Труд и социальные отношения. – 2019. – № 3. – С. 16–30. – DOI 10.20410/2073–7815–2019-30-3-16-30.

5. Арлукевич, И. В. Преодоление синдрома эмоционального выгорания у работников среднего медицинского персонала / И. В. Арлукевич, Н. Ю. Вяткина, С. А. Ефименко // Социология медицины. – 2013. – №1. – С. 39–41.

6. Аттаева Лейла Жамаловна. Повышение эффективности управления учреждением здравоохранения (социально-психологические аспекты) : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Аттаева Лейла Жамаловна; - Москва, 2009.- 146 с.: ил.

7. Багрян, А. М. Основные результаты изучения мотивационного профиля врачей и руководителей здравоохранения ра / А. М. Багрян, М. А. Мардиян // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения : сборник статей победителей IV Международной научно-практической конференции: в 3 частях, Пенза, 05 июня 2017 года. Том Часть 1. – Пенза: «Наука и Просвещение» (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. – С. 259-265. – EDN YQHXSV.

8. Бадритдинов, Р. Р. Работа с кадровым резервом медицинских организаций / Р. Р. Бадритдинов // Экономическая среда. – 2016. – № 2(16). – С. 189–191.

9. Балашов, П. Ю. Роль современной службы управления персоналом в осуществлении кадровой политики ЛПУ / Балашов, П. Ю. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 39–№5. – с. 19.

10. Башмаков, О. А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения / О. А. Башмаков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 41–№1. – С. 11.

11. Безруких М. М. Педагогический энциклопедический словарь / Гл. ред. Б.М. Бим-Бад; Редкол. : М.М. Безруких, В.А. Болотов, Л.С. Глебова и др. — М. : Большая Российская энциклопедия, 2003. — 528 с. : ил.

12. Биктагирова, А. Р. Мотивационный профиль сотрудников кадрового резерва / А. Р. Биктагирова, Л. Г. Дмитриева, Н. А. Яковлева // Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – № 68-2. – С. 397-400. – EDN VZQOUR.

13. Бурлова, Н. Г. Организационная модель профессионального развития медицинских специалистов среднего звена : специальность 14.02.03 автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Бурлова, Наталья Геннадьевна / количество страниц: 216 с.

14. Васильева, С. А. Подходы к совершенствованию профессиональной адаптации среднего медицинского персонала / С. А.

Васильева, С. В. Макаров // Альманах сестринского дела. – 2018. – Т. 11. – № 2. – С. 22–26. – DOI 10.34673/ismu.2019.36.65.005.

15. Волнухин, А. В. Адаптация медицинского персонала сети негосударственных поликлиник / А. В. Волнухин // Врач. – 2016. – №5. – С. 81–83.

16. Волнухин, А. В., Сибурина Т. А. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров. / А. В. Волнухин, Т. А. Сибурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – №1 – С. 147-152. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-147-152. PMID: 33591673.

17. Галанова, И.А. Процедуры и методы отбора персонала в организации: возможности совершенствования / Галанова И.А. // Ученые записки Тамбовского отделения РоСМУ. – 2018. – №11. – С. 205–209.

18. Ганатов, Супьян Ганатович. Роль современной службы управления персоналом в осуществлении кадровой политики ЛПУ : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Ганатов Супьян Ганатович. Количество страниц: 94 с. 26 ил.

19. Гедулянова, Н. С. Наставничество как условие эффективного управления медицинскими организациями в области стоматологии / Н. С. Гедулянова, М. Т. Гедулянов // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2016. – № 2(71). – С. 205–210.

20. Года, К. А. Мотивация к труду медицинских работников психиатрической больницы и пути ее повышения / К. А. Года, Д. Л. Мушников, Л. Г. Ананьина // Образовательный вестник «Сознание». – 2014. – Т. 16–№3. – С. 1–3.

21. Грязнов, А. Н. Особенности управления персоналом в учреждениях здравоохранения / А. Н. Грязнов, С. П. Дырин, М. Г. Рогов // Казанский мед.ж.. – 2006. – Т. 87–№1.

22. Гурьевских, Э. А. Оценка вовлеченности и синдрома профессионального выгорания у врачей во время обучения и работы / Э. А.

Гурьевских, Т. К. Шарипова, И. В. Русакова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : Сборник статей VII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Екатеринбург, 17–18 мая 2022 года / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Научное общество молодых ученых и студентов. – Екатеринбург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022. – С. 1660-1666. – EDN DZKNSS.

23. Доровская, Анастасия Игоревна. Научное обоснование оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Доровская Анастасия Игоревна; [Место защиты: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)]: 166 с. 12 ил.

24. Емельянова, Е. В. Наставничество как метод решения проблемы адаптации молодого специалиста медицинского учреждения / Е. В. Емельянова // Вестник науки и образования. – 2018. – № 11(47). – С. 23–26.

25. Ефименко С.А., Зайцева Н.В. Управление персоналом в медицинских организациях: возможности и перспективы применения современных персонал-технологий / С.А. Ефименко, Н.В. Зайцева // Сеченовский вестник. – 2012. – №2 (8). – С. 41–45

26. Ефименко, С. А. Управление персоналом в медицинских организациях: возможности социологического анализа / С. А. Ефименко, Н. В. Зайцева // Социология медицины. – 2012. – № 2(21). – С. 35–38.

27. Жданова, М. Г. Современные условия адаптации молодого врача в медицинской организации / М. Г. Жданова, О. А. Латуха // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 3. – С. 112.

28. Журий, Ю. Б. Формирование системы развития персонала медицинского учреждения : Монография / Ю. Б. Журий, А. С. Бажин, Р. В. Светайло. – Saarbrucken : LAP LAMBERT, 2015. – 108 с. – ISBN 9783659818882.

29. Зелинская, М.В. Системный подход при отборе персонала: Основные этапы и критерии / Зелинская М. В., Пронин Е. С. // Научный журнал КубГАУ. – 2015. – №108. – С. 1093–1106

30. Иванов, Н. П. HR-маркетинг в системе менеджмента современной медицинской организации / Н. П. Иванов, Л. В. Малкина // Фундаментальные исследования. – 2017. – № 10–2. – С. 351–357.

31. Ившина, Е. И. Исследование адаптации медицинских сотрудников на примере НУЗ ДКБ на станции Новосибирск-главный ОАО «РЖД» / Е. И. Ившина // Мир в эпоху модернизации и глобализации: правовые, политические, экономические и социокультурные аспекты : сборник статей VI Международной научно-практической конференции, Пенза, 05–06 июля 2019 года. – Пенза: Автономная некоммерческая научно-образовательная организация «Приволжский Дом знаний», 2019. – С. 79–83.

32. Казарян, И. Р. Анализ процесса адаптации медицинского персонала / И. Р. Казарян, И. В. Петрова, Е. А. Гарипова // Аспирант. Приложение к журналу Вестник Забайкальского государственного университета. – 2019. – Т. 13. – № 2. – С. 54–60.

33. Канева, Дарья Андреевна. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Канева Дарья Андреевна; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов] Количество страниц: 25 с.

34. Каприн, А. Д. Модернизация последипломного образования врачей как фактор реализации кадровой политики в здравоохранении / А. Д. Каприн, А. А. Костин, Б. Т. Пономаренко, О. В. Гриднев, Ю. В. Самсонов // Research'n Practical Medicine Journal. – 2015. – Т. 2–№3. – С. 107–112.

35. Каприн А. Д. Совершенствование кадровых процессов как условие модернизации кадровой политики в системе здравоохранения / А. Д. Каприн, А. А. Костин, Б. Т. Пономаренко, О. В. Гриднев, Ю. В. Самсонов // Research'n Practical Medicine Journal. – 2015. – Т. 2–№2. – С. 92–96.

36. Касимовская, Н. А. Внедрение программы адаптации среднего медицинского персонала к новой профессиональной среде и рабочему месту / Н. А. Касимовская, В. Е. Ефремова // Казанский мед.ж.. – 2014. – Т. 95–№2. – С. 272–275

37. Касумова, М. К. Управление эффективностью персонала медицинской организации / М. К. Касумова, Т. Ш. Мчедлидзе, М. Г. Ступин [и др.] // Институт стоматологии. – 2015. – № 4(69). – С. 14–19.

38. Кибанов, А.Я. Управление персоналом организации / А. Я. Кибанов. – М.: ИНФРА-М, 2005. – 557 с.

39. Кибанов, А.Я. Управление персоналом: учебное пособие / А.Я. Кибанов. — 6-е изд., стер. — Москва : КНОРУС, 2018. — 202 с. — (Среднее профессиональное образование)

40. Князев, Александр Александрович. Формирование и развитие стратегического резерва руководящих кадров в здравоохранении (организационно-управленческие аспекты). : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Князев Александр Александрович; [Место защиты: ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»]: 185 с.: 13 ил.

41. Князев, А. А. Работа с резервом как способ повышения потенциала руководящих кадров / А. А. Князев, Л. К. Лохтина, Ю. В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – № 5(51). – С. 8.

42. Коленникова, О. А. Вовлеченность медицинского персонала московского здравоохранения в систему наставничества / О. А. Коленникова // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 4. – С. 104–114. – DOI 10.19181/population.2020.23.4.10.

43. Комиссаров, Е. Е. Разработка и внедрение внутренней оценки деятельности персонала в медицинской организации / Е. Е. Комиссаров // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2019. – № 1. – С. 27–36. – DOI 10.34710/Chel.2019.53.88.005.

44. Косенко, Александр Александрович. Научное обоснование модели управления процессом мотивирования врачебных кадров поликлиники : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03/ Косенко Александр Александрович / количество страниц: 221 с. 25 ил.

45. Костикова, Анна Юрьевна. Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Костикова Анна Юрьевна; [Место защиты: Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН]: 170 с.: ил.

46. Костикова, А.Ю. Теоретические основы мотивации медицинского персонала / А.Ю. Костикова, С.Н. Черкасов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2015. – №6. – С. 70–81

47. Кулагин, А. В. Отношение к карьере руководителей сферы здравоохранения как фактор профессионального развития / А. В. Кулагин, Н. Н. Богдан // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 3. – С. 21. – EDN SQRGPH.

48. Куницына, В. Н. Управление персоналом / В. Н. Куницына. – М.: ИНФРА-М, 2012. – 431 с.

49. Леванов, В. М. Управление медицинской организацией на основе системы ключевых показателей эффективности (KPI) (обзор) / В. М. Леванов, Е. А. Перевезенцев, Л. Ю. Гарин // Медицинский альманах. – 2018. – № 5(56). – С. 12–16. – DOI 10.21145/2499–9954-2018-5-12-16.

50. Ложкина, Т. Ю. Интеграционные процессы в профессиональной подготовке медицинских специалистов через систему наставничества / Т. Ю. Ложкина // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2019. – № 8(205). – С. 61–70. – DOI 10.23951/1609-624X-2019-8-61-70.

51. Макуха, О. В. Особенности удовлетворённости трудом и ценностных ориентаций у медицинских работников / О. В. Макуха // Вопросы устойчивого развития общества. – 2022. – № 7. – С. 319-326. – EDN RKRWJZ

52. Манерова, Ольга Александровна. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.33 / Манерова Ольга Александровна; [Место защиты: ГОУВПО «Московская медицинская академия»]: 347 с.: 23 ил.

53. Манилкина, К. Ю. Особенности кадровой политики в здравоохранении России / К. Ю. Манилкина // Вестник науки и образования. – 2017. – №5 (29) – С. 50–55.

54. Мартынова, Н. А. Карьерные ориентации управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования / Н. А. Мартынова // История и политика. Антикризисная стратегия: опыт и современность: Материалы X Международного симпозиума, Нижний Новгород, 24–26 мая 2016 года. – Нижний Новгород: Нижегородский институт управления - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 2016. – С. 126-128. – EDN XWAOFZ.

55. Мирошникова, Ю. В. Обоснование направлений дополнительного образования заведующих отделениями медицинских организаций / Ю. В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – № 1(53). – С. 13.

56. Мирошникова, Юлия Вячеславовна. Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва : автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.02.03 / Мирошникова Юлия Вячеславовна; [Место защиты: Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ]: 48 с.: ил.

57. Мужиченко, В. А. Роль наставничества в адаптации молодых специалистов учреждений здравоохранения Витебской области / В. А. Мужиченко, А. К. Погоцкий, В. М. Зайцев [и др.] // Медицинские новости. – 2013. – № 3. – С. 69–72.

58. Мушников, Д. Л. Анализ деятельности и управленческая компетентность руководителей третьего уровня управления медицинских организаций / Д. Л. Мушников, В. А. Козлов, Б. А. Поляков [и др.] // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 2. – С. 45–49.

59. Никонов, В. А. Совершенствование системы управления персоналом организации / В. А. Никонов, С. Г. Сабанаев // Актуальные проблемы потребительского рынка товаров и услуг : Материалы IV международной заочной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Кировского ГМУ, Киров, 19 апреля 2017 года / Под редакцией И.В. Шешунова, Н.К. Мазиной, П.И. Бригадина, Л.Н. Шмаковой, Е.В. Видякиной. – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2017. – С. 265–270.

60. Перевезенцев, Е. А. Мотивация как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях (аналитический обзор) / Е. А. Перевезенцев, В. М. Леванов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27. – № 4. – С. 134–148. – DOI 10.25207/1608–6228-2020-27-4-134-148.

61. Петрова Н. Г. Проблема адаптации среднего медицинского персонала / Н. Г. Петрова, В. Б. Брацлавский, С. Г. Погосян // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. – Т. 18–№6. – С. 66–69.

62. Петрова, Н. Г. Самооценка врачами уровня своих знаний / Н. Г. Петрова, В. В. Гоpинштейн // Наука и инновации в медицине. – 2019. – Т. 4. – № 3. – С. 41–45. – DOI 10.35693/2500–1388-2019-4-3-41–45.

63. Петрова, Н. Г. Мотивация медицинского персонала как важный элемент кадрового менеджмента / Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян // Наука и инновации в медицине. – 2020. – Т. 5, № 2. – С. 105-110. – DOI 10.35693/2500-1388-2020-5-2-105-110. – EDN WALKSL.

64. Расторгуева, Татьяна Ивановна. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.33 / Расторгуева Татьяна Ивановна; [Место защиты: ГУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН»]: 293 с.: 45 ил.

65. Решетников, В. А. Управление карьерой врачебного состава в медицинских организациях / В. А. Решетников, Н. Г. Коршевер, А. И. Доровская // Социология медицины. – 2015. – Т. 14. – № 2. – С. 58–61.

66. Решетникова, Ю. С. Профессиональное тестирование и оценка компетенций сотрудников медицинских организаций Тюменской области как механизм формирования кадрового резерва / Ю. С. Решетникова, Н. С. Брынза, Н. Н. Княжева // Университетская медицина Урала. – 2016. – Т. 2. – № 3(6). – С. 33–38.

67. Рычихина, Н. С. Управление персоналом в международной больнице (Объединённые Арабские Эмираты) / Н. С. Рычихина, М. М. О. Элкхидер // Современные наукоемкие технологии. Региональное приложение. – 2017. – № 1(49). – С. 101–105.

68. Сагдеев, Р. Р. Мотивация медицинского персонала на основе ключевых показателей эффективности / Р. Р. Сагдеев, Ю. А. Афонин // Вестник Самарского государственного экономического университета. - 2012. - № 12 (98). - С. 93–96.

69. Сафонова, Мария Юзефовна. Научное обоснование совершенствования управления медицинским персоналом в условиях

инновационной деятельности : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Сафонова Мария Юзефовна. Количество страниц: 196 с. 10 ил.

70. Сибурина, Т.А. внутриорганизационное обучение в амбулаторно-поликлинических организациях / Т.А. Сибурина, А.В. Волнухин, А.Г. Резе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27–№2. – С. 182–186

71. Сизова, Л. А. Психологические критерии отбора кадрового резерва менеджеров сестринского дела / Л. А. Сизова // Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство : Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию факультета психологии и социальной работы, Тверь, 29–31 мая 2014 года. – Тверь: Тверской государственный университет, 2014. – С. 120–124.

72. Синенко, Т. А. Оценка персонала как фактор стратегического развития медицинского учреждения / Т. А. Синенко, С. Ю. Соболева // Фундаментальные исследования. – 2020. – № 3. – С. 96–100. – DOI 10.17513/fr.42706.

73. Смирнов, А. В. Внедрение наставничества в работу с молодыми специалистами в медицинских организациях / А. В. Смирнов // Конкурентоспособность территорий : Материалы XXII Всероссийского экономического форума молодых ученых и студентов. В 5-ти частях, Екатеринбург, 22–26 апреля 2019 года / Ответственные за выпуск Я.П. Силин, Е.Б. Дворядкина. – Екатеринбург: Уральский государственный экономический университет, 2019. – С. 215–217.

74. Смирнова, Е. Е. Реализация кадровой политики в сфере развития персонала бюджетного учреждения здравоохранения / Е. Е. Смирнова, Т. В. Сысорова // Инновационные технологии управления и права. – 2020. – № 2(28). – С. 51–57.

75. Татарников, А. М. Трудовая мотивация медицинских работников / А. М. Татарников // ГлавВрач. - 2007. - № 5.

76. Техтерекова, Н. С. Проблемы профессиональной мотивации работников медицинских организаций / Н. С. Техтерекова // Научный журнал. – 2016. – №6 (7) – С. 138–139.

77. Титова, С. В. Индикаторы оценки результативности работы с персоналом в медицинских организациях / С. В. Титова, А. С. Яшин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 4(64). – С. 64–67.

78. Титова, С. В. Определение эффективности работы с персоналом в учреждениях здравоохранения / С. В. Титова, Т. Н. Чернышева, И. И. Фролова // Наука Красноярья. – 2020. – Т. 9. – № 1–2. – С. 186–194.

79. Тютенова, Ж. А. Анализ современных условий внедрения наставничества в медицине / Ж. А. Тютенова // Новые задачи современной медицины : Материалы IV Международной научной конференции, Санкт-Петербург, 20–23 декабря 2016 года. – Санкт-Петербург: Свое издательство, 2016. – С. 83–85.

80. Тютенова, Ж. А. Анкетирование как метод исследования вопросов наставничества в системе здравоохранения / Ж. А. Тютенова, С. А. Филин, К. Б. Абзалиев // Spirit Time. – 2018. – № 3(3). – С. 10–12.

81. Тяжельников, А. А. Развитие управленческих компетенций руководящего состава медицинской организации / А. А. Тяжельников, А. В. Юмукян // Вестник Университета Правительства Москвы. – 2017. – № 3. – С. 26–31.

82. Филиппова, Ю. В. Мотивационный профиль личности лидера / Ю. В. Филиппова, Н. Р. Пронина // Успехи современной науки. – 2017. – Т. 5. – № 4. – С. 156-161. – EDN YROQVH.

83. Хачатуров, А. Н. Анализ требований, предьявляемых к руководителям медицинских организаций / А. Н. Хачатуров // Мегатренды мировой политики : Сборник научных статей по материалам 5-й межвузовской научно-практической конференции молодых ученых, Воронеж, 01 июня 2018 года. – Воронеж: Редакционно-издательский отдел Воронежского филиала

ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ», 2018. – С. 141–144.

84. Чернавский, А. Ф. Ресурсный подход к формированию системы наставничества в медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь населению, на примере Мау «СП № 12» / А. Ф. Чернавский, С. С. Григорьев, И. В. Русакова, М. А. Чернавский // Проблемы стоматологии. – 2020. – Т. 16. – № 2. – С. 172–179. – DOI 10.18481/2077–7566-20-16-2-172-179.

85. Чугунова, Н. А. Оценка качества и эффективности деятельности персонала в медицинских организациях / Н. А. Чугунова, М. М. Геращенко, Д. В. Ланская // Проблемы становления общества и экономики, основанных на знании: неоиндустриализация и методы исследования : сборник научных статей молодых исследователей. – Краснодар : Кубанский государственный университет, 2016. – С. 86–98.

86. Шаповалов, Ю. В. Анализ кадровых процессов и формирование кадровой политики медицинской организации / Ю. В. Шаповалов // Омский Научный Вестник. – 2006. – №5 (39) – С. 160–164

87. Эхте, Ксения Альбертовна. Научное обоснование мероприятий по оптимизации медико-социальных условий профессиональной деятельности российского врача (по материалам Тверской области) : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.02.03 / Эхте Ксения Альбертовна. Количество страниц: 324 с. 12 ил.

88. Юдина, А. Г. Особенности адаптации персонала в сфере здравоохранения / А. Г. Юдина // Основные тенденции развития экономики и управления в современной России : Материалы VIII всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых, Карачаевск, 25–26 октября 2019 года / Ответственный редактор Текеева Л.Д. – Карачаевск: Карачаево-Черкесский государственный университет им. У.Д. Алиева, 2019. – С. 288–289.

89. Юнг П. Концепция развития персонала в альянсе VAG. М., 1998.

90. Якимова, Наталья Витальевна. Научное обоснование организации повышения квалификации сестринского персонала в условиях лечебно-профилактического учреждения : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.03 / Якимова Наталья Витальевна. Количество страниц: 149 с. 9 ил.

91. Ясакова А. Р.Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А. Р. Ясакова, Е. В. Шестакова // Проблемы Науки. – 2017. – №38 (120). – С. 26–30.

На иностранном языке:

92. Abbasi K. A workforce crisis in the NHS. J R Soc Med. 2019 Sep;112(9):363. doi: 10.1177/0141076819875444. PMID: 31496348; PMCID: PMC6823995.

93. André AM, Ciampone MH, Santelle O. Health care units and human resources management trends. Rev Saude Publica. 2013 Feb;47(1):158-63; discussion 163. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102013000100020. PMID: 23703142.

94. Armstrong, M. and Taylor, S., 2014. Armstrong's handbook of human resource management practice, 13th edition. London: Kogan Page.

95. Carini E, Gabutti I, Frisicale EM, Di Pilla A, Pezzullo AM, de Waure C, Cicchetti A, Boccia S, Specchia ML. Assessing hospital performance indicators. What dimensions? Evidence from an umbrella review. BMC Health Serv Res. 2020 Nov 12;20(1):1038. doi: 10.1186/s12913-020-05879-y. PMID: 33183304; PMCID: PMC7663881.

96. Chen TY. Medical leadership: An important and required competency for medical students. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. 2018 Apr-Jun;30(2):66-70. doi: 10.4103/tcmj.tcmj_26_18. PMID: 29875585; PMCID: PMC5968745.

97. Choi SL, Goh CF, Adam MB, Tan OK. Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. Hum Resour Health. 2016 Dec 1;14(1):73. doi: 10.1186/s12960-016-0171-2. PMID: 27903294; PMCID: PMC5131441.

98. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L, Li Z, Braithwaite J. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? BMJ Open. 2017 Sep 24;7(9):e014474. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014474. PMID: 28947438; PMCID: PMC5623455.

99. Deschamps C, Rinfret N, Lagacé MC, Privé C. Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers' Motivation Through Organizational Justice. J Healthc Manag. 2016 May-Jun;61(3):194-213. PMID: 27356446.

100. Dickerman J, Sánchez JP, Portela-Martinez M, Roldan E. Leadership and Academic Medicine: Preparing Medical Students and Residents to Be Effective Leaders for the 21st Century. MedEdPORTAL. 2018 Feb 6;14:10677. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10677. PMID: 30800877; PMCID: PMC6342431.

101. Frich JC, Brewster AL, Cherlin EJ, Bradley EH. Leadership development programs for physicians: a systematic review. J Gen Intern Med. 2015 May;30(5):656-74. doi: 10.1007/s11606-014-3141-1. Epub 2014 Dec 20. PMID: 25527339; PMCID: PMC4395611.

102. Grade M, Ghadimi M. Personalmanagement und Leadership in der Chirurgie [Human resources management and leadership in surgery]. Chirurg. 2021 Mar;92(3):227-231. German. doi: 10.1007/s00104-020-01345-x. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33495881; PMCID: PMC7832412.

103. Imran D, Rog K, Gallichio J, Alston L. The challenges of becoming and being a clinician manager: a qualitative exploration of the perception of medical doctors in senior leadership roles at a large Australian health service. BMC Health Serv Res. 2021 Apr 15;21(1):351. doi: 10.1186/s12913-021-06356-w. PMID: 33858407; PMCID: PMC8051065.

104. Ingle GK. Efficient management of public health workforce. Indian J Public Health. 2008 Apr-Jun;52(2):58-60. PMID: 19125535.

105. Kainuma M, Kikukawa M, Nagata M, Yoshida M. Competencies necessary for becoming a leader in the field of community medicine: a Japanese

qualitative interview study. BMJ Open. 2018 Apr 17;8(4):e020082. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020082. PMID: 29666132; PMCID: PMC5905755.

106. Kjellström S, Avby G, Areskoug-Josefsson K, Andersson Gäre B, Andersson Bäck M. Work motivation among healthcare professionals. J Health Organ Manag. 2017 Jun 19;31(4):487-502. doi: 10.1108/JHOM-04-2017-0074. PMID: 28877624.

107. Loh E, Morris J, Thomas L, Bismark MM, Phelps G, Dickinson H. Shining the light on the dark side of medical leadership - a qualitative study in Australia. Leadersh Health Serv (Bradf Engl). 2016 Jul 4;29(3):313-30. doi: 10.1108/LHS-12-2015-0044. PMID: 27397752.

108. Millar R, Chen Y, Wang M, Fang L, Liu J, Xuan Z, Li G. It's all about the money? A qualitative study of healthcare worker motivation in urban China. Int J Equity Health. 2017 Jul 7;16(1):120. doi: 10.1186/s12939-017-0616-9. PMID: 28687089; PMCID: PMC5501304.

109. Mintz LJ, Stoller JK. A systematic review of physician leadership and emotional intelligence. J Grad Med Educ. 2014 Mar;6(1):21-31. doi: 10.4300/JGME-D-13-00012.1. PMID: 24701306; PMCID: PMC3963790.

110. Nicol ED, Mohanna K, Cowpe J. Perspectives on clinical leadership: a qualitative study exploring the views of senior healthcare leaders in the UK. J R Soc Med. 2014 Jul;107(7):277-286. doi: 10.1177/0141076814527274. Epub 2014 Jul 10. PMID: 25013095; PMCID: PMC4093754.

111. Pomare C, Churruca K, Long JC, Ellis LA, Braithwaite J. Organisational change in hospitals: a qualitative case-study of staff perspectives. BMC Health Serv Res. 2019 Nov 14;19(1):840. doi: 10.1186/s12913-019-4704-y. PMID: 31727067; PMCID: PMC6857127.

112. Quince T, Abbas M, Murugesu S, Crawley F, Hyde S, Wood D, Benson J. Leadership and management in the undergraduate medical curriculum: a qualitative study of students' attitudes and opinions at one UK medical school. BMJ Open. 2014 Jun 25;4(6):e005353. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005353. PMID: 24965917; PMCID: PMC4078777.

113. Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennett S. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2010 Jun;88(6):435-43. doi: 10.2471/BLT.09.066290. PMID: 20539857; PMCID: PMC2878144.

114. Richard K, Noujaim M, Thorndyke LE, Fischer MA. Preparing Medical Students to Be Physician Leaders: A Leadership Training Program for Students Designed and Led by Students. MedEdPORTAL. 2019 Dec 13;15:10863. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10863. PMID: 32051846; PMCID: PMC7012310.

115. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, Le JV, Ledderer L, Pedersen LB, Nexøe J. Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study. Fam Pract. 2017 Apr 1;34(2):188-193. doi: 10.1093/fampra/cmw142. PMID: 28122850; PMCID: PMC6192095.

116. Rogala-Pawelczyk G, Parkitna J, Panek D. Adaptacja zawodowa pielegniarek jako element wpływajacy na sprawność opieki medycznej nad pacjentem hospitalizowanym [Professional adaptation of nurses as a factor influencing the efficiency of medical care for hospitalised patients]. Wiad Lek. 2002;55 Suppl 1:422-7. Polish. PMID: 15002278.

117. Saeed H, Malik H, Bashir U, et al. Blockchain technology in healthcare: A systematic review. PLoS One. 2022;17(4):e0266462. Published 2022 Apr 11. doi:10.1371/journal.pone.0266462

118. Sapunar D, Grković I, Lukšić D, Marušić M. Management of teaching processes using the Share point platform: A case study from the University of Split School of Medicine. Acta Med Acad. 2016 May;45(1):34-8. doi: 10.5644/ama2006-124.154. PMID: 27284796.

119. Schmidt CE, Möller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, Padosch SA, Bauer M. Generation Y : Rekrutierung, Entwicklung und Bindung [Generation Y : recruitment, retention and development]. Anaesthesist. 2011 Jun;60(6):517-24. German. doi: 10.1007/s00101-011-1886-z. PMID: 21437753.

120. Sharma SS. Traits and characteristics of highly successful medical leaders. JRSM Cardiovasc Dis. 2019 Oct 10;8:2048004019880630. doi: 10.1177/2048004019880630. PMID: 31656623; PMCID: PMC6791035.

121. Soto A. Recursos Humanos en Salud [Human resources for health]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011 Jun;28(2):173-4. Spanish. doi: 10.1590/s1726-46342011000200001. PMID: 21845294.

122. Varkey P, Peloquin J, Reed D, Lindor K, Harris I. Leadership curriculum in undergraduate medical education: a study of student and faculty perspectives. Med Teach. 2009 Mar;31(3):244-50. doi: 10.1080/01421590802144278. PMID: 18825566.

123. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care. 2005 Dec;17(6):487-96. doi: 10.1093/intqhc/mzi072. Epub 2005 Sep 9. PMID: 16155049.

124. Warren OJ, Carnall R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. Postgrad Med J. 2011 Jan;87(1023):27-32. doi: 10.1136/pgmj.2009.093807. Epub 2010 Oct 10. PMID: 20935344.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БГРУП - тест «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом»

ВКО – внутрикорпоративное обучение

ВО – высшее образование

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ - государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ДИ - доверительный интервал

ИИ – искусственный интеллект

КПЭ – ключевые показатели эффективности

МО – медицинская организация

НМО – непрерывное медицинское образование

ОДС - оценка деятельности сотрудников

ОП - обеспечение персоналом

ОСУП – опросник «Оценка системы управления персоналом»

ОУТ - оптимизации условий труда

СБ - среднее количество баллов

СО – среднее образование

ССП – система сбалансированных показателей

СУП - система управления персоналом

УВС - управление внутренней средой

ФКП - формирование и развитие кадрового потенциала

BSC - Balanced Scorecard (карта сбалансированных показателей)

KPI - Key Performance Indicators (ключевые показатели эффективности)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Опросник оценки системы управления персоналом

Инструкция:

Опросник, который вы сейчас будете заполнять, позволяет оценить качество системы управления персоналом в Вашей организации. Вам необходимо ответить на 60 вопросов по предложенной шкале.

№	Вопросы	Не знаю / нет	Полостью НЕ согласен	Скорее НЕ согласен	Скорее согласен	Полностью согласен
Обеспечения персоналом (ОП)						
1	В нашей организации есть цели планы по комплектации штата на текущий год					
2	Разработаны и внедрены технологии привлечения кандидатов, оценки соответствия требованиям вакантных должностей					
3	Внедрены практики подготовки преемников на руководящие должности					
4	Внедрены практики введения в должность и адаптации для новых сотрудников					
5	Внедрены практики наставничества					
6	Внедрены практики опроса сотрудников при увольнении (или есть другие практики, позволяющие уточнить причины ухода)					
7	Реализуются программы по усилению бренда работодателя					
8	Руководители прошли обучение методам подбора персонала					
9	Руководители прошли обучение по теме наставничества					
10	Внедрены методики оценки эффективности подбора персонала и выбора преемников на руководящие должности					
11	Внедрены методики оценки эффективности наставничества					
12	Четко распределена ответственность на разных этапах подбора персонала между руководителями подразделений,					

	руководителями медицинской организации, кадровой службой					
13	Четко распределена ответственность на разных этапах адаптации персонала между руководителями подразделений, руководителями медицинской организации, кадровой службой					
14	Осуществляется сбор и хранение данных по кандидатам, результатам адаптации, наставничества, работы с преемниками					
15	Проводится статистический анализ данных по подбору и адаптации персонала, увольнениям, назначении преемников					
16	Есть выделенная должность, за которой закреплена ответственность в решении вопросов подбора, адаптации персонала, наставничества, работы с преемниками					
17	Есть сотрудник, за которым закреплена ответственность в решении вопросов подбора, адаптации персонала, наставничества, работы с преемниками					
18	Сотрудники компетентны в вопросах подбора, адаптации персонала, наставничества					
Оптимизации условий труда (ОУТ)						
19	В нашей организации сформулированы четкие цели и приоритеты в области оптимизации условий труда					
20	Сотрудники четко понимают свои должностные обязанности					
21	Проводится работа по оптимизации условий труда, профилактике профессионального выгорания и других нежелательных последствий тяжелых условий труда					
22	Регулярно проводится опрос удовлетворенности сотрудников					
23	Проводится обучение по темам, связанным с оптимизацией условий труда и профилактикой профессионального выгорания					
24	Внедрены практики аудита условий труда персонала					
25	Четко распределена ответственность в вопросах оптимизации условий труда между руководителями подразделений, руководителями медицинской организации, кадровой службой					
26	Осуществляется сбор и хранение данных по оценке условий труда и данный опросов удовлетворенности персонала					
27	Проводится статистический анализ данных по оценке условий труда					
28	Есть выделенная должность, за которой закреплена ответственность в решении вопросов оптимизации условий труда					
29	Есть сотрудник, за которым закреплена ответственность в решении вопросов оптимизации условий труда					
30	Сотрудники компетентны в вопросах оптимизации условий труда					

Формирования и развитие кадрового потенциала (ФКП)						
31	В нашей организации есть четкие цели и планы по обучению персонала					
32	Реализуются программы профессионального обучения персонала, в том числе в симуляционных центрах и на рабочем месте					
33	Проводится регулярное обучение руководителей по темам «Менеджмент медицинской организации», «Управление персоналом медицинской организации»					
34	Есть система контроля качества и эффективности обучения					
35	Четко распределена ответственность в вопросах обучения между руководителями подразделений, руководителями медицинской организации, кадровой службой					
36	Осуществляется сбор и хранение данных по обучению и участию сотрудников в научно-практических конференциях					
37	Проводится статистический анализ данных по обучению и участию сотрудников в научно-практических конференциях					
38	Есть выделенная должность, за которой закреплена ответственность в решении вопросов обучения персонала и участия в научно-практических конференциях					
39	Есть сотрудник, за которым закреплена ответственность в решении вопросов обучения персонала и участия в научно-практических конференциях					
40	Руководители компетентны в вопросах обучения сотрудников					
Управления внутренней средой (УВС)						
41	В нашей организации сформулированы четкие цели в области мотивации персонала, социальной политики и корпоративной культуры					
42	Внедрены практики в области мотивации персонала и социальной политики					
43	Проводится обучение руководителей по темам «Социальная политика					
44	Есть система контроля качества социальной политики					
45	Четко распределена ответственность в вопросах социальной политики и управления внутренней средой между руководителями подразделений, руководителями медицинской организации, кадровой службой					
46	Осуществляется сбор и хранение данных, связанных с социальной политикой					
47	Проводится статистический анализ данных по вопросам социальной политики					
48	Есть выделенная должность, за которой закреплена ответственность в решении вопросов социальной политики					
49	Есть сотрудник, за которым закреплена ответственность в решении вопросов социальной политики					

50	Сотрудники компетентны в вопросах социальной политики					
Оценки деятельности сотрудников (ОДС)						
51	В нашей организации сформулированы четкие цели в области оценки деятельности сотрудников					
52	Внедрены практики объективной оценки деятельности сотрудников					
53	Проводится обучение руководителей по теме «Оценка деятельности сотрудников»					
54	Есть система контроля качества системы оценки деятельности сотрудников					
55	Четко распределена ответственность в вопросах оценки деятельности между руководителями подразделений, руководителями медицинской организации, кадровой службой					
56	Осуществляется сбор и хранение данных по оценке деятельности					
57	Проводится статистический анализ данных по оценке деятельности					
58	Есть выделенная должность, за которой закреплена ответственность в решении вопросов управления персоналом					
59	Есть сотрудник, за которым закреплена ответственность в решении вопросов оценки деятельности					
60	Сотрудники компетентны в вопросах оценки деятельности					

Параметры оценки качества системы управления персоналом (дополнительные шкалы)	**Номера вопросов**
Четкость и понятность целей	1, 19, 31, 41, 51
Наличие методологии	2-7, 14, 15, 20, 21, 24, 26, 27, 32, 36, 37, 42, 46, 47, 52, 56, 57
Компетентность руководителя в данной сфере управления персоналом	8, 9, 23, 33, 43, 53
Наличие системы контроля эффективности в данной сфере управления персоналом	10, 11, 22, 34, 44, 54
Распределение ответственности и полномочий	12, 13, 16, 17, 25, 28, 29, 35, 38, 39, 45, 48, 49, 55, 58, 59
Информированность и компетентность сотрудников в данной сфере управления персоналом	18,30,40,50, 60

Приложение 2. Тест «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом (БГРУП)»

Тест «Базовая грамотность руководителей в управлении персоналом» (БГРУП) был разработан для оценки базовой грамотности руководителей в вопросах управления персоналом.
Тест позволяет выявить зоны развития руководителя, и определить приоритетные темы для обучения в сферах управления персоналом. Результаты тестирования могут использоваться при составлении индивидуальных планов развития руководителей или кандидатов на руководящие должности в организации.

Тест включает 79 вопросов, сгруппированных по отдельным темам и сферам управления персоналом:

№	Сферы управления персоналом	Вопросы теста	Области знаний/темы для изучения
1	Система управления персоналом (СУП)	1-12	Основные понятия и определения системы управления персоналом. Структура процессов, качественные и количественные показатели эффективности в области управления персоналом. Роль руководителя подразделения в системе управления персоналом. Распределение ответственности, компетентность руководителей в управлении человеческими ресурсами
2	Обеспечение персоналом (ОП)	13-32	Бренд работодателя. Управление брендом работодателя, современные методы повышения привлекательности медицинской организации для кандидатов. Адаптация персонала. Эффективные практики адаптации молодых специалистов. Построение системы наставничества. Текучесть персонала. Виды текучести персонала. Условия для удержания квалифицированных кадров в Эффективные практики адаптации молодых специалистов. Построение системы наставничества. Система подбора персонала, методы привлечения и оценки Современные технологии привлечения кандидатов, методы оценки кандидатов на соответствие требованиям при подборе. Аспекты увольнения. Причины увольнения сотрудников. Юридические вопросы увольнения.

3	Оптимизация условий труда (ОУТ)	33-40	Условия труда. Обеспечение и оптимизация условий труда в медицинской организации. Понятия и определения вовлеченности, удовлетворенности и приверженности персонала. Методики оценки удовлетворенности и вовлеченности персонала Профессиональное выгорание. Подходы и инструменты профилактики профессионального выгорания работников.
4	Формирование и развитие кадрового потенциала (ФКП)	41-55	Кадровый резерв. Методики формирования кадрового резерва, подготовка преемников на руководящие должности. Обучение персонала, индивидуальный план развития. Формирование системы непрерывного внутреннего обучения и развития персонала Методы оценки потенциала сотрудников.
5	Управление внутренней средой (УВС)	56-65	Корпоративная культура. Использование социально-психологических методов управления персоналом как один из основных инструментов управления. Корпоративная культура– как инструмент управления организацией. Практики мотивации персонала. Факторы нематериальной мотивации и удержания персонала в медицинской организации.
6	Оценка деятельности сотрудников (ОДС)	66-79	Компетентность и компетенции персонала. Компетентностный подход в управлении персоналом. Правовые аспекты оценки деятельности. Практики оценки (центр оценки, метод 360 градусов, тесты оценки знаний, личностные опросники)

Общая оценка грамотности вычисляется как суммарный балл по всем темам теста.

Инструкция

Данный тест оценивает Ваши знания в области системы управления персоналом. Результаты тестирования можно использовать для формирования программ дополнительной подготовки руководителей по теме «Управление персоналом».

Вам необходимо ответить на 79 вопросов.
Время на тестирование - 60 минут.

Область знаний 1. Система управления персоналом

1. На каких аспектах делается акцент в жестком подходе к управлению человеческими ресурсами?
А. Количественных и поддающихся расчету аспектах
Б. Комплектности и наполненности штата.
В. Нормативах эффективности, определенных для каждой должности.
Г. Жёсткой иерархии, разделении ответственности и структуре управления.
Правильный ответ: А. Количественных и поддающихся расчету аспектах.

2. На каких аспектах делается акцент в мягком подходе к Управлению человеческими ресурсами?
А. Четкое разделение ответственности при минимизации контроля.
Б. Гибких нормативах и иерархии.
В. Коммуникации, мотивации, лидерстве.
Г. Командной работе и поощрении инициативности.
Правильный ответ: В. Коммуникации, мотивации, лидерстве.

3. Какое условие из перечисленных необходимо для сохранения эффективного управления структурой организации при условии большого количества неформальных связей?
А. Узкий диапазон контроля.
Б. Ограничение типов взаимодействия.
В. Малое количество руководителей.
Г. Большое количество прямых связей между руководителем и любой комбинацией подчиненных.
Правильный ответ: А. Узкий диапазон контроля.

4. Какая проблема является основной для организаций с линейной организационной структурой?
А. Ограниченность диапазона (сферы) контроля.
Б. Наложение большого количества вертикальных и горизонтальных связей.
В. Ориентация на реализацию в основном закрепленных функций, отсутствие инновационности и гибкости.
Г. Зависимость эффективности от вклада каждого отдельного участника системы.
Правильный ответ: А. Ограниченность диапазона (сферы) контроля.

5. Какая проблема является основной для организаций с функциональной организационной структурой?
А. Ограниченность диапазона (сферы) контроля.
Б. Наложение большого количества вертикальных и горизонтальных связей.
В. Ориентация на реализацию в основном закрепленных функций, отсутствие инновационности и гибкости.
Г. Зависимость эффективности от вклада каждого отдельного участника системы.
Правильный ответ: В. Ориентация на реализацию в основном закрепленных функций, отсутствие инновационности и гибкости.

6. Как называется организационная структура, построенная по принципу распределения функций внутри организации и создания сквозных подструктур по управлению функциями?
А. Линейная.
Б. Функциональная.
В. Адаптивная.
Г. Иерархическая.
Правильный ответ: Б. Функциональная.

7. Вариантом какой организационной структуры является дивизионная (департаментная) структура?
А. Бюрократической.
Б. Линейной.
В. Адаптивной.
Г. Функциональной.
Правильный ответ: Г. Функциональной.

8. При какой управленческой форме решения принимаются, как правило, вышестоящим руководителем в соответствии с имеющимися у него правами и полномочиями?
А. Бюрократической управленческой форме.
Б. Рыночной управленческой форме.
В. Демократической управленческой форме.
Г. Коллективистской управленческой форме.
Правильный ответ: А. Бюрократической управленческой форме.

9. Какой рычаг управления является основным для коллективистской формы управления?
А. Закон.
Б. Авторитет.
В. Деньги.
Г. Сила.
Правильный ответ: Б. Авторитет.

10. Какой рычаг управления является основным для бюрократической формы управления?
А. Закон.
Б. Авторитет.
В. Деньги.
Г. Сила.
Правильный ответ: Г. Сила.

11. Как называется социальная структура, где преобладают формальные отношения?
А. Матричная.
Б. Авторитарная.
В. Функциональная.
Г. Проектная.
Правильный ответ: В. Функциональная.

12. Как называется организационная структура, которая строго иерархически организована,
характеризуется разделением зон ответственности и единоначалием?
А. Проектная.
Б. Авторитарная.
В. Матричная.
Г. Линейная.
Правильный ответ: Г. Линейная.

Область знаний 2. Обеспечение персоналом

13. Какие элементы включает в себя процедура подбор персонала?
А. Расчет потребности в кадрах, моделирование рабочих мест, профессиональный подбор, формирование резерва.
Б. Описание бизнес-процессов, формирование функциональной карты, подбор кандидатов.
В. Анализ текучести кадров, поиск и привлечение кандидатов, опрос вовлеченности.
Г. Разработка модели рабочих мест, прогнозирование естественного убытия персонала, удержание и мотивация персонала.
Правильный ответ: А. Расчет потребности в кадрах, моделирование рабочих мест, профессиональный подбор, формирование резерва.

14. Выберите правильную последовательность этапов процедуры подбора персонала
А. 1. Определение требований
2. Привлечение кандидатов
3. Отбор кандидатов.
Б. 1. Привлечение кандидатов
2. Определение требований
3. Отбор кандидатов.
В. 1. Отбор кандидатов
2. Привлечение кандидатов
3. Определение требований.

Г. 1. Определение требований
2. Отбор кандидатов
3. Привлечение кандидатов.
Правильный ответ: А. 1. Определение требований 2. Привлечение кандидатов 3. Отбор кандидатов.

15. Какие методы оценки персонала используются на этапе подбора персонала? (множественный выбор)
А. Собеседование.
Б. Тесты.
В. Ассессмент-центр.
Г. Аттестация.
Правильный ответ: А. Собеседование, Б. Тесты, В. Ассессмент-центр.

16. В Вашей организации открывается новое направление. Необходимо в течение 3-х месяцев укомплектовать штат редких специалистов с опытом работы. Какие источники поиска наиболее эффективны в данном случае?
А. Профессиональные сообщества.
Б. Профильные вузы.
В. Служба занятости.
Г. ТВ, печатные СМИ.
Правильный ответ: А. Профессиональные сообщества.

17. Выберите правильную последовательность этапов адаптации персонала
А. 1. Оценка уровня подготовленности
2. Действенная адаптация
3. Ориентация - практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями
4. Функционирование.
Б. 1. Ориентация - практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями
2. Оценка уровня подготовленности
3. Действенная адаптация
4. Функционирование.
В. 1. Оценка уровня подготовленности
2. Ориентация - практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями
3. Действенная адаптация
4. Функционирование.
Г. 1. Функционирование
2. Оценка уровня подготовленности
3. Ориентация - практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями
4. Действенна адаптация.
Правильный ответ: В. 1. Оценка уровня подготовленности
2. Ориентация - практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями

3. Действенная адаптация
4. Функционирование.

18. Какова длительность программы введения в должность руководящего работника?
А. До 6 месяцев.
Б. До 3 месяцев.
В. До года.
Г. До 3 лет.
Правильный ответ: В. До года.

19. Каков средний срок адаптации молодого специалиста?
А. 1-2 года.
Б. 2-3 недели.
В. 1-2 недели.
Г. 1-3 месяца.
Правильный ответ: Г. 1-3 месяца.

20. В чем основной недостаток показателя текучести персонала?
А. Отражает случившиеся события, на которые руководство уже не может повлиять.
Б. Не позволяет сравнивать ситуацию в разных подразделениях.
В. Не отражает ситуацию притока и оттока кадров по отдельным группам или специальностям.
Г. Показатель нельзя сравнивать с данными по рынку труда.
Правильный ответ: А. Отражает случившиеся события, на которые руководство уже не может повлиять.

21. Как называется доля работников, которые остаются в организации по прошествии определенного периода времени?
А. Коэффициент удовлетворенности.
Б. Коэффициент выживаемости.
В. Коэффициент приверженности.
Г. Коэффициент мотивации.
Правильный ответ: Б. Коэффициент выживаемости.

22. Какие показатели используются при определении индекса текучести кадров?
А. Количество уволившихся за период, среднее количество сотрудников за этот же период.
Б. Количество работников со стажем год и более, количество работников, поступивших год назад.
В. Время, за которое группа новых работников сократилась вдвое.
Г. Доля работников, занятых в течение определенного периода времени, которые остаются на предприятии после определенного количества месяцев или лет.
Правильный ответ: А. Количество уволившихся за период, среднее количество сотрудников за этот же период.

23. Что такое пассивная текучесть?

А. Потери персонала, уволенного за нарушения трудовой дисциплины.
Б. Потери персонала, уволившегося по собственному желанию.
В. Потери персонала, которые восполняются в пределах одного года.
Г. Потери персонала, которые восполняются в пределах трех лет.
Правильный ответ: А. Потери персонала, уволенного за нарушения трудовой дисциплины.

24. Что такое активная текучесть?
А. Потери персонала, уволенного за нарушения трудовой дисциплины.
Б. Потери персонала, уволившегося по собственному желанию.
В. Потери персонала, которые восполняются в пределах одного года.
Г. Потери персонала, которые восполняются в пределах трех лет.
Правильный ответ: Б. Потери персонала, уволившегося по собственному желанию.

25. Что такое аутплейсмент?
А. Перевод или перемещение персонала компании с одной должности на другую в рамках одной организации, подразделения или отдела по причине производственной необходимости.
Б. Передача организацией на основании договора определённых видов или функций производственной предпринимательской деятельности другой компании, действующей в нужной области.
В. Управленческая технология, разновидность аутсорсинга, позволяющая обеспечить бизнес-процессы компании необходимыми трудовыми ресурсами, используя услуги сторонней организации.
Г. Комплекс мер, направленных на сглаживание негативных последствий увольнения сотрудников, включающих в себя психологическую поддержку и консультирование уволенных сотрудников, помощь им в дальнейшем трудоустройстве за счет средств бывшего работодателя.
Правильный ответ: Г. Комплекс мер, направленных на сглаживание негативных последствий увольнения сотрудников, включающих в себя психологическую поддержку и консультирование уволенных сотрудников, помощь им в дальнейшем трудоустройстве за счет средств бывшего работодателя.

26. Что из перечисленного может быть юридическим основанием для расторжения трудового договора с сотрудником в одностороннем порядке по инициативе работодателя?
А. Нарушение работником требований охраны труда.
Б. Отсутствие работника на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня (смены).
В. Конфликты и жалобы со стороны других сотрудников подразделения.
Г. Невыполнение сотрудником важного поручения руководителя подразделения.
Правильный ответ: Б. Отсутствие работника на рабочем месте без уважительных причин более четырех часов подряд в течение рабочего дня (смены).

27. Что такое самоселекция персонала?
А. Выбор кандидатами наиболее подходящего работодателя.
Б. Выбывание кандидатов из конкурса на место по причине их ощущения несоответствия должности.
В. Увольнение работающих сотрудников организации по причине их несоответствия профессиональным требованиям.

Г. Процесс отбора персонала внутри группы, заслуживающего повышения оклада или продвижения в должности.
Правильный ответ: А. Выбор кандидатами наиболее подходящего работодателя.

28. Каковы цели адаптации новых сотрудников?
А. Создание системы мотивации в зависимости от уровня профессиональной квалификации.
Б. Улучшение диалога между руководителем и подчиненным, повышение эффективности индивидуальной деятельности работников.
В. Снижение издержек, экономия времени руководителя и сотрудников, сокращение текучести.
Г. Мотивация сотрудника на более эффективную работу.
Правильный ответ: В. Снижение издержек, экономия времени руководителя и сотрудников, сокращение текучести.

29. С какой целью проводится выходное интервью с сотрудником при увольнении по собственному желанию? (множественный выбор)
А. Анализ причин текучести персонала.
Б. Для получения рекомендаций по замене.
В. Снижение риска жалоб в трудовую инспекцию со стороны сотрудника.
Г. Выяснение проблем во взаимодействии.
Правильный ответ: А. Анализ причин текучести персонала, Г. Выяснение проблем во взаимодействии.

30. Какой из этапов работы по формированию кадрового резерва должен быть первым?
А. Определение списка кандидатов в резерв.
Б. Составление прогноза предполагаемых изменений в составе руководящих кадров.
В. Оценка деловых и личностных качеств кандидатов в резерв.
Г. Формирование рейтинга кандидатов.
Правильный ответ: Б. Составление прогноза предполагаемых изменений в составе руководящих кадров.

31. Что такое бренд-работодателя?
А. Набор экономических и психологических преимуществ, получаемых в результате трудоустроенности в организации.
Б. Философия и предназначение, смысл существования организации.
В. Совокупность усилий по формированию образа организации в будущем, которое может включать в себя способ достижения этого результата.
Г. Репутация руководящего состава организации.
Правильный ответ: А. Набор экономических и психологических преимуществ, получаемых в результате трудоустроенности в организации.

32. Что такое HR-брэндинг?
А. Процесс, который определяет текущие и будущие человеческие ресурсы, необходимые организации для достижения своих целей.
Б. Философия и предназначение, смысл существования организации.
В. Совокупность усилий по формированию образа организации в будущем, которое может включать в себя способ достижения этого результата.

Г. Совокупность усилий компании по взаимодействию с существующими и потенциальными сотрудниками, которое делает её привлекательным местом работы, а также активное управление имиджем компании в глазах партнёров, потенциальных сотрудников и других ключевых стейкхолдеров.
Правильный ответ: Г. Совокупность усилий компании по взаимодействию с существующими и потенциальными сотрудниками, которое делает её привлекательным местом работы, а также активное управление имиджем компании в глазах партнёров, потенциальных сотрудников и других ключевых стейкхолдеров.

Область знаний 3. Оптимизация условий труда

33. Что такое вовлеченность персонала?
А. Качество выполнения сотрудником своих обязанностей, закрепленных в должностной инструкции.
Б. Степень участия сотрудника в управлении организацией.
В. Эмоциональная связь с организацией, при которой персонал замотивирован выполнять работу как можно лучше.
Г. Уважительное отношение сотрудника к руководству организации, при котором сотрудник выполняет все поручения своего руководителя.
Правильный ответ: В. Эмоциональная связь с организацией, при которой персонал замотивирован выполнять работу как можно лучше.

34. Какой метод является основным в оценке вовлеченности?
А. Опрос.
Б. Личностные тесты.
В. Оценка результатов труда.
Г. Обратная связь 360 градусов.
Правильный ответ: А. Опрос.

35. Что из перечисленного является инструментом повышения приверженности персонала организации?
А. Лояльная политика в отношении прогулов и опозданий.
Б. Возможности карьерного роста.
В. Возможности для обучения.
Г. Средний уровень оплаты труда по рынку.
Правильный ответ: Б. Возможности карьерного роста, В. Возможности для обучения.

36. Совокупность элементов производственной среды,
оказывающих влияние на здоровье и работоспособность человека, удовлетворенность трудом, а поэтому и на его результативность — это...
А. Условия труда.
Б. Бизнес-процессы.
В. Система мотивации.
Г. Организационная структура.
Правильный ответ: А. Условия труда.

37. Как называется документ, описывающий основные функции сотрудника на определенной должности?
А. Квалификационная карта.

Б. Модель компетенций.
В. Модель рабочего места.
Г. Должностная инструкция.
Правильный ответ: Г. Должностная инструкция.

38. Выберите правильную последовательность стадий эмоционального выгорания (Маслач, 1982)
А. 1. Фаза истощения
2. Фаза резистенции
3. Фаза напряжения.
Б. 1.Фаза резистенции
2. Фаза напряжения
3. Фаза истощения.
В. 1. Фаза напряжения
2. Фаза резистенции
3. Фаза истощения.
Г. 1. Фаза напряжения
2. Фаза истощения
3. Фаза резистенции.
Правильный ответ: В. 1. Фаза напряжения 2. Фаза резистенции 3. Фаза истощения.

39. Для какой стадии эмоционального выгорания (Маслач, 1982) характерны: дефицит эмоций, эмоциональная отстраненность, деперсонализация, психосоматические и психовегетативные нарушения?
А. Фаза истощения.
Б. Фаза резистенции.
В. Фаза напряжения.
Г. Для всех стадий.
Правильный ответ: А. Фаза истощения.

40. Что такое социальное партнерство в сфере труда согласно Трудовому Кодексу РФ?
А. Широкий круг деятельности, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, фандрайзинг, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение.
Б. Предпринимательская деятельность, направленная на достижение общественно полезных целей, способствующая решению социальных проблем граждан и общества и ведущаяся в соответствии с определенными условиями.
В. Система взаимоотношений между работниками (представителями работников), работодателями (представителями работодателей) оправленная на обеспечение согласования интересов работников и работодателей по вопросам регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений.
Г. Организация, не имеющая в качестве основной цели своей деятельности извлечение прибыли и не распределяющая полученную прибыль между участниками.
Правильный ответ: В. Система взаимоотношений между работниками (представителями работников), работодателями (представителями работодателей) оправленная на обеспечение согласования интересов работников и работодателей по вопросам регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений.

Область знаний 4. Формирование и развитие кадрового потенциала

41. Что такое кадровый резерв?
А. Работник, направленный по окончании среднего специального или высшего учебного заведения на работу по распределению и пользующийся предусмотренными законом социальными льготами.
Б. Список незакрытых вакансий в организации.
В. Специально подобранная целевая группа потенциальных сотрудников.
Г. Форма вторичной занятости, при которой, в свободное от основной работы время, человеком выполняется другая регулярная оплачиваемая работа.
Правильный ответ: В. Специально подобранная целевая группа потенциальных сотрудников.

42. Что из перечисленного НЕ относится к целям обучения персонала?
А. Ускорение процесса адаптации.
Б. Приобретение профессиональных знаний и навыков.
В. Улучшение морально-психологического климата в коллективе.
Г. Повышение материальной мотивации персонала.
Правильный ответ: Г. Повышение материальной мотивации персонала.

43. В чем заключается основная цель планирования личного развития работника?
А. Стимулировать обучение.
Б. Разработать план карьеры.
В. Повысить квалификацию.
Г. Сформировать заявку на обучение.
Правильный ответ: А. Стимулировать обучение.

44. Что из перечисленного относится к методам обучения на рабочем месте?
А. Коучинг.
Б. Лекции.
В. Семинары.
Г. Изучение специализированной литературы.
Правильный ответ: А. Коучинг.

45. Что из перечисленного относится к методам обучения вне рабочего места?
А. Ротация.
Б. Коучинг.
В. Семинар.
Г. Кураторство.
Правильный ответ: В. Семинар.

46. К какому из перечисленных методов обучения относится рабочий инструктаж?
А. К методам обучения на рабочем месте или вне его.
Б. К методам обучения на рабочем месте.
В. К методам обучения вне рабочего места.
Г. Не относится к методам обучения.
Правильный ответ: А. К методам обучения на рабочем месте или вне его.

47. Какой из методов оценки потенциала работников предполагает использование комплексной технологии, построенной на принципах критериальной оценки?
А. Личностные тесты.
Б. Общие тесты способностей.
В. Тесты на профпригодность.
Г. Центры оценки персонала.
Правильный ответ: Г. Центры оценки персонала.

48. Как называется метод оценки потенциала работников, целю которой является оценка психофизиологических качеств человека, умений выполнять определенную деятельность?
А. Центры оценки персонала.
Б. Тесты на профпригодность.
В. Общие тесты способностей.
Г. Личностные тесты.
Правильный ответ: Б. Тесты на профпригодность.

49. Как расшифровывается принцип 10-20-70, используемый при составлении индивидуального плана развития сотрудника?
А. 10% развитие управленческих компетенций, 20% -развитие личностно-деловых компетенций, 70% - развитие профессионально-технических компетенций.
Б. 10% - формальное обучение (лекции, тренинги, семинары), 20% - социальное обучение (наставничество, взаимодействие с руководителем и коллегами), 70% - эмпирическое обучение (обучение на рабочем месте).
В. 10% затрат на обучение оплачивает сам сотрудник, 20% -оплачивает организация, 70% - компенсирует государство.
Г. 10% обучения проводят внешние образовательные организации, 20% - внутренние сотрудники (тренеры, наставники), 70% - сотрудник обучается самостоятельно.
Правильный ответ: Б. 10% - формальное обучение (лекции, тренинги, семинары), 20% - социальное обучение (наставничество, взаимодействие с руководителем и коллегами), 70% - эмпирическое обучение (обучение на рабочем месте).

50. Что такое индивидуальный план развития резервиста?
А. Программа развития сотрудника до необходимого уровня готовности для занятия целевой должности.
Б. План реализации возможных карьерных шагов для резервиста.
В. План прохождения резервистом оценочных мероприятий для утверждения на целевую должность.
Г. Индивидуальные показатели результативности сотрудника для зачисления в кадровый резерв.
Правильный ответ: А. Программа развития сотрудника до необходимого уровня готовности для занятия целевой должности.

51. Расставьте этапы цикла Колба в нужной последовательности
А. 1. Концептуализация
2. Изменение практической функции

3. Осмысление опыта
4. Получение опыта.
Б. 1. Осмысление опыта
2. Концептуализация
3. Изменение практической функции.
4. Получение опыта.
В. 1. Получение опыта
2. Осмысление опыта
3. Концептуализация
4. Изменение практической функции.
Г. 1. Получение опыта
2. Осмысление опыта
3. Изменение практической функции
4. Концептуализация.
Правильный ответ: В. 1. Получение опыта
2. Осмысление опыта
3. Концептуализация
4. Изменение практической функции.

52. Какие методы являются наиболее эффективными для обучения сотрудников поведенческим навыкам (коммуникация, решение конфликтов, навыки презентации и т. д.)? (множественный выбор)
А. Тренинг.
Б. Инструктаж.
В. Деловая игра.
Г. Лекция.
Правильный ответ: А. Тренинг, В. Деловая игра.

53. Выберите правильную хронологическую последовательность оценки эффективности обучения по модели Киркпатрика
А. 1. Динамика уровня знаний
2. Изменение поведения на рабочем месте
3. Реакция обучаемых (общая удовлетворенность обучением)
4. Влияние на результаты организации.
Б. 1. Реакция обучаемых (общая удовлетворенность обучением)
2. Динамика уровня знаний
3. Изменение поведения на рабочем месте
4. Влияние на результаты организации.
В. 1. Изменение поведения на рабочем месте
2. Динамика уровня знаний
3. Реакция обучаемых (общая удовлетворенность обучением
4. Влияние на результаты организации.
Г. 1. Изменение поведения на рабочем месте
2. Динамика уровня знаний
3. Влияние на результаты организации
4. Реакция обучаемых (общая удовлетворенность обучением.
Правильный ответ: Б. 1. Реакция обучаемых (общая удовлетворенность обучением)
2. Динамика уровня знаний
3. Изменение поведения на рабочем месте

4. Влияние на результаты организации.

54. Выберите источники кадрового резерва в организации (множественный выбор)
А. Внешние кандидаты.
Б. Студенты.
В. Внутренние сотрудники.
Правильный ответ: А. Внешние кандидаты, Б. Студенты, В. Внутренние сотрудники.

55. Документ, определяющий содержание образования определенного уровня и направленности, — это…
А. Образовательная программа.
Б. Рабочий и учебный план.
В. Должностная инструкция.
Г. Авторская программа.
Правильный ответ: А. Образовательная программа.

Область знаний 5. Управление внутренней средой

56. Что является более сильным мотиватором — премия или ежегодное повышение заработной платы?
А. Премия.
Б. Повышение заработной платы.
В. Это одинаковые по силе инструменты мотивации.
Г. Инструменты работают, только если используются вместе.
Правильный ответ: А. Премия.

57. Какой должен быть размер премии, чтобы играть роль действенного стимулирующего фактора?
А. Не менее 30%.
Б. Любой.
В. Не менее 10%.
Г. Не менее 75%.
Правильный ответ: А. Не менее 30%.

58. Как называются выплаты, связанные с повышенными затратами труда?
А. Сверхурочные.
Б. Премии.
В. Надбавки.
Г. Доплаты.
Правильный ответ: Г. Доплаты.

59. Какие из перечисленных потребностей лежат ниже остальных (ближе к основанию пирамиды потребностей А. Маслоу)?
А. Потребности принадлежности и причастности.
Б. Потребности безопасности.

В. Потребности признания и самоутверждения.
Г. Потребности самовыражения.
Правильный ответ: Б. Потребности безопасности.

60. Как классифицируются мотивационные инструменты?
А. Материальные денежные, материальные неденежные, нематериальные.
Б. Материальные и неденежные.
В. Финансовые/экономические, материальные, нематериальные.
Г. Оклад, премия.
Правильный ответ: А. Материальные денежные, материальные неденежные, нематериальные.

61. Сдельно-прогрессивная система оплаты труда — это система оплаты труда …
А. Использующая последние наработки и достижения в области оплаты труда из мировых практик.
Б. При которой при превышении нормы увеличиваются расценки за выработку.
В. Предусматривающая премирование за отдельные показатели труда наряду с прямым сдельным заработком.
Г. В организациях, занятых производством инновационной и прогрессивной продукции.
Правильный ответ: Б. При которой при превышении нормы увеличиваются расценки за выработку.

62. Какой из факторов в меньшей степени оказывает влияние на формирование корпоративной культуры?
А. Количество иерархических уровней организационной культуры.
Б. Реакция руководства на критические ситуации, возникающие в организации.
В. Наличие определённых критериев назначения, продвижения и увольнения сотрудников из организации.
Г. Отношение к работе и стиль поведения руководителей.
Правильный ответ: А. Количество иерархических уровней организационной культуры.

63. Для какого типа мотивации согласно теории Герчикова характерны следующие признаки: интересует содержание деятельности, интересуют трудные задания - возможность самовыражения, важна свобода в оперативных действиях, важно признание как лучшего в профессии?
А. Патриотический тип.
Б. Хозяйский тип.
В. Профессиональный тип.
Г. Инструментальный тип.
Правильный ответ: В. Профессиональный тип.

64. Для какого типа мотивации согласно теории Герчикова характерны следующие признаки: интересует цена труда, а не его содержание (труд для него - источник для

удовлетворения других потребностей), важна обоснованность цены труда, важна способность обеспечить свою жизнь самостоятельно?
А. Патриотический тип.
Б. Хозяйский тип.
В. Профессиональный тип.
Г. Инструментальный тип.
Правильный ответ: Г. Инструментальный тип.

65. Что такое корпоративная культура?
А. Совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации.
Б. Форма хозяйствующего субъекта, фиксирующая способ закрепления и использования имущества хозяйствующим субъектом и вытекающие из этого его правовое положение и цели деятельности.
В. Совокупность усилий компании по взаимодействию с существующими и потенциальными сотрудниками, которое делает её привлекательным местом работы.
Г. Одно из ключевых направлений кадровой политики, способов повышения производительности труда и повышения приверженности персонала.
Правильный ответ: А. Совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации.

Область знаний 6. Оценка деятельности сотрудников

66. Как называется совокупность знаний и навыков, специфических способностей работников, необходимых в конкретном трудовом процессе?
А. Профессиональная компетентность.
Б. Профессиональный опыт.
В. Менеджерский потенциал.
Г. Должностная инструкция.
Правильный ответ: А. Профессиональная компетентность.

67. Как называется характеристика теста, позволяющая оценить качество прогноза в отношении испытуемого по результатам данного теста?
А. Конструктная валидность.
Б. Содержательная валидность.
В. Надежность.
Г. Прогностическая валидность.
Правильный ответ: Г. Прогностическая валидность.

68. Как называется комплексная характеристика теста, дающая информацию, что измеряет данная методика и насколько хорошо?
А. Валидность.
Б. Надежность.
В. Согласованность.
Г. Устойчивость.

Правильный ответ: А. Валидность.

69. Как называется характеристика, отражающая точность измерения индивидуальных психологических черт при помощи теста?
А. Устойчивость.
Б. Валидность.
В. Надежность.
Г. Согласованность.
Правильный ответ: В. Надежность.

70. Какой инструмент оценки обладает таким преимуществом, как простота обработки и интерпретация результатов без значительных временных затрат и длительной специальной подготовки?
А. Личностный опросник.
Б. Интервью по компетенциям.
В. Центр оценки.
Г. Наблюдение за работой (оценка по «чек» листу).
Правильный ответ: А. Личностный опросник.

71. В чем заключается метод оценки «обратная связь 360 градусов»?
А. Оценка группой экспертов в ходе деловой игры, моделирующей рабочие задачи.
Б. Оценка рабочего и нерабочего поведения.
В. Опрос рабочего окружения сотрудника (руководители, подчиненные, коллеги и клиенты).
Г. Оценка с использованием нескольких методов оценки (тест. Деловая игра, интервью).
Правильный ответ: Б. Оценка рабочего и нерабочего поведения.

72. Какое решение можно принять по результатам оценки профессиональных компетенций? (множественный выбор)
А. Об увольнении сотрудника.
Б. О направлении на профессиональное обучение.
В. О повышении в должности.
Г. О зачислении в кадровый резерв.
Правильный ответ: Б. О направлении на профессиональное обучение, В. О повышении в должности, Г. О зачислении в кадровый резерв.

73. Что в первую очередь характеризует личностные опросники в сравнении с тестами способностей?
А. Измерение самовосприятия респондента.
Б. Измерение времени реакции.
В. Измерение навыков работы с числовой информацией.
Г. Измерение навыков работы с вербальной информацией.
Правильный ответ: А. Измерение самовосприятия респондента.

74. Что такое шкала лжи?
А. Шкала, отражающая согласованность ответов друг с другом.
Б. Информация о готовности респондента дать заведомо ложную информацию в случае необходимости.
В. Достоверная информация о честности респондента при прохождении разных опросников.

Г. Показатели в опроснике, отражающие степень социальной желательности ответов респондента.
Правильный ответ: Г. Показатели в опроснике, отражающие степень социальной желательности ответов респондента.

75. Что такое сырой тестовый балл?
А. Определенная точка на шкале, баллы на или выше которой интерпретируются отлично от баллов ниже этой точки.
Б. Количественный показатель, подсчитанный в результате обработки ответов испытуемого путем применения тестового ключа к индивидуальному протоколу.
В. Единица отклонения от среднего значения по шкале тестового показателя, равная одному стандартному (или среднеквадратическому) отклонению.
Г. Балл со средним значением «5,5» и стандартным отклонением «2».
Правильный ответ: Б. Количественный показатель, подсчитанный в результате обработки ответов испытуемого путем применения тестового ключа к индивидуальному протоколу.

76. Какой метод оценки основан на наблюдении за поведением оцениваемых сотрудников в ходе деловой игры, моделирующей рабочие задачи?
А. Центр оценки.
Б. Включенное наблюдение.
В. Аттестация.
Г. Оценка методом «обратная связь 360 градусов».
Правильный ответ: А. Центр оценки.

77. Какой метод оценки основан на наблюдении за сотрудников в ходе выполнения работы?
А. Оценка методом «обратная связь 360 градусов».
Б. Центр оценки.
В. Включенное наблюдение.
Г. Аттестация.
Правильный ответ: В. Включенное наблюдение.

78. Как называется метод оценки деловых качеств и квалификации сотрудника, на основе результатов которой можно повысить или понизить в должности, премировать, перевести на более подходящую должность, отправить на повышение квалификации
А. Аттестация персонала.
Б. Центр оценки.
В. Оценка методом «обратная связь 360 градусов».
Г. Аттестация рабочего места.
Правильный ответ: А. Аттестация персонала.

79. По результатам какой процедуры оценки можно инициировать увольнение сотрудника согласно ТК РФ?
А. Аттестация рабочего места.
Б. Аттестация персонала.
В. Оценка методом «обратная связь 360 градусов».
Г. Центр оценки.
Правильный ответ: Б. Аттестация персонала.

Приложение 3. Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Шейна

Описание методики

Методика представляет собой опросник, направленный на диагностику ценностной составляющей профессиональной деятельности. Разработана Э.Шейном, на русский язык перевод и адаптация осуществлены В.Э. Винокуровой и В.А. Чикер. Другое название методики - «Якоря карьеры».

Теоретические основы

Одним из важнейших аспектов профессионального развития личности, а также ее самореализации является сознательное планирование карьеры. В отечественной психологии до недавнего времени понятие «карьера» практически не использовалось. Чаще употреблялись такие термины, как профессиональный жизненный путь, профессиональная деятельность, профессиональное самоопределение. Критериями удавшейся карьеры являются удовлетворенность жизненной ситуацией (субъективный критерий) и социальный успех (объективный критерий). То есть объективная, внешняя сторона карьеры — это последовательность занимаемых индивидом профессиональных позиций, а субъективная, внутренняя сторона — это то, как человек воспринимает свою карьеру, каков образ его профессиональной жизни и собственной роли в ней.

Важнейшей детерминантой профессионального пути человека является его представление о своей личности - так называемая профессиональная «Я-концепция», которую каждый человек воплощает в серию карьерных решений. Профессиональные предпочтения и тип карьеры — это попытка ответить на вопрос «кто я?». При этом очень часто человек реализует свои карьерные ориентации неосознанно.

Для любого человека характерны определенная личностная концепция, таланты, побуждения, мотивы и ценности, которыми он не сможет поступиться, осуществляя выбор карьеры. Прошлый жизненный опыт формирует определенную систему ценностных ориентаций, социальных установок по отношению к карьере и работе вообще. Поэтому в профессиональном плане субъект деятельности рассматривается и описывается через систему его диспозиций, ценностных ориентаций, социальных установок, интересов и тому подобных социально обусловленных побуждений к деятельности. В американской социальной психологии этому понятию соответствуют такие понятия, как «карьерные ориентации» или «якоря карьеры».

Карьерные ориентации возникают в процессе социализации, на основе и в результате научения в начальные годы развития карьеры, они устойчивы и могут оставаться стабильными длительное время.

Внутренняя структура

Опросник включает в себя 41 утверждение, степень своего согласия с каждым из которых респондент должен оценить по 10-балльной шкале: с 1 по 21 пункты включительно от «совершенно неважно» до «исключительно важно», с 22 по 41 пункты от «совершенно не согласен» до «полностью согласен».

Пункты группируются в 8 шкал, представляющих собой 8 невзаимоисключающих карьерных ценностных ориентаций (тех самых «якорей карьеры»).

Интерпретация

Подсчёт значений шкал

Для вычисления балла по шкале необходимо вычислить среднее арифметическое всех входящих в состав шкалы пунктов (сумма значений, разделённая на количество пунктов).

Удобным является регистрация ответов на специальном бланке, в этом случае подсчёт баллов упрощается:

1-й столбец (кроме вопроса 41) — профессиональная компетентность (пункты 1, 9, 17, 25, 33)

2-й столбец — менеджмент (пункты 2, 10, 18, 26, 34)

3-й столбец — автономия (пункты 3, 11, 19, 27, 35)

4-й столбец — вопросы 4, 12, 36 — стабильность места работы

— вопросы 20, 28 и вопрос 41 — стабильность места жительства

5-й столбец — служение (пункты 5, 13, 21, 29, 37)

6-й столбец — вызов (пункты 6, 14, 22, 30, 38)

7-й столбец — интеграция стилей жизни (пункты 7, 15, 23, 31, 39)

8-й столбец — предпринимательство (пункты 8, 16, 24, 32, 40)

Описание шкал

1. Профессиональная компетентность. Эта ориентация связана с наличием способностей и талантов в определенной области (научные исследования, техническое проектирование, финансовый анализ и т. д.). Человек с такой ориентацией хочет быть мастером своего дела, он бывает особенно счастлив, когда достигает успеха в профессиональной сфере, но быстро теряет интерес к работе, которая не позволяет развивать свои способности. Одновременно такой человек ищет признания своих талантов, что должно выражаться в статусе, соответствующем его мастерству. Он готов управлять другими в пределах своей компетентности, но управление не представляет для него особого интереса. Поэтому многие из этой категории отвергают работу менеджера, управление рассматривают как необходимое условие для продвижения в своей профессиональной сфере. Обычно это самая многочисленная группа в большинстве организаций, обеспечивающая принятие компетентных решений.

2. Менеджмент. В данном случае первостепенное значение имеют ориентация личности на интеграцию усилий других людей, полнота ответственности за конечный результат и соединение различных функций организации. С возрастом и опытом работы эта карьерная ориентация проявляется сильнее. Такая работа требует навыков межличностного и группового общения, эмоциональной уравновешенности, чтобы нести бремя ответственности и власти. Человек с карьерной ориентацией на менеджмент будет считать, что не достиг целей своей карьеры, пока не займет должность, на которой сможет управлять различными сторонами деятельности предприятия: финансами, маркетингом, производством продукции, разработками, продажами.

3. Автономия (независимость). Первичная забота личности с такой ориентацией - освобождение от организационных правил, предписаний и ограничений. Ярко выражена

потребность все делать по-своему: самому решать, когда, над чем и сколько работать. Такой человек не хочет подчиняться правилам организации (рабочее место, время, форменная одежда). Конечно, каждый человек в некоторой степени нуждается в автономии, однако если такая ориентация выражена сильно, то личность готова отказаться от продвижения по службе или от других возможностей ради сохранения своей независимости. Такой человек может работать в организации, которая обеспечивает достаточную степень свободы, но не будет чувствовать серьезных обязательств или преданности организации и будет отвергать любые попытки ограничить его автономию.

4. Стабильность. Эта карьерная ориентация обусловлена потребностью в безопасности и стабильности для того, чтобы будущие жизненные события были предсказуемы. Различают два типа стабильности - стабильность места работы и стабильность места жительства. Стабильность места работы подразумевает поиск работы в такой организации, которая обеспечивает определенный срок службы, имеет хорошую репутацию (не увольняет рабочих), заботится о своих работниках после увольнения и платит большие пенсии, выглядит более надежной в своей отрасли. Человек с такой ориентацией - его часто называют «человеком организации» - ответственность за управление карьерой перекладывает на нанимателя. Он будет совершать какие угодно географические передвижения, если того потребует компания. Человек второго типа, ориентированный на стабильность места жительства, связывает себя с географическим регионом, «пуская корни» в определенном месте, вкладывая сбережения в свой дом, и меняет работу или организацию только тогда, когда это предотвращает его «срывание с места». Люди, ориентированные на стабильность, могут быть талантливыми и занимать высокие должности в организации, но, предпочитая стабильную работу и жизнь, они откажутся от повышения, если оно грозит риском и временными неудобствами, даже в случае широко открывающихся возможностей роста.

5. Служение. Основными ценностями при данной ориентации являются «работа с людьми», «служение человечеству», «помощь людям», «желание сделать мир лучше» и т. д. Человек с такой ориентацией имеет возможность продолжать работать в этом направлении, даже если ему придется сменить место работы. Он не будет работать в организации, которая враждебна его целям и ценностям, и откажется от продвижения или перевода на другую работу, если это не позволит ему реализовать главные ценности жизни. Люди с такой карьерной ориентацией чаще всего работают в области охраны окружающей среды, проверки качества продукции и товаров, защиты прав потребителей и т. п.

6. Вызов. Основные ценности при карьерной ориентации этого типа - конкуренция, победа над другими, преодоление препятствий, решение трудных задач. Человек ориентирован на то, чтобы «бросать вызов». Социальная ситуация чаще всего рассматривается с позиции «выигрыша - проигрыша». Процесс борьбы и победа более важны для человека, чем конкретная область деятельности или квалификация. Например, торговый агент может рассматривать каждый контракт с покупателем как игру, которую надо выиграть. Новизна, разнообразие и вызов имеют для людей с такой ориентацией очень большую ценность, и, если все идет слишком просто, им становится скучно.

7. Интеграция стилей жизни. Человек ориентирован на интеграцию различных сторон образа жизни. Он не хочет, чтобы в его жизни доминировала только семья или только карьера, или только саморазвитие. Он стремится к тому, чтобы все это было сбалансировано. Такой человек больше ценит свою жизнь в целом - где живет, как совершенствуется, чем конкретную работу, карьеру или организацию.

8. Предпринимательство. Человек с такой карьерной ориентацией стремится создавать что-то новое, он хочет преодолевать препятствия, готов к риску. Он не желает работать на

других, а хочет иметь свою марку, свое дело, свое финансовое богатство. Причем это не всегда творческий человек, для него главное - создать дело, концепцию или организацию, построить ее так, чтобы это было продолжением его самого, вложить туда душу. Предприниматель будет продолжать свое дело, даже если сначала он будет терпеть неудачи и ему придется серьезно рисковать.

Практическая значимость

Методика может быть использована в консультировании относительно выбора профессии, профориентации, а также для оценки мотивации к профессиональной деятельности при индивидуальном консультировании и при работе с коллективами на предприятиях.

Инструкция

Опросник, который вы сейчас будете заполнять, выявляет ваши предпочтения в выборе профессионального пути и построении карьеры. Вам необходимо ответить на 41 вопрос по 10-бальной шкале, где:

1 балл – «совершенно неважно», 10 баллов – «исключительно важно»

№	Утверждения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Строить свою карьеру в пределах конкретной сферы.										
2	Осуществлять наблюдение, влияние и контроль над людьми на всех уровнях.										
3	Иметь возможность делать всё по-своему и не быть стеснённым правилами какой-либо организации.										
4	Иметь постоянное место работы с гарантированным окладом и социальной защищённостью.										
5	Употребить своё умение общаться на пользу людям, помогать другим.										
6	Работать над проблемами, которые представляются почти неразрешимыми.										
7	Вести такой образ жизни, чтобы интересы семьи и карьеры были взаимно уравновешены.										
8	Создать и построить нечто, что будет всецело моим произведением или идеей.										
9	Продолжать работу по своей специальности, чем получить более высокую должность, не связанную с моей специальностью.										
10	Быть первым руководителем в организации.										
11	Иметь работу, не связанную с режимом или другими организационными ограничениями.										

12	Работать в организации, которая обеспечит мне стабильность на длительный период времени.										
13	Употребить свои умения и способности на то, чтобы сделать мир лучше.										
14	Соревноваться и побеждать других.										
15	Строить карьеру, которая позволит мне продолжать следовать моему образу жизни.										
16	Создать новое коммерческое предприятие.										
17	Посвятить всю жизнь избранной профессии.										
18	Занять высокую руководящую должность.										
19	Иметь работу, которая предоставляет максимум свободы и автономии в выборе характера занятий, времени выполнения и т.д.										
20	Оставаться на одном месте жительства, чем переехать в связи с повышением.										
21	Иметь возможность использовать свои умения и таланты для служения важной цели.										

1 балл – «совершенно не согласен», 10 баллов – «полностью согласен»

№	Утверждение	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Единственная действительная цель моей карьеры – находить и решать трудные проблемы, независимо от того, в какой области они возникли.										
23	Я всегда стремлюсь уделять одинаковое внимание моей семье и моей карьере.										
24	Я всегда нахожусь в поиске идей, которые дают мне возможность начать и построить собственное дело.										
25	Я соглашусь на руководящую должность только в том случае, если она находится в сфере моей профессиональной компетенции.										
26	Я хотел бы достичь такого положения в организации, которое давало бы возможность наблюдать за работой других и интегрировать их деятельность.										
27	В моей профессиональной деятельности я более всего заботился о своей свободе и автономии.										
28	Для меня важнее остаться на нынешнем месте жительства, чем получить повышение или новую работу в другой местности.										
29	Я всегда искал работу, на которой мог бы приносить пользу другим.										
30	Соревнование и выигрыш – это наиболее важные и волнующие стороны моей карьеры.										

31	Карьера имеет смысл только в том случае, если она позволяет мне вести жизнь, которая нравится.										
32	Предпринимательская деятельность составляет центральную часть моей карьеры.										
33	Я бы скорее ушёл из организации, чем стал заниматься работой, не связанной с моей профессией.										
34	Я буду считать, что достиг успеха в карьере только тогда, когда стану руководителем высокого уровня в солидной организации.										
35	Я не хочу, чтобы меня стесняла какая-нибудь организация или мир бизнеса.										
36	Я предпочёл бы работать в организации, которая обеспечивает длительный контракт.										
37	Я хотел бы посвятить свою карьеру достижению важной и полезной цели.										
38	Я чувствую себя преуспевающим только тогда, когда я постоянно вовлечён в решение трудных проблем или в ситуацию соревнования.										
39	Выбрать и поддерживать определённый образ жизни важнее, чем добиться успеха в карьере.										
40	Я всегда хотел основать и построить свой собственный бизнес.										
41	Я предпочитаю работу, которая не связана с командировками.										

Приложение 4. Опросник GALLUP Q12

Инструкция

Ответьте на вопросы, выбрав один из вариантов ответа:

№	Вариант ответа / Вопрос	Определенно нет	Скорее нет, чем да	Затрудняюсь ответить	Скорее да, чем нет	Определенно да
1	Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?					
2	Есть ли у вас все материалы и оборудование, необходимые для качественного выполнения работы?					
3	Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?					
4	Получали ли вы похвалу или награду за хорошую работу в последнюю неделю?					
5	Заботится ли ваш начальник или кто-либо из коллег о вас как личности?					
6	Имеется ли сотрудник, который поощряет ваше профессиональное развитие?					
7	Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?					
8	Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей организации помогает вам осознать важность вашей работы?					
9	Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?					
10	Есть ли у вас лучший друг на работе?					
11	Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?					
12	Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?					

Приложение 5. Информационное письмо-приглашение

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(Росздравнадзор)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»
РОСЗДРАВНАДЗОРА
(ФГБУ «Национальный институт качества»
Росздравнадзора)

109074, Москва, Славянская площадь,
д.4, стр.1
тел. (495) 980-29-35, 698-27-76
e-mail: expert@nqi-russia.ru

13.07.2022 № 4649/22

на № _____ от _____ г.

Руководителям медицинских организаций, участвующих в проекте «Внедрение Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации»

Уважаемые коллеги!

ФГБУ «Национальный институт качества Росздравнадзора проводит исследование российских практик управления персоналом в медицинских организациях. Приглашаем руководителей медицинских организаций на добровольной основе принять участие в исследовании.

В рамках исследования будет проводиться онлайн-опрос сотрудников медицинских организаций в части изучения практик привлечения, подбора, адаптации, обучения, мотивации работников, а также тестирование базовых знаний руководителей в вопросах управлении персоналом и мотивационной готовности к управленческой деятельности. Сроки проведения исследования: август-сентябрь, 2022 г.

Управление персоналом – одна из ключевых компетенций современного руководителя медицинской организации, так как персонал является ключевым ресурсом для системы здравоохранения. По результатам проведенного исследования участникам исследования будут предоставлены аналитические отчеты (Приложение) с объективными данными, которые позволят определить направления для дальнейшего развития в сфере управления персоналом в соответствии с требованиями Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. При подготовке отчетов будут соблюдены принципы конфиденциальности персональной информации.

Для участия в исследовании обращайтесь к преподавателю учебно-методического отдела Умнову Сергею Владимировичу по электронной почте: umnov@clever-pro.ru и телефонам +7-905-543-11-28, +7-926-231-44-05.

Благодарим Вас за содействие!

Приложение на 1 л. в 1 экз.

С уважением,
Врио Генерального директора И.А. Казьмин

Исп. Умнов С.В. +7 905 543 11 28

Приложение к письму
ФГБУ «Национальный институт
качества» Росздравнадзора
от _____ № _____

Перечень аналитических отчетов по результатам исследования

Вид отчета	Содержание отчета	Рекомендации
1. Персональный отчет для сотрудника-участника исследования.	• Индивидуальные оценки знаний инструментов и методик в сфере управления персоналом. • Индивидуальный профиль мотивации сотрудника.	На основании результатов оценки сотрудник сможет подготовить план индивидуального развития и запланировать обучение по направлению управление персоналом.
2. Отчет для руководителя подразделения медицинской организации-участника исследования.	• Оценка качества системы управления персоналом на уровне подразделения (средние значения оценок сотрудников). • Оценка знаний инструментов и методик в сфере управления персоналом на уровне подразделения (средние значения оценок сотрудников). • Профиль мотивации сотрудников подразделения (средние значения оценок сотрудников).	На снованнии результатов исследования руководитель сможет определить направления для развития системы управления персоналом на уровне подразделения.
3. Медицинская организация-участник исследования	• Оценка качества системы управления персоналом на уровне медицинской организации (средние значения оценок сотрудников). • Оценки знаний инструментов и методик в сфере управления персоналом на уровне медицинской организации (средние значения оценок сотрудников). • Профиль мотивации сотрудников медицинской организации (средние значения оценок сотрудников).	На снованнии результатов исследования руководитель сможет определить направления для развития системы управления персоналом медицинской организации.

Приложение 6. Список медицинских организаций, принявших участие в исследовании

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская клиническая больница №21 города Уфа (ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа)

ГКБ № 21 является одним их крупнейших лечебных учреждений Республики Башкортостан. Ежегодно специалисты больницы оказывают экстренную и плановую специализированную (в т.ч. высокотехнологичную) медицинскую помощь около 354 000 пациентам; паллиативную стационарную – более 250 пациентам, амбулаторную – более 1000 пациентам; 52 % пациентов, получивших необходимые виды медицинской помощи, лечатся в стационарных условиях.

В структуре больницы 23 клинических (11 терапевтических, 12 хирургических), 3 реанимационных отделения; 15 параклинических подразделений, где ведется постоянная работа по обеспечению охранительного режима для пациентов.

Всего в ГКБ № 21 работает более 2 200 чел., из них врачей более 600, среднего медицинского персонала 1100. Укомплектованность врачами - 83 %, средним медицинским персоналом - 80 %. Сертифицированность специалистов составляет 96%, среднего медперсонала – 90%. Всего 25 врачей удостоены звания «Заслуженный врач» Республики Башкортостан и 1 «Заслуженный врач» Российской Федерации, 23 – «Отличник здравоохранения РБ и РФ». Трудятся 4 доктора медицинских наук, 58 кандидатов медицинских наук. Для привлечения кадров в село организовано активное участие специалистов в программе «Земских доктор» - 62 врача и в программе «Земский фельдшер» 4 фельдшера. Больница является участником федерального пилотного проекта по Непрерывному медицинскому образованию.

2. Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника №5» (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» г. Тюмени)

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» основана в ноябре 1969 года, обслуживает взрослое и детское население Калининского АО г. Тюмени. В соответствии с Распоряжением Администрации г. Тюмени в декабре 2012 г. завершена реорганизация ГАУЗ ТО «Городская поликлиника№5» путем присоединения к ней ММАУ «Детская городская поликлиника №4», в марте 2014 г. - путем присоединения ММАУ «Городская поликлиника №10». В 2022 году введен в эксплуатацию новый корпус поликлиники для обслуживания населения, проживающего в активно строящемся районе ЖК Ямальский –

д.Дударева.

В настоящее время городская поликлиника №5 – это крупное многопрофильное амбулаторно-поликлиническое учреждение города. В августе 2018 г. поликлиника получила сертификат и в 2021 году успешно прошла ресертификацию Росздравнадзора по соответствию требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности».

Основная деятельность поликлиники направлена на выполнение программы государственных гарантий обеспечения населения качественной и доступной бесплатной медицинской помощью.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» оказывает первичную медико-санитарную помощь населению: доврачебную, врачебную, специализированную и паллиативную.

Руководство поликлиники уделяет большое внимание повышению структурной эффективности и внедрению современных подходов к кадровому обеспечению, а также укреплению материально-технической базы в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5».

Численность обслуживаемого населения (по состоянию на 01.01.2024 г.) 162 458 человек, из них детское население – 42 553 человек, взрослое население- 119 926 человек.

Утвержденная штатная численность (по состоянию на 01.01.2024 г.) составляет 1348,25 должностей, из них- 397,25 врачебных должностей, 573,75 – должностей среднего медицинского персонала и 352 прочих должностей. Укомплектованность на 01.01.2024 г. составляет в целом по учреждению- 98% (врачи – 100%, средний медицинский персонал- 100%, прочий персонал- 98%).

3. Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства учреждено Министерством здравоохранения Российской Федерации приказом №375 от 17.10.2001 г. ПОМЦ ФМБА России — бесспорный лидер в сфере разработки и применения медицинских технологий на территории Приволжского федерального округа. Среди последних достижений развитая персонифицированная и ядерная медицина, успешные операции по резекции и трансплантации печени, инновационные методы локального разрушения опухолей, трансартериальная химиоэмболизация и радиоэмболизация, эмболизация воротной вены, брахитерапия, кератопластика (пересадка роговицы).

26 000 человек ежегодно получают медицинскую помощь на базе ПОМЦ ФМБА России. В Центре выполняется большинство видов высокотехнологичных операций по квотам в области абдоминальной,

сердечно-сосудистой, челюстно-лицевой хирургии, гинекологии, гастроэнтерологии, нейрохирургии, онкологии, офтальмологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, трансплантации органов, урологии, эндокринологии, ЭКО. На базе Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России оказываются следующие виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь.

Уровень подготовки кадров и технического обеспечения позволил ПОМЦ ФМБА России стать клинической базой для девятнадцати кафедр в четырех образовательных организациях, осуществляющих подготовку врачей.

4. Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница»

Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница» сегодня – многопрофильное современное стремительно растущее и развивающееся лечебное объединение мощностью 900 коек. В его структуре более 30 специализированных отделений, поликлиника №1, детская поликлиника №4, женская консультация №5, «Центр здоровья», круглосуточный травмпункт. В стационаре функционирует 16 отделений по профилям: терапии на 80 коек, 2 отделения кардиологии на 125 коек, 2 отделения неврологии на 120 коек, эндокринологии на 60 коек, нефрологии на 40 коек, общей хирургии – на 55, хирургической инфекции – на 50 коек, проктологии – на 60, урологии – на 60, сочетанной травмы – на 55, оториноларингологии – на 40, гинекологии – на 50, госпиталь ветеранов – на 60, отделение общего профиля на 50 коек. Имеется отделение реанимации, три блока интенсивной терапии, приемное отделение, операционный блок с 10 операционными, 11 вспомогательных служб, травматологический пункт. Успешно функционирует Центр здоровья.

В клинике работает 1300 человек, из них 25 отличников здравоохранения РД и РФ, 27 заслуженных врачей РД и РФ, 2 доктора и 12 кандидатов медицинских наук, много заслуженных работников здравоохранения РД. Больница является клинической базой кафедр ДГМА, наряду с лечебной активно ведется научная работа. Врачами больницы совместно с сотрудниками кафедр получено 17 патентов на изобретения, опубликовано более 170 научных трудов, выпущено 16 пособий для практических врачей.

5. ООО «Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс»

Немецкая компания Б. Браун — один из мировых лидеров в производстве продукции для сферы здравоохранения. В состав компании входят три подразделения: подразделение Hospital Care, подразделение Aesculap и B. Braun Avitum. Особое внимание компания уделяет собственному

производству на территории Российской Федерации — завод «Гематек», расположенный в Тверской области, входит в список крупнейших в стране производителей инфузионных растворов. Центры амбулаторного гемодиализа Б. Браун в России оснащены самым современным и надежным оборудованием. Работа каждого центра направлена на то, чтобы оказывать своим пациентам медицинскую помощь высочайшего качества и добиваться как можно более высоких результатов диализной терапии.

«ЦЕНТР ДИАЛИЗА» - современная и быстро развивающаяся медицинская организация, работающая в рамках сотрудничества государства и бизнеса. Вся помощь пациентам оказывается бесплатно и оплачивается из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Первое отделение было открыто 6 июля 2011 года в городе Челябинск. В настоящее время в Челябинской области функционируют 6 отделения гемодиализа, что позволяет обеспечивать высокотехнологичной помощью 45 % пациентов с хронической болезнь почек.

Целью «ЦЕНТР ДИАЛИЗА» является оказание высокоэффективной медицинской помощи пациентам нуждающихся в гемодиализе и сохранение максимального качества жизни. В нашем распоряжении имеются высококвалифицированный персонал, современная надежная медицинская аппаратура и современные немецкие диализаторы Xevonta.

6. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница» (КГБУЗ Краевая клиническая больница), г. Красноярск

КГБУЗ Краевая клиническая больница - самое крупное учреждение здравоохранения Алтайского края, с наличием в структуре круглосуточного стационара практически всех направлений оказания медицинской помощи, двух консультативных поликлиник и дневным стационаром. Основной задачей больницы является оказание высокотехнологичной, специализированной, консультативно диагностической и лечебной помощи населению края в амбулаторных и стационарных условиях с применением эффективных медицинских технологий. В структуре стационара развернуты 26 клинических отделений и 33 параклинических подразделения.

В стационаре ежегодно лечится свыше 34 тысяч пациентов со всего края, проводится около 20 тысяч операций, 10% которых составляют высокотехнологичные.

Общая численность работающих в Краевой больнице более 2300 человек, в том числе более 500 врачей и более 900 средних медицинских работников. Врачи краевой больницы постоянно совершенствуют свое профессиональное мастерство, проходят обучение в ведущих клиниках России и за рубежом. Своими знаниями и опытом профессионалы краевой больницы делятся с коллегами из районов края, дистанционно проводя консультации, в первую очередь – по ведению пациентов, нуждающихся в экстренной помощи.

7. Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №1» (ГБУЗ «ГП№1»)

ГБУЗ «Городская поликлиника №1» оказывает первичную медико-санитарную помощь детскому и взрослому населению, проживающему на территории Советского района г. Улан- Удэ, а также прикрепленному населению из других районов по 17 видам доврачебных услуг, по 7 видам врачебных услуг, (в т.ч. по 3-м видам - в условиях дневного стационара), по 29 видам специализированных врачебных услуг (в т.ч. по 9 видам в условиях дневного стационара), а также проводятся медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Площадь Советского района составляет 61,35 тысячи квадратных метров. Радиус обслуживания населения 15 – 20 км. Численность прикрепленного населения составляет 90 тыс. человек, из них 24 тыс дети.

В состав «Городской поликлиники№1» входят 4 филиала, 9 врачебных амбулаторий, Женская консультация, круглосуточный травматологический пункт, дневной стационар. Организованы 31 терапевтических, 21 педиатрических, 15 акушерско-гинекологических, 7 участков врачей семейной практики.

Всего работает 161 врача, 286-средних медицинских работников, 177 сотрудников прочего персонала, 7 врачей имеют ученую степень КМН, 30% врачей и 57% СМР имеет высшую квалификационную категорию, удостоены звания «Заслуженный врач» -20 работника, «Отличник здравоохранения» – 8 чел.

8. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (ГБУЗ СО «ЕКПЦ»)

Целью работы Екатеринбургского ГБУЗ СО «ЕКПЦ» является оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, на всех этапах: семьям с проблемами, связанными с бесплодием, беременным и родильницам групп высокого риска, детям с различными заболеваниями периода новорожденности, в том числе глубоконедоношенным детям (с массой тела при рождении от 500 гр.). В ГБУЗ СО «ЕКПЦ» применяются современные перинатальные технологии и доказанноэффективные практики.

Во всех подразделениях ЕКПЦ работают высококвалифицированные специалисты. Они постоянно обучаются, участвуют в различных семинарах и конференциях международного уровня, перенимают опыт у западных коллег.

В консультативно-диагностической поликлинике (КДП) осуществляется диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, благоприятного течения родов и послеродового периода.

В условиях дневного стационара проводятся обследования и лечение беременных женщин с использованием современного оборудования и передовых медицинских технологий.

В составе Отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных работает круглосуточный реанимационный консультативный Центр новорожденных. Врачи центра дистанционно и очно обеспечивают экспертное консультирование новорождённых, требующих реанимационной помощи в родильных домах г. Екатеринбурга. Совместно обговаривается тактика лечения, а также определяется порядок госпитализации детей для оказания помощи в ОРИТН. Медики ОРИТН непрерывно внедряют новые современные технологии диагностики и лечения новорожденных, недоношенных, находящихся в критическом состоянии детей.

С 2018 года в ГБУЗ СО ЕКПЦ функционирует симуляционно-тренинговый центр, который обеспечивает повышение уровня профессиональных навыков врачей-специалистов, а также готовит ординаторов и средний медицинский персонал. Центр оснащён реалистичным симуляционным оборудованием, на котором можно отрабатывать акушерские, неонатальные и анестезиологические манипуляции.

9. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Владивостокская поликлиника № 6» (КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 6»)

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Владивостокская поликлиника №6» - медицинская организация, подведомственная Департаменту здравоохранения Приморского края. Учредителем учреждения является Приморский край. От имени Приморского края функции и полномочия учредителя (собственника имущества) в пределах своей компетенции осуществляют Администрация Приморского края, департамент здравоохранения Приморского края, департамент земельных и имущественных отношений Приморского края.

КГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 6» оказывает первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению Первомайского района г. Владивостока численностью 73949 тысяч человек на 01.05.2021 года.

10. Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РДЖ-Медицина» ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина»

Сеть «РЖД-Медицина» — это крупная часть национальной системы здравоохранения России, которая включает в себя 360 больниц и поликлиник в 71 субъекте Российской Федерации. Сеть «РЖД-Медицина» предоставляет полный комплекс медицинских услуг от первичного приема пациента до сложных хирургических вмешательств и реабилитации. Квалифицированную медицинскую помощь могут получать не только сотрудники ОАО «РЖД», но и пациенты, чья профессия никак не связана с железной дорогой. Даже в труднодоступных

Приложение 7. Программа онлайн обучения «Технологии управления персоналом в медицинской организации»

Цель программы – совершенствование знаний современных кадровых технологий, повышение личной эффективности и развитие навыков управления персоналом в медицинской организации.

В результате успешного освоения программы слушатель будет знать:

- современные модели управления персоналом в организации;
- методы и инструменты привлечения, подбора и адаптации персонала;
- инструменты оценки вовлеченности и профилактики профессионального выгорания;
- методы формирования кадрового резерва и обучения персонала в организации;
- методы и инструменты оценки деятельности сотрудников;
- практики нематериальной мотивации и удержания персонала.

уметь:

- разрабатывать и внедрять современные подходы в управлении персоналом;
- разрабатывать и внедрять процедуры и инструменты привлечения. подбора и адаптации персонала;
- внедрять процедуры по снижению рисков и профилактике профессионального выгорания, повышению уровня удовлетворенности персонала;
- разрабатывать программы обучения и индивидуальные планы развития персонала;
- внедрять процедуры оценки деятельности и внедрять компетенций сотрудников;
- внедрять практики и инструменты нематериальной мотивации и удержания персонала.

№ п/п	Наименование разделов	Часы			
		Всего часов	Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1.	Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл	5	1	-	4

2.	Обеспечение персоналом: привлечение, подбор и адаптация персонала	7	2	-	5
3.	Оптимизация условий труда: вовлеченность и профилактика профессионального выгорания	6	1	-	5
4.	Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников	6	1	-	5
5.	Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников	6	1	-	5
6.	Оценка деятельности сотрудников	5	1	-	4
	Экзамен	1	-	-	1
	ИТОГО:	36	7	-	28

Содержание разделов модуля:

Тема 1. Система управления персоналом: модели управления персоналом и кадровый цикл.

Основные понятия и определения системы управления персоналом. Кадровый цикл. Структура процессов, качественные и количественные показатели эффективности в области управления персоналом. Роль руководителя подразделения в системе управления персоналом. Распределение ответственности, компетентность руководителей в управлении человеческими ресурсами.

Тема 2. Обеспечение персоналом: привлечение, подбор и адаптация персонала.

Бренд работодателя. Управление брендом работодателя, современные методы повышения привлекательности медицинской организации для кандидатов. Адаптация персонала. Эффективные практики адаптации молодых специалистов. Построение системы наставничества. Текучесть персонала. Виды текучести персонала. Условия для удержания квалифицированных кадров в Эффективные практики адаптации молодых специалистов. Построение системы наставничества. Система подбора персонала, методы привлечения и оценки Современные технологии привлечения кандидатов, методы оценки кандидатов на соответствие требованиям при подборе. Аспекты увольнения. Причины увольнения сотрудников. Юридические вопросы увольнения.

Тема 3. Оптимизация условий труда: вовлеченность и профилактика профессионального выгорания.

Условия труда. Обеспечение и оптимизация условий труда в медицинской организации. Понятия и определения вовлеченности, удовлетворенности и приверженности персонала. Методики оценки удовлетворенности и вовлеченности персонала Профессиональное выгорание. Подходы и инструменты профилактики профессионального выгорания работников.

Тема 4. Формирование и развитие кадрового потенциала организации: программы обучения и индивидуальные планы развития сотрудников

Кадровый резерв. Методики формирования кадрового резерва, подготовка преемников на руководящие должности. Обучение персонала, индивидуальный план развития. Формирование системы непрерывного внутреннего обучения и развития персонала. Методы оценки потенциала сотрудников.

Тема 5. Управление внутренней средой: корпоративная культура и нематериальная мотивация сотрудников

Корпоративная культура. Использование социально-психологических методов управления персоналом как один из основных инструментов управления. Корпоративная культура– как инструмент управления организацией. Практики мотивации персонала. Факторы нематериальной мотивации и удержания персонала в медицинской организации.

Тема 6. Оценка деятельности сотрудников

Компетентность и компетенции персонала. Компетентностный подход в управлении персоналом. Правовые аспекты оценки деятельности. Практики оценки (центр оценки, метод 360 градусов, тесты оценки знаний, личностные опросники).