

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
Департамента здравоохранения
города Москвы по лучевой
и инструментальной диагностике



С.П. Морозов

2020 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 11



2020 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ОТДЕЛЕНИЯХ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Часть 2

Логистика персонала

Методические рекомендации № 91

Москва
2020

УДК 615.84+616-073.75

ББК 53.6

О 64

Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики»

Основана в 2017 году

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители:

Клименко А. А. – эксперт отдела клинического аудита ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

Иванова Н. А. – эксперт отдела клинического аудита ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

Клименко В. А. – ведущий специалист АО «Атомэнергомаш», проектный офис АЭС «Пакш-2»

Плаутин О. Н. – к.т.н., руководитель отдела клинического аудита ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

Рыжов С. А. – руководитель центра по радиационной безопасности и медицинской физике ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

Морозов С. П. – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике ДЗМ и Минздрава России по ЦФО РФ, директор ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»

О 64 Организация деятельности в отделениях лучевой диагностики. Часть 2. Логистика персонала: методические рекомендации / сост. А. А. Клименко, Н. А. Иванова, В. А. Клименко [и др.] // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». – Вып. 75. – М. : ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», 2020. – 38 с.

Рецензенты:

Ермолина Елена Павловна – к.м.н., доцент кафедры радиационной гигиены им. академика Ф. Г. Кроткова ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Соколов Павел Леонидович – д.м.н., ведущий научный сотрудник группы лучевой диагностики ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

Романов Павел Анатольевич – заведующий отделением лучевой диагностики ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ»

Методические рекомендации предназначены для использования в медицинских организациях, в качестве практического руководства и адресовано административно-управленческому персоналу отделений (кабинетов) лучевой диагностики.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

ISSN 2618-7124

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2020

© ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», 2020

© Коллектив авторов, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки.....	4
Термины и определения.....	5
Обозначения и сокращения	8
Введение	9
Основная часть	11
1. Стандартизация.....	17
2. Планирование.....	20
3. Анализ кадрового потенциала.....	23
4. Подбор персонала, адаптация и наставничество.....	24
5. Повышение квалификации, оценка и аттестация персонала.	27
6. Формирование организационной культуры, мотивация персонала.....	30
Заключение	33
Список использованных источников.....	34
Приложение	36

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

При подготовке методических рекомендаций использовались следующие законодательные, нормативно-правовые акты, стандарты и методические документы*:

1. Федеральный закон от 21.12.2012 ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 ФЗ-323 «Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.06.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел „Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки „Здравоохранение и медицинские науки”».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2016 № 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».
6. Распоряжение Министерства экономического развития Российской Федерации от 14.04.2014 № 26Р-АУ «Об утверждении Методических рекомендаций по внедрению проектного управления в органах исполнительной власти».
7. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12.2017 года № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».
8. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.07.2019 № 474 «Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы».
9. ГОСТ Р ИСО 21500-2014 «Руководство по проектному менеджменту».
10. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования».
11. ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения».

*При пользовании настоящими методическими рекомендациями целесообразно проверить действие ссылочных стандартов и классификаторов, законов, постановлений и др. в информационной системе общего пользования – на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии или по ежегодно издаваемому информационному указателю «Национальные стандарты», который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по соответствующим ежемесячно издаваемым информационным указателям, опубликованным в текущем году, на сайтах Правительства Российской Федерации или ведомств.

Если ссылочный документ заменен (изменен), то при пользовании настоящими методическими рекомендациями следует руководствоваться заменяющим (измененным) документом. Если документ отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящих методических рекомендациях применены следующие термины с соответствующими определениями:

1) **адаптация персонала** – процесс ознакомления, приспособления работников к содержанию и условиям трудовой деятельности, а также к социальной среде организации. Адаптация является одной из составляющих частей управления персоналом. Этот термин применим как к новым сотрудникам, нанимаемым извне, так и к сотрудникам, перемещаемым на новую должность в порядке внутренней ротации;

2) **аттестация персонала** – кадровые мероприятия, направленные на оценку соответствия уровня труда, качеств и потенциала личности требованиям выполняемой деятельности;

3) **декомпозиция** – разделение блоков мероприятий на более мелкие и более управляемые компоненты с целью обеспечения эффективного планирования, организации и контроля;

4) **должность** – служебное положение работника, обусловленное кругом его обязанностей, должностными правами и степенью ответственности;

5) **должностная инструкция** – локальный нормативный правовой акт, регламентирующий правовое положение работника в организации, определяет квалификационные требования, функции, обязанности, права и ответственность работника согласно занимаемой должности;

6) **квалификация** – уровень общей и специальной подготовки работника, подтверждаемый установленными законодательством определенными видами документов (аттестат, диплом, свидетельство и др.);

7) **контроль** – сравнение фактических показателей выполнения работы с плановыми показателями, анализ отклонений и осуществление, при необходимости, соответствующих корректирующих и предупреждающих действий;

8) **контрольное событие (веха)** – значимое событие проекта или процесса, отражающее получение измеримых результатов и имеющее только срок окончания;

9) **компетентность** – продемонстрированная способность применять знания и навыки на практике;

10) **мероприятие (работа)** – набор связанных действий, выполняемых для достижения целей проекта (процесса), имеющий сроки начала и окончания;

11) **мотивация персонала** – процесс, который обеспечивает регулярное выполнение работником желаемых действий для повышения качества работы;

12) **нормативная методическая база** – совокупность законов, нормативных правовых актов и внутренних методических документов;

13) **организационная структура** – структура количественного и качественного состава подразделений медицинской организации, схематически отражающая порядок их взаимодействия между собой и формируемая исходя из объема и содержания задач, решаемых медицинской организацией, направленности и интенсивности, сложившихся информационных и документационных потоков, с учетом организационных и материальных возможностей;

- 14) **оценка персонала** – это целенаправленный процесс установления соответствия качественных характеристик работника требованиям занимаемой должности или рабочего места;
- 15) **персонал** – совокупность трудовых ресурсов, которые находятся в распоряжении медицинской организации и необходимы для исполнения определенных функций, достижения целей деятельности;
- 16) **предупреждающие действия** – предписания и конечные действия, предназначенные для внесения изменений в текущую работу, с целью исключения или сокращения потенциальных отклонений от существующего плана работ;
- 17) **проект** – комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в условиях временных и ресурсных ограничений;
- 18) **процесс** – структурированный набор работ, характеризующийся повторяемостью, и направленный на реализацию определенных функций и достижение целей;
- 19) **проектно-ориентированная система управления** – система управления, цели в которой достигаются через реализацию проектов;
- 20) **процессно-ориентированная система управления** – система управления, при которой цели достигаются преимущественно через исполнение стандартизованных процессов (в рамках текущей деятельности);
- 21) **проектная деятельность** – деятельность, связанная с инициированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов (программ);
- 22) **работник** – субъект трудового права, физическое лицо, вступившее в трудовые отношения с работодателем;
- 23) **работодатель** – субъект трудового права, юридическое лицо (медицинская организация), вступившее в трудовые отношения с работником;
- 24) **радиационная безопасность** – совокупность технических, гигиенических и организационных мероприятий, обеспечивающих безопасные условия для персонала и населения со снижением доз ионизирующего излучения до возможно низкого уровня;
- 25) **система менеджмента качества** – система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству;
- 26) **стандарт организации** – нормативный документ по стандартизации, устанавливающий комплекс норм, правил и требований к различным видам деятельности или их результатам, и утвержденный приказом руководства медицинской организации;
- 27) **стандартная операционная процедура** – это набор пошаговых инструкций (собранных организацией в документ), разъясняющих сотрудникам выполнение типовых действий;
- 28) **управление процессом** – планирование, организация и контроль трудовых, финансовых и материально-технических ресурсов процесса, направленные на эффективное достижение целей процесса и его непрерывное совершенствование;

29) **управленческая компетенция** – набор управленческих знаний, умений, навыков, опыта и личностных качеств, позволяющий качественно решать управленческие задачи для достижения организационных результатов;

30) **штатное расписание** – это локальный нормативный акт, который применяется для оформления структуры, штатного состава и штатной численности медицинской организации.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Сокращения, принятые в настоящих методических рекомендациях:

- ДЗМ** – Департамент здравоохранения города Москвы
- ДП** – документированная процедура
- ИТР** – инженерно-технический работник
- ЕКС** – единый квалификационный справочник
- МО** – медицинская организация
- НД** – нормативный документ
- ОЛД** – отделение лучевой диагностики
- РБ** – радиационная безопасность
- РК** – руководство по качеству
- РФ** – Российская Федерация
- СМК** – система менеджмента качества
- СОП** – стандартная операционная процедура
- СП** – структурное подразделение (отделение, отдел, служба) медицинской организации
- СОУТ** – специальная оценка условий труда
- СТО** – стандарт организации
- ТК РФ** – трудовой кодекс Российской Федерации
- УП** – управление персоналом
- ФЗ** – Федеральный закон
- ICB IPMA** – International Competence Baseline of the International Project Management Association (Базовая линия международной компетенции Международной ассоциации управления проектами)
- ISO** – International Organization for Standardization (Международная организация по стандартизации)
- PMBOK** – Project Management Body of Knowledge (Свод знаний по управлению проектами)
- PMI** – Project Management Institute (Институт управления проектами)
- JCI** – Joint Commission International (Объединенная международная комиссия по аккредитации медицинских организаций)
- NSQHS** – National Safety and Quality Health Service Standards (Национальные стандарты безопасности и качества услуг здравоохранения Австралии)
- WBS** – Work Breakdown Structure (Структура разбивки работ)

ВВЕДЕНИЕ

Доступность, качество и безопасность медицинских услуг оказывает влияние на многие общегосударственные факторы экономического, социального и культурного развития России. Качество и безопасность предоставляемых пациентам медицинских услуг при проведении лучевой диагностики определяется четырьмя основными факторами: качеством управления медицинской организацией; качеством медицинской услуги и достоверностью результатов исследований; качеством сервисных услуг и комфорта для пациентов при оказании медицинской помощи; безопасностью пациента и персонала при подготовке и проведении диагностики с использованием источников излучения.

Прежде чем заявлять о качестве и безопасности услуг, любая медицинская организация должна переосмыслить взгляды на систему управления персоналом, применяемые на практике подходы управления, которые стали привычными в течение многих лет. В настоящее время управление людьми в здравоохранении в большей степени строится не на теоретических знаниях и эффективных способах управления, а на интуиции и личном опыте руководителей. В связи с этим управление персоналом до сих пор является скорее искусством, чем наукой. В то же время попытки применения сугубо теоретических концепций, не подтвержденных практикой, как правило, обречены на провал.

До последнего времени само понятие управления персоналом в нашей управленческой практике отсутствовало, хотя в структуре управления каждой организации существовала система управления кадрами, отделы кадров. Однако основную часть работ по управлению кадровым составом выполняли и выполняют линейные руководители подразделений (отделений) медицинских организаций.

Стратегической целью управления персоналом в медицинской организации является обеспечение оптимального баланса процессов обновления и сохранения количественных и качественных характеристик медицинского состава (врачей, медсестер), инженерно-технических и иных работников, а также повышение мотивации и заинтересованности всех работников в результатах своей деятельности. Можно заметить, что теория и практика управления персоналом тесно переплетаются с такими науками, как физиология, социология и психология труда, эргономика, наука о безопасности труда, трудовое право, экономика труда, нормирование труда. Создание результативной и эффективной системы управления требует дополнительных знаний и навыков руководителей всех уровней медицинской организации в области управления человеческими ресурсами, а также методов управления качеством. В целом необходим синтез теоретических знаний и практического опыта применения концепций управления, основанный, в том числе, и на международном опыте.

В существующих международных и российских стандартах и рекомендациях нет единого подхода к построению системы управления персоналом в медицинской сфере. Так, стандарт ISO 9001 устанавливает требования к системе менеджмента качества, которые могут быть использованы для внутреннего применения организациями и направлены на результативность системы качества при оказании

медицинских услуг потребителям и соблюдение соответствующих законодательных актов. Практические рекомендации Национального института качества Росздравнадзора (основанные на стандартах JCI и NSQHS) описывают подбор и адаптацию персонала, оперативную работу по его обучению и развитию, по организации труда, управление деловыми коммуникациями и разработку системы мотивации работников, занятых в стационарах и поликлиниках. При этом специализированные требования по обеспечению управления персоналом и формирование системы менеджмента качества при использовании в деятельности источников излучения (рентгеновских аппаратов, КТ, МРТ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ, УЗИ) в отделениях лучевой диагностики отсутствуют полностью.

Как показывает многолетний опыт внедрения различных систем и стандартов управления, нельзя бездумно копировать зарубежные подходы, нужно разумно, на основе здравого смысла, адаптировать лучшие международные практики под наши традиции и законы. Существует и ряд глубинных причин, не позволяющих точно скопировать западную систему. В частности, в современной России гражданскую ответственность за нанесенный ущерб пациенту несет юридическое лицо, у кого работает специалист или руководитель отделения, допустивший медицинскую ошибку или нарушение требований безопасности. При этом врач или руководитель отделения фактически рискует только потерей работы. Лишь в редких случаях ответственность полностью возлагается на врача, чаще всего эта ответственность носит не материальный, а лишь административный характер. В крайнем случае (нанесение тяжелого вреда здоровью при летальном исходе) предполагается уголовная ответственность.

Целью настоящих методических рекомендаций является обобщение методологических подходов к использованию инструментов управления персоналом в медицинских организациях, в частности в отделениях лучевой диагностики, и разработка на этой основе конкретных практических рекомендаций для лечебных учреждений, входящих в структуру Департамента здравоохранения Москвы.

Теоретической и методологической основой для авторов рекомендаций стали исследования российских и зарубежных специалистов в области управления персоналом. При подготовке материала были использованы рекомендации ведущих стандартов управления, а также нормативно-правовые акты Российской Федерации, статистические данные, публикации в периодической печати, аналитические и информационные материалы, личные практические наблюдения. Авторами предпринята попытка объединения разных подходов, основанных на методологиях, применяемых в процессно-ориентированных системах управления (цели, поставленные перед службами управления персоналом, достигаются преимущественно через исполнение стандартизованных процессов) и возможной интеграции с методами проектно-ориентированных систем (цели достигаются преимущественно через реализацию проектов).

Выбор способа достижения целей и, соответственно, типа системы управления персоналом и применимых инструментов должен осуществляться самими организациями, исходя из масштабности и срочности изменений, которые закладываются в систему управления персоналом относительно текущего состояния.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Управление человеческими ресурсами отделений лучевой диагностики (далее ОЛД), входящих в медицинские организации (далее МО), включает комплекс взаимосвязанных функций, состоящих из: определения потребности в квалифицированных кадрах; анализа рынка труда; отбора и адаптации персонала; планирования профессионального и административного роста сотрудников; обеспечения рациональных условий труда; анализа затрат и результатов труда; установления оптимальных соотношений между количеством единиц медицинского оборудования и численностью персонала различных групп; разработки систем мотивации; обоснования способов оплаты труда; организации научной деятельности; разработки и осуществления социальной политики; профилактики и ликвидации конфликтов. Объем работ по каждой из этих функций зависит от размеров медицинской организации, видов и объема медицинской помощи, ситуации на рынке труда, квалификации персонала в лечебно-профилактическом учреждении, степени автоматизации системы управления и контроля, социально-психологической обстановки.

Службы управления персоналом (далее УП) создаются, как правило, на базе традиционных служб отдела кадров, отдела организации труда и заработной платы, отдела охраны труда и техники безопасности и др. Задачи служб заключаются в реализации кадровой политики и координации деятельности по управлению трудовыми ресурсами. В связи с этим созданные службы начинают расширять круг своих полномочий и от кадровых вопросов переходят к разработке систем стимулирования трудовой деятельности, управлению профессиональным продвижением, предотвращению конфликтов, изучению рынка трудовых ресурсов.

На сегодняшний день в МО сформировалась практика функционального управления, характеризующаяся тем, что управление осуществляется по отдельным функциям (медицинским направлениям лечения или диагностики, финансам, закупкам, кадрам, делопроизводству, инженерно-техническому сопровождению, охране труда и др.). При подобной практике управления высшее административное звено руководит всеми сотрудниками или частью подчиненных, но только в пределах одной функции (рис. 1).



Рисунок 1 – Схема функционального управления

В МО применяется трехуровневая система УП и осуществляется руководство должностными лицами со следующими функциями:

– **Стратегический уровень** – главный врач МО, функции – прогноз и планирование.

Стратегический уровень обуславливает разработку и принятие решений с целью совершенствования деятельности МО, обеспечения качества и безопасности пациентов. На стратегическом уровне определяется ответственность за последствия принятых решений. От правильности выбора решения будет зависеть успех МО и всех структурных подразделений (далее СП) в будущем.

– **Тактический уровень** – заместители главного врача по направлениям, функции – организация процесса работы.

Тактический уровень характеризует распределение ресурсов в соответствии с выбранным на стратегическом уровне решением. Руководители МО отвечают за организацию работы по отдельным направлениям деятельности и их контролю.

– **Оперативный уровень** – это руководители СП (отделений), не имеющие в подчинении других руководителей, функции – регулирование, учет, контроль, анализ.

Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение принятых решений в своих подразделениях и отвечает за практическую реализацию принятых стратегий развития организации. Оперативный уровень также имеет два подуровня: заведующие структурными подразделениями; главные и старшие медицинские сестры отделений.

В зависимости от целей, поставленных перед МО, формируется структура персонала, в которую входят три подсистемы (рис. 2).

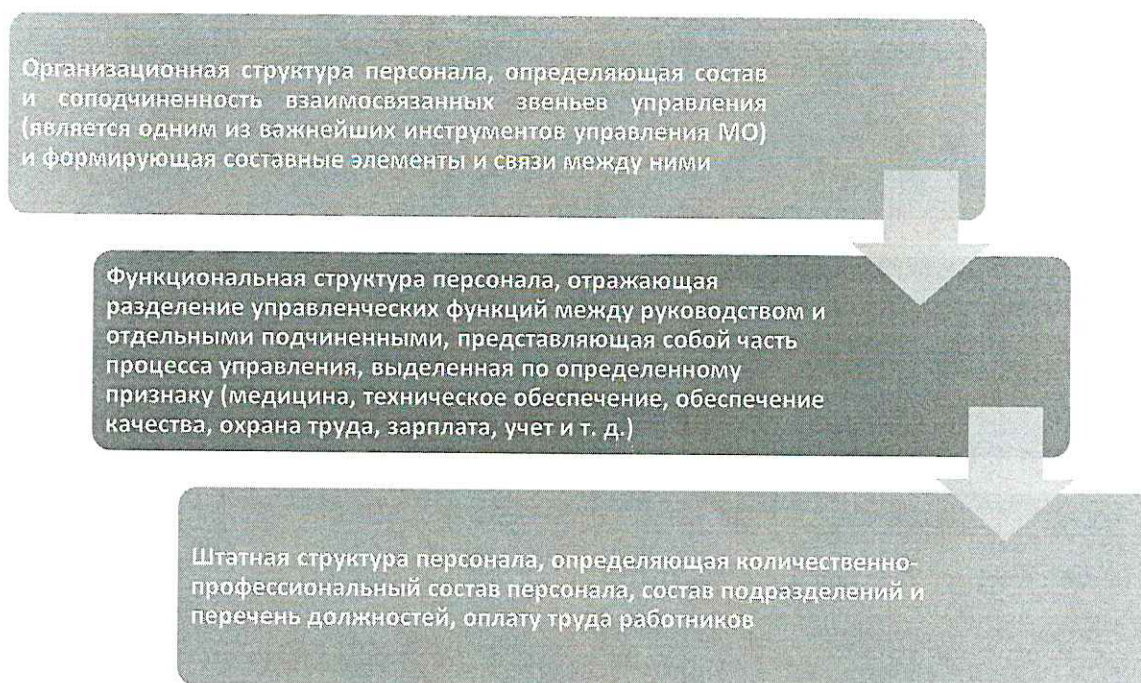


Рисунок 2 – Структура персонала МО

В МО основными элементами системы УП являются его лечебные и диагностические отделения и подразделения, обеспечивающие его работу. Между этими структурными элементами существуют строго определенные связи, которые могут быть вертикальными (линейными), определяющими отношения подчинения, и горизонтальными (функциональными), которые предназначены для согласования действий между подразделениями. Как правило, эти связи существуют одновременно.

Важно отметить, что количественный состав службы УП определяется организационно-штатными структурами, уставом МО, рекомендациями ведомственного органа. При расчете необходимой численности штатных работников учитываются следующие факторы: общая численность работников МО; конкретные условия и характерные особенности организации, связанные со сферой ее медицинской деятельности, масштабами, наличием филиалов, сложностью и комплексностью решаемых задач по управлению персоналом (стратегическое планирование, выработка кадровой политики, организация обучения и т. п.); техническое обеспечение управленческого труда и др.

В связи с тем, что МО самостоятельно определяют численность работников по функциям управления, их профессиональный и квалификационный состав, все существующие методы расчета численности управленческих работников носят в основном рекомендательный характер. При расчете количества специалистов службы УП можно воспользоваться типовыми нормативами времени на работы по управлению персоналом в государственных (муниципальных) учреждениях (шифр 14.12.01), разработанными и утвержденными 07.03.2014 г. в Научно-исследовательском институте труда и социального страхования Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (раздел 3).

Особое значение в системе УП имеет сложившийся тип управления МО, характеризующий, как принимаются и каким способом реализуются управленческие решения. Типы управления должны соответствовать организационной культуре в МО и, следовательно, особенностям персонала, который в ней работает. Можно выделить следующие типы управления:

– **Бюрократический (авторитарный)** – в этом случае решения принимаются, как правило, вышестоящими руководителями. Главным рычагом воздействия на подчиненных оказывается силовое воздействие, часто основанное на использовании методов прямого воздействия (приказов, наказаний). Такого типа управленческая форма характерна наличием технологически дисциплинированных сотрудников, строго выполняющих свои функции и приказы начальства. Главный рычаг управления в этом случае – авторитет руководителя.

– **Рыночная управленческая форма** – в этом случае решения принимаются в соответствии с законами рынка, и рынок является основным регулятором. Главным рычагом воздействия на персонал служат деньги, что вполне соответствует рассмотрению персонала как субъектов рынка труда. Такая управленческая форма соответствует предпринимательской организационной культуре, в которой существуют, как правило, активные сотрудники, ориентированные на такое повышение в должности, которое будет сопряжено с увеличением ответственности, объема выполняемой работы и соответствующего роста уровня вознаграждения.

– **Демократический тип управления** связан с использованием закона как главного рычага управления. Для подобной организационной культуры характерно присутствие профессионалов, с одной стороны, ориентированных на достижение цели, с другой стороны, стремящихся к собственному профессиональному развитию. Достижение результата разноориентированными активными личностями невозможно, если не будут установлены определенные правила поведения – законы. Но эти законы должны быть демократическими и обеспечивать как достижение интересов законопослушного большинства, так и соблюдение законных прав меньшинства.

– **Диалоговый тип управления.** Характеризуется распределением управленческих функций, которые могут быть эффективно реализованы только при активном, равноправном участии всех субъектов управления. По мнению коллектива авторов данных методических рекомендаций, этот способ управления является наиболее оптимальным для применения в отделениях лучевой диагностики по причине разнонаправленности задач (как медицинского направления, так и технического), большого количества необходимых управленческих компетенций и квалификационных требований.

Во всех типах УП МО используется достаточно большое число способов административного воздействия на персонал, в числе которых:

– **стабилизирующие** или регламентирующие методы – установлены определенные правила, точные предписания к действию, рамки деятельности. К ним относятся: положения (о МО и ОЛД, вспомогательных подразделениях, о комиссиях МО и т. д.), нормативы, штатное расписание и др.;

– **распорядительные** методы – направлены на решения конкретных задач в ситуациях, которые не предусмотрены установленными и действующими положениями и правилами;

– **дисциплинарные** методы воздействия – включают не только строгое соблюдение плановой, производственной и финансовой дисциплины, но и делегирование ответственности личной, коллективной, моральной и материальной, служебной и гражданской.

Как правило, административные методы обычно быстро дают результаты в отличие от экономических и социально-психологических способов воздействия, результаты которых проявляются с определенным «шагом времени» (то есть с определенной задержкой). Однако в современных условиях жесткое администрирование, игнорирование мотиваций коллектива и отдельных работников нередко приводит к ухудшению социально-психологического климата в МО (ОЛД), снижению качества медицинской помощи, созданию отрицательного имиджа.

Для расширения и улучшения методов системы УП необходимо регулярно пересматривать следующие **аспекты управления персоналом**:

- **технико-технологические аспекты** – уровень развития конкретного вида медицинских услуг, особенности используемых в нем медицинской техники и технологий, требований безопасности;

- **организационно-экономические аспекты** – планирование численности и состава работающих, морального и материального стимулирования, использование рабочего времени и т. п.;

- **правовые аспекты** – соблюдения трудового законодательства в работе с персоналом;

- **социально-психологические аспекты** – социально-психологическое обеспечение управления персоналом, внедрения различных социологических и психологических процедур в практику работы;

- **педагогические аспекты** – воспитание и обучение персонала.

Подводя итог кратко изложенным базовым знаниям, можно сделать однозначный вывод, что система УП, в целом по МО и как составляющая ее часть в ОЛД, должна представлять собой набор эффективных процессов, методов и инструментов, а также комплексов мероприятий, и должна четко стандартизировать подходы управления, принципы и порядок их внедрения.

Для дальнейшего изложения методического материала и практических рекомендаций по внедрению определимся с терминологией:

Инструмент – средство практической реализации управленческого решения.

Процесс – структурированный набор работ, характеризующийся повторяемостью и направленный на реализацию определенных функций и достижение целей.

Процессно-ориентированная система управления – система управления, при которой цели организации достигаются преимущественно через исполнение стандартизованных процессов (в рамках текущей деятельности).

Проектно-ориентированная система управления – система управления, цели в которой достигаются через реализацию проектов.

Для формирования инновационных подходов к УП в МО выделим в отдельные категории следующие инструменты, процессы и мероприятия процессно-ориентированных и проектно-ориентированных систем управления:

- 1) стандартизация;**
- 2) планирование;**
- 3) анализ кадрового потенциала;**
- 4) подбор персонала, адаптация и наставничество;**
- 5) повышение квалификации, оценка и аттестация персонала;**
- 6) формирование организационной культуры, мотивация.**

1. СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Сегодня в МО необходима система внутреннего регулирования (стандартизация). Наряду с должностными инструкциями и положениями по подразделениям следует внедрять новые документы, стандарты и регламенты политики и документированные процедуры, стандартные операционные процедуры и т. д. Регулирующие документы должны носить характер внутренних стандартов и не противоречить требованиям российского законодательства, а также требованиям других международных соглашений и договоров, к которым присоединилась Россия.

Процессы стандартизации призваны обеспечить наличие системы формализованных описаний, а именно определить:

- ключевые понятия и термины;
- требования к содержанию и качеству выполнения процессов, к функциям управления;
- требования к компетентности задействованного персонала.

Одна из ключевых задач в этих процессах состоит в разработке и внедрении в практику системы стандартов, требований и руководств по УП. Разработка документации по УП для МО должна осуществляться посредством сбора, аккумуляирования, обработки и структурирования информации. При их подготовке и утверждении должно быть четкое разделение по принадлежности к организационным или операционным стандартам (таблица 1). Все процессы, связанные с управлением персоналом в МО и ОЛД в частности, должны быть задокументированы. Все, что задокументировано – должно выполняться.

Таблица 1

Зоны действия	Организационные стандарты	Операционные стандарты
МО	Административные правила внутреннего распорядка, организационные структуры МО, руководящие указания по МО, регламент взаимодействия службы УП, положение о мотивации персонала, положение о подготовке и повышении квалификации	Матрицы ответственности, графики процессов (работ), контрольные листы (чек-листы), стандартные операционные процедуры, технологические карты процессов, стандарты оказания медицинской помощи
ОЛД	Руководство по качеству ОЛД, положение об ОЛД, положение о службе РБ, должностные инструкции	Регламенты оказания медицинских услуг, стандартные операционные процедуры, стандарты управления оборудованием, документированные процедуры по управлению документацией

В МО, при подготовке и разработке внутренних стандартов, рекомендуется руководствоваться алгоритмическими правилами. Понятие «алгоритм» давно возникло в математике и предполагает выполнение жесткой последовательности операций и обладает свойствам непрерывности. Соответственно, соблюдение это-

го правила при подготовке стандартов позволит четко описать и впоследствии эффективно использовать их в работе.

Документирование

Зарубежные стандарты процессного и проектного управления (ISO, PMBOK, PMI), а также медицинские стандарты качества (JCI, NSQHS, рекомендации Национального института качества Росздравнадзора) требуют документировать все аспекты, связанные с выполнением процессов в рамках деятельности и управления. Документирование подразумевает выполнение иерархических записей, описывающих все управленческие компоненты и все измерительные процедуры (например, оценка работы персонала, входной, промежуточный и выходной контроль качества медицинских услуг ОЛД).

Подчеркнем, что термин «документирование» в первую очередь подразумевает фиксацию именно управленческих компонентов. Прочие типичные операции, такие, как оформление различных журналов, документов кадрового учета, и так достаточно регламентированы и описаны.

Существуют различные форматы документирования распределения ролей и сфер ответственности управления. Большинство форматов относится к одному из трех типов: иерархическому, матричному и текстовому (рис. 3).

Организационная структура и матрица ответственности являются инструментами, призванными помочь руководителю МО, руководителям структурных подразделений (ОЛД) в создании единой команды, отвечающей целям и задачам, стоящим перед ней. Данные документы описывают структуру и персональную ответственность, необходимую для выполнения работ.



Рисунок 3 – Форматы представления ролей и ответственности

Целью формирования данных документов является определение состава и распределение обязанностей исполнителей для работ, входящих в план иерархической структуры с использованием WBS (Work Breakdown Structure – структура разбивки работ), как инструмента, позволяющего разбить виды и типы работ

(процессов) на составные части. В ходе формирования плана работ выполняется декомпозиция задач на подзадачи, на пакеты работ различного уровня, на пакеты детальных работ. Более подробно эта тема раскрывается в рамках раздела 2 «Планирование» данных методических рекомендаций.

Наиболее понятным и конкретизирующим инструментом управления является матрица ответственности. Матрица ответственности обеспечивает описание и утверждение структуры ответственности за выполнение определенных работ. Она представляет собой форму описания распределения ответственности, с указанием роли каждого из подразделений в их выполнении. Матрица содержит список пакетов работ по одной оси и список подразделений и исполнителей, принимающих участие в выполнении работ, - по другой. Элементами матрицы являются коды видов участия и ответственности (из заранее определенного списка). Матрица может также отображать виды ответственности конкретных руководителей за те или иные виды работы. Кроме того, в матрице могут быть отображены роли людей, непосредственно не задействованных в деятельности ОЛД, но способных оказывать поддержку в работе. Пример наглядного применения WBS-методики в процессе построения матрицы ответственности представлен в таблице 2 (приложение А).

По аналогичному варианту рекомендуется разработать и утвердить матрицы ответственности по различным направлениям деятельности ОЛД МО:

- управление системой качества медицинских услуг;
- управление системой обеспечения безопасного использования оборудования;
- управление эксплуатацией помещений;
- управление эпидемиологической и лекарственной безопасностью ОЛД;
- управление системой пожарной безопасности и охраной труда.

Очень важно при утверждении уровней ответственности и обязанностей в матрице распределять контрольно-надзорные полномочия, руководствуясь правилом беспристрастности и независимости, а также пропорционально, в соответствии с квалификационными уровнями, предоставлять возможность их носителям осуществлять в официально установленных рамках проверку деятельности руководителей и исполнителей всех уровней. В частности, не допускать наделения контрольно-надзорными функциями заведующих отделениями ОЛД и старших медсестер, уполномоченных по обеспечению и соблюдению качества и безопасности в управляемых ими отделениях. Также важна вовлеченность среднего медперсонала в различные направления контроля и управления (например, по обеспечению безопасности среды).

2. ПЛАНИРОВАНИЕ

Основной целью планирования любой деятельности является принятие целевых установок и определение путей их наиболее эффективного достижения. Ключевая задача данного процесса состоит в том, что он устанавливает роли, сферы ответственности, организационные мероприятия и планы обеспечения персоналом, включая график набора и высвобождения персонала, определение потребностей в обучении, планы признания заслуг и вознаграждения, рекомендации в отношении соответствия установленным требованиям, вопросы безопасности.

Основой для эффективного планирования системы УП является подробное описание, состав и порядок реализации работ, процессов и мероприятий, которое включает в себя идентификацию и документальное оформление работ (процессов), необходимых для достижения целей эффективного управления ОЛД. Применение иерархической структуры при планировании позволит разбить работы и процессы на составные части. В ходе формирования структуры необходимо выполнить декомпозицию пакетов работ различного уровня в пакеты детальных работ. Каждый нижестоящий уровень структуры представляет собой детализацию элемента вышестоящего уровня. В мировой практике управление WBS является общепризнанным, поэтому рекомендуем пользоваться именно им.

Количество уровней WBS показывает то, насколько детально проработан план. Чем больше уровней (в пределах разумного), тем проще отслеживать его исполнение. Наглядный принцип декомпозиции можно увидеть на рис. 4.

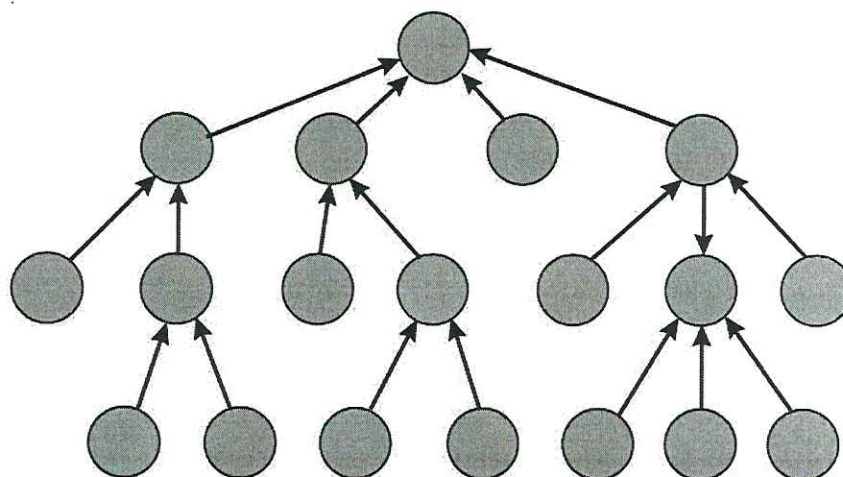


Рисунок 4 – Дерево работ

При проведении декомпозиции работ и задач, стоящих перед УП ОЛД, рекомендуется использовать следующие варианты WBS:

- последовательный, с выяснением необходимых последовательностей действий;
- функциональный, по направлениям деятельности;
- организационный, по задействованным структурным подразделениям.

При выборе рационального размера пакетов работ могут помочь три правила:

1. Правило 1/30. Задача не должна иметь продолжительность менее 1-го рабочего дня и более 30-и календарных дней.

2. Правило отчетного периода. Продолжительность задачи соответствует периодичности совещаний, где рассматривают ход реализации задач.

3. Правило дробления задачи. Задачу легче контролировать, оценивать или выполнять нескольким исполнителям.

К планируемым мероприятиям и задачам в зоне ответственности УП в рамках МО можно рекомендовать следующие направления:

- набор и адаптация персонала ОЛД;
- потребность в обучении и повышении квалификации;
- признание заслуг и вознаграждение;
- соответствие условий работы персонала требованиям безопасности.

Результатом определения мероприятий и работ для включения в планы УП является список, который должен содержать все работы, процессы, которые будут включены в график сетевого планирования. Под графиками сетевого планирования подразумеваются метод анализа сроков работ, даты начала выполнения различных задач и процессов во времени, получение прогноза общей продолжительности реализации всего плана.

Наиболее удобным инструментом планирования является сетевой график, исходящий от диаграммы, предложенной американским инженером Генри Гантом.

Сетевые планы легки в понимании и применимы почти для всех видов планирования, их строят в масштабе, где горизонтальная ось пропорциональна времени (дни, недели, месяцы, в зависимости от продолжительности и уровня плана). Каждая горизонтальная полоса представляет задачу, а ее длина – продолжительность. Название и характеристики задачи помещают слева. Для отражения взаимозависимости задачи в плане добавляют линии связи. Связи отражают дополнительные требования к задачам. Некоторые задачи могут начинаться только после выполнения первоочередных задач. Другие задачи должны начинаться только одновременно или одновременно заканчиваться. Пример шаблона сетевого графика Ганта представлен ниже.



Рисунок 5 – Сетевой график Ганта

Чтобы составить оптимальный и реалистичный сетевой график, желательно придерживаться нескольких принципов и правил:

- количество работ, отображаемых на графике, и уровень работ должны быть подконтрольны ответственным лицам УП;

- не перегружать график теми работами (процессами), которые не входят в зону ответственности УП;

- для быстрого принятия решений необходимо расположить мероприятия и работы с учетом их значимости;

- длительность работ на графиках не должна составлять более 3-х месяцев. Это связано с тем, что за этот срок у людей еще сохраняются необходимые приоритеты в целях. Если возникает ситуация, когда задача требует большего количества времени, то разбейте ее на ряд работ. Это будет держать сотрудников постоянно в рабочем состоянии и даст руководителю возможность более эффективного контроля исполнения планов УП;

- для нечетко структурированных работ лучше всего планировать время на 10% меньше, чем вам надо в действительности, и оставлять резерв времени;

- график должен иметь последовательность работ слева направо. Если связи между работами будут отклоняться вправо, то вам придется переделывать сроки начала и окончания работ;

- перед тем, как включить задачу в график, определите, какие мероприятия должны быть закончены раньше, какие работы должны идти непосредственно после нее и какие работы могут идти параллельно во время выполнения этой операции. Включайте в график как операции, в результате которых происходят качественные изменения, так и наиболее важные процессы;

- при этом важно отметить, что структурные подразделения, задействованные в сетевых планах, могут использовать свои методы последовательности работ, поэтому необходимо постоянное взаимодействие и согласование.

3. АНАЛИЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

Система УП рассматривает улучшение использования кадрового потенциала организации как главный резерв повышения эффективности ее функционирования. В связи с этим одной из главных задач становится внутренний анализ и изучение возможностей трудового коллектива. Применение системного подхода в анализе кадрового потенциала персонала предполагает, прежде всего, широкое использование различных методов, принятие управленческих решений, среди которых можно выделить три основные группы: формализованные, неформализованные (экспертные) и смешанные (синтез первых и вторых). Широко распространен метод декомпозиции, который позволяет расчленить сложные явления на более простые, и облегчает тем самым их изучение. В частности, система управления персоналом ОЛД МО может быть разделена на подсистемы, подсистемы - на функции, функции - на процедуры, процедуры - на операции, операции - на элементы. После расчленения следует изучение каждой из частей, затем их моделирование и синтез. Можно использовать метод коллективного блокнота, позволяющий сочетать независимое выдвижение идей каждым членом рабочей группы с коллективной их оценкой и процессом выработки решения.

Метод реализуется следующим образом. Каждый участник получает блокнот, в котором записывает в общих чертах, без применения специальных терминов, сущность проблемы, а также данные, позволяющие ориентироваться в данном вопросе. В течение месяца каждый участник ежедневно заносит в блокнот возникающие по рассматриваемой проблеме идеи, оценивает их и определяет, какие из них могут обеспечить наилучшее решение задачи. Одновременно формулируют наиболее целесообразные направления исследований на последующем этапе работы. Кроме того, в блокноте фиксируют идеи, не касающиеся напрямую основной проблемы, но развитие которых может оказаться полезным для нахождения конечного решения. Участники сдают свои блокноты руководителю для систематизации содержащихся в них материалов. Затем все члены группы обсуждают систематизированный материал.

4. ПОДБОР ПЕРСОНАЛА, АДАПТАЦИЯ И НАСТАВНИЧЕСТВО

Первым шагом для начала работы по подбору кандидата на выполнение задач, стоящих перед ОЛД МО, может быть заполнение соответствующей формы заявки. Эта заявка должна содержать сведения, которые призваны максимально помочь специалистам, отвечающим за поиск нужных кандидатов, в формулировании комплексного плана МО по поиску и отбору новых работников, предполагающего решение следующих задач:

- определение количественной и качественной потребности в персонале, с учетом основных целей и возможностей медицинской организации;
- поиск возможных источников кадрового пополнения и выбор средств и методов, которые могут использоваться для привлечения подходящих кандидатов;
- разработка критериев для отбора кандидатов, наиболее подходящих для занятия имеющихся вакансий, на основе получения точной информации о том, какие требования к работнику предъявляет вакантная должность, установления квалификационных требований, необходимых для успешного выполнения работы, определения личностных и деловых качеств, необходимых для эффективного выполнения данной работы и соответствия требованиям подразделения;
- обеспечение оптимальных условий для адаптации новых работников к работе в МО.

В соответствии со статьей 82 Федерального закона от 21.12.2012 ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации» и статьей 69 Федерального закона от 21.11.2011 ФЗ-323 «Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» установлено право на занятие медицинской деятельностью в РФ. В силу действия положений данных статей такое право граждан приобретает после получения высшего или среднего медицинского образования в Российской Федерации. Студенты вузов допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения, но под контролем медицинского персонала (опытных наставников). Тем самым федеральные законы предоставляют возможность приобретения необходимой клинической практики студентам уже в период обучения, что важно для своевременного формирования их профессиональных навыков.

Сведения о квалификационных характеристиках руководителей структурных подразделений, врачей и среднего медицинского персонала представлены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.06.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел „Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”». Квалификационные сведения о руководителях и специалистах технических подразделений МО и ОЛД включены в «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих», утвержденный Постановлением Министерства труда Российской Федерации от 21 августа 1998 г. № 37. По каждой из врачебных и технических специальностей установлен общий порядок разработки и утверждения профессиональных стандартов, регламентированный По-

становлением Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 «О Правилах разработки и утверждения профессиональных стандартов». Министерство труда и социального развития Российской Федерации на постоянной основе утверждает новые стандарты, систематизирует и размещает сведения о них в реестр. На момент выхода методических рекомендаций утверждены следующие профессиональные стандарты: врач-рентгенолог, рег. № 1256 (приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 160н); врач ультразвуковой диагностики, рег. № 124 (приказ Минтруда России от 19.03.2019 № 161н). Получить актуальные сведения об утвержденных профессиональных стандартах можно по адресу: <https://profstandart.rosmintrud.ru/>.

Профессиональные стандарты устанавливают должностные обязанности, перечень обязательных для изучения вопросов, требования к квалификации. По требованиям федеральных законов и постановлений надзорных органов повышение квалификации (врачей, инженерного состава, иного персонала) организуется не реже одного раза в 5 лет, в течение всей трудовой деятельности. Соответственно, в МО должна быть выработана четкая система непрерывного профессионального образования с последующей процедурой сертификации (аккредитации).

Процедура профессионального отбора должна включать в себя: предварительные отборочные беседы, тесты при найме, медицинские осмотры, проверку рекомендаций и послужного списка.

Привлечение хороших работников - процесс, отнюдь не ежедневной привычной рутины по заполнению вакансий, а продуманная стратегия, позиционирующая корпоративную культуру. Это требует иных ресурсов, иной роли специалистов по персоналу, иного отношения работодателя и руководителей структурных подразделений к наемным работникам.

Основная задача службы УП и руководителей структурных подразделений МО заключается в минимизации сроков адаптации новичков. Под адаптацией персонала понимается процесс приспособления пришедших новых специалистов к новым для них условиям функционирования в профессиональной, социально-организационной, социально-психологической среде МО. Условно процесс адаптации можно разделить на 4-е этапа:

– этап 1. Оценка уровня подготовленности новичка. Необходима для разработки наиболее эффективной программы адаптации;

– этап 2. Ориентация. Практическое знакомство нового работника со своими обязанностями и требованиями, которые к нему предъявляют со стороны организации;

– этап 3. Действительная адаптация. Состоит в приспособлении новичка к своему статусу и в значительной степени определяется его включением в межличностные отношения с коллегами;

– этап 4. Функционирование. Характеризуется преодолением производственных и межличностных проблем и переходом к стабильной работе.

Адаптацию новых сотрудников рекомендуется проводить по следующей программе. При приеме на работу работника служба УП знакомит с Коллективным договором, Правилами внутреннего трудового распорядка, Положением о защите персональных данных, должностной инструкцией, иными локальными

нормативными актами. Введение в должность сотрудника осуществляют руководители структурных подразделений МО по единой схеме: до начала работы – подготовка рабочего места, организация первого дня сотрудника на рабочем месте; ознакомительная (первая неделя) – взаимодействие в отделении, ознакомление с медицинским оборудованием, правилами и техникой безопасности при его эксплуатации; вхождение в должность – профессиональное дообучение с целью необходимых дополнительных знаний и допуска к самостоятельной работе; оценочная (подведение итогов – обратная связь) – за 2 недели до конца испытательного срока.

При разработке внутренних стандартов (положений по адаптации персонала, программ адаптации и т. д.) необходимо руководствоваться Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12 2017 года № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

5. ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ, ОЦЕНКА И АТТЕСТАЦИЯ ПЕРСОНАЛА

Под профессиональным развитием человеческих ресурсов понимается процесс приобретения работником новых знаний, умений, навыков, необходимых ему для выполнения профессиональных функций и развития карьеры. Развитие персонала – комплекс мероприятий, направленных на повышение профессиональной и управленческой компетентности сотрудников для более эффективного достижения целей и задач МО. Система обучения и развития персонала должна обеспечивать профессиональное функционирование структурного подразделения, его управление и иметь в своем составе разработанные и утвержденные на уровне МО ключевые документированные процедуры МО:

- дополнительное профессиональное образование, повышение квалификации;
- оценка персонала;
- аттестация персонала.

5.1. Дополнительное профессиональное образование, повышение квалификации

Необходимость дополнительного профессионального образования, повышения квалификации определяет работодатель в соответствии с требованиями законодательства о лицензировании медицинской деятельности и потребностями в квалифицированных кадрах. Обучение работников должно осуществляться в учебных центрах, имеющих лицензии на образовательную деятельность и аккредитованных в установленном законом порядке. Обучение работников в форме стажировки с наставником, участие в семинарах и конференциях, обучение в партнерских МО не относится к данным видам обучения и должно входить в программы и процедуры непрерывного профессионального образования (НПО).

Разработанная процедура обеспечения квалификации персонала должна содержать следующие этапы: заведующий ОЛД ежегодно, в срок до 1 декабря текущего года, собирает информацию о сроках окончания действующих свидетельств, удостоверений, дипломов сотрудников, необходимости повышения квалификации, сертификации; сведения о возможных местах и формах повышения квалификации, дополнительного профессионального образования сотрудников ОЛД по направлениям деятельности, соответствующим должностным обязанностям конкретного работника, на следующий календарный год. После этого разрабатывает план повышения квалификации сроком на три-пять лет с разбивкой по годам, затем на его основе формирует ежегодные планы повышения квалификации. Данные планы являются основанием для составления заявки на включение в План финансово-хозяйственной деятельности МО.

Ежегодные планы подписываются заведующим ОЛД, по согласованию с руководителем по направлению деятельности, и не позднее 10 декабря текущего года передаются в службу УП.

5.2. Оценка и аттестация персонала

В практике УП применяются следующие виды оценок:

- внутренняя (самооценка в рамках ОЛД МО);
- внешняя (аттестация и аккредитация в учебных и сертификационных центрах);
- комплексная оценка (оценка всей деятельности ОЛД или МО в рамках российских и международных стандартов).

Наиболее сложный вид оценки – аттестация. Главной задачей аттестации является оценка степени соответствия (уровня) работника занимаемой должности (или должности, на которую он претендует), выявление резервов повышения качества труда, выявление перспективных сотрудников, уровня их подготовки и продвижения.

Порядок проведения аттестации разных категорий персонала МО (ОЛД) должен определяться соответствующими положениями либо условиями трудового договора. К оценке персонала могут быть привлечены специализированные центры оценки (аттестационные комиссии). При разработке внутренних документов службе УП необходимо руководствоваться федеральными и региональными нормативными документами (Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 02.07.2019 № 474 «Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы»).

Аттестация персонала в МО должна проводиться не реже 1-го раз в 3 года (1 раз в 5 лет – для технических специалистов, общепольничного и управленческого персонала). Для мониторинга эффективности деятельности персонала внутреннюю аттестацию (оценку) целесообразно проводить не реже 1-го раз в год.

Внутреннюю аттестацию (оценку) персонала можно разделить на два этапа:

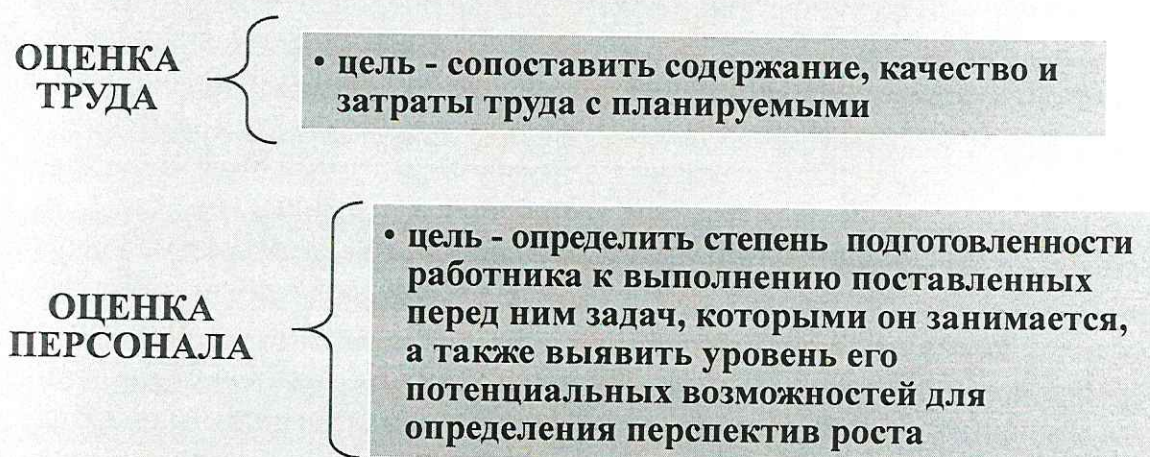


Рисунок 6 – Этапы внутренней аттестации

На первом этапе внутренней аттестации осуществляется планирование процесса аттестации персонала. В МО (ОЛД) формируются внутренние положения. На втором этапе организуется процедура проведения аттестации и непосредственно проводится аттестация на соответствие занимаемой должности, по результатам которой руководитель МО принимает кадровые решения.

Таблица 3

ЭТАП	Описание процессов работ	Результат
Подготовительный этап	Разработка и утверждение на уровне МО (ОЛД) пакета необходимых документов по аттестуемым работникам и методам оценки. Заключение договоров	Внутренний локальный НД (регламент, СОП, документированная процедура, методика и т. д.)
Проведение аттестации	Аттестация с использованием тестов, контрольных исследований, тренажеров и т. д.	Протокол, заключение комиссии, аттестат (аккредитация)
Использование результатов	Выявление скрытых талантливых людей, новых направлений развития человеческих ресурсов, определенные правовые последствия, (поощрение, перевод, повышение и т. д.)	Повышение эффективности использования сотрудников

Важнейшее значение при проведении внутренней оценки в МО имеют разработка и внедрение системы измерений и оценки результатов клинических, научных, экономических, технических параметров, включенных в утвержденные программы. Формирование этой системы сможет открыть дорогу лучшим врачам, лучшим организаторам и лучшей практике.

Система оценки должна включать в себя не только измерение и оценку профессиональных компетенций, но и измерение управленческих параметров. Для измерения управленческих параметров можно использовать экспертные оценки, для численного анализа – метод опросов или анкетирования.

Например, вариант анонимного анкетирования. Вопрос к сотрудникам: «Ваше отношение к руководителю МО и или заведующему ОЛД». Опрашиваемым предлагается высказать их личное отношение и оценить его по 5-и бальной системе с соответствующими вариантами оценки:

- **крайне отрицательное - 1;**
- **негативное - 2;**
- **нормальное, спокойное - 3;**
- **позитивное - 4;**
- **высокопозитивное - 5.**

При анализе результатов необходимо не только подсчитывать среднее значение, но и учитывать распределение ответов.

По такому же принципу могут быть сформированы опросы по направлениям, по структурным подразделениям, по актуальным темам и т. д.

Одним из методов оценки, и в итоге назначения на должности руководителей по направлениям (заместителей главного врача), руководителей структурных подразделений и отделов, могут быть результаты внутренних и внешних конкурсов, проведенных по истечении срока действия трудового договора.

6. ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ, МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА

Стимулирование труда предполагает создание условий, при которых активная трудовая деятельность становится необходимым и достаточным условием удовлетворения значимых и социальных потребностей работника, формирования у него мотивов труда. **Цель стимулирования - не вообще побудить человека работать, а побудить его делать лучше (больше) того, что определено трудовыми отношениями с работодателем.** Любая стратегия, направленная на стимулирование сотрудников МО, эффективна только в том случае, когда система УП добивается и поддерживает высокий уровень организационной культуры и благоприятного морального климата (рис. 7).

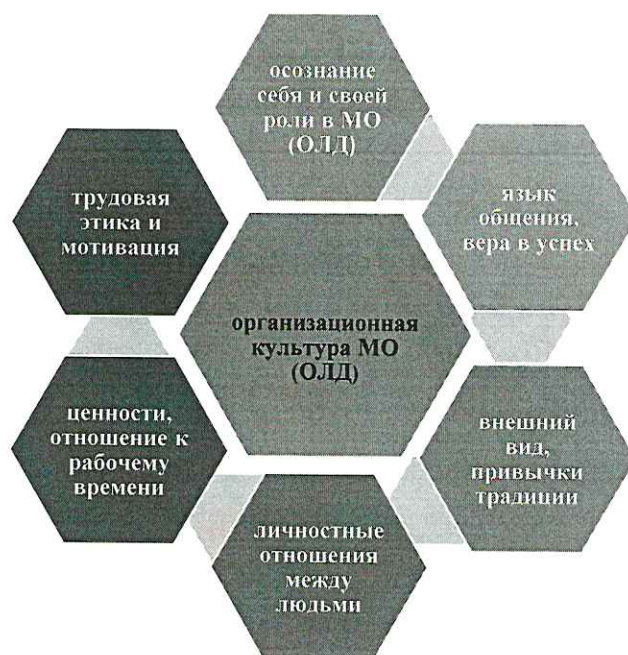


Рисунок 7 – Формирование организационной культуры в МО (ОЛД)

Формальные, юридически зафиксированные аспекты общения внутри коллектива в виде уставных целей, миссии, ценностей могут расходиться с реальными целями и содержанием деятельности и характером взаимоотношений людей, которые в МО складываются. Поэтому можно говорить о формальной организационной культуре и о теневой (реальной) организационной культуре, которая в данной МО реализуется. Основными методами формирования и поддержания организационной культуры, как правило, является личный пример руководителей всех уровней МО (ОЛД), моделирование ролей, тренировка и обучение персонала необходимым умениям в работе и поведении.

Формирование атмосферы сотрудничества и взаимодействия в коллективе не исключает возможности конфликтов. Руководители должны понимать, что без конфликтов, без противоречий, являющихся источником развития, не может быть продвижения вперед. Поэтому они должны уметь распознать категорию конфлик-

та и выбрать стратегию управления, позволяющую не только разрешить конфликт, но и обеспечить развитие своей команды.

Конфликты можно подразделить на горизонтальные (между сотрудниками, не находящимися в подчинении друг другу), вертикальные (между людьми, которые находятся в подчинении друг другу), смешанные (в которых участвуют и те, и другие), между личностью и группой, между группами.

В основном конфликты вызывают три группы причин, обусловленных:

- трудовым процессом;
- психологическими особенностями взаимоотношений людей (симпатии, антипатии, культурные и другие различия людей, действия руководства и т. д.);
- личностными особенностями группы (наличие или отсутствие самоконтроля, коммуникабельность, агрессивность, грубость, бестактность и т. д.).

Можно рекомендовать четыре основные стратегии управления конфликтами:

- сотрудничество, объединение множества точек зрения и взглядов с различных перспектив, открытый диалог, который обычно приводит к достижению понимания и поддержанию решения всеми сторонами;
- уклонение (избегание), отступление от фактической или потенциальной конфликтной ситуации, перенос решения проблемы на более поздний срок, для подготовки к ее разрешению или перенаправление ее разрешения другим лицам;
- сглаживание (приспосабливание), подчеркивание точек соприкосновения вместо противоречий, отказ от своей позиции в пользу более сильной для сохранения гармонии во взаимоотношениях;
- принуждение (указание), лоббирование чьей-либо точки зрения (включая личную) за счет других, предлагая только решения «один выиграл - все проиграло», обычно применяется со стороны позиции руководителя, чтобы разрешить критическую ситуацию.

Использование вышеуказанных практик межличностного общения поможет руководителям всех уровней МО выявить сильные и слабые стороны всех членов коллектива.

Любая организационная культура, и реальная, и формальная, своей целью имеет формирование трудовой этики и мотивации. Процесс мотивации начинается с физиологической или психологической нехватки (потребности), которая активизирует поведение или создает побуждение (мотив), направленное на достижение определенной цели или вознаграждения.

В МО рекомендуется применять следующие виды мотивации персонала:

- материальная мотивация (установление стимулирующих выплат и премирование, оказание материальной помощи, оплата дополнительного отпуска, обеспечение повышения квалификации, карьерный рост и т. д.);
- нематериальная мотивация (организация культурно-массовых мероприятий: день медицинского работника, туристические походы, новогодний бал, спортивные и аналитические соревнования, организация зимнего и летнего отдыха, предоставление отпуска преимущественно в летнее время и т. д.);

– психологическая мотивация (награждение грамотами, объявление благодарности, умение руководителя воодушевлять, найти нужный индивидуальный подход к конкретному сотруднику).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российское здравоохранение – это особая отрасль деятельности. Существующая система управления персоналом медицинских организацией постоянно меняется, дополняется методологиями отечественных и западных моделей управления. Западные стандарты внедряются с учетом исторически сложившихся отраслевых особенностей. Внедрение инструментов, процессно-ориентированных и проектно-ориентированных систем управления в сферу здравоохранения развивает управленческий потенциал и выводит менеджмент медицинской организации на новый качественный уровень.

В методических рекомендациях представлены инструменты (подходы) от лучших мировых и российских практик. Естественным образом возникает вопрос: какой из описанных будет наиболее подходящим в том или ином случае? Выбор инструментов зависит от конкретной медицинской организации, целей, структуры и наличия желания по улучшению системы управления персоналом.

При внедрении управления проектами в дополнение к настоящим методическим рекомендациям возможно использовать: Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 1.4-2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты организаций. Общие положения», ГОСТ Р 54869-2011 «Проектный менеджмент. Требования к управлению проектом» (утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22 декабря 2011 г. № 1583-ст), ГОСТ Р ИСО 9004-2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ГОСТ Р 1.4–2004 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты организаций. Общие положения». – Текст : непосредственный.
2. ГОСТ Р 1.5–2012 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные. Правила построения, изложения, оформления и обозначения». – Текст : непосредственный.
3. ГОСТ Р 1.7–2014 «Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные. Правила оформления и обозначения на основе применения межгосударственных стандартов». – Текст : непосредственный.
4. ГОСТ Р ИСО 21500–2014 «Руководство по проектному менеджменту». – Текст : непосредственный.
5. ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования». – Текст : непосредственный.
6. ГОСТ Р ИСО 9000–2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения». – Текст : непосредственный.
7. ГОСТ Р ИСО 9004–2019 «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации». – Текст : непосредственный.
8. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29.12 2017 года № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». – Текст : непосредственный.
9. Методические рекомендации по внедрению проектного управления мероприятиями по информатизации здравоохранения (утв. распоряжением Министерства экономического развития Российской Федерации от 14 апреля 2014 г. № 26Р-АУ «Об утверждении методических рекомендаций по внедрению проектного управления в органах исполнительной власти»). – М., 2013. – Текст : непосредственный.
10. Ершов, С. В. Управление проектами и программами. Конспект лекций / С.В. Ершов. – М: САФУ, 2015. – 226 с. – Текст : непосредственный.
11. Нугайбеков, Р. А. Корпоративная система управления проектами: от методологии к практике / Р. А. Нугайбеков, Д. Г. Максин, А. В. Ляшук. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 236 с. – Текст : непосредственный.
12. Милошевич, Д. З. Набор инструментов для управления проектами / Д. З. Милошевич; пер. с англ. Е. В. Мамонтова. – М.: Компания АйТи; ДМК Пресс, 2008. – 729 с. – Текст : непосредственный.
13. IPMA ОСВ, Organizational Competence Baseline. Требования к компетентности организации в области управления проектами. – М.: ОЧУ «УКЦ «Проектная ПРАКТИКА», 2014. – 137 с. – Текст : непосредственный.
14. Руководство к Своду знаний по управлению проектами (Руководство РМВОК®). Американский национальный стандарт. – 5-е изд. – М: Project Management Institute, Inc., 2013. – 586 с. – Текст : непосредственный.

15. Ройтберг, Г. Е., Кондратова, Н. В. Медицинская организация по международным стандартам качества: практическое руководство по внедрению / Г. Е. Ройтберг, Н. В. Кондратова. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 152 с. – Текст : непосредственный.

16. Предложения (практические рекомендации) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), разработанные в ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора, 2015 г.

17. Предложения (практические рекомендации) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), разработанные в ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора, 2017 г.

МАТРИЦА ОТВЕТСТВЕННОСТИ. УПРАВЛЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ В ОТДЕЛЕНИЯХ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

- Р – осуществляет руководство;
 О – несет ответственность за выполнение работы;
 К – контроль исполнения;
 У – непосредственно участвует в работах процесса;
 И – предоставляет информацию.

Таблица А.1 – Матрица ответственности. Управление радиационной безопасностью в ОЛД

№ п/п	Вид работ, процессов	Руководитель МО	Ответственный по РБ в МО	Специалист (инженер) службы РБ	Заведующий ОЛД	Инженер по ТО, ремонту и метрологии МО	Инженер по охране труда МО, или специалист службы УП
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Подготовка и формирование приказа по МО по отношению персонала к группам «А» и «Б»	К	РК	О	У	-	У
2	Прохождение медицинского осмотра персонала групп «А» и «Б»	РК	О	ИУ	У	-	И
3	Разработка и корректировка документов в части обеспечения РБ: 3.1. Должностных инструкций врачей и специалистов ОЛД; 3.2. Положения об ОЛД; 3.3. Руководства по качеству ОЛД; 3.4. Регламентов и СОПов. 3.5. Инструкций по обеспечению РБ	РК	РКОУ	У	ОИУ	-	УИ
4	Ведение индивидуального дозиметрического контроля персонала ОЛД	К	РКО	ОУ	У	-	-

Продолжение таблицы А.1

5	Ведение дозиметрического контроля пациентов	К	РКО	-	ОУИ	-	-
6	Подготовка и сдача отчетности по формам ДОЗ-1, ДОЗ-2, ДОЗ-3	К	РК	ОУ	У	-	-
7	Планирование обучения персонала групп «А» и «Б», составление графиков повышения квалификации, отслеживание договоров	К	Р	ИУ	И	-	ОУИ
8	Отслеживание договора с аккредитованной организацией на периодическую поверку СИ, составление и ведение графика поверки СИ ОЛД	К	И	У	И	ОУИ	-
9	Курирование договоров, касающихся: - испытания средств индивидуальной защиты; - контроля эксплуатационных параметров МИ; - проведение дозиметрического контроля рабочих мест персонала и помещений, смежных с процедурными рентген. кабинетов	К	Р	ОУИ	И	И	УИ
10	Проведение регламентного технического обслуживания МИ	К	РК	-	О	ОУИ	-
11	Соблюдение безопасных условий труда в ОЛД. Контроль нерадиационных факторов (вентиляции, микроклимата, освещенности, уровней шума, уровней электромагнитных полей, температуры нагрева поверхностей технологического оборудования и т. д.)	К	Р	-	И	-	ОУИ
12	Контроль проведения СОУТ персонала, аттестации рабочих мест сотрудников	К	РК	У	РК	-	РОКУИ

Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики»

Выпуск 75

Составители:

Клименко Андрей Александрович

Иванова Наталья Александровна

Клименко Владислав Алексеевич

Плаутин Олег Николаевич

Рыжов Сергей Анатольевич

Морозов Сергей Павлович

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Часть 2

Логистика персонала

Методические рекомендации

Для корреспонденции: info@nrsmr.ru, nrsmr@zdrav.mos.ru
109029, г. Москва, Средняя Калитниковская улица, дом 28, стр. 1
+7 (495) 276-04-36

Отдел координации научной деятельности ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»
Руководитель отдела О.В. Омелянская
Технический редактор А.И. Овчарова
Компьютерная верстка Е.Д. Бугаенко

ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»
127051, г. Москва, ул. Петровка, д. 24