

УДК 331.446

*И.А. Рудалева, И.А. Кабашева, Л.Ф. Зульфакарова***ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ ПЕРСОНАЛА ПО УРОВНЮ ИННОВАЦИОННОЙ
АКТИВНОСТИ¹**

Масштабность внедрения инновационных цифровых продуктов и технологий в медучреждении оказывает огромное влияние на рабочую силу. Одновременно это требует активного включения персонала медицинских организаций в освоение потока инновационных технологий, непрерывного повышения квалификации своего труда и заинтересованности в росте профессионализма и цифровой грамотности, расширении возможностей для реализации своего научно-исследовательского потенциала. Определена прямая взаимосвязь между инновационной готовностью медперсонала и эффективностью работы медучреждения в целом. Для достижения этого проведена классификация и типологизация медицинского персонала по его готовности и возможности осуществлять инновации в учреждении. Выявлены барьеры, сдерживающие инновационную активность работников, и разработаны рекомендации по принятию управленческих решений на уровне медицинских учреждений региональной системы здравоохранения.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения, инновационное поведение, инновационная активность персонала, метод главных компонент, кластерный анализ, структура персонала, повышение эффективности.

DOI: 10.35634/2412-9593-2020-30-1-22-31

Введение. Актуальность данного исследования связана с тем, что в настоящее время в России происходит переход к развитию экономики опережающего инновационного типа. В этом процессе системообразующей отраслью становится здравоохранение, напрямую способствующее достижению высоких экономических результатов и общественного благосостояния. По данным ВЦИОМ, на протяжении последних четырех лет важнейшим фактором, определяющим качество жизни населения, неизменно является здравоохранение – 4,51 балл из 5 [1]. Доступность качественной медицинской помощи, по мнению 64 % населения, выступает базовым условием увеличения продолжительности жизни [1]. При этом расширение доступа к современным медицинским технологиям, по мнению 52 % населения, названа как мера продления активного долголетия, ожидаемая от государства.

В контексте повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. и к 2030 г. войти в «клуб стран 80+», обозначенных в послании Президента РФ Федеральному собранию и президентском Указе №204, трансформация системы здравоохранения становится ключевой задачей [2]. Достижение этого связывается, во-первых, с созданием механизма взаимодействия медучреждений на основе единой государственной системы в сфере здравоохранения; во-вторых, внедрение цифровых технологий и платформенных решений. Для решения этих задач с 2019 г. начал реализовываться национальный проект «Здравоохранение», включающий комплекс взаимосвязанных мер, разбитых на 8 проектов. Не претендуя на детальный анализ этого, хотелось бы отметить, что федеральные проекты «Цифровая медицина» и «Квалифицированные кадры» выступают связующим звеном и фундаментом трансформации здравоохранения в России.

Мировые тренды развития медицины связаны с такими базовыми технологиями как блокчейн, искусственный интеллект, дополненная реальность и квантовые вычисления [3]. По результатам опроса участников рынка здравоохранения (2019 г.), 41 % из них сошлись во мнении, что искусственный интеллект в ближайшие годы окажет наибольшее влияние на организационные процессы в медицине по причине разнообразия вариантов его применения [3]. Так, например, в больницах США при помощи искусственного интеллекта выявляют рак молочной железы с точностью 90 % (оценки рентгенологов были точными в 78 %), что позволило сократить частоту проведения биопсий.

Компания Aruba Networks (Hewlett Packard Enterprise), по результатам опроса высшего руководства медучреждений, опубликовала отчет «Создание больницы 2030 года» («Building the Hospital of 2030»), выделила пять перспективных направлений развития здравоохранения [4]. Среди них автоматизированная больница, использующая цифровые технологии обработки изображений, датчики и т.д. Это

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №19-010-00251 А.

позволяет ставить диагноз, автоматически определять очередность оказания медицинской помощи и др. Врачи и медсестры, которым сейчас приходится тратить до 70 % времени на административные процессы, смогут быстро анализировать снимки и истории болезни на мобильных устройствах [4]. Возрастание роли искусственного интеллекта в диагностике и лечении также способствуют увеличению свободного времени медицинских работников и более качественному уходу за пациентами.

Хранилище цифровых данных как перспективное направление медицины будущего требует единого унифицированного классификатора медицинских данных, позволяющего оцифровать, перевести на «язык машин» любую субъективную и объективную информацию о состоянии здоровья. Цифровые карты пациентов будут интегрированы в устройства, что позволит автоматически обновлять информацию о состоянии здоровья и плане лечения. Таким образом, медицинский персонал сможет оперативно получать более полные данные в реальном времени для принятия оптимальных решений.

И, наконец, внедрение технологий Интернета вещей позволит осуществлять самодиагностику пациента за счет активного использования специальных мобильных приложений, носимых устройств и инструментов. Согласно исследованию медицинского рынка Aruba, около двух третей медучреждений (64 %) начали подключать приборы для контроля за состоянием пациентов к своей сети, а 41 % организаций – устройства диагностической визуализации и рентгеновские аппараты [4].

Масштабность внедрения инновационных цифровых продуктов и технологий в медучреждении оказывает огромное влияние на рабочую силу, что на наш взгляд, является важнейшей линией в здравоохранении. Одновременно это требует активного включения персонала медицинских организаций в освоение потока инновационных технологий, непрерывного повышения квалификации своего труда и заинтересованности в росте профессионализма и цифровой грамотности, расширении возможностей для реализации своего научно-исследовательского потенциала. Это актуализирует построение новой парадигмы управления инновационной активностью персонала, создание не просто комфортных условий для работы, но и обеспечение высокого уровня его инновационной активности. Последнее рассматривается нами не только как готовность работника, но и как созданные в медучреждении возможности реализации его творческого потенциала.

Дискуссия

Современное состояние российского здравоохранения с точки зрения профессиональной и научно-интеллектуальной подготовленности его персонала характеризуется в большом числе научно-практических исследований терминами профессиональное выгорание (связанное со значительной переработкой), изолированность от мирового медицинского сообщества и его передовых достижений и отсутствие мотивации².

Схожие результаты были получены в исследованиях И.А. Рудалевой, И.А. Кабашевой, Э.Р. Ковалевой, где основными барьерами при внедрении инноваций персонал медучреждений называет чрезмерную бюрократизацию осуществления их профессиональной деятельности и отсутствие или низкое качество институционального обеспечения внедрения инновационных технологий [5]. При этом наиболее значимые профессиональные интересы сотрудников также оказались сопряженными с элементами организационной культуры – партнерские взаимоотношения в коллективе, перспектива стабильной работы, уровень заработной платы и возможности ее роста. Тогда как менее значимым для врачей оказалась личная и организационная репутация.

Всероссийское исследование Академии труда и социальных отношений пришло к схожим выводам, отмечая, что около 41 % российского медперсонала работает более 60 часов в неделю [6]. Исследование показало, что большинство опрошенных медработников (62 %) оценивают интенсивность своей работы как чрезмерную. Основными причинами этого выступает увеличение объема нагрузки без увеличения численности персонала (68 % опрошенных) и увеличение объема работы, не связанной с лечением пациентов (52 % респондентов). Врачам приходится тратить большое количество времени на оформление документации и отчетов, а также подготовку к проверкам и совещаниям [6].

Важность фактора интенсивности врачебной нагрузки в оценке эффективности системы здравоохранения была подтверждена нашими предыдущими исследованиями. В результате эконометрического анализа мы пришли к выводам о том, что эффективность здравоохранения субъектов РФ оказывается наиболее зависима от обеспеченности медучреждений информационными и финансовыми ресурсами, уровня заболеваемости населения и степени нагрузки на одного врача [7]. В этой связи

² Здоровое здравоохранение: шаг в будущее для российской медицины. Boston Consulting Group, 2018. 20 с.

выглядят закономерными расчеты Г.Э. Улумбековой и А.В. Калашниковой о значительном дефиците участковых врачей и врачей общей практики в России, составляющим 58 % [8]. Отток врачей, зафиксированный в 2018 г., произошел в 55 российских регионах. По мнению Министра здравоохранения России В. Скворцовой, это объясняется комплексом социальных и финансовых факторов. В частности, специалисты переезжают в соседние регионы и области, где есть возможность получать более высокую зарплату [9].

Уровень оплаты напряженного, ответственного и высококвалифицированного труда врача не всегда достойный. Доля медработников, полностью удовлетворенных своей зарплатой по основному месту работы, не превышает 3 % [6]. Выполняя майские указы Президента зарплата врача в регионе должна быть доведена до 200 % от средней по региону. Но в ряде регионов это было достигнуто за счет стимулирующих выплат при сохранении низкого оклада, либо перевода санитарок в уборщицы. Поэтому было принято перспективное решение о том, что Минздрав совместно с Минтрудом подготовит законопроект, который позволит вводить единые требования к отраслевой системе оплаты труда. По данным Минздрава, по итогам первого полугодия 2019 г. в некоторых регионах доля оклада в зарплате врача не доходила до 30 % от зарплаты [9].

Одновременно в эмпирическом исследовании М.Т. Югай и В.И. Панкевич показано, что уровень значимости неэкономических стимулов в мотивации российских медицинских работников имеет существенный вес [10]. Так, на высокую значимость неэкономических стимулов как факторов, которые могли бы повысить желание медперсонала прилагать к работе больше усилий, указало около 70 % опрошенных. При этом для руководителей наиболее важно знание того, что выполняемая ими работа очень значима для общества. Для медработников, не занимающих руководящие должности, на первом месте дружественные взаимоотношения с коллегами по работе и возможность применять профессиональные знания и навыки. В результате корреляционного анализа М.Т. Югай и В.И. Панкевич выявили, что с ростом уровня благосостояния медицинских работников растет значимость неэкономических стимулов.

Значительный интерес представляет уровень технической оснащенности рабочего места врача и его удовлетворенности своей профессиональной деятельностью в целом. Согласно исследованиям Академии труда и социальных отношений, не обладающие компьютеризированным рабочим местом медперсонал в среднем работают на 5 часов больше, по сравнению с теми, у кого есть компьютер на рабочем столе [6].

Схожие результаты были получены в широкомасштабном исследовании корпорации Philips «Индекс здоровья будущего» (2019 г.), где одним из наиболее важных выводов является наличие прямой взаимосвязи между показателем эффективности системы здравоохранения и уровнем внедрения цифровых технологий в работу лечебных учреждений [11]. Более того, результаты исследования показывают, что около 50 % медработников, которые используют такие технологии, как цифровые медицинские записи и телемедицину, получают более высокие результаты лечения и больше удовлетворены работой.

Интеграция цифровых решений в работу лечебных учреждений осуществляется главным образом посредством внедрения электронной медицинской карты, тогда использование носимых медицинских устройств, искусственного интеллекта и телемедицины имеют значительные возможности для дальнейшего роста. Только 26 % медработников используют технологии ИИ в своей работе, против 73 % – электронные медицинские записи в ЛПУ [11].

По данным исследования «Индекс здоровья будущего» 2019 г., 66 % россиян считают, что российское здравоохранение обеспечивает им доступ к медицинской помощи, и 50 % опрошенных полагают, что им будут оказаны услуги специалистов, когда это необходимо [11]. Однако оценка населения возможности получения квалифицированной медицинской помощи демонстрирует иные результаты. Так, по результатам опроса ВЦИОМ (февраль 2019 г.) по конкретным заболеваниям, в частности онкологии, 51 % населения, столкнувшееся с онкологическими заболеваниями, считают, что скорее не имеют возможности получить квалифицированную медицинскую помощь [12]. При этом среди москвичей и жителей Санкт-Петербурга эта доля достигает 58 %. Негативную оценку опрошенные аргументируют, прежде всего, высокими ценами на лечение онкологических заболеваний (61 %), отсутствием квалифицированных врачей и недостаточное оснащение медицинских учреждений необходимым оборудованием отметили 41 %. Качество медицинской помощи в государственных учреждениях нашей страны людям, столкнувшимся с онкологическими диагнозами, респонденты оценивают на 2,4 балла (из 5 возможных) [12].

Озабоченность решения вопроса кадрового обеспечения здравоохранения демонстрируется на государственном уровне. В связи с чем в проекте «Квалифицированные кадры в здравоохранении» предполагается внедрение, во-первых, новой процедуры допуска специалистов к профессиональной деятельности (аккредитация) и, во-вторых, системы непрерывного дополнительного профессионального образования врачей [13]. К 2020 г. 25 % специалистов должны получить допуск к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, а в 2025 г. – 100 % специалистов. Для этого в 2019 г. будет обеспечено функционирование 105 аккредитационно-симуляционных центров, в 2025 г. – 114 [13]. В распоряжении №426-р. от 2018 г. Минздраву России из резервного фонда Правительства России выделяются средства в размере 2,5 млрд руб. на обеспечение доступа практикующих врачей к непрерывному повышению квалификации. Господдержка предполагает дооснащение тренажерами не менее 75 симуляционных центров образовательных и научных организаций, обеспечение доступа не менее 200 тысяч практикующих врачей к повышению квалификации через интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования [14].

Среди основных препятствий для цифровизации здравоохранения учеными выявлены следующие: перебои доступа к технологиям, сложности с внедрением цифровых инструментов в обычный режим работы медиков, проблемы информационной безопасности и конфиденциальности [11].

Цель и задачи исследования

Цель исследования заключается в разработке рекомендаций по повышению эффективности деятельности медучреждений региона в зависимости от структуры персонала по уровню инновационной активности. Задачи исследования заключаются, во-первых, в определении кластеров медучреждений на основе многомерной классификации. Во-вторых, в определении структуры персонала на основе двух признаков (готовность к участию в мероприятиях по повышению эффективности работы организации и возможность внести предложения по улучшению работы организации) в разрезе каждого кластера. В-третьих, в определении мер по повышению эффективности деятельности медучреждений кластеров.

Объектом исследования является инновационное поведение персонала и эффективность деятельности медицинских учреждений.

Предметом статьи являются инструменты и процессы стратегического управления инновационным поведением персонала медицинских учреждений.

Методы и методология исследования

В работе используются такие методы исследования, как метод главных компонент, кластерный анализ, опросный метод, метод группировки данных. Метод «разность разностей», который предполагалось использовать при оценке эффективности медицинской организации и инновационной готовности персонала, не удалось применить по причине отсутствия данных анкетирования персонала до введения цифровых технологий. Данные были проанализированы в пакетах STATISTICA 12 и SPSS Statistics.

Результаты исследования

На первом этапе исследования с помощью инструментов STATISTICA была проведена многомерная (22 показателя) классификация медицинских учреждений 45 муниципальных образований республики Татарстан [15] на основе показателей их деятельности по выделенным главным компонентам (табл. 1).

Из данных табл. 1 следует, что наибольший коэффициент информативности (78,73) несет пятая главная компонента, далее вторая главная компонента, которая несет коэффициент информативности 70,57, шестая – 66,26 и восьмая – 58,68. Не все коэффициенты информативности больше 50 %, а значит, не все факторы имеют нагрузку выше среднего значения.

Затем были выделены кластеры медицинских учреждений муниципальных образований республики, схожие по показателям эффективности и определяющим главным компонентам (табл. 2).

В результате в состав кластера №1 вошли 11 муниципальных образований, № 2 – 15, № 3 – 11 и № 4 – 8. Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте, рассматриваемый нами в качестве результирующего показателя эффективности всей системы здравоохранения, существенно различается по 45 муниципальным образованиям Республики Татарстан (табл. 2). Для кластера № 3 средний показатель составил самое низкое значение – 373, в то время как для кластера №4 – 639. При этом наиболее значимыми для кластера № 3 оказались факторы 1, 2, 3 и 4. Аналогично можно выделить факторы для остальных кластеров.

Кроме того, в период с февраля по май 2019 г. был проведен опрос в медицинских учреждениях Республики Татарстан. В ходе исследования было опрошено 1004 чел. 17 медицинских учреждений. Выборочная совокупность с минимальной вероятностью статистической ошибки составляет 661 чел., что позволяет считать полученную выборку репрезентативной. Проведенное анкетирование позволило выделить группы по полу, категориям и типам инновационного поведения персонала. Наибольший удельный вес в структуре занимают женщины (85,6 %) (табл. 3). Преобладает категория врачи (35,4 %) и средний медицинский персонал (51,9 %).

Таблица 1

Коэффициенты информативности и факторные нагрузки переменных компонент

Главные компоненты	Переменные	Факторные нагрузки	Коэффициенты информативности
Смертность населения трудоспособного возраста (всего, онкология, на дому)	Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. населения соответствующего возраста – всего	0,808306	55,13
	Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. населения соответствующего возраста – от онкологических заболеваний	0,718464	
	Смертность на дому лиц мужского (18–59 лет) и женского (18–54 года) пола	0,741376	
Профилактика и диагностика заболеваний	Охват флюорографическими осмотрами групп риска по туберкулезу, % от плана	0,752425	70,57
	Выполнение плана диспансеризации взрослого населения, % по принятым к оплате счетов-реестров	0,736188	
	Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут, % от всех вызовов	0,799644	
Доля удержаний от стоимости задания, %	Доля удержаний 2018 г. от стоимости задания, %	-0,835007	43,84
Охват записи населения на прием к врачу в электронном виде	Доля пациентов, записавшихся на прием к врачу в электронном виде к общему числу поликлинических посещений, %	0,845794	40,96
Эффективность использования оборудования	Эффективность использования оборудования – УЗИ-аппаратов, %	0,844448	78,73
	Эффективность использования оборудования – эндоскопического оборудования для гастроскопии, %	0,799592	
Смертность населения от болезней кровообращения и ОНМК	Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. населения соответствующего возраста – от болезней системы кровообращения	0,753661	66,26
	Смертность населения трудоспособного возраста на 100 тыс. населения соответствующего возраста – от ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения)	0,859165	
Выполнение плана по стационарной медицинской помощи	Стационарная медицинская помощь, случаи госпитализации, % к плану	0,710084	29,87
Уровень квалификации врачей	Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, %	0,887974	58,68

Таблица 2

Оценка факторов по медучреждениям муниципальным образованиям Республики Татарстан

	Кластер № 1	Кластер № 2	Кластер № 3	Кластер № 4
у	545,7273	466,8800	373,1273	639,4000
Фактор 1	-0,8866	0,2324	2,2267	-2,2784
Фактор 2	0,2836	0,2380	0,2666	-1,2027
Фактор 3	0,0341	0,0405	-0,7258	0,8751
Фактор 4	0,6432	0,2146	-0,6047	-0,4552
Фактор 5	-0,1131	0,1008	-0,0134	-0,0151
Фактор 6	-0,0766	0,4654	-0,2320	-0,4483
Фактор 7	-0,2402	-0,3575	0,2437	0,6654
Фактор 8	0,1822	-0,2301	0,0428	0,1220

Таблица 3

Структура персонала

Типы персонала	Численность персонала	Доля, %
<i>Пол</i>		
мужчины	145	14,4
женщины	859	85,6
<i>Категории персонала</i>		
Административно-управленческий персонал (АУП)	28	2,8
Врачи	355	35,4
Средний медицинский персонал (СМП)	521	51,9
Нет ответа	100	9,9
<i>Типы инновационного поведения персонала</i>		
I тип «готов и востребован»	635	63,2
II тип «готов и не востребован»	282	28,1
III тип «не готов и востребован»	23	2,3
IV «не готов и не востребован»	47	0,05
Тип не определен	17	1,7
Всего	1004	100

На основе сочетания значения двух классификационных признаков (готовность к участию в мероприятиях по повышению эффективности работы организации и возможность внести предложения по улучшению работы организации) можно выделить четыре типологические группы работников (рис. 1).

		Степень инновационной активности работников	
		высокая	низкая
Степень привлечения работников к внедрению инноваций	высокая	I тип «готов и востребован»	III тип «не готов и востребован»
	низкая	II тип «готов и не востребован»	IV тип «не готов и не востребован»

Рис. 1. Типологические группы персонала

Из табл. 3 видно, что в общей численности преобладают сотрудники I (63,2 %) и II (28,1 %) типа.

Далее мы проанализировали структуру персонала медицинских учреждений соответствующих кластеров по типам инновационной активности согласно авторскому подходу (табл. 4).

Анализ показывает, что по мере ухудшения показателей эффективности учреждений здравоохранения (от кластера № 1 к кластеру № 4) доля инновационно-активных сотрудников в общей численности снижается с 71,59 до 55,92 %. При этом растет доля сотрудников II типа с 24,72 до 33,41 %.

Данная тенденция свидетельствует о наличии взаимосвязи между эффективностью деятельности медицинского учреждения и инновационной готовностью его сотрудников. Очевидно опосредованное влияние организационной культуры на эффективность работы как персонала, так и организации в целом. Медучреждения, создающие условия для реализации профессиональных интересов сотрудников, повышения их квалификации, научно-исследовательской активности, добиваются более высоких показателей эффективности.

Таблица 4

Структура персонала медицинских учреждений различных кластеров

Кластеры	Численность персонала		Структура персонала							
			I тип		II тип		III тип		IV тип	
	Чел.	Доля, %	Чел.	Доля, %	Чел.	Доля, %	Чел.	Доля, %	Чел.	Доля, %
Кластер № 1	271	100	194	71,59	67	24,72	4	1	6	2
Кластер № 2	100	100	67	67,00	20	20,00	6	6	7	7
Кластер № 3	210	100	138	65,71	64	30,48	2	1	6	3
Кластер № 4	422	100	236	55,92	141	33,41	14	3	31	7

Профессиональные интересы сотрудников медучреждений каждого кластера существенно различаются. В ходе анкетирования было предложено проранжировать их по убыванию степени значимости (табл. 5), где: 1) зарплата и возможность ее роста; 2) перспектива стабильной работы; 3) личная репутация; 4) квалификация и возможность ее роста; 5) репутация организации; 6) карьерный рост; 7) социальный пакет; 8) взаимоотношения в коллективе; 9) использование возможностей организации.

В целях дальнейшего определения рекомендаций по повышению эффективности деятельности были выделены три наиболее значимых фактора для сотрудников предложенных трудовых интересов (табл. 5).

Таблица 5

Профессиональные интересы сотрудников медучреждений кластера (в порядке убывания значимости фактора)

Кластеры	Категории персонала			
	I тип	II тип	III тип	IV тип
Кластер № 1	2,1,3	2,5,4	1,2,8	2,1,6
Кластер № 2	2,1,4	1,2,4	1,3,2	1,4,2
Кластер № 3	2,1,4	1,2,3	1,2,4	1,2,3
Кластер № 4	1,2,3	1,2,3	1,3,4	1,3,2

Для сотрудников инновационно-активного типа, которые готовы и имеют возможность участвовать во внедрении инноваций, главным фактором выступает перспектива стабильной работы. Это важный фактор для сотрудников первых трех кластеров. При этом он значим для всех сотрудников медучреждений кластера № 1.

Заработная плата и перспективы ее роста значимы для сотрудников всех кластеров и всех типов. Личная репутация и возможность повышения квалификации отметили сотрудники первых трех типов.

Для инновационно-пассивных сотрудников IV типа (низкая инновационная активность при низкой степени привлечения работников к внедрению инноваций) кластера № 4 важна репутация и перспектива стабильной работы.

Репутацию организации, как второй по значимости фактор, выбрали сотрудники II типа (высокая инновационная активность при низкой степени привлечения работников к внедрению инноваций) кластера № 1, организации которого демонстрируют высокие показатели эффективности.

Основной задачей, которая стоит перед руководством медучреждений, является формирование общей установки на необходимость внедрения инновационных технологий в диагностике и лечении пациентов (рис. 2).



Рис. 2. Парадигма управления инновационной активностью персонала

Выводы

В ходе проведенного нами эконометрического анализа можно сделать следующие выводы. Во-первых, медицинский персонал 1 и 2 типа инновационности постепенно адаптируется к новым способам работы и начинает осознавать преимущества цифрового здравоохранения как для себя, так и для пациентов. По результатам проведенного нами опроса медработники не только имеют доступ к медицинским технологиям, но и активно используют их в своей повседневной работе. Однако потенциал и поддержка цифровых технологий используется не в полной мере, не во всех аспектах работы и не всеми сотрудниками (3 и 4 типа). Во-вторых, основными барьерами, сдерживающими повышение инновационности медицинского персонала, являются дефицит информации при реализации инновационных проектов и низкий собственный уровень цифровой грамотности. Одновременно большая часть сотрудников медучреждений отмечают значительные трудности, непосредственно связанные со стабильной и бесперебойной работой компьютерных программ, доступе к интернету. В-третьих, цифровизация здравоохранения воспринимается большинством работников как создание единого цифрового пространства медицинской документации, использование технологий искусственного интеллекта и телемедицины. В-четвертых, главными стимулами инновационной активности большей части персонала является потребность в стабильности работы, личном профессиональном росте и объективная необходимость знаний цифровых технологий при оказании медицинских услуг.

Таким образом, считаем необходимым рекомендовать руководству медучреждений создание условий для обеспечения роста доли сотрудников I типа за счет резерва медперсонала II типа, который сталкивается с низкой степенью вовлеченности в инновационные процессы. Для этого необходимо формировать и внедрять в медучреждения новые методы управления деятельностью и сотрудниками, мотивирующие их к овладению новыми навыками и компетенциями. Среди таких мер ре-

комендуется стимулирование кадрового состава посредством индивидуальной оценки труда; возможность обучения и повышения квалификации; ротация кадров.

Формирование эффективной системы не экономической мотивации инновационности персонала может быть достигнуто посредством формирования соответствующей организационной культуры демократического типа, которая предполагает регулярное выражение благодарности со стороны руководства, наличие обратной связи, поддержку коллег и т.д. Можно рекомендовать проведение мероприятий, развивающих внутреннюю культуру медучреждения, предоставлять работнику возможность принимать участие в решении значимых вопросов, публично выражать свое мнение. В свою очередь, осведомленность в позиции персонала со стороны руководства позволит выработать наиболее эффективные механизмы его мотивации.

Важным фактором повышения эффективности деятельности медучреждения является создание условий для научно-исследовательской деятельности персонала, которая предполагает публикационную активность, внедрение результатов научно-исследовательских работ, подготовку научных кадров, защиту диссертаций, гранты на проведение исследований.

Перманентное повышение квалификации. Система повышения квалификации врачей и оценки качества их работы устроена довольно формально: сертификация и тренинги нередко являются бюрократической процедурой, а премии де-факто не привязаны к результатам лечения пациентов и профессиональному росту медработников. В итоге стимулы к освоению новых методов и стремление к более качественному лечению у медработников 3 и 4 типов отсутствуют. Поэтому программы обучения работников должны быть привязаны к стратегическим целям организации, соответствовать создаваемым и внедряемым инновационным цифровым технологиям.

В целом переход от корпоративного типа организационной культуры к развитию организационной культуры демократического типа позволит обеспечить баланс интересов как самого медучреждения и его руководства, так и медперсонала.

Благодарности

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-010-00251 А.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9460>
2. Послание Президента РФ Федеральному собранию (2019). URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/59863>
3. URL: http://zdrav.expert/index.php/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F:%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0_%D0%B1%D1%83%D0%B4%D1%83%D1%89%D0%B5%D0%B3%D0%BE
4. URL: <https://www.arubanetworks.com/en-gb/press-release/healthcare-will-become-digitised-by-2030-to-keep-services-alive-experts-predict/>
5. Рудалева И.А., Кабашева И.А., Ковалева Э.Р. Исследование взаимосвязи организационной культуры и инновационного поведения персонала медицинских учреждений // Вестн. Удм. ун-та. Сер. Экономика и право. 2019. Т. 29, вып. 3. С. 314-322.
6. Гусенко М. Ростом не вышли. Российская газета (Федеральный выпуск). 2017. № 58 (7224). URL: <https://rg.ru/2017/03/20/issledovanie-zarplaty-vrachej-rastut-lish-v-svodkah-rosstata.html>
7. Кабашева И.А., Рудалева И.А., Абдулганиев Ф.С. Оценка факторов эффективности региональной системы здравоохранения в процессе цифровой трансформации общества // Экономический вестник Республики Татарстан. 2019. № 1. С. 29-37.
8. Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В. Концепция федерального проекта «Обеспечение шаговой доступности медицинской помощи». ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестн. ВШОУЗ. 2018. №3(13). С. 21-40.
9. Официальный сайт рейтингового агентства Росбизнесконсалтинг. URL: <https://www.rbc.ru/society/31/10/2019/5db9c1e99a79477c93e750cb>
10. Югай М.Т., Панкевич В.И. Роль неэкономических стимулов в системе мотивации медицинских работников государственных медицинских организаций. Вестн. ВШОУЗ. 2018. №3. С.62-78.
11. URL: <https://www.philips.ru/a-w/about-philips/future-health-index/reports/2019/transforming-healthcare-experiences.html>
12. Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. Тема: «Рак: есть ли от него спасение и как с ним бороться?» URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9546>

13. Официальный сайт Правительства России. URL: <http://government.ru/news/28686/>
14. Официальный сайт Правительства России. URL: <http://government.ru/projects/selection/640/31725/>
15. Сборник рейтинг медицинских организаций муниципальных образований за 2018 год. URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/rejting-munitsipalnih-obrazovaniy-v-2018-godu.htm>
16. Файрузов А.Ю., Смирнов А.А., Лихачев Л.Е. Развитие кадрового потенциала и эффективность его функционирования // *Фундаментальные исследования*. 2016. № 12-4. С. 912-917.

Поступила в редакцию 17.01.2020

Рудалева Ирина Анатольевна, кандидат экономических наук, доцент,
доцент кафедры экономической теории и эконометрики
E-mail: rudiran@mail.ru

Кабашева Ирина Александровна, кандидат экономических наук, доцент,
доцент кафедры экономической теории и эконометрики
E-mail: kaba.73@mail.ru

Зульфакарова Лилия Фаридовна, кандидат экономических наук, доцент,
доцент кафедры экономической теории и эконометрики
E-mail: zulfakarova@mail.ru

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
420008, Россия, г. Казань, ул. Кремлевская, 18

I.A. Rudaleva, I.A. Kabasheva, L.F. Zulfakarova

IMPROVEMENT OF EFFICIENCY OF MEDICAL INSTITUTION ACTIVITIES DEPENDING ON PERSONNEL STRUCTURE BY THE LEVEL OF INNOVATIVE ACTIVITY

DOI: 10.35634/2412-9593-2020-30-1-22-31

The large-scale implementation of innovative digital products and technologies in a healthcare facility has a huge impact on the workforce. At the same time, this requires active involvement of medical personnel in the development of innovative technologies, continuous professional development of their work and interest in increasing professionalism and digital literacy, and expanding opportunities for realizing their research potential. The article defines a direct relationship between the innovative readiness of medical staff and the effectiveness of the medical institution as a whole. To achieve this, a classification and typologization of medical personnel was carried out according to their readiness and ability to implement innovations in the institution. The barriers that hinder the innovative activity of employees were identified and recommendations for management decisions at the level of medical institutions of the regional health system were developed.

Keywords: health care institutions, innovative behavior, innovative activity of personnel, method of main components, cluster analysis, personnel structure, efficiency improvement.

Received 17.01.2020

Rudaleva I.A., Candidate of Economics, Associate Professor
at Department of Economic Theory and Econometrics
E-mail: rudiran@mail.ru

Kabasheva I.A., Candidate of Economics, Associate Professor
at Department of Economic Theory and Econometrics
E-mail: kaba.73@mail.ru

Zulfakarova L.F., Candidate of Economics, Associate Professor
at Department of Economic Theory and Econometrics
E-mail: zulfakarova@mail.ru

Kazan (Volga region) Federal University Kremlevskaya st., 18, Kazan, Russia, 420008