

изменениями для реализации стратегически важных целей:

- реализации философии (идеологии) организации,
- управление изменениями,
- демонстрация лидерских навыков и поведения лидера;

3. «Профессионализм» - способность осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с этическими и профессиональными нормами, включая ответственность перед пациентом, коллегами и обществом, с ориентацией на качество услуг; обязанность непрерывного образования и профессионального развития:

- профессиональное развитие и непрерывное образование,
- вклад в развитие профессии и общества,
- реализация личной и профессиональной ответственности;

4. «Знание среды здравоохранения» - способность видеть особенности системы здравоохранения и внешнюю среду медицинской организации и осознавать свою роль в ней:

- знание системы здравоохранения,
- знание потребностей пациентов,
- знание структуры кадрового состава и особенностей деятельности отдельных категорий работников;

5. «Навыки делового администрирования» - способность осуществлять деловое администрирование с учетом знаний среды здравоохранения:

- навыки общего управления,
- навыки финансового управления,
- навыки управления информационными ресурсами,
- навыки управления персоналом,
- навыки стратегического управления,
- навыки управления рисками,
- навыки управления качеством продукции/услуг.

Формирование компетенций в процессе обучения традиционно осуществляется посредством овладения знаниями, умениями и навыками. На каждом этапе образовательного процесса используются различные виды, формы, методы, средства и технологии обучения. «Навык» рассматривается как автоматизированное действие, доведенное до высокой степени совершенства. И с этой целью, мы полагаем, рационально использовать тренинги, нацеленные на практическую подготовку слушателей.

В различных источниках литературы представлено множество определений тренинга разными авторами. На наш взгляд, тренинг - это вид практического занятия в интерактивной форме, представляющий собой последовательно выстроенную совокупность различных типов активностей и нацеленный на формирование навыка. Особенность тренинга, как вида практического занятия, заключается в том, что это имеющее сценарий целостное произведение с элементами драматургии.

В тренингах выделяют различные типы активностей (изложение теоретического материала, как правило, в формате инструктажа, кейсы, дискуссии, игровое проектирование, разработка реального продукта и др.), ряд из которых представляют собой бизнес-симуляции.

Безусловно, тренинг может и часто должен сочетать в себе различные типы активностей, но качественная подготовка современных руководителей здравоохранения должна быть основана на применении в образовательном процессе бизнес-симуляций.

Выбор оптимального типа активности в тренинге определяется поставленной целью - овладение определенным навыком, необходимым для формирования определенной компетенции.

Формируя такие компетенции руководителя здравоохранения как «Взаимодействие с вышестоящими и партнерскими организациями», «Навыки управления персоналом» и др., по нашему опыту успешны ролевые игры, представляющие собой симуляционное обучение, направленное на отработку вариантов поведения в определенных ситуациях.

Для овладения навыками общего управления, финансового

управления, стратегического управления и т.д. целесообразно использовать деловые игры, позволяющие имитировать содержание профессиональной деятельности.

Если в играх заложена имитация практики поведения или деятельности, то в кейс-методе - имитируется ситуация, требующая решения. Это создает условия разностороннего применения кейсов для отработки навыков как в качестве отдельного типа активности, так и в сочетании с игровым проектированием.

Бесспорно, приведенные примеры представляют собой не полный список применения симуляционного обучения на тренинговых занятиях при подготовке административно-управленческих кадров здравоохранения.

Однако, необходимо отметить, что тренинг, как «целостное произведение», содержащее в себе симуляционные педагогические технологии, требует соблюдения требований к формату проведения тренингового занятия, выбора его оптимального вида, позволяющего достичь цель занятия, и тщательной проработки сценария.

### **ПОДГОТОВКА СЦЕНАРИЯ ТРЕНИНГА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Наваркин М. В.

ГБОУ ВПО МГМСУ им А.И. Евдокимова МЗ РФ, москва

Успешность тренинга для формирования компетенций современного руководителя в сфере здравоохранения в первую очередь определяется качеством его организации. Ключевым моментом в подготовке организации любого тренинга является проработка сценария. В основу сценария тренинга закладывается его цель и групповая динамика. Управление групповой динамикой должно стать фундаментом сценария тренинга.

Цель должна быть поставлена не только для целого тренинга, но и для каждого отдельного взятого его структурного элемента - стадии, этапа, действия.

Необходимо учитывать в сценарии тренинга, что с одной стороны - в начале тренинга слушатели определяют уровень экспертности преподавателя, а с другой - работоспособность и сплоченность обучающихся увеличиваются к середине учебного дня, что требует соблюдения трех основных правил управления групповой динамикой:

1. В начале и в конце тренинга необходимо использовать относительно простые, не требующие глубокой проработки активности;

2. В середине тренинга необходимо использовать динамичные, конструктивные активности, требующие высокой вовлеченности слушателей в образовательный процесс;

3. Если в тренинге заложены длительные (более 15 минут) перерывы, то динамика групповой активности после перерыва существенно снижается, вследствие чего возникает необходимо заново повышать энергичность группы.

Классический тренинг включает в себя четыре основных стадии групповой динамики:

1. Знакомство;
2. Распределение ролей;
3. Устойчивая групповая работа;
4. Завершение процесса работы.

На стадии знакомства необходимо разделять следующие этапы:

- знакомство преподавателя с группой,
- знакомство слушателей между собой в группе,
- знакомство с целями, планом, продолжительностью тренинга и др.

На стадии распределения ролей возрастает энергетика группа, повышается динамика активности обучающихся, что предполагает в качестве основного элемента использование разноплановых заданий. Разминка способствует развитию

эмоционального контакта слушателей между собой и преподавателем.

На стадии устойчивой работы группы, когда достигается наивысшая работоспособность и сотрудничество обучающихся, необходимо соблюдение таких этапов, как четкий инструктаж перед выполнением задания, работа в группах, обсуждение результатов групповой работы, обобщение достигнутых результатов и формулировка выводов.

И наконец, на стадии завершения групповой работы, когда снижается динамика и слушатели максимально раскованы, необходимо организовать эффективную обратную связь. Обратная связь в себя включает: подведение итогов тренинга, оценка достижения слушателями целевой установки тренинга.

Все стадии, этапы и действия тренинга строго определяются по времени. В сценарии отдельно закладывается время на перерывы и организационные вопросы, подробно прописываются все действия как преподавателя, так и слушателей. Описывается используемая аппаратура, раздаточные материалы, наглядные пособия и пр. средства, необходимое для успешного проведения тренинга.

Необходимо помнить, что удачная импровизация - это хорошо спланированный сценарий.

### **ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЕ**

Завитаева А.В.

ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им.Ф.И.Иноземцева». Санкт-Петербург

То, что персонал является ключевым ресурсом, на уровне слогана затвердил себе каждый, кто имеет основания называться руководителем. Более продвинутые управленцы готовы развить этот тезис, вспомнив о коллективной компетентности, о носителях технологий, о том, что именно персонал является тем, кто, в конце концов, обеспечивает нам конкурентное преимущество. В большинстве секторов экономики к вопросам управления персоналом подходят вполне осознанно и инвестируют в эту сферу немалые средства. Совсем иная ситуация в здравоохранении. И если коммерческая медицина всё больше разворачивается лицом к этой проблеме, то в государственных лечебных учреждениях вопросы сохранения, развития и преемственности кадров на всех уровнях последовательно игнорируются. Давайте попробуем разобраться в причинах, последствиях и возможностях оптимизации этой драматической ситуации. И аналитикам, и потребителям медицинских услуг очевидно - качество медицинского продукта в целом по больнице оставляет желать существенно лучшего. Причины повсеместного снижения качества оказания медицинской помощи коренятся в разрушении системы высшего и среднего медицинского образования. Если конкретнее: вымывание специалистов экстра-класса из профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, коррупционность всей системы образования от этапа поступления, до выдачи дипломов непонятно кому, рост числа псевдообразовательных коммерческих медицинских «ВУЗОВ», отмена системы распределения, формальная система повышения квалификации раз в пятилетку, скромное финансирование. Следствие - крайне низкий уровень подготовки специалистов. Соответственно всё острее перед медицинскими предприятиями любой формы собственности встают вопросы привлечения и удержания в коллективах востребованных результативных профессионалов и создания внутренней системы повышения компетентности специалистов. Усугубляет эту проблему то, что в равной, если не большей степени, дефицит профессиональных кадров актуален для сферы управления медициной. Причин тому несколько. Первая причина - это то, что медицинскими предприятиями управляют не менеджеры, не экономисты, а врачи, то есть люди совсем иной профессии, преимущественно не обладаю-

щие необходимыми знаниями и компетенциями. И подготовка этих специалистов на федеральном уровне осуществляется фрагментарно, не последовательно, не преемственности и аккумулирования управленческих технологий и решений единую систему. Вторая причина в том, что во все времена во врачебной среде управление было деятельностью не престижной, малоинтересной и всегда вторичной по отношению к Её Величеству Медицине. Медики - сообщество крайне консервативное и настороженное ко всем внешним знаниям. Третья причина - наличие в любом медицинском предприятии двух управленческих подсистем - врачебной и сестринской, которые взаимодействуют крайне неэффективно и не способствуют обмену идеями, совместной выработке и аудиту решений, обмену опытом, и в целом росту профессионализма управленческих команд. Т.е., в высокотехнологичной сфере производства налицо дефицит квалифицированных кадров, а также специалистов, способных эту проблему вычленив, проанализировать и найти наиболее оптимальное решение. Однако есть еще одна категория специалистов, которые могут влиять на решение вопросов по управлению персоналом - это HR специалисты, вроде бы им и карты в руки. Но, увы, и здесь мимо - в государственных лечебных учреждениях функции отдела кадров сведены лишь к кадровому делопроизводству и не более. В результате - уровень специалистов и качество услуги последовательно снижается, управление предприятием осуществляется на интуитивно-эмпирическом уровне, внутреннее взаимодействие управленческих команд не эффективно, современные технологии управления персоналом используются в минимальном объёме.

Несколько фактов, которые позволят создать более объёмное представление о ситуации. Медицина крайне заформализованная отрасль с очень низким уровнем самостоятельности в распределении ресурсов и принятии базовых управленческих решений на местах. Российская медицинская система последние 15 лет находится в состоянии постоянного реформирования, и правила игры постоянно меняются. Доминирующий тип организационных культур в государственных медицинских учреждениях авторитарно-профессиональный (по Ч. Хэнди) - эдакая жёсткая армейская структура, в которой рядовыми предполагаются высококлассные специалисты. Информационная система большинства предприятий несовершенна и непрозрачна. Стратегия и перспективы неочевидны для персонала. Престижность профессии врача - средняя, медсестры - низкая. Доход - средне-низкий у врачей и низкий у среднего медицинского персонала. Карьерная лестница плоская в обоих случаях. Средний возраст продуктивных специалистов: врачей - 35-45, медсестёр - 40-50 лет. Из выпускников медицинских училищ в медицину приходит не более 5%. А теперь попробуем заглянуть немного вперёд, к чему это может привести в самом ближайшем обозримом будущем. Исходя из среднего возраста специалистов, буквально в ближайшие 5-10 лет Россия столкнётся с острым дефицитом специалистов со средним медицинским образованием. Переход на Болонскую систему образования, который уже идёт и вызывает шквал неприятия у специалистов, с очень большой вероятностью приведёт к лавинообразному снижению уровня знаний выпускников медицинских вузов. Экономический кризис и последствия Украинских событий, скорее всего будут способствовать снижению финансирования отрасли, или, в лучшем случае, стабилизации финансирования на текущем, увы, недостаточном уровне. Так что же, коллапс? Ну, если не коллапс, то весьма серьёзный кризис, который делает вопрос эффективного управления медицинским предприятием и персоналом, в частности, наиболее актуальным. Так что же делать? Осознать роль управления персоналом в экономической эффективности предприятия. Принять, что невозможно обеспечить систему качества без таких ключевых систем управления человеческими ресурсами, как система развития персонала и др.