

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ



DOI: 10.26794/1999-849X-2022-15-3-69-79
УДК 330.567.4:61(045)
JEL H51, H53, H55, P36

Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников

Ю.В. Бурдастова^{a,b}, Ю.С. Ненахова^{a,b}, Н.В. Аликперова^{a,b,c}, Д.И. Марков^{b,c}

^a Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН, Москва, Россия;

^b НИИОЗММ ДЗМ, Москва, Россия; ^c Финансовый университет, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Предмет исследования — новые модели наставничества в медицинских организациях как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников. *Цели работы* — установление основных аспектов наставничества в сфере здравоохранения и характеристика возможных моделей наставничества. Выявлены основные аспекты наставнической деятельности в медицинских организациях. Определено, что наставнические механизмы и инструменты должны быть институционализированы как в медицинских организациях, так и на уровне профильных министерств. Обоснована необходимость диверсификации наставнических процедур в зависимости от специфики деятельности медицинской организации, ее штатного состава, количества пациентов, наставнических инструментов и механизмов. В результате проведенного исследования установлено, что для повышения эффективности развития института наставничества в государственной системе здравоохранения необходимо учитывать нормативную регламентацию института наставничества, диверсификацию процедур наставничества в зависимости от специфики деятельности и других характеристик медицинской организации. *Сделаны выводы* о том, что разработанные авторами и приведенные в статье теоретические модели наставничества можно объединить в единую систему ежегодного мониторинга показателей эффективности деятельности медицинской организации, учитывающую как объективные, так и субъективные способы адаптации сотрудников к особенностям деятельности медицинской организации.

Ключевые слова: наставничество; здравоохранение; трудовой потенциал; медицинские работники; профессиональная адаптация; корпоративная культура

Для цитирования: Бурдастова Ю.В., Ненахова Ю.С., Аликперова Н.В., Марков Д.И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников. *Экономика. Налоги. Право*. 2022;15(3):69-79. DOI: 10.26794/1999-849X-2022-15-3-69-79

ORIGINAL PAPER

New Models of Mentoring in Healthcare as a Way to Improve the Professional Competencies of Medical Workers

Yu.V. Burdastova^{a,b}, Yu.S. Nenakhova^{a,b}, N.V. Alekperova^{a,b,c}, D.I. Markov^{b,c}

^a Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia;

^b Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia;

^c Financial University, Moscow, Russia

ABSTRACT

The subject of the research is new mentoring models in medical organizations as a way to improve the professional competencies of medical workers. *The objectives of the work* are to establish the main aspects of mentoring in the field of healthcare and to characterize possible mentoring models. The main aspects of mentoring activities in medical organizations are revealed. It is determined that mentoring mechanisms and tools should be institutionalized both at

© Бурдастова Ю.В., Ненахова Ю.С., Аликперова Н.В., Марков Д.И., 2022

the level of medical organizations and at the levels of relevant ministries. The necessity of diversification of mentoring procedures depending on the specifics of the medical organization, its staff, the number of patients, mentoring tools and mechanisms is substantiated. As a result of the conducted research, it was found that in order to increase the effectiveness of the development of the institute of mentoring in the public health system, it is necessary to take into account the regulatory regulations of the institute of mentoring, the diversification of mentoring procedures depending on the specifics of the activity and other characteristics of the medical organization. *Conclusions are drawn* that the theoretical models of mentoring developed by the authors and presented in the article can be combined into a single system of annual monitoring of the performance indicators of a medical organization, taking into account both objective and subjective ways of adapting employees to the specifics of the medical organization.

Keywords: mentoring; healthcare; labor potential; medical workers; professional adaptation; corporate culture

For citation: Burdastova Yu.V., Nenakhova Yu.S., Alekperova N.V., Markov D.I. New models of mentoring in healthcare as a way to improve the professional competencies of medical workers. *Ekonomika. Nalogi. Pravo = Economics, taxes & law*. 2022;15(3):69-79. (In Russ.). DOI: 10.26794/1999-849X-2022-15-3-69-79

ВВЕДЕНИЕ

Современное экономическое и социальное неравенство оказывает значительное влияние на здоровье и благополучие граждан, их продолжительность жизни и способность полноценно участвовать в экономической деятельности. Нехватка медицинских работников, неравномерное распределение работников и учреждений здравоохранения, отсутствие доступа к медико-санитарным услугам у наиболее уязвимых групп населения, низкое качество оказываемой медицинской помощи, недостаточный уровень подготовки, контроля и поддержки медицинских работников¹ — факторы, которые сдерживают прогресс в улучшении общественного здоровья и увеличивают расходы семей на оказание медицинской помощи. В связи с этим важно, чтобы система здравоохранения была сфокусирована на компетентном уходе за больными, оказании качественных медицинских услуг и ориентации на пациентов для обеспечения равного доступа к медицинской помощи и доверия к системе здравоохранения.

Обеспечение пациентоориентированности в оказании медицинских услуг, под которой в общем плане понимается парадигма развития модели здравоохранения, в центре которой находится пациент как личность, являющаяся одним из основных приоритетов в организации процесса оказания медицинской помощи в России, что обуславливает необходимость повышения требований к медицинским работникам, которые должны быть

высокопрофессиональными специалистами, способными быстро адаптироваться к изменениям окружающей обстановки, постоянно совершенствовать свои знания и умения. Для этого должны создаваться комфортные условия для их работы, чтобы можно было решать задачи снижения текучести кадров, обеспечивать повышение квалификации медицинских работников. Эти и другие задачи могут решаться посредством наставничества как инструмента адаптации медицинских кадров к сложившейся системе здравоохранения.

Известно, что конечной целью наставничества является максимально полное раскрытие потенциала личности наставляемого, необходимое для успешной личной и профессиональной самореализации через создание в медицинском учреждении условий для формирования эффективной системы поддержки, самоопределения и профессиональной ориентации медицинских работников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выводы о проблемах и потребностях института наставничества в здравоохранении были сделаны исходя из исследований, осуществленных в рамках научных проектов Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы (далее — НИИОЗММ ДЗМ) в 2019–2021 гг. В частности, были проведены две серии экспертных опросов методом глубинных структурированных интервью с медицинскими работниками столичных медицинских организаций, ответственными за внедрение практик наставничества, во время которых задавались вопросы, касающиеся как уже реализуемых

¹ WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Selected highlights. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241550369>

наставнических практик, так и перспектив развития наставничества и создания необходимых условий для его наиболее успешного внедрения.

Помимо этого, в 2020–2021 гг. были реализованы два исследования по сбору и анализу лучших региональных и московских практик наставничества в здравоохранении, по результатам которых были изданы Атлас лучших московских практик наставничества в сфере здравоохранения² и Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения³.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как показали результаты проведенных исследований, для наиболее успешного развития наставничества медицинским организациям, а также специалистам в области организации здравоохранения следует обратить внимание на следующее.

Во-первых, наставнические механизмы и инструменты должны быть институционализированы как на уровне медицинской организации, так и профильного министерства. В настоящее время во многих регионах Российской Федерации разработаны и утверждены типовые положения о наставничестве, на основе которых медицинским организациям рекомендуется формировать собственные положения о наставничестве, где должны регламентироваться порядок проведения наставнических мероприятий, сроки наставничества, критерии выбора наставников, инструменты наставничества, формы контроля за наставнической деятельностью и т.д. Активно ведется разработка федерального положения о наставничестве в здравоохранении. В частности, в 2020 г. был представлен проект Методических рекомендаций по организации наставничества в учреждениях здравоохранения, разработанный Минздравом России. Понимая необходимость расширения целевой аудитории наставничества и включения в ее состав, помимо молодых специалистов, других категорий медицинских работников, которые нуждаются в наставничестве, НИИОЗММ ДЗМ по заказу Департамента

здравоохранения Москвы разработало три типовых положения о наставничестве для столичных медицинских организаций, включающие различные модели наставничества. В этих положениях для каждой модели наставничества приводятся:

- 1) категории медицинских работников, в отношении которых предлагается тот или иной вид наставничества;
- 2) основные цели наставничества;
- 3) основные категории наставников;
- 4) рекомендуемые сроки наставничества;
- 5) периодичность проведения процедуры наставничества;
- 6) периодичность выявления потребности в наставничестве;
- 7) основные формы и инструменты наставничества;
- 8) ожидаемые результаты внедрения института наставничества для медицинской организации;
- 9) критерии и механизм выбора кандидатуры наставника;
- 10) формы и порядок организации обучения наставников;
- 11) виды стимулирования труда наставников;
- 12) критерии и формы оценки наставнической деятельности;
- 13) алгоритм проведения наставничества.

Во-вторых, как показал анализ лучших практик наставничества, несмотря на необходимость институционализации института наставничества, закрепления его основных механизмов и форм, те или иные аспекты его деятельности должны быть гибкими, а весь институт в целом — восприимчив к изменениям как внутренних потребностей медицинского учреждения, так и требований внешней среды. Во многих медицинских учреждениях, где наставническая деятельность продемонстрировала свою успешность, создан специальный орган — Совет наставников, который готовит пакет изменений в коллективный договор медицинских работников с целью закрепления механизмов мотивации наставников, разрабатывает рекомендации к Положению об организации наставничества, подготавливает и утверждает методики выявления кандидатур потенциальных наставников, разрабатывает и утверждает систему обучения наставников, алгоритмы создания, обсуждения, утверждения и корректировки индивидуальных планов наставников в разрезе основных моделей наставничества, «Правила наставничества» по каждой моде-

² Атлас лучших московских практик наставничества в сфере здравоохранения / под ред. Ю.В. Бурдастовой. — М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2021. 35 с

³ Александрова О.А., Аликперова Н.В., Бурдастова Ю.В. [и др.]. Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2020. 40 с.

ли наставничества, алгоритмы промежуточной и итоговой аттестации медицинских специалистов, проходящих процедуру наставничества, критерии эффективности наставничества для медицинской организации в целом, утверждает окончательный список кандидатур, рекомендуемых в качестве наставников (по каждой модели наставничества), проводит процедуру итоговой аттестации медицинских специалистов.

В-третьих, как отмечают эксперты, необходима диверсификация наставнических процедур в зависимости от специфики деятельности медицинского учреждения, его штатного состава, количества пациентов и т.д. В данном случае следует подчеркнуть, что, несмотря на необходимость регламентации наставничества, нормативные документы федерального и регионального уровня должны носить рамочный характер и не ограничивать набор инструментов, форм, сроков и других аспектов наставнической деятельности для конкретной медицинской организации. В целом необходимо предусмотреть возможность использования полного набора инструментов наставничества, среди которых можно выделить:

а) предварительную оценку уровня основных профессиональных компетенций, имеющихся у медицинского специалиста к моменту начала процедуры наставничества (в форме тестирования, устной беседы, выполнения письменных заданий в зависимости от задач, поставленных в рамках наставничества);

б) составление индивидуального плана наставничества;

в) организацию очной/дистанционной встречи со специалистом отдела кадров / заведующим отделением с целью ознакомления медицинского специалиста, проходящего процедуру наставничества, с изменениями в организационной структуре медицинской организации;

г) проведение серии очных/дистанционных встреч с заведующим отделением, специалистом по развитию корпоративной культуры / специалистом отдела кадров, а также медицинским психологом с целью социально-психологической адаптации и ознакомления медицинского специалиста, проходящего процедуру наставничества, с изменениями в корпоративной этике медицинской организации;

д) осуществление серии очных индивидуальных консультационных встреч с наставником с целью восполнения дефицита знаний в связи с внедрени-

ем новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования;

е) проведение серии очных и/или дистанционных индивидуальных практических занятий с наставником с целью отработки полученных знаний в связи с внедрением новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования;

ж) осуществление серии очных и/или дистанционных групповых занятий совместно с другими медицинскими специалистами, проходящими процедуру наставничества, с целью коллективного изучения аспектов использования новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования;

з) реализацию дополнительных мероприятий в рамках наставнической деятельности (мастер-классы, научно-практические конференции и круглые столы и т.п., посвященные внедрению новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования);

и) самостоятельное ознакомление с материалами по направлению работы, в том числе с наработками данной медицинской организации;

к) выполнение заданий по развитию профессиональных компетенций, связанных с внедрением новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования, подготовленных наставником, с последующим разбором полученных результатов;

л) дистанционное индивидуальное консультирование с наставником;

м) дистанционное групповое обсуждение аспектов медицинской деятельности по направлению работы совместно с другими медицинскими специалистами, проходящими процедуру наставничества;

н) прохождение промежуточных процедур контроля сформированных компетенций с целью своевременной корректировки процесса наставничества;

о) внесение информации о промежуточных результатах наставничества в индивидуальный план наставничества и своевременная корректировка индивидуального плана наставничества в соответствии с промежуточными результатами и др.

В-четвертых, в связи с необходимостью диверсификации наставнических процедур эксперты подчеркивают необходимость диверсификации целевой аудитории наставничества, т.е. тех категорий медицинских работников, на которые будут

распространяться адаптационные процедуры. Так, московское Положение об адаптации медицинских работников предполагает наставничество только в отношении молодых специалистов. Однако целесообразно не ограничиваться этой категорией специалистов, учитывая интересы как самих медицинских организаций, так и их сотрудников. В частности, процедура наставничества может быть востребована медицинскими специалистами старших возрастов (предпенсионного/пенсионного возраста или имеющих трудовой стаж в медицине более 20 лет), что обусловлено необходимостью их своевременной адаптации к развитию цифровых технологий, а также возможному внедрению новых форм отчетности.

В то же время имеется ряд категорий медицинских работников вне зависимости от возраста и стажа работы, для которых требуется наставничество в силу изменения условий осуществления ими трудовой деятельности (например, одна из таких категорий — специалисты, имеющие длительный перерыв в работе вне зависимости от причин, например затяжной болезни, декретного отпуска; другая категория — специалисты, сменившие медицинскую организацию или структурное подразделение в рамках одной медицинской организации; третья категория — медицинские работники, сменившие направление деятельности). Для этих категорий специалистов требуется не только адаптация к изменившейся цифровой среде, но и зачастую организационная и социально-психологическая адаптация, а в ряде случаев — и более емкая с точки зрения знаний и навыков адаптация к новым медицинским технологиям и высокотехнологичному медицинскому оборудованию.

Наконец, в условиях выполнения задачи развития пациентоориентированности медицинских учреждений представляется важным создание отдельной модели наставничества по адаптации к корпоративной культуре медицинской организации. Актуальность введения данного вида наставничества подтверждается результатами исследования Росстата в 2019 г., когда 45,1% представителей домохозяйств в городской местности и 56,4% членов домохозяйств в сельской местности отметили среди основных негативных явлений, наблюдаемых в государственной медицине, невнимательное отношение персонала в медицинских организациях к пациентам.

В-пятых, при развитии института наставничества необходима диверсификация сроков наставнической деятельности. Жесткая регламентация сроков,

как видится экспертам, не только не способствует, но и препятствует эффективной адаптации той или иной наставнической процедуры под нужды и реалии определенной медицинской организации. Так, наставничество для старших возрастов, осуществляемое с целью адаптации к цифровой среде или к новым отчетным формам, может длиться от двух недель. То же самое касается тех медицинских работников, кто, не являясь молодым специалистом, приступил к работе в новом для себя структурном подразделении или медицинской организации, поскольку представителям этой категории медицинских работников требуется преимущественно лишь организационная и социально-психологическая адаптация. Что же касается наставничества в отношении специалистов, кто имел длительный перерыв в работе или сменил направление медицинской деятельности, рекомендуемый срок наставничества составляет один месяц. Для молодых специалистов сроки наставничества могут достигать до трех месяцев и более, поскольку в данном случае наставничество может быть использовано как инструмент восполнения специалистом недостающих компетенций медицинского характера, не до конца сформированных системой профессионального образования.

МОДЕЛИ НАСТАВНИЧЕСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учитывая вышеперечисленные аспекты, командой аналитиков НИИОЗММ ДЗМ разработаны новые модели наставничества в здравоохранении в зависимости от цели наставничества и целевой аудитории наставничества.

Целевая аудитория наставничества включает следующие категории медицинских работников:

- молодые специалисты;
- медицинские работники, чей опыт работы в медицинской сфере превышает 20 лет, а также медицинские работники предпенсионного и пенсионного возраста;
- медицинские работники, возвратившиеся на место работы после декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком / после длительного перерыва в работе;
- медицинские работники, сменившие направление деятельности;
- медицинские работники, сменившие медицинскую организацию, а также медицинские работники, перешедшие в другое структурное по-

дразделение в рамках одной медицинской организации на аналогичную должность;

- медицинские работники, за исключением категории «Молодые специалисты», в случае возникновения потребности в наставничестве.

В зависимости от потребностей целевой аудитории наставничества определены цели наставничества, которые рассмотрены с точки зрения устранения дефицита компетенций медицинских работников, а также стимулирования развития медицинских работников. Устранение дефицита компетенций медицинских работников включает:

- восполнение дефицита профессиональных компетенций в связи с внедрением новых медицинских технологий и высокотехнологичного медицинского оборудования;
- восполнение дефицита профессиональных компетенций в связи с развитием цифровых технологий, введением новых форм отчетности;
- организационную и социально-психологическую адаптацию медицинского работника;
- профессиональную адаптацию (только в отношении молодых специалистов).

Стимулирование развития медицинских работников подразумевает повышение трудовой мотивации медицинских работников, а также соблюдение норм корпоративной этики (культуры).

На пересечении целевой аудитории и задач наставничества можно определить ту или иную модель наставничества.

Так, *модель 1* предусмотрена для молодых специалистов и направлена на профессиональную, социально-психологическую и организационную адаптацию молодых сотрудников при помощи опытного профессионала-наставника, обладающего соответствующим опытом работы и квалификацией, желанием обучать и стремлением к развитию.

Модель 2 направлена на повышение компетенций высококвалифицированных работников старшего поколения в области информационных технологий, оказание помощи при освоении новых электронных форм отчетности и пр.

Модель 3 можно использовать для сотрудников после длительного перерыва в работе (после декретного отпуска, отпуска по уходу за ребенком, в связи с другими жизненными обстоятельствами), которым требуется восполнение дефицита компетенций, утраченных во время перерыва в работе, а также организационная и социально-психологическая адаптация.

Модель 4 предназначена для сотрудников, сменивших направление деятельности. Поскольку новое направление деятельности влечет набор мало знакомых работнику профессиональных компетенций, работу в новом отделении, в котором могут быть специфические правила, другой порядок взаимодействия с остальными службами, в данной модели предполагается назначение наставника по адаптации медицинского работника в новом отделении и коллективе, который также сможет помочь восполнить дефицит профессиональных компетенций.

Модель 5 подходит для сотрудников, сменивших медицинскую организацию или структурное подразделение. В данной модели основное внимание уделяется организационной и социально-психологической адаптации.

Модель 6 направлена на освоение новых приемов диагностики и лечения. В случаях появления в медицинской организации новых лечебно-диагностических комплексов, нового оборудования медицинские работники должны проходить процедуру обучения и наставничества.

Модель 7 призвана решать вопросы развития корпоративной культуры, которое является важной задачей медицинской организации, так как включает нормы, ценности, правила поведения, соблюдение которых формирует имидж и репутацию медицинской организации. В модели предусмотрены выявление категорий сотрудников, нуждающихся в данном виде наставничества (высокий процент жалоб со стороны пациентов, конфликтных ситуаций с коллегами, отклонение от норм корпоративной этики, проявление негативных эмоций и др.) и оказание помощи в устранении выявленных проблем.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рассмотрении теоретических аспектов наставничества в здравоохранении акцент делается на том, что профессиональным компетенциям присущ комплексный характер и распространенность во времени. Так, приобретение и развитие компетенций в модели *Dreyfus* подразумевают поэтапный рост профессионального мастерства от новичка до эксперта [1]. Например, *Merkur S.* применяет данную модель к сестринскому делу, выделяя пять уровней формирования компетенций:

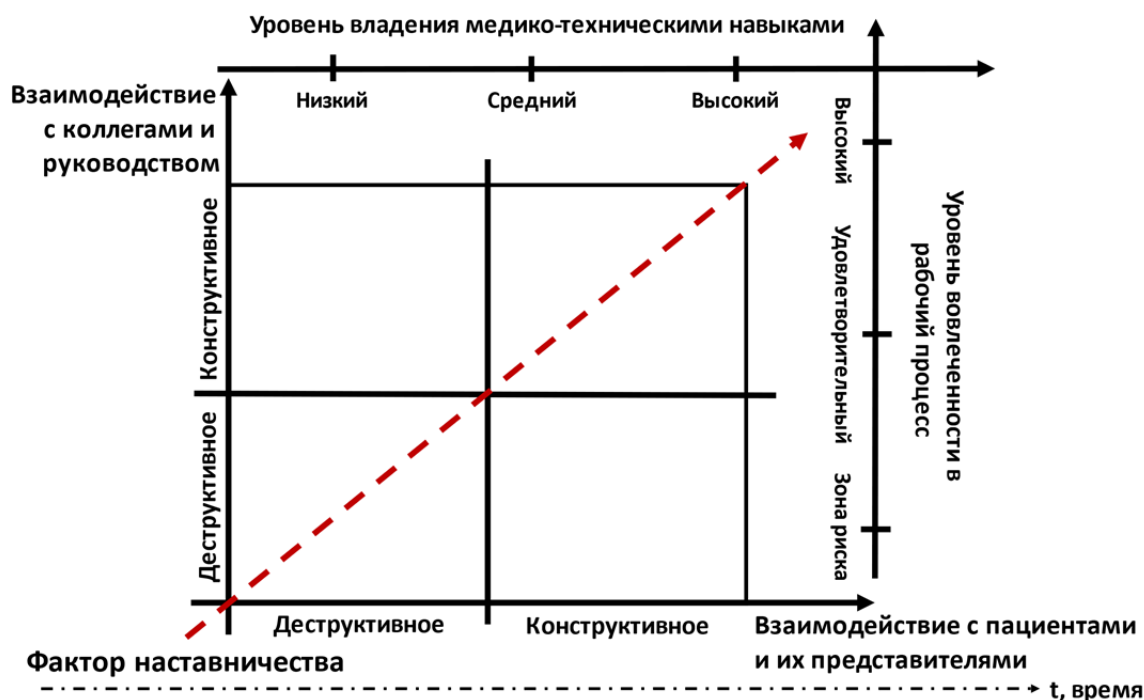


Рис. / Fig. Фактор наставничества в развитии компетенции медицинского работника /
The mentoring factor in the development of the competence of a medical worker

Источник / Source: составлено авторами / compiled by the authors.

- а) новичок;
- б) начинающий специалист с определенным опытом;
- в) компетентный специалист;
- г) опытный специалист;
- д) эксперт [2].

С переходом от уровня к уровню формирования компетенций медицинский работник постепенно отходит от применения полученных абстрактных знаний к использованию новых знаний на основе конкретного клинически ориентированного опыта, которые можно развивать только в условиях практического взаимодействия с пациентами.

Несмотря на всю их комплексность, компетенции медицинского работника подвержены количественной оценке, для чего существуют и разрабатываются соответствующие методики. Причем данная оценка должна служить стимулом для медицинских работников к повышению своей квалификации и вовлеченности в рабочий процесс, а не сигналом руководству для наказания за недостижение определенного уровня профессионализма [3]. На основании этого компетенции определяют содержание стандартов, по которым оцениваются работа каждого медицинского работника [4, 5]. В то же время компетенции медицинских работников должны

быть адаптированы к новым вызовам (например, в случае масштабных эпидемий) и потребностей пациентов и населения [6]. В частности, слишком жесткое определение компетенций медицинского работника может ограничивать возможность для инноваций и препятствовать изменениям в клинической практике, когда в этом есть необходимость.

Однако компетенции не ограничиваются владением одними только медико-техническими навыками [7]. Так, некоторые компетенции можно отнести к так называемым мягким навыкам и личным качествам, которые включают умение конструктивно взаимодействовать как с пациентами, так и коллегами и руководством. Например, к таким компетенциям можно отнести понимание этно-конфессиональных представлений пациентов, умение продуктивно взаимодействовать с ними и их представителями [8].

Фактор наставничества оказывает положительное влияние на работу медицинских работников, способствуя овладению ими необходимыми компетенциями, а также вовлечению в трудовой процесс и мотивацию работать в данном медицинском учреждении (рисунк).

Такое влияние достигается в результате совместной работы наставника с медицинским работником

Таблица / Table

Структура модели оценки эффективности обучения персонала Д. Кирпатрика / The structure of D. Kirkpatrick's model for evaluating the effectiveness of staff training

Уровни / Levels	Цель и методы / Purpose and methods
Reaction (реакция)	Главная цель — оценка реакции участников или эмоциональной удовлетворенности. Для этого чаще всего используются стандартные опросники на основе шкал Лайкерта или иных подобных 5-членных шкалах. Респондентам предлагается заполнить анкету сразу после каждого модуля обучения и по завершении всего курса в целом
Learning (обучение)	Главная цель — оценка полученных знаний / изменения уровня знаний в результате обучения. В данном случае применяются соответствующие программе обучения тесты и беседы перед и после прохождения каждого модуля, курса в целом
Behaviour (практическая деятельность)	Главная цель — оценка навыков участников, применяемых в практической деятельности, которым они непосредственно и обучались. В зависимости от сферы деятельности могут применяться разные виды наблюдения. Замеры необходимо проводить до начала обучения, через 2–3 недели и повторно через 2–3 месяца после окончания обучения
Results (результаты)	Главная цель — оценка бизнес-результатов организации, динамику ее показателей эффективности, которые замеряются до и после внедрения наставничества. К данным показателям можно также отнести уровень вовлеченности в рабочий процесс сотрудников, прошедших занятия с наставниками

Источник / Source: [9], [10].

по соответствующему индивидуальному плану развития (далее — ИПР), в котором фиксируются соответствующие цели, области, методы и мероприятия, сроки, а также делаются отметки о выполнении работы и отражается достигнутый результат. В частности, ИПР медицинского работника включает:

1) горизонтальное профессиональное развитие, в том числе повышение профессиональных компетенций как на рабочем месте (обучение без отрыва от производства), так и в рамках специальных тренингов, курсов, стажировок для углубленного развития соответствующих компетенций;

2) вертикальное карьерное развитие;

3) развитие в сфере науки;

4) развитие необходимых мягких навыков.

Наличие ИПР позволяет медицинскому работнику оценивать свои возможности в рамках той или иной карьерной траектории, а также осознавать заинтересованность со стороны руководства в его развитии как профессионала, что в свою очередь повышает профессиональную отдачу сотрудника.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НАСТАВНИЧЕСТВА

Перспективными считаются следующие модели наставничества:

1) модель оценки эффективности обучения персонала Д. Кирпатрика;

2) модель оценки вовлеченности персонала, разработанная М.В. Комаровым, Н.Р. Мальковым, Н.С. Банных.

Первая модель включает четыре уровня, для каждого из которых требуется соответствующий инструментарий (таблица).

Помимо этого, Дж. Филипс в 1991 г. предложил дополнить модель Кирпатрика еще одним уровнем — *return on investment* (ROI) или отдачей от инвестиций в обучение, который позволяет оценивать выгодность от внедрения наставничества в денежном выражении. Однако ввиду трудоемкости расчета данный показатель используется только в отдельных случаях.

Что касается модели, разработанной М.В. Комаровым, Н.Р. Мальковым, Н.С. Банных, то ее авторы сделали акцент на следующих критериях:

1) *выполняемая работа*, характеризующая интерес к профессиональной деятельности, удовлетворенность содержанием и условиями труда;

2) *совокупное вознаграждение*, включающее удовлетворенность заработной платой, социальными пакетами и признанием со стороны коллег и руководства;

3) *карьерный рост*, в который входят субъективные оценки карьерных возможностей и профессионального развития;

4) *персонал*, подразумевающий отношения с трудовым коллективом и руководящим составом;

5) *деятельность компании*, показывающая, насколько сотрудники считают престижным и привлекательными работу в организации;

6) *коммуникации*, отражающие удовлетворенность персонала каналами информирования и обратной связи;

7) *качество жизни*, содержащее такие оценки, как баланс работы и личной жизни, удовлетворенность досугом, состояние здоровья [11]. С целью определения эффективности проведенных мероприятий исследования по данной модели следует проводить до и после внедрения элементов наставничества в деятельность медицинской организации [14].

ВЫВОДЫ

Приведенные в статье теоретические модели можно объединить в единую систему ежегодного мониторинга показателей эффективности

медицинской организации от внедрения наставничества, учитывающего как объективные, так и субъективные стороны адаптации сотрудников в медицинской организации [13].

Для повышения эффективности развития наставнической деятельности в государственной системе здравоохранения необходимо регламентировать институт наставничества как на уровне медицинской организации, так и на региональном и федеральном уровнях власти, и диверсифицировать:

- наставнические процедуры в зависимости от специфики деятельности и других характеристик медицинской организации;
- целевую аудиторию наставничества (расширение количества категорий медицинских работников, на которых направлено наставничество);
- сроки наставничества в зависимости от реализации той или иной модели наставничества.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Dreyfus S, Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. California University Berkeley Operations Research Centre; 1980. URL: <http://www.dtic.mil/dtic/index.html>.
2. Benner P. From Novice to expert. *The American Journal of Nursing*. 1982;82(3):402–407.
3. Merkur S., Mladovsky, P., Mossialos, E, and McKee, M. Policy brief: do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practice? Copenhagen: World Health Organization; 2008.
4. Gruppen et al. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Human resources for health*. 2012;43(10).
5. Hoge M.A., M.J.A., Laraia M., Pomerantz A., & Farley T. Core competencies for integrated behavioural health and primary care. Washington, DC: SAMHSA — HRSA; 2014. URL: http://www.integration.samhsa.gov/workforce/Integration_Competencies_Final.pdf.
6. Nancarrow, S. Six principles to enhance health workforce flexibility. *Human Resources for Health*. 2015;13(9):1–12.
7. Frenk J. Chen, L., Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Evans T., Fineberg H., Garcia P, Ke, Y., Kelley P., Kistnasamy B., Meleis A., Naylor D., Pablos-Mendez A., Reddy S., Scrimshaw S., Sepulveda J., Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376:1923–1958.
8. Марков Д.И. Экспорт медицинских услуг: как повысить конкурентоспособность организаций российского здравоохранения. *Здоровье мегаполиса*. 2021;2(2):6–14. DOI: 10.47619/2713–2617.zm.2021.v.2i2;6–14 Markov D.I. Export of medical services: how to increase the competitiveness of Russian healthcare organizations. *Health of megapolis*. 2021;2(2):6–14. (In Russ.). DOI: 10.47619/2713–2617.zm.2021.v.2i2;6–14 (In Russ.).
9. Теплов А. О. Методы оценки эффективности наставничества. *Государственное управление. Электронный вестник*. 2011;28:16.
Teplov A. O. Methods of evaluating the effectiveness of mentoring. *Public Administration. Electronic Bulletin*. 2011;28:16. (In Russ.).
10. Голубь А. А., Актуальность модели Д. Киркпатрика как инструмента оценки эффективности обучения персонала. *Символ науки*. 2019;(5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-modeli-d-kirkpatricka-kak-instrumenta-otsenki-effektivnosti-obucheniya-personala>.
Golub A. A., The relevance of D. Kirkpatrick's model as a tool for evaluating the effectiveness of personnel training. *Symbol of Science*. 2019;(5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-modeli-d-kirkpatricka-kak-instrumenta-otsenki-effektivnosti-obucheniya-personala>. (In Russ.).

11. Комаров М.В., Банных Н.С., Мальков Н.Р. Вовлеченность персонала в профессиональную деятельность и корпоративную культуру. М.: Когито-Центр; 2018. 340 с.
Komarov M.V., Bannykh N.S., Malkov N.R. Staff involvement in professional activity and corporate culture. Moscow: Kogito-Center; 2018. 340 p. (In Russ.).
12. Бурдастова Ю.В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(5):461–466. DOI: 10.47470/0044–197X-2021–65–5–461–466
Burdastova Yu.V. Problems of formalization of the institute of mentoring in healthcare and ways to solve them, *Healthcare of the Russian Federation*. 2021;65(5):461–466. (In Russ.). DOI: 10.47470/0044–197X-2021–65–5–461–466
13. Ненахова Ю.С. Становление нормативно-правовой базы наставничества в здравоохранении. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2021;(1–2):3–11. DOI: 10.26347/1607–2502202101–02003–011
Nenakhova Yu.S. The development of the regulatory framework of mentoring in the health care. *Problems of standardization in health care*. 2021;(1–2):3–11. (In Russ.). DOI: 10.26347/1607–2502202101–02003–011

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Юлия Владимировна Бурдастова — кандидат экономических наук, аналитик Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы; старший научный сотрудник Лаборатории исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0003-2639-0353>

yulia-burdastova@yandex.ru

Юлия Сергеевна Ненахова — аналитик Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы; научный сотрудник Лаборатории исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0002-5865-1012>

yulia-nenakhova@yandex.ru

Наталья Валерьевна Алипперова — кандидат экономических наук, аналитик Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы; ведущий научный сотрудник Лаборатории исследования поведенческой экономики Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН; доцент, Финансовый университет, Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0002-5028-078X>

natalie_danilina@mail.ru

Дмитрий Игоревич Марков — аналитик Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы; заместитель заведующего учебно-научной социологической лабораторией департамента социологии факультета социальных наук и массовых коммуникаций, Финансовый университет, Москва, Россия

<https://orcid.org/0000-0001-9380-0506>

DIMarkov@fa.ru

ABOUT THE AUTHORS

Yulia V. Burdastova — Cand. Sci. (Econ.), Analyst at the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare; Senior Researcher of Behavioral Economics Research Laboratories of the Institute of Socio-Economic Problems of Population of Federal Research Sociological Center of RAS, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0003-2639-0353>

yulia-burdastova@yandex.ru

Yulia S. Nenakhova — Analyst at the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare; Researcher of the Behavioral Economics Research Laboratory of the Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Federal Research Sociological Center of RAS, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0002-5865-1012>

yulia-nenakhova@yandex.ru

Natalia V. Alekperova — Cand. Sci. (Econ.), Analyst at the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare; Leading Researcher of the Institute of Socio-Economic Studies of Population Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of RAS; Associate Professor of the Financial University, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0002-5028-078X>

natalie_danilina@mail.ru

Dmitry I. Markov — Analyst at the Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare; Vice Head of the Educational and Scientific Sociological Laboratory of the Department of Sociology of the Faculty of Social Sciences and Mass Communications of the Financial University, Moscow, Russia

<https://orcid.org/0000-0001-9380-0506>

DIMarkov@fa.ru

Заявленный вклад авторов:

Ю.В. Бурдастова — научное руководство исследованием, формулировка научной проблемы, разработка моделей наставничества, аргументация выводов.

Ю.С. Ненахова — формирование научно-методического аппарата, определение методологии исследования, разработка моделей наставничества.

Н.В. Аликперова — проведение литературного обзора, сбор данных, техническая редакторская правка.

Д.И. Марков — проведение полевого исследования, анализ и обработка данных по исследуемой проблеме.

Author's Contribution Statement:

Yulia V. Burdastova — scientific management of research, formulation of a scientific problem, development of mentoring models, argumentation of conclusions.

Yulia S. Nenakhova — formation of scientific and methodological apparatus, definition of research methodology, and development of mentoring models.

Natalia V. Alekperova — conducting a literary review, data collection, technical editorial editing.

Dmitry I. Markov — conducting field research, analyzing and processing data on the problem under study.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflicts of Interest Statement: The authors have no conflicts of interest to declare.

Статья поступила 21.03.2022; принята к публикации 25.04.2022.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

The article was received 21.03.2022; accepted for publication 25.04.2022.

The authors read and approved the final version of the manuscript.