

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Санкт-Петербургский государственный
экономический университет»

На правах рукописи

Тозикова Мария Александровна

**РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ И МЕХАНИЗМОВ
ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ
МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ**

Специальность 5.2.3 – Региональная и отраслевая экономика
(стандартизация и управление качеством продукции)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук, доцент
Плешакова Елена Юрьевна

Санкт-Петербург – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 РОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИЙ.....	15
1.1. Эволюция системы менеджмента качества.....	15
1.2. Систематизация процессов в системе менеджмента качества организации	35
1.3. Теоретические и методические подходы к проблеме развития системы менеджмента качества на основе повышения вовлечённости персонала....	42
Выводы по главе 1.....	47
2 ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ	49
2.1. Генезис понятия «вовлеченность»	49
2.2. Существующие методы формирования вовлеченности персонала в	59
организациях.....	59
2.3. Патологии управления и вовлеченность персонала в обеспечение качества услуг.....	79
2.4. Разработка регламента по выходу из патологичности вовлеченности персонала в целях обеспечения качества услуг	93
Выводы по главе 2.....	99
3 РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ АЛГОРИТМА ФОРМИРОВАНИЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМУ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	102
3.1. Система менеджмента качества в организациях здравоохранения	102
3.2. Алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг	120
3.3. Экономическое стимулирование вовлеченности персонала.....	144
Выводы по главе 3.....	166
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	169
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	172
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Опросник Gallup Q12 для оценки вовлеченности персонала	192
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Опросник по методике оценки вовлеченности персонала на основе Интернет-платформы LumApps	193

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Опросник по методике оценки вовлеченности персонала на основе Achievers Engage	195
ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Образец опросного листа	197
ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Результаты проведенного анализа анкет учреждений здравоохранения.....	205
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК	209
ПРИЛОЖЕНИЕ Ё. Рекомендаций по содержанию Руководства по качеству (РК)	211
ПРИЛОЖЕНИЕ З. Развернутое описание Руководства по качеству с наполнением его пунктов	214
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Методологическое обеспечение расчёта показателей эффективности вовлечённости персонала и мероприятий экономического стимулирования.....	250
ПРИЛОЖЕНИЕ И. Сводные исходные данные и параметрическая база для оценки эффективности экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник»	254

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В современных условиях все более динамичной и сложной среды способность к изменениям и умение вовремя и быстро адаптироваться к новым задачам становятся необходимыми предпосылками успешной деятельности организаций. Вместе с тем организациям необходимо сохранять тенденцию на постоянное улучшение результатов своей деятельности, чтобы успешно конкурировать и развиваться в соответствии с концепцией устойчивого развития.

В поисках инструментов решения целого комплекса сложнейших задач менеджмента качества руководители организаций начинают осознавать необходимость применения научного подхода в систематизации внутренних процессов организации и управления этими процессами в целях достижения устойчивого успеха. Этим объясняется повышенный в настоящее время интерес различных компаний к внедрению систем менеджмента качества (СМК) как к эффективному способу достижения управляемого стабильного и успешного развития.

Сегодня при разработке системы менеджмента качества наиболее часто востребованными оказываются стандарты ИСО (ISO) серии 9000, поскольку сертифицированная системы менеджмента качества рассматривается многими руководителями как конкурентное преимущество, которое выражается в повышении привлекательности компании в глазах клиентов, деловых партнеров и государства, укреплении позиции компании на внутреннем и международном рынках.

Требования к системе менеджмента качества, изложенные в стандарте ISO 9001, носят обобщенный характер и не концентрируются на конкретной области деятельности. Стандарт не предполагает единообразия в структуре различных систем менеджмента качества, наоборот, своеобразие каждой организации требует оригинальности структуры. Это, с одной стороны, расширяет возможности внедрения системы менеджмента качества в самых

разных организациях. Но одновременно возникают трудности с определением границ системы менеджмента качества и охватываемой ею деятельности, с установлением области её применения. В настоящий момент из-за отсутствия в стандарте положений, важных непосредственно для той или другой сферы деятельности, остро стоит проблема адаптации требований стандарта к конкретной системе менеджмента качества с учетом профессиональной области применения.

Поэтому сегодня наблюдается значительный рост интереса к методикам по внедрению отдельных, универсальных для всех организаций, элементов конструкции системы менеджмента качества. Такие методики дают возможность более гибкой поэтапной интеграции всех процессов в единую взаимосвязанную структуру системы менеджмента качества.

Универсальным ресурсом повышения эффективности и одновременно пользователем системы менеджмента качества является персонал организаций, поэтому возникает объективная необходимость изучать процесс вовлечение персонала в деятельность организации по улучшению качества как отдельный самостоятельный процесс в целой системе менеджмента качества.

Таким образом, совершенствование подходов к управлению вовлеченностью персонала в улучшение результатов деятельности организации является актуальной задачей и отвечает запросам разработчиков системы менеджмента качества.

Идеология развития мира на ближайшие десятилетия ориентируется на устойчивое развитие, что задекларировано в программном документе ООН 2015-го года «Повестка дня в области устойчивого развития». Достижение целей устойчивого развития, обозначенных в документе, позволит повысить качество жизни нынешних и будущих поколений.

Принципы концепции устойчивого развития включены в национальные документы стратегического планирования Российской Федерации.

Для Российской Федерации цель сохранения населения, здоровья и благополучия людей – одна из приоритетных.

Деятельность медицинских организаций, направленная на повышение качества медицинского обслуживания, актуальна и создает базис устойчивого развития всей системы здравоохранения.

Достижение высокого уровня вовлеченности медицинских работников – актуальная задача для руководителя медицинского учреждения, которая может быть эффективно решена при наличии механизма реализации управленческого решения и применении апробированных в системе здравоохранения алгоритмов формирования вовлеченности сотрудников. Однако теоретические и методические подходы к формированию такого алгоритма недостаточно разработаны. При этом наблюдается многообразие моделей, основанных преимущественно на стимулировании персонала, но не учитывающих патологии управления, что приводит к недостоверности оценки факторов формирования вовлеченности персонала в деятельность по улучшению качества. Для медицинских организаций являются актуальными и требуют оперативного решения как проблема несовершенства алгоритмов, на основе которых осуществляется процесс управления вовлеченностью персонала, так и проблема, связанная с сохранением целостности всей системы СМК при интеграции её отдельных элементов.

Степень разработанности научной проблемы.

Значительный вклад в разработку проблем, связанных с управлением качеством, внесли отечественные исследователи, такие как И.И. Антонова, В.Я. Белобрагин, Н.А. Бонюшко, Н.Ш. Ватолкина, Е.А. Горбашко, Г.С. Гун, И.Г. Головцова, Т.И. Зворыкина, Н.В. Злобина, И.А. Ильин, Н.Р. Камынина, В.Б. Клейнер, С.Н. Кузьмина, Т.И. Леонова, И.А. Максимцев, О.Ю. Орлова, Т.А. Салимова, Н.Ю. Четыркина.

Вопросам теории экономики качества посвящены работы отечественных исследователей, таких как Р.А. Долженко, В.И. Кабалина, В.Г. Коновалова, М.М. Кустова, Ю.А. Курилова, В.В. Окрепилов, С.В. Орёл, С.В. Пономарёв, О.И. Припасаева, Л.И. Соколова, П.С. Смирнов, И.Ф. Феклистов, Н.И. Шаталова.

Вопросы, связанные с управлением качеством, изучались зарубежными исследователями, такими как Дж. Барнет, Д. Браун, К. Висдом, Э.Дж. Вефальд, М. Гейтенби, Р. Дауни, Н. Кларк, А. Кролл, С. Кулар, У.Х. Мейси, К. Трусс, Т. Уотсон, Ф.Д. Франк, Р.П. Финнеган, З. Ялабик, Дж. Чоуэн.

Проблемы вовлеченности персонала, рассматривали в своих работах отечественные исследователи, такие как Н. Береза, А.С. Егорова, В. Коновалова, И.А. Кулькова, Е.А. Лебедева, С.А. Липатов, Е.В. Михалкина, Д.А. Михалкина, Е.С. Мищенко, Н.А. Николаев, Н.А. Николаева, Н.Е. Попонова, Е.М. Рогова, Т. Рябова, О. Свергун, Е.А. Скриптунова, Н.Л. Соломанидина, Л. М. Чеглакова, А. Н. Цветков, Е. Ю. Плешакова.

Оценке вовлеченности персонала уделяли большое внимание зарубежные исследователи, такие как М.П. Лейтер, Д. Маклауд, С. Маркос, К. Маслак, Д. Ньюмэн, П. Попайтун, Б.А. Рэйтон, П. Рейли, С. Рис, Е. Соан, А.М. Сакс, У. Кан, К.Р. Тейлор, Дж.К. Хартер, Д. Хэрисон, Т.Л. Хаес, Э. Хьюитт, В. Шнайдер, Ф.Л. Шмидт, М.С. Шридеви,

Проведенный анализ научных работ по вопросам формирования, функционирования и развития систем менеджмента качества в организациях показывает, что существует необходимость повышения уровня системности в подходе к решению проблемы вовлеченности персонала в обеспечение качества. Вместе с тем недостаточно осмыслены механизмы сохранения целостности системы менеджмента качества при планировании и внедрении изменений, обусловленных вовлечением персонала; недостаточно развита методическая база области исследования.

Методическая поддержка регулирования вопросов вовлечения персонала в деятельность организации по улучшению качества может быть рассмотрена как системно организованная деятельность, в процессе которой создаются условия для повышения уровня компетентности персонала, эффективного интегрирования работников в процессы организации и достижения ими результатов, которые согласуются со стратегическими целями и задачами организации.

Выбор направления и темы исследования обусловлен необходимостью развития эффективных механизмов по управлению процессом вовлечения персонала в непрерывное улучшение качества деятельности организации.

Целью диссертационного исследования является разработка теоретических, методических основ и практических рекомендаций формирования вовлеченности персонала в системе менеджмента качества с целью обеспечения качества продукции (услуг).

Для достижения цели диссертационного исследования были поставлены и решены следующие **задачи**:

1. Изучить систематику процессов в системе менеджмента качества.
2. Изучить теоретические и методические подходы к проблеме развития системы менеджмента качества на основе повышения вовлечённости персонала.
3. Идентифицировать и структурировать причины устойчивого «целенедостижения» в системе управления качеством медицинских услуг, непосредственно связанные с уровнем вовлечённости персонала.
4. Разработать структуру вовлеченности персонала с опорой на стандарты менеджмента качества.
5. Разработать регламент по устранению причин устойчивого «целенедостижения» (патологий управления), связанных с вовлеченностью персонала в обеспечение качества медицинских услуг.
6. Разработать алгоритм формирования вовлечённости персонала в обеспечение качества услуг на примере учреждений здравоохранения.
7. Разработать дорожную карту внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в систему менеджмента качества медицинских учреждений.

Объектом исследования являются организации, в том числе в сфере здравоохранения.

Предметом исследования являются механизмы, процессы и алгоритм формирования вовлеченности персонала для его интегрирования в систему менеджмента качества организации.

Теоретическая основа исследования послужили научные положения, выводы и рекомендации отечественных и зарубежных учёных в области менеджмента качества, управления организацией и персоналом, обеспечения конкурентоспособности компаний. Теоретическую основу дополнили современные концепции трудовой мотивации.

Методологической основой исследования выступили общенаучные методы анализа и синтеза, применённые для решения поставленных в работе задач. Для получения более точных и эффективных результатов выявления причин устойчивого «целенедостижения» были использованы специальные методы исследования — социальный опрос и анкетирование персонала.

Информационную базу исследования составили данные открытых информационных ресурсов сети Интернет, стандарты ГОСТ Р ИСО серии 9000 и национальные стандарты РФ в области менеджмента качества и систем менеджмента, нормативно-правовые и законодательные акты РФ в области трудового законодательства и здравоохранения, профессиональные стандарты здравоохранения, материалы и научные исследования отечественных и зарубежных ученых, ведущих специалистов в области исследования, а также материалы, собранные непосредственно в учреждениях здравоохранения.

Обоснованность результатов исследования обеспечивается опорой на основополагающие принципы теории Всеобщего менеджмента качеством (Total Quality Management, TQM), комплексным

применением методологии и принципов, заложенных в международных и национальных стандартах в области менеджмента качества. Исследование основывалось на системном анализе научной и методической литературы, в качестве специального метода исследования была выбрана апробированная методика опроса сотрудников.

Достоверность результатов исследования подтверждается положительными оценками и откликами на публикации основных результатов диссертационного исследования и выступления на научно-практических конференциях. В частности, ключевые выводы и промежуточные результаты работы были представлены в ряде рецензируемых научных изданий, входящих в перечень ВАК и индексируемых в базах РИНЦ, что свидетельствует о признании актуальности и научной ценности проведённого исследования.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности. Диссертационное исследование соответствует требованиям Паспорта научной специальности 5.2.3 – Региональная и отраслевая экономика (стандартизация и управление качеством продукции): п. 12 «Стандартизация и управление качеством продукции» – п. 12.8. Резервы и механизмы повышения качества продукции, п. 12.10 Организационно-экономические аспекты совершенствования инструментария обеспечения качества продукции.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в развитии методических основ управления персоналом в системе менеджмента качества организации (предприятия). В настоящем исследовании расширены знания об инструментах и методах формирования вовлеченности сотрудников в деятельность организации (предприятия) по обеспечению качества продукции (услуг), в том числе на основе регулирования уровня патологичности управления.

Наиболее существенные результаты исследования, обладающие научной новизной и полученные лично соискателем, выражаются в следующем:

1. В расширении стандартов менеджмента качества ГОСТ Р ИСО 10018-2014 «Менеджмент качества. Руководящие указания по вовлечению работников и их компетентность» разработана структура вовлеченности персонала, в которой закреплена значимость вовлечения персонала в обеспечение качества оказываемых услуг, а развитие персонала и его деятельность рассматриваются как элемент постоянного улучшения в системах менеджмента качеством продукции (услуг), что обеспечивает синергетический эффект от взаимосвязанного развития компетенций, мотивации и инициативности работников как ключевого фактора устойчивого совершенствования качества услуг.

2. Предложен методический подход к системному анализу причин устойчивого «целенедостижения» в управлении качеством медицинских услуг, и основан на их идентификации и структурировании, что непосредственно связано с уровнем вовлечённости персонала и позволяет повысить эффективность управления качеством предоставляемых услуг. Полученные результаты определяют пути выхода из существующих проблем менеджмента с помощью непрерывного анализа и устранения либо недопущения появления проблем вовлеченности персонала в управлении качеством предоставляемых услуг.

3. Разработан регламент, состоящий из последовательности предложений по устранению причин устойчивого «целенедостижения» (патологий) вовлеченности персонала в обеспечение качества предоставляемых услуг, действие которого направлено на формирование и повышение уровня вовлечённости сотрудников в деятельность организации по управлению качеством продукции, что, в свою очередь способствует выявлению и своевременному устранению патологий управления.

4. Разработан алгоритм формирования вовлечённости персонала в обеспечение качества услуг с учётом положений стандарта ГОСТ Р ИСО 10018-2014 (на примере учреждений здравоохранения), который, в отличие от существующих подходов позволит сформировать перечень необходимых инструментов формирования вовлечённости персонала в деятельность организации, применение которых позволит решить проблемы «целенедостижения», связанные с вовлечённостью персонала, и обеспечить качество оказываемых услуг.

5. Разработана дорожная карта внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в систему менеджмента качества медицинских учреждений. Сформулированы предложения по изменению содержания системы менеджмента качества медицинского учреждения с указанием реестра процессов СМК и документации, регулирующей деятельность организации по управлению качеством, что позволит успешно интегрировать алгоритм формирования вовлечённости персонала в СМК и осуществлять управление.

Теоретическая значимость исследования состоит в расширении спектра методических материалов, обеспечивающих разработку и совершенствование элементов систем управления качеством на основе изучения процессов, моделей, и общих теоретических понятий вовлеченности персонала. Теоретическая значимость исследования заключается также в углублении понимания механизмов взаимосвязи между компетентностью персонала, его вовлечённостью и результативностью системы менеджмента качества, что позволяет дополнить существующие теоретические модели конкретными причинно-следственными связями, характерными для сферы предоставления медицинских услуг.

Практическая значимость исследования заключается в том, что результаты и методические рекомендации, сформулированные по оценке патологий управления, связанных с вовлеченностью персонала и выходом из «устойчивого целенедостижения», а также по разработке и интеграции

алгоритма формирования вовлеченности персонала в систему менеджмента качества, могут быть применены в практической деятельности предприятий и организаций. Это позволит совершенствовать подходы к управлению качеством на основе формирования вовлеченности персонала в процессы по улучшению качества, повысить конкурентоспособность организаций. Кроме того, предложенный в диссертационном исследовании подход к управлению персоналом направлен на развитие и реализацию человеческого капитала, что обеспечивает устойчивое развитие экономики.

Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертационного исследования были представлены на семи международных и национальных научно-практических конференциях, в том числе на ежегодной международной научно-практической конференции «Национальные концепции качества», «Экономика и управление в XXI веке: новые вызовы и возможности», Научная конференция аспирантов СПбГЭУ.

Публикация результатов исследования.

Основные положения, выводы и ключевые результаты исследования были отражены в 11 работах, общим объемом 4,4 п.л. (в т.ч. авторским 3,5 п.л.), в том числе в 4 научных статьях в журналах, рекомендуемых ВАК РФ, общим объемом 1,9 п.л. (в т.ч. авторским 1,3 п.л.).

Структура диссертационного исследования определена целью и задачами исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

Во введении обоснована актуальность темы, сформулирована цель и определена последовательность задач, оценена степень разработанности поднятой проблемы, указаны предмет и объект исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость диссертационного исследования.

Последующая структура работы продиктована логикой научного исследования.

В первой главе приведен обзор научной литературы по тематике диссертации, рассмотрены стандарты, применяемые в медицинских

учреждениях, представлена эволюция системы менеджмента качества. Во второй главе проведен анализ существующих методов вовлечения персонала в организациях, представлены практические результаты исследования патологий управления, связанных с вовлеченностью персонала в медицинских организациях разного типа. Третья глава посвящена разработке алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг и формированию поэтапного плана внедрения алгоритма в систему менеджмента качества организации здравоохранения. В заключении представлены наиболее важные результаты исследования.

1 РОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В СИСТЕМЕ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИЙ

1.1. Эволюция системы менеджмента качества

Для объективного понимания современного состояния научной области исследования была поставлена задача проследить историю становления, трансформаций и обновления научных знаний в области управления качеством. Такой прием в исследовании необходим, поскольку накопленный опыт, изложенный в научной литературе, помогает выявить устойчивые положения в области исследования; устойчивые положения в области управления качеством и современные учения помогут посмотреть по-новому на научные знания и оценить их важность; исследование теории и опыта в области управления качеством может стать полноценным методом научного познания для выявления точных подходов для эмпирического решения ряда проблем.

Особое внимание в этой части работы было уделено рассмотрению эволюции систем менеджмента качества. Выделение этапов эволюции основывалось на понимании того, что методы и инструменты научного исследования отличаются в разных исторических условиях и не всегда могут быть однозначно обособлены и рельефно обозначены, и по этой причине этапы эволюции не могут быть отделены друг от друга четко выраженными границами и носят достаточно условный характер. Поэтому все этапы связаны между собой, и каждый последующий этап, принимая предшествующий, включает в себя ранее используемые методы и подходы.

Изучение научной литературы российских и зарубежных исследователей в области качества помогло диссертационного исследования последовательно подойти к вопросу периодизации возникновения и развития различных подходов в области качества, структурировать взгляды и выводы ученых в единый эволюционный ряд. На рисунке 1 рассмотрены подходы ученых с точки зрения периодов эволюции развития менеджмента качества.

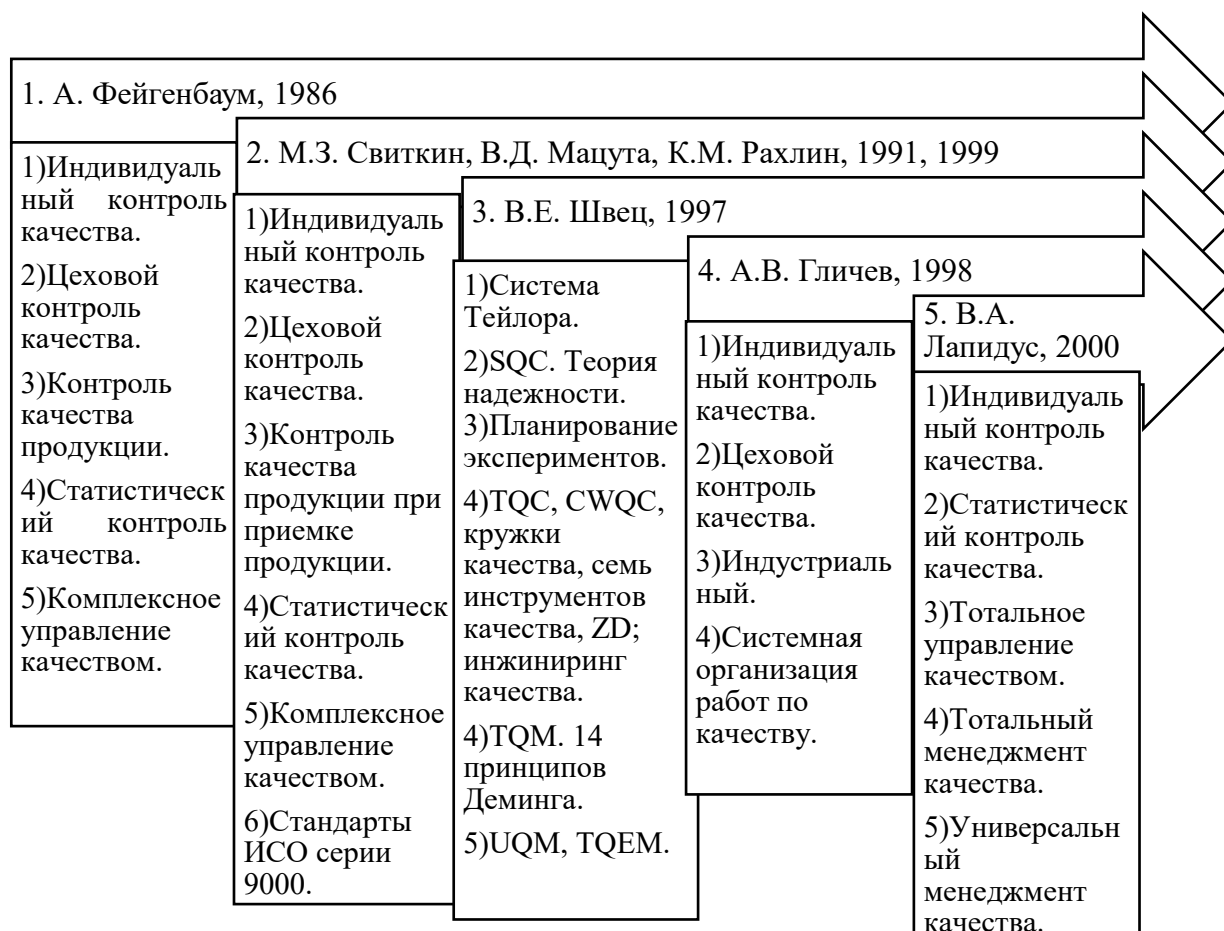


Рисунок 1 - Этапы эволюции менеджмента качества
(составлено автором на основе [49; 79; 105; 106; 128; 137])

Как показал анализ отечественной научной литературы, ряд ученых при рассмотрении эволюции подходов к менеджменту качества в значительной степени опираются на капитальное трехтомное издание «Качество в истории цивилизации» [60] под редакцией Дж. Джурана. В этом многотомнике исследуются место и роль качества в историческом промежутке от древних веков до современности. Но при этом отсутствует деление на этапы развития исторической эволюции генезиса и сущности качества, периодизация основных направлений науки о качестве.

Сложившаяся современная концепция менеджмента качества рассматривается в научной литературе как концепция, которая включает

принцип процессного подхода. Процессный подход в достижении качества сегодня применяется при разработке и внедрении систем менеджмента качества, на это направлены требования стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Современный научный подход к управлению качеством сформировался в процессе многовекового развития научной мысли в этой области. Многие современные труды по теории управления содержат основные положения и ряд универсальных принципов управления А. Файоля, который является одним из апологетов менеджмента качества, и в начале XX века создал логически стройную систематическую теорию менеджмента. Заметим также, что А. Файоль работал над обоснованием науки управления людьми как компонента общей теории управления предприятием. Система научных взглядов А. Файоля оформилась в виде административной (классической) научной школы. Необходимо отметить, что закономерности функционирования организации, осмысленные А. Файолем, и сформулированные им принципы административного управления, прошли проверку временем и перекликаются с принципами менеджмента качества, которые составляют идеологическую основу стандартов семейства ИСО 9000, а также согласуются с принципами концепции всеобщего менеджмента качеством TQM. Научное осмысление процессного подхода в управлении как системы взаимосвязанных процессов также принадлежит представителям административной (классической) школы. Это основательный поворот в управленческой мысли. Рывок в исследовании процессного подхода пришелся на начало XX века [124]. Такой интерес объясняется развитием промышленности, укрупнением предприятий, возрастанием объемов производимой продукции, широким применением разделения труда, и в этой связи требовались новые научные подходы к управлению качеством. О значимости процессного подхода для решения проблемы качества говорили в своих работах признанные авторитеты в области управления качеством, такие как Э. Деминг, Дж. Джуран, К. Исикава, Т. Конти. Ставший широко известным к концу XX века, активное практическое распространение процессный подход

получил с 2000 года в результате массового внедрения систем менеджмента качества в организациях, после радикального пересмотра старых версий стандартов для структур управления. Это дает основание увидеть начало нового, 8-го этапа эволюции менеджмента качества, связанного с началом реализации СМК, основанных на требованиях стандартов, и постоянно совершенствующихся в соответствии с развитием стандартов в области менеджмента качества.

На основе проведенного исследования можно выделить семь исторических этапов эволюции менеджмента качества, которые представлены на рисунке 2. На рисунке 3 представлена обобщенная характеристика и особенности этапов мировой эволюции менеджмента качества на протяжении XX века.

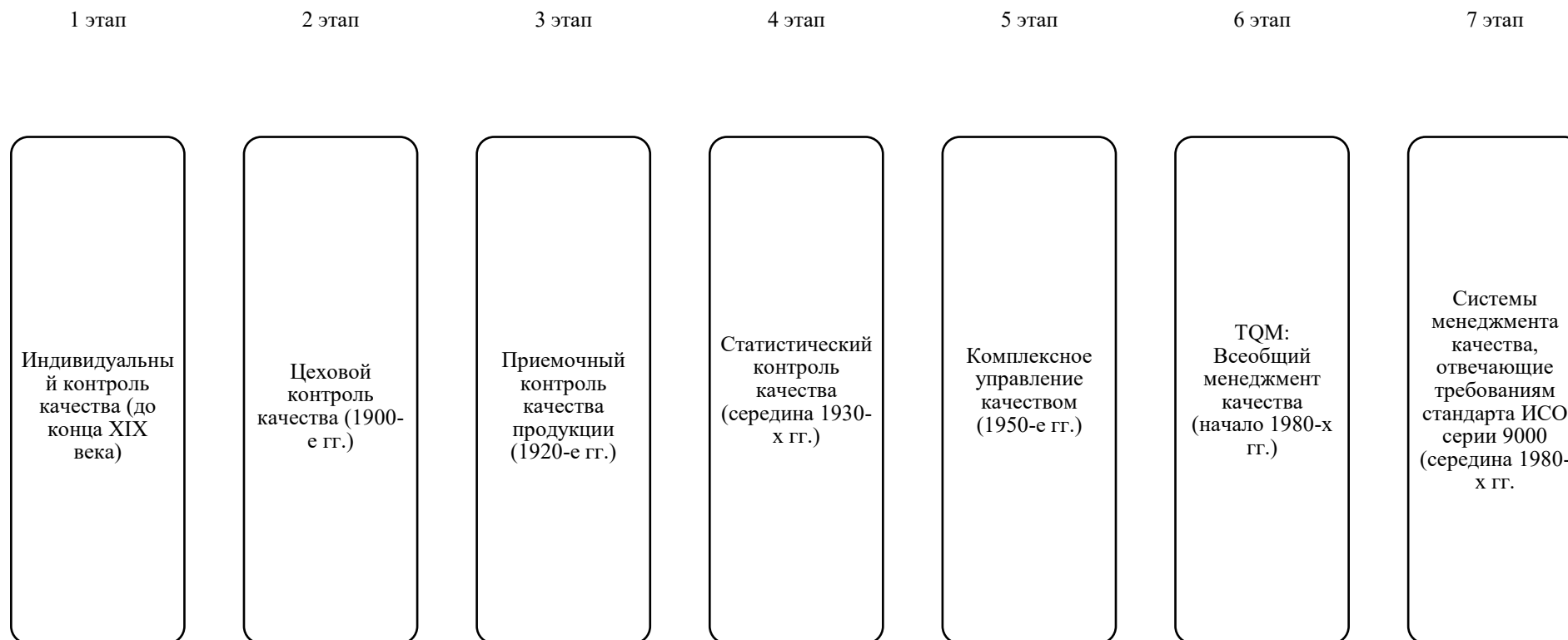


Рисунок 2 – Семь исторических этапов эволюции менеджмента качества
(Составлено автором на основе [49; 79; 105; 106; 128; 137])

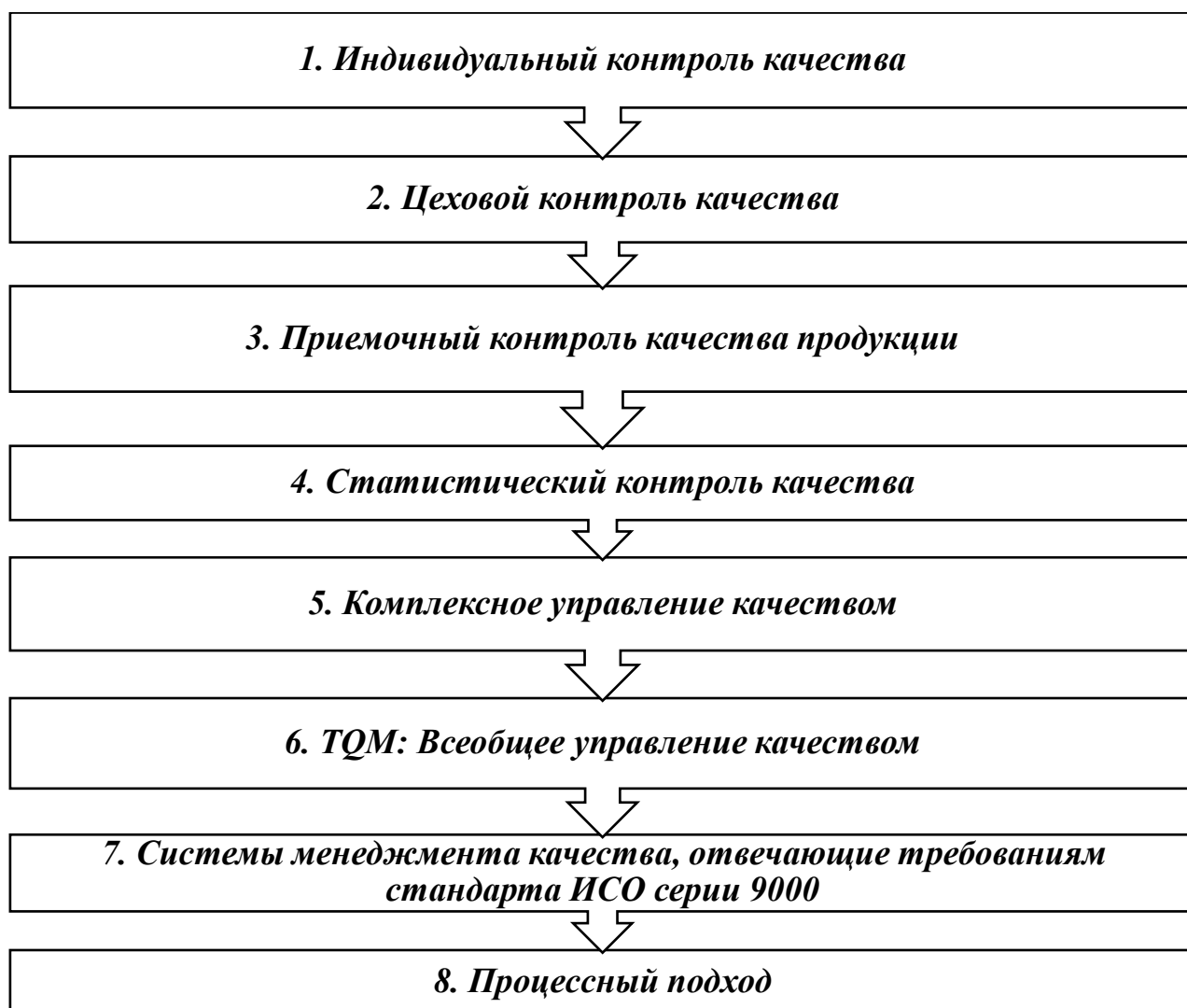


Рисунок 3 - Мировая эволюция менеджмента качества
(составлено автором на основе [82; 137])

Раскроем сущность всех этапов эволюция менеджмента качества, представленных на рисунке 3. Индивидуальный контроль качества: сущность этого этапа заключается в ответственности за изготовление всего изделия на непосредственном исполнителе. Характеризует этот этап самостоятельность отдельного работника за решение всех вопросов изготовления продукции требуемого качества (такая форма работ характерна для ремесленного производства, используется в некоторых видах современной индивидуальной трудовой деятельности).

Цеховой контроль качества: сущность этого этапа заключается в разделении функции и ответственности за качество между отдельными рабочими и цеховым руководителем или мастером. Характеризует этот этап общие требования к качеству продукции и ответственность за качество выполненной цехом работы несет мастер цеха. Ответственность за качество выполнения конкретной операции лежит на рабочем цеха.

Приемочный контроль качества продукции: сущность этого этапа заключается в обособлении технического контроля от производственных операций, его организационное оформление в самостоятельный профессиональный вид деятельности. Характеризует этот этап формирование самостоятельных служб технического контроля со штатными контролерами во главе с начальником, который, как правило, подчинялся руководителю предприятия.

Статистический контроль качества: сущность этого этапа заключается в перенесенном акценте с допускового подхода к управлению качеством на подход, направленный на обеспечение стабильности процессов и уменьшение их вариаций. Характеризует этот этап переход от сплошного контроля качества к выборочному, при котором в процессе производства систематически отбираются в соответствии с заранее составленным планом контрольные данные для их обработки методом математической статистики.

Комплексное управление качеством: сущность этого этапа заключается в управлении качеством с учетом технических, экономических, правовых и социально-психологических аспектов деятельности предприятия. Характеризует этот этап то, что служба качества становится самостоятельной, независимой от других подразделений и подчиняется непосредственно высшему руководителю предприятия. Объединена и скоординирована работа всех подразделений предприятия, начиная от отделов маркетинга и заканчивая работой по контролю качества при приемке продукции от поставщиков. Ранее использовавшиеся статистические инструменты контроля качества дополнены

методами метрологии, сбора информации о качестве, мотивации качества, стандартизации, сертификации и др.

TQM: Всеобщее управление качеством: сущность этого этапа заключается в применении подходов качества на всех уровнях компании и ко всем ее функциям. Характеризует этот этап основной критерий оценки деятельности организации - качество. Важнейшие принципы TQM: ориентация на потребителей, вовлеченность персонала в работы по качеству, постоянное улучшение, приоритет предупреждающих действий перед корректирующими, комплексное решение задач обеспечения качества на всех этапах жизненного цикла продукции, достоверность данных о качестве.

Системы менеджмента качества, отвечающие требованиям стандарта ИСО серии 9000: сущность этого этапа, заключается в создании на предприятии высокоэффективных и результативных систем качества, отвечающих положениям международных стандартов, является гарантией по предоставлению продукции, отвечающей требованиям потребителей. Характеризуют этот этап стандарты ИСО, которые направлены на урегулирование отношений между производителем и потребителем. Применение стандартов носит универсальный характер: с одной стороны, они достаточно универсальны для предприятий различных отраслей, с другой - они универсальны для различных стран.

Если рассматривать процессный подход, то необходимо отметить, что сущность этого этапа заключается в обеспечении неразрывности менеджмента качества между отдельными процессами, подразделениями и должностными лицами. Характеризует этот этап акцент менеджмента на горизонтальные связи в организационной структуре. Упрощение многоуровневых иерархических структур организации, что обеспечивает их большую ориентацию на потребителей и другие заинтересованные стороны. Расширение возможностей организации в развитии ее бизнеса за счет рассмотрения процессов с позиции добавленной ценности.

Помимо соответствия стандартам качества продукции или оказания услуг, необходимо развивать и подходы к совершенствованию системы менеджмента качества. На сегодняшний день существуют следующие подходы к совершенствованию системы менеджмента качества [4]. Первый подход характеризуется - системным подходом к управлению. Продукт, который может быть товаром и услугой, должен рассматриваться как совокупность взаимосвязанных процессов, при этом каждый процесс подставляет собой отдельную систему с определенными поставщиками и потребителями. Второй подход использует принцип постоянного улучшения. Нужно понимать, что улучшение непрерывный процесс, который нельзя ограничивать, предприятие должно готово быть к изменению во внешней среде и адаптироваться к новым технологическим процессам. Улучшение должно стать определенной системой и неотъемлемой частью общей системы управления. При третьем подходе принятие решений происходит на основе фактов. Руководитель организации должен понимать, что необходимо проводить сбор и анализ фактических данных и принимать решения основываясь на результатах. В современном мире наиболее распространёнными являются статистические методы контроля, анализа и регулирования. Четвёртый подход - управление взаимоотношениями - создает взаимозависимость организации и поставщика, которая направлена на взаимовыгодные отношения. Организация должна учитывать интересы заинтересованных сторон, а именно поставщиков и потребителей, тогда их принятые решения будут направлены на дальнейшее устойчивое развитие. В пятом подходе ставка делается на использование стандартов как средства повышения эффективности деятельности предприятия, вследствие последующей сертификацией СМК на соответствие требованиям стандартов. Подход 6 - внедрение стандартов только в целях сертификации СМК. Данный подход способствует реализации основных принципов, которые отражены в стандартах серии ISO 9000: лидерство руководства, принятие решений на

основе фактов, вовлеченность персонала, процессный подход, взаимовыгодные отношения с поставщиками, ориентация на клиента.

Также можно рассмотреть модель делового совершенства EFQM, которая представляет собой методологию комплексной оценки деятельности организации и движения к постоянному улучшению ее деятельности. При изучении базовых подходов к совершенствованию системы менеджмента качества акцент на стандарты ИСО акцентируются внимание на потребности в изучение вовлеченности персонала, поэтому далее был проведен анализ старой и новой версии стандартов ИСО на выявление последних изменений, к которым пришли в результате потребностей к совершенствованию СМК. Как было изложено выше - система качества неразрывно связана со стандартами, требованиям которых нужно следовать. Выполнение требований, которые прописаны в различных стандартах, становится гарантом качества продукции или оказываемых услуг.

Международная организация по стандартизации занимается созданием международных стандартов, а также их улучшением и введением в действие. В связи с динамичным развитием мира стандарты подвержены изменениям. Так, 15 сентября 2015 года появилась новая версия международного стандарта ISO 9001:2015 (отечественный аналог ГОСТ ISO 9001-2015). Эта версия заменила международный стандарт ISO 9001:2008, соответственно, отечественный аналог - стандарт ГОСТ ISO 9001-2011.

Требования стандарта ISO 9001:2015 составлены с учетом изменений условий мировой экономики, а также перемен, произошедших в области менеджмента организации и практиках применения системы менеджмента качества (СМК). Новая версия стандарта делает акцент на совершенствование бизнес-среды, а также повышает привлекательность СМК для всех компаний, у которых есть цель расширять ассортимент продукции и услуг для выхода на новые рынки сбыта и развивать бизнес.

Совершенствование стандарта ISO 9001 вызвано причинами. Первая причина - стандарт ISO 9001:2008 в старой версии перестал отвечать запросам

заинтересованных сторон, поскольку с 2008 по 2015 год в мировой практике менеджмента и окружающей среде произошли значительные изменения, и была пополнена база знаний. Вторая причина - с 2008 по 2015 год стандарты постоянно совершенствовались, следовательно, появились новые стандарты на системы менеджмента, возникла потребность в едином подходе к их прочтению. Третья причина - с 2008 по 2015 год появились «рудименты», в связи с чем возникла необходимость от них избавляться, поскольку они препятствовали дальнейшему развитию. Например, «обязательные документированные процедуры» и «документированное руководство по качеству». Четвертая причина - в старой версии ISO 9001 не упоминался риск-менеджмент. Следовательно, это был первый стандарт ISO 9001, его структура устарела, поэтому его нельзя было сравнивать с другими аналогичными стандартами менеджмента. Пятая причина - необходима вертикальная интеграция менеджмента организации. Стоит понимать, что СМК должна быть сформирована согласно главной стратегии компании (стратегии бизнес-плана) и ни в коем случае не является самостоятельной автономной частью организации. В новой версии стандарта ISO 9001:2015 появились новые принципы менеджмента, новые понятия и термины, изменились требования к стандарту, а также произошли, изменяя структуры стандарта.

При сравнении принципов менеджмента качества, внесённых в стандарт ISO 9001:2008 и в стандарт ISO 9001:2015, можно отметить, что в новой версии их стало на 1 меньше, и общее количество составило 7. При этом часть принципов скорректирована. В таблице 1 представлено сравнение принципов менеджмента качества предыдущей версии и новой версии стандарта.

Таблица 1 – Сравнение принципов менеджмента качества стандартов ISO 9001:2008 и ISO 9001:2015 [2; 3]

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
1. Ориентация на потребителя	
2. Лидерство руководства	
3. Вовлеченность людей	3. Вовлеченность и компетентность людей

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
4. Процессный подход	
5. Системный подход к менеджменту	5. Улучшения
6. Постоянное улучшение	6. Принятие обоснованных решений
7. Принятие решений, основанных на фактах	7. Управления взаимоотношениями
8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками	-

Исходя из представленного сравнения принципов менеджмента качества стандартов, стоит отметить, что в новой версии делается акцент не только на вовлеченность персонала, но и на его компетентность.

Стоит отметить, что к изучению вовлеченности персонала можно подойти с разных сторон. Вовлеченность персонала является одним из основных принципов менеджмента качества согласно последней версии ISO 9001:2015 и важнейшим ее элементом. Поэтому руководству организаций необходимо для повышения качества предоставляемых услуг уделять внимание вовлеченности персонала. Следовательно, без вовлеченности персонала невозможно говорить о гарантиях качества предоставляемых услуг. Вовлеченность персонала является неким ресурсом менеджмента качества, а его результат - удовлетворенность клиентов. Вовлеченность персонала, как элемент системы менеджмента качества, закрепленный в последней версии ISO 9001:2015, обеспечивает качество товаров/услуг и процессов СМК. Новая версия стандарта разработана в соответствии с приложением SL, которое является новым шаблоном стандартов ИСО по системе менеджмента (СМ), что способствует большей их совместимости. С помощью этого стандарты ISO по СМ обладают единой структурой верхнего уровня стандартов по системам менеджмента; идентичной основой текста, общими терминами и определениями.

Улучшение структуры стандарта направлено на увеличение согласованности между разными СМ и успешную интеграцию с другими СМ.

Структура стандарта ISO 9001:2008 включает 8 разделов верхнего уровня, 5 из которых являются основными. В стандарт ISO 9001:2015 добавлено еще 2 раздела, определено 10 разделов верхнего уровня, 7 из которых являются основными. В таблице 2 представлено сравнение разделов верхнего уровня предыдущей версии и новой версии стандарта.

Таблица 2 – Сравнение разделов верхнего уровня стандартов ISO 9001:2008 и ISO 9001:2015 [2; 3]

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
1. Область применения	
2. Нормативные ссылки	
3. Термины и определения	
4. Система менеджмента качества	4. Контекст организации
5. Ответственность руководства	5. Лидерство
6. Менеджмент ресурсов	6. Планирование
7. Выпуск продукции	7. Поддержка
8. Изменение анализа и улучшение	8. Деятельность
-	9. Оценка показателей деятельности
-	10. Улучшение
Приложение А. Соответствие между ISO 9001:2008 и ISO 14001:2004	Приложение А. Разъяснение новой структуры, терминологии и понятий
Приложение В. Отличие ISO 9001:2000 и ISO 9001:2008	Приложение В. Другие международные стандарты по менеджменту качества и системе менеджмента качества, разработанные ISO/TS 176

Очевидно, что в новую версию стандарта внесены изменения, касающиеся управления персоналом. В том числе введен раздел, связанный с лидерством. Более четко сформулированы обязанности лидера, требования к его компетенции. При создании новой версии стандарта использовалась «структура высокого уровня» — стандартизованное перечисление разделов, которое основывается на цикле Деминга Plan-Do-Check-Act (PDCA).

В версии ISO 9001:2015, помимо вовлеченности сотрудников, уделяется внимание компетентности работников, следовательно, делается больший акцент на людей, которые должны разделять цели, задачи и культуру компании. Вовлеченность компетентного персонала в работу — это внутренняя потребность организации, поскольку обеспечивает высокий уровень качества товаров или услуг, предоставляемых организацией.

Важно отметить, что в версии ISO 9001:2015 улучшения затронули термины и понятия: появились совершенно новые термины и понятия; некоторые термины были замещены; ряд терминов исключен из стандарта. К примеру, новыми терминами в стандарте являются «Контекст организации» (п.3.2.2 ISO 9000:2015), «Заинтересованная сторона» (3.2.3 ISO 9000:2015), «Риск» (п. 3.7.9 ISO 9000:2015) и др. В таблице 3 представлены принципиальные изменения в терминах, используемых в предыдущей и новой версии стандарта.

Таблица 3 – Принципиальные изменения в терминах ISO 9001:2008 и ISO 9001:2015 [2; 3]

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
Продукция	Продукция и услуги
Исключение	Не используется (в приложение к ISO 9001:2015, раздел «Применимость»)
Представитель руководства	Не используется
Документация, руководство по качеству, документированная процедура, записи	Документированная информация
Производственная среда	Среда для функционирования процессов
Оборудование для мониторинга и изменений	Ресурсы для мониторинга и изменений
Закупленная продукция	Продукция и услуги, полученные извне
Поставщик	Внешний поставщик

Хочется подчеркнуть, что в ISO 9001:2015 улучшения коснулись требований стандартов: появились требования, которые не применялись в старой версии; поменялись и существующие требования; ряд требований был исключен из новой версии.

Часть терминов претерпела изменения, а также появились новые (примеры представлены на рисунке 4). Все изменения в терминах связаны с выполнением требований стандарта и касаются документации СМК. Организация документированной информации (ДИ) в СМК устанавливает следующие основные цели: использование ДИ для связи и коммуникации; организация передачи свидетельств, которые подтверждают реализацию разработанных планов (отражены действия, которые необходимо было достигнуть); организация процесса передачи знаний, а также защиты опыта

компании. В таблице 4 представлены отменённые и новые требования в новой версии стандарта.

ТЕРМИН «ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СРЕДА ОРГАНИЗАЦИИ» - это совокупность внутренних и внешних аспектов деятельности организации, относящихся к ее стратегической цели и влияющих на способность ее СМК достигать намеченных целей. Благодаря изучению и анализу данных аспектов можно будет лучше управлять СМК организации.

ТЕРМИН «СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К СМК». Никто больше, кроме как сама организация, не может определять соответствующие заинтересованные стороны, а также устанавливать их требования. Основой стало то, насколько та или иная заинтересованная сторона влияет на способность организации поставлять продукты и оказывать услуги в соответствии с требованиями потребителей и применимыми обязательными и законодательными требованиями.

НОВЫЙ ТЕРМИН «ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ». Представляет собой информацию и ее носитель, управление и поддержание в рабочем состоянии которых со стороны организации является требованием. Данный термин пришел на замену терминам «документ» и «запись», новый термин объединил два термина старой версии стандарта.

НОВЫЙ ТЕРМИН «ЗНАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ». Представляет собой определение, накопление и поддержание в рабочем, т. е. доступном для организации состоянии знаний, полученных для обеспечения соответствия требованиям поставляемых продуктов и оказываемых услуг. Распределение доли знаний, хранимых компетентным персоналом организации, и доли знаний, хранимых на других носителях, осуществляется организацией.

Рисунок 4 – Пример измененных и новых терминов
(составлено автором на основе [2; 3])

Таким образом, в процессе актуализации стандартов СМК часть терминов претерпела существенные изменения, а также появились новые понятия — все эти трансформации напрямую связаны с выполнением обновлённых требований стандарта и затрагивают ключевые аспекты документации системы менеджмента качества. Например, традиционное понятие «документированная процедура» во многих современных стандартах уступает место более гибким формулировкам, а термин «записи» зачастую интегрируется в общее понятие «документированной информации», что отражает смещение акцента с формального документирования на эффективное управление информацией в целом. Организация документированной информации (ДИ) в рамках СМК при этом устанавливает следующие основные цели: использование ДИ как инструмента связи и коммуникации

между подразделениями и заинтересованными сторонами для обеспечения единого понимания требований и процессов; организация передачи объективных свидетельств, подтверждающих реализацию разработанных планов и достижение запланированных результатов (в т.ч. фиксация выполненных действий, полученных данных и выявленных отклонений); систематизация процесса передачи знаний внутри организации, что позволяет сохранять и транслировать профессиональный опыт, предотвращать потерю компетенций при ротации кадров; защита накопленного опыта компании и обеспечение его доступности для последующего использования — в т.ч. через создание структурированных баз знаний, регламентов и инструкций, а также внедрение механизмов контроля актуальности и целостности информации. Поэтому обновлённая терминология и подходы к управлению ДИ способствуют повышению прозрачности, управляемости и устойчивости СМК в условиях динамичной бизнес-среды.

Таблица 4 – Отмененные и новые требования в ISO 9001:2015 [2; 3]

Отмененные требования (ISO 9001:2008)	Новые требования (ISO 9001:2015)
Руководство по качеству (п. 4.2.2)	Понимание организации и ее контекста (п. 4.1)
Представитель руководства (п. 5.5.2)	Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон (п. 4.2)
Предупреждающие действия (п. 8.5.3)	Действия по реагированию на риски и возможности (п. 6.1)

В таблице 5 представлены изменения в ISO 9000:2015, которые подверглись трансформации в умеренной или незначительной степени.

Таблица 5 – Основные изменения в требованиях в ISO 9001:2015 [2; 3]

Умеренные изменения	Незначительные изменения
Контроль процессов, продукции, услуг, представленных извне	Политика в области качества
Цели в области качества и планирование их достижений	Лидерство
Производственные показатели	Комплексность, обучение и осведомленность
Управление документацией	Анализ со стороны руководства
Производство продукции и предоставление услуг	Внутренний аудит
Область применения системы	Корректирующие действия

Все изменения, представленные в таблицах 4-5, связаны с необходимостью совершенствования стандарта и могут быть вызваны многими причинами: экономической ситуацией, изменениями в менеджменте качества, развитием организаций и т.д. На рисунке 5 проиллюстрированы самые главные изменения стандарта, которые обусловили изменения СМК. В заключение хочется отметить то, что в стандарте ISO 9001:2015 улучшены требования к СМК; СМК стала доступна всем организациям, в том числе ИП; СМК теперь не зависит от специфики деятельности; СМК не зависит от размера организации. Данный стандарт является универсальным для всех отраслей деятельности, в т.ч. здравоохранения. На рисунке 7 представлены основные изменения новой версии стандарта ISO 9001:2015.



Рисунок 5 – Основные изменения стандарта, повлиявшие на СМК
(составлено автором на основе [2; 3])

Таким образом внедрение ISO 9001:2015 привело к фундаментальной трансформации подходов к построению СМК. Система менеджмента качества стала более универсальной касаясь применимой в любой отрасли и для любого типа организаций; доступной касаясь адаптированной для малых предприятий и ИП; гибкой касаясь способной масштабироваться и

адаптироваться под специфику и размер организации; результативной касаясь ориентированной на реальные улучшения, а не на формальное соответствие требованиям. Эти изменения делают ISO 9001:2015 мощным инструментом повышения конкурентоспособности организаций вне зависимости от их масштаба и сферы деятельности, обеспечивая единый международный язык управления качеством.

Внесённые изменения определили преимущества новой СМК (рисунок 6).



Рисунок 6 – Преимущества новой СМК
(составлено автором на основе [2])

Изменение №1. Ориентация на бизнес

- **Изменение является самым главным:** стандарт стал более ориентирован на бизнес. По требованиям новой версии стандарта СМК теперь должна активно способствовать экономическому развитию организации.
- Сделан акцент на том, чтобы организации могли расширять ассортимент продукции и услуг, выходить на новые рынки сбыта, развивать бизнес и получать максимальную прибыль.

Изменение №2. Оценка рисков

- Прослеживается более четкая концепция мышления, сформированная на оценке рисков. В соответствии с требованиями ISO 9001:2015 в деятельность по управлению организацией и в процессы СМК должны быть встроены элементы риск-менеджмента.

Изменение №3. Учет потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон

- Новое требование по учету потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон: не только потребителей, но и владельцев, персонала организаций, поставщиков, банкиров, профсоюзов, партнеров или сообществ, которые могут включать в себя конкурентов или противоборствующее лобби.

Изменение №4. Обеспечение выполнения всех поставленных задач организации

- Новые требования по разработке мероприятий, направленных на обеспечение достижения целей в области качества, с указанием требуемых ресурсов, сроков и ответственных лиц. Реализация таких требований позволит организации планомерно обеспечить выполнение всех поставленных задач.

Изменение №5. Документация

- Внесены изменения в состав документации СМК. Исключены из состава обязательной документации шесть документированных процедур и руководство по качеству. Такое стремление направлено на повышение универсальности в применении стандарта.
- Увеличена гибкость в использовании документации. Обеспечена лучшая применимость в организациях, оказывающих услуги. Введен новый термин "документированная процедура".

Изменение №6. Усилены требования к управлению персоналом

- Сделан акцент на руководящую роль руководства.
- Высшее руководство должно показать свое лидерство в СМК и взять на себя обязательства по внедрению и управлению этой системой. Другой составляющей лидерства и обязательства высшего руководства является демонстрация приверженности ориентации на заказчика.
- Появились требования к высшему руководству организации определить ответственность и полномочия, и распределить необходимые роли в организации для работы СМК, осуществления процессов и выполнения требований потребителей.
- Сделан большой акцент на человеческих ресурсах, требования к ним увеличиваются, и все делается для того, чтобы не только вовлечь людей в процесс производства и предоставления услуг, но и расширить их компетенции, которые способствуют более эффективной организации рабочего процесса.

Рисунок 7 – Основные изменения новой версии стандарта ISO 9001:2015
(составлено автором на основе [2])

В заключение проведенного анализа стандартов ИСО 9001 версии 2008 г. и 2015 г. можно сделать выводы, что в версии стандарта помимо вовлеченности сотрудников, уделяется внимание компетентности работников, следовательно, делается больший акцент на людей, которые должны разделять цели, задачи и культуру компании. Вовлечённость компетентного персонала в работу – это внутренняя потребность организации, поскольку обеспечивает высокий уровень качества товаров или услуг, предоставляемых организацией.

Изучение вовлеченности персонала даст организации возможность более расширено подойти к вопросу совершенствования качества товара или оказания услуги, поскольку данный принцип можно рассматривать с разных сторон, например, с точки зрения того, что вовлеченность персонала является одним из основных принципов менеджмента качества согласно последней версии ISO 9001:2015 и важнейшим ее элементом. Поэтому руководству организаций необходимо для повышения качества предоставляемых услуг уделять внимание вовлеченности персонала. Следовательно, без вовлеченности персонала невозможно говорить о гарантиях качества предоставляемых услуг. Также стоит отметить, что вовлеченность персонала является неким ресурсом менеджмента качества, а его результат - удовлетворенность клиентов. С другой стороны, можно считать, что Вовлеченность персонала представляет собой элемент системы менеджмента качества, закрепленный в последней версии ISO 9001:2015, обеспечивает качество товаров/услуг и процессов СМК.

Персонал организации выступает ключевым посредником во взаимодействии между компанией и потребителем. Являясь структурным элементом системы управления качеством, сотрудники оказывают непосредственное влияние на характеристики конечного продукта и уровень оказания услуг. Поэтому изучение вовлечённости персонала - важный шаг к повышению качества продукции и услуг: мотивация сотрудников напрямую влияет на итоговый результат.

1.2. Систематизация процессов в системе менеджмента качества организации

Анализ процессов в СМК организации — это систематическая, чётко сформулированная и документированная деятельность руководства. цель анализа процессов в СМК организации — это определение пригодности, адекватности, результативности и эффективности СМК [34]. При анализе процессов в СМК организации затрагиваются следующие области [34]: политика и цели в области качества; результаты внутренних аудитов; данные о результатах предыдущей оценки результативности СМК; результаты выявленных предупреждающих и корректирующих действий; организационная структура, в том числе обеспеченность кадрами и ресурсами; структура и степень внедрения СМК; качество выпускаемой продукции; отзывы потребителей о качестве продукции; состояние производственных процессов.

Основные критерии для оценки эффективности функционирования системы качества [34]: стабильность качества продукции при её эффективной эксплуатации у потребителя; увеличение прибыли в результате повышения качества изготавливаемой и поставляемой продукции; снижение внутрипроизводственных потерь и послепродажных затрат на обеспечение качества продукции. В соответствии с требованиями стандарта ISO 9001:2015, анализ процессов в СМК должен проводиться регулярно, а ответственным за его проведение возлагается на высшее руководство. Анализ процессов в СМК организации способствует выявлению причинно-следственных связей касательно функционирования СМК.

Систему взаимосвязанных процессов отражают с помощью различных модель таких, как описательные тексты, графические блок-схемы, компьютерное моделирование, а также матрицу смежности ресурсов для оценки характера преобразований в процессах СМК [89].

Алгоритм анализа процессов в СМК организации представлен на рисунке 8.



Рисунок 8 – Алгоритм анализа процессов в СМК организации (составлено автором на основе [7; 101])

По итогам формируется отчет по качеству на основании анализа данных. Данный отчет необходимо формировать раз в квартал, а на основе квартальных отчетов составляется годовой отчет по качеству, в котором отражается динамика качества в организации.

СМК организации представляет из себя некую систему, которая включает в себя следующие элементы: планирование, обеспечение, функционирование, оценка и улучшение. Рассмотрим данные элементы подробнее. Планирование подразумевает, что СМК организации должна совершенствоваться с учетом воздействующих внешних и внутренних факторов, которые влияют на способность СМК достигать ожидаемых результатов. При планировании определяются потенциальные возможности и риски, которые дают гарантию достижения ожидаемых результатов, а также достижение наибольшего положительного эффекта, обеспечить непрерывные улучшения, а также сократить или предотвратить негативные последствия. Обеспечение подразумевает, что организация должна быть обеспечена ресурсами, необходимыми для внедрения, развития, функционирования и постоянного совершенствования СМК. Функционирование подразумевает, что организация планирует, внедряет и управляет процессами, необходимыми для обеспечения соблюдения требований производства продукции или предоставления услуг, устанавливает критерии их отбора. Оценка подразумевает, что организация выбирает, какие методы анализа, мониторинга и оценки необходимо применять для достижения результатов. Организация определяет сроки, к которым проводится будет мониторинг и измерения, оценивает и анализирует полученные результаты. Улучшение подразумевает, что организация находит возможности для совершенствования и принимает необходимые меры для удовлетворения потребностей потребителей. Удовлетворенность потребностей потребителя достигается при повышении качества выпускаемой продукции и оказываемых услуг, а также совершенствование функционирования и эффективности СМК, непрерывное реагирование на результаты анализа и оценки СМК.

Ключевым фактором эффективности внедрения СМК организации является человеческий фактор. Персонал организации мотивировать и вовлекать в обеспечение качества производимого товара или предоставляемой услуги, а также к непрерывному совершенствованию процессов СМК.

В таблице 1 рассматривалось сравнение изменений между стандартами ISO 9001:2008 и ISO 9001:2015, а именно как изменения повлияли на принципы СМК. Данные принципы дают организации возможности к развитию и совершенствованию СМК (ISO 9001:2015): ориентация на потребителя, лидерство руководства, вовлечение персонала и компетентность людей, процессный подход, улучшения, принятие обоснованных решений и управление взаимоотношениями. Рассмотрим данные принципы более подробно. Ориентация на потребителя заключается в том, что организация анализирует потребности и ожидания потребителя для дальнейшей реализации результатов в производимом товаре или оказываемом. Определение организацией потребностей потребителей на сегодняшний день, и какими они будут в будущем, а также иных заинтересованных сторон способствует устойчивому успеху организации. Лидерство руководства заключается в том, что лидеры на всех уровнях устанавливают единство цели и направления движения и создают условия, при которых люди вовлечены в достижение целей организации в области качества. При достижении единства цели, направленности действий и вовлечённости персонала помогает организации скоординировать свои стратегии, политики, процессы и ресурсы для достижения целей. Вовлечение персонала и компетентность людей заключается в том, что реализация целей, которые перед собой поставила организация, достижима при условии адекватного поведения сотрудников на всех уровнях организации. Организация должна относиться к подбору персонала очень серьезно, поскольку работник должен быть компетентен, наделён соответствующими полномочиями, а также принимал участие в создании ценности для организации. При выполнении данных условий организация должна стимулировать и мотивировать свой компетентный

персонал максимально эффективно быть вовлеченными в производство качественного товара или оказания качественных услуг. Процессный подход заключается в том, что для получения соответствующих и предсказуемых результатов, которые направлены на большую результативность и эффективность, когда виды деятельности выстроены, как взаимосвязанные процессы, функционирующие как единая система.

Данная система формирует результаты, включая все процессы, ресурсы, средства управления и взаимодействия, позволяет организации оптимизировать свою деятельность. Улучшения заключается в том, что организация находит возможности для улучшения и принимает необходимые меры для удовлетворения потребностей потребителей. Процесс улучшения включают в себя анализ и оценку существующего положения, постановка целей по улучшению, поиск возможных решений для достижения целей, оценка результатов и выбор решений. Принятие обоснованных решений заключается в том, что процесс непрерывного совершенствования проводится на основании данных, которые были получены при объективных измерениях фактического состояния системы качества и качества продукции или услуги. Организация должна понять причинно-следственные связи и потенциальные последствия.

Полученный результат анализа данных способствует к дальнейшей объективности и точности принятых решениях. Управление взаимоотношениями заключается в том, что организации необходимо привлечь компетентных сотрудников для управления своими отношениями с заинтересованными сторонами, такими как поставщики, что приведет к достижению устойчивого успеха реализуемой деятельности. Поскольку качество продукции во многом определяется качеством исходного сырья, материалов и информации, достижение качественного роста должно также основываться на установлении взаимовыгодных, партнёрских отношений с поставщиками. Если говорить о качестве оказываемых услуг, то здесь играет

большую роль квалифицированный персонал и инструменты, при помощи которых они обеспечивают качественное предоставление исходной услуги.

Стоит понимать, что существуют определенные аспекты в совершенствовании СМК организации, которые рассмотрим более подробно. Постоянное совершенствование СМК и повышение качества выпускаемой продукции или оказываемой услуги является условием для поддержания высокой конкурентоспособности предприятия. Повышение качества способствует улучшению эффективности производимого товара или оказываемой услуги, которое приводит к снижению затрат и увеличению доли рынка. Согласно положениям ISO, совершенствование СМК организации является одним из важнейших принципов менеджмента качества. Реализуя данный принцип, следует опираться на рекомендации, которые утверждают, что все процессы и системы организации должны постоянно и регулярно подвергаться анализу, измерениям, улучшениям.

Также необходимо непрерывное совершенствование СМК, чтобы организация постоянно повышала удовлетворённость потребителей и других заинтересованных сторон. Совершенствование СМК дает организации уверенность в том, что они производят или предоставляют услуги соответствующего качества и полностью отвечающую требованиям потребителя. Необходимо уделять внимание цифровой трансформации, которая затрагивает все аспекты менеджмента качества: от оптимизации процессов управления до внедрения новых технологий и аналитики данных. Основная цель цифровой трансформации — создание цифровых решений, которые существенно изменяют и улучшают существующие процессы СМК организации.

При этом стоит не забывать про интеграцию с другими системами управления. В современном мире организации стремятся к интеграции СМК с другими существующими системами управления, а именно с системой управления окружающей средой и системой управления безопасностью и здоровьем. Интеграция процессов и процедур поможет избежать дублирование

функций, оптимизировать использование ресурсов и снизить затраты на управление качеством.

Необходимо проводить непрерывное совершенствование экспертных групп заключается в организации должна быть экспертная группа, которая представляет собой специализированное подразделение, состоящее из квалифицированных специалистов с определённым опытом и знаниями в конкретной области. Задачей экспертной группы может быть проведение анализа, разработка решений, консультирование руководства по вопросам, требующим специализированных знаний.

Необходимо уделять внимание вовлеченности персонала в СМК организации. Вовлечённость сотрудников в СМК организации является одним из фундаментальных принципов. Руководство организации вовлекает персонал в создание и предоставление ценности товара или услуги. Организация должна мотивировать своих сотрудников к постоянному совершенствованию своих знаний и повышению квалификации. Данный принцип дает право на расширение прав, возможностей сотрудников, вовлечение их в процесс принятия решений, признание их достижений [86].

Таким образом, перспективы развития менеджмента качества на сегодняшний день непрерывно связаны с применением новых технологий, интеграцией систем управления, автоматизацией процессов, которые способствуют акцентировать внимание потребителю и устойчивому развитию организации. Руководители организаций должны понимать, что успешная адаптация к новым тенденциям, способствуют достижению конкурентного преимущества и укреплению своих позиций на рынке. Так же важна вовлечённость персонала в СМК организации, поскольку она является ключевым фактором эффективности внедрения СМК, так как человеческий фактор выступает ключевым в повышение результативности, эффективности деятельности и конкурентоспособности организации.

1.3. Теоретические и методические подходы к проблеме развития системы менеджмента качества на основе повышения вовлечённости персонала

Вовлечённость сотрудников в СМК организации — важный аспект, который влияет на правильность построения СМК, так как социальные группы организации напрямую могут влиять на данный процесс [112].

Для повышения вовлечённости персонала, необходимо уделять внимание разработке системы управления знаниями, что подразумевает, что сотрудник будет использовать существующие процессы обмена знаниями, наставничество, повышение квалификации и владение компетенциями в области применения методологии TQM в практической деятельности. [130]. Также важным элементом является пересмотр системы стимулирования, когда организации необходимо уделить внимание внутренней и внешней мотивации работников, поскольку каждый сотрудник идентифицирует свою ответственность за качество. Немаловажным аспектом является организация и проведение постоянных внутренних аудитов. Это делается для того, чтобы оценить компетентность и способность работников в обеспечение требуемого качества, а также возможного продвижения работников по карьерной лестнице. Необходимо проводить постоянный аудит удовлетворённости и заинтересованности персонала в развитии творческого и инновационного потенциала в своей дальнейшей деятельности в организации, организация регулярного трансфера знаний и непрерывного обучения в области управления качеством и формирования инновационной активности и применения современных и цифровых технологий в своей деятельности также являются важным аспектом процесса вовлечённости персонала.

Если рассматривать вовлеченность персонала, как отдельный процесс и непрерывно его совершенствовать, то организации необходимо выделить факторы вовлечённости работников: отношения в организации, взаимодействие с непосредственным начальником и стратегическое видение.

Рассмотрим каждый фактор более подробно. Отношения в организации подразумевают, что организации необходимо понимать, насколько сотрудники вовлечены в работу, как относятся к высшему руководству, насколько поддерживают ценности организации, проявляют уважение к коллегам и готовность работы в команде. Нужно не забывать о взаимодействии с непосредственным начальником, что представляет собой понимание самой организации, насколько подчинённые чувствуют внимание со стороны начальства, а также справедливое обращение с сотрудниками, насколько работает обратная связь, основаны ли отношения в коллективе и с непосредственным начальником на взаимном уважении. Необходимо уделять внимание стратегическому видению, которое подразумевает, что у сотрудников есть понимание целей и направлений работы. Насколько они идентифицируют свой вклад в успех организации в целом, насколько предоставляемые рабочие усилия сотрудников соответствуют требованиям и направлены на дальнейшее развитие.

Если говорить о развитии СМК организации на основе повышения вовлеченности персонала, то его можно рассматривать с помощью двух подходов: теоретического и методологического. Рассмотрим каждый подход по отдельности. В результате проведенного анализа существующих подходов можно сделать следующие заключения:

1. Если говорить о теоретическом подходе к развитию системы менеджмента качества на основе повышения вовлечённости персонала, то здесь можно вспомнить следующих ученых, которые сделали вклад в изучение данной области [139]: цикл Деминга (PDCA), диаграмма Парето («линию 20/80»), концепция ежегодного улучшения качества (AQI) Д. Джурана, 14 принципов Ф. Кросби, концепция «Пока — Ёке» С. Шинго, модель делового совершенства EFQM, всеобщее управление качеством.

Рассмотрим более подробно каждый подход. Цикл Деминга (PDCA), который включает последовательность этапов управления качеством продукции: планирование (Plan), реализация (Do), контроль (Check),

управляющее воздействие (Action). Помощь в исследовании менеджмента качества используют диаграмму Парето («линию 20/80»), которая предполагает ранжирование объективных факторов, влияющих на потери качества (дефекты, брак, потери). Концепция ежегодного улучшения качества (AQI) Д. Джурана. Производственный процесс должен быть вовлечён весь персонал предприятия, только так можно достичь высокого качества продукции. Д. Джуран разработал «спираль качества» — пространственную модель, которая определила основные стадии непрерывно развивающихся работ по управлению качеством и послужила прообразом многих появившихся позже моделей. В 14 принципах Ф. Кросби определена последовательность шагов по достижению качества на предприятии. Среди принципов — вовлечённость персонала в политику руководства в области качества, постановка целей в области качества перед каждым работником, разработка мероприятий, направленных на устранение причин дефектов, и другие. Концепция «Пока — Ёке» С. Шинго, предложен метод, который рассматривался с точки зрения производства, а не с точки зрения менеджмента. Реализация метода предусматривала привлечение группы специалистов, обнаружение существующих проблем, выявление причин их возникновения, разработку мероприятий по устранению и предотвращению проблем, устранение существующих причин путём использования усовершенствованного оборудования. Модель делового совершенства EFQM — это методология всесторонней оценки деятельности организации и движения к её постоянному совершенствованию. Далее во второй главе данная модель рассмотрена более подробно. Главной особенностью всеобщее управление качеством является то, что первое место в деятельности предприятий занимает качество продукции или услуг, а весь персонал строго должен соблюдать этот факт. Основными требованиями в условиях всеобщего управления качеством являются активное управление качеством продукции или услуг со стороны руководства, повышение квалификационного уровня персонала и другие [42].

2. Рассматривая методические подходы к развитию системы менеджмента качества на основе повышения вовлечённости персонала, можно отметить, что к ним относятся: оценка выгод от внедрения и функционирования СМК, оценка экономической эффективности СМК, оценка на основе удовлетворённости потребителей, оценка на основе сбалансированной системы показателей, проведение кружков качества, применение программ признания, создание благоприятных условий для выполнения должностных обязанностей персонала, включая владельцев процессов, проведение анкетирования и опросов, интервью и фокус-группы, использование аналитических инструментов, создание возможностей для профессионального развития, регулярные встречи с руководителем, открытая обратная связь, оценка результатов.

Рассмотрим более подробно каждый подход. Оценка выгод от внедрения и функционирования СМК подразумевает то, что в организации проводят сравнение поставленных целей перед разработкой СМК и насколько они совпадают с результатом деятельности в данный момент. Оценка экономической эффективности СМК подразумевает то, что необходимо сравнивать полученные результаты с помощью СМК и расходы на её внедрение и функционирование. Для этого проводят анализ влияния СМК на финансовое положение организации, исследуют выгоды и затраты на их получение. Оценка на основе удовлетворённости потребителей подразумевает расчет индекса удовлетворённости потребителей продукцией или оказываемой услугой. Оценка на основе сбалансированной системы показателей подразумевает проведение оценки внедрения и функционирования СМК - насколько повлияла на финансовые показатели организации, лояльность и удовлетворённость её потребителей и персонала, эффективность и результативность внутренних процессов. Стоит не забывать о проведении кружков качества, где сотрудникам предлагают разработать предложения по совершенствованию СМК организации. В результате комиссия анализирует предложения сотрудников и при положительной оценке баллы получает

работник. Руководителю стоит применять программы признания, которые являются одним из видов стимулирования, например, персонализированное электронное письмо с благодарностью от руководителя, портрет сотрудника на Доске почёта или публичная похвала на планерке, что способствует мотивации работника и становится примером для своих коллег. Также необходимо создать благоприятных условий для выполнения должностных обязанностей персонала, включая владельцев процессов. Необходимо анализировать эмоциональное и психологическое состояние коллектива, исключать любые конфликты между коллегами, если же они происходят, то разобраться в причинах возникновения и пресечения их повторений в будущем. Руководству необходимо проводить анкетирование и опросы, поскольку данный метод помогает получить обратную связь от сотрудников по различным аспектам деятельности организации, а также помогает найти скрытые проблемы и возможности для улучшения. Также нужно проводить интервью и фокус-группы, тогда в организации появляется картина глубокого понимания мнения сотрудников о деятельности в целом, что они ожидают и их потребности. Данный метод помогает более эффективно выявить скрытые проблемы, которые не всегда можно выявить с помощью анкетирования. Необходимо использовать аналитические инструменты, которые помогают обрабатывать большие объёмы информации и получать наглядные отчёты. Например, HR-аналитика, платформы для проведения опросов, системы управления персоналом (HRMS).

Важно создание возможностей для профессионального развития, где руководство должно открыто говорить о программах развития, которые предлагает организация. Регулярные встречи с руководителем проводятся один на один с каждым сотрудником, чтобы обсудить его работу, достижения и планы на будущее. Открытая обратная связь необходима, чтобы создать условия, при которых сотрудники не будут бояться свободно высказывать своё мнение, а также делиться своим видением об улучшении деятельности организации. В итоге необходимо провести оценку результатов деятельности

сотрудников и разрабатывать реальные и достижимые рекомендации по улучшению.

Все вышесказанное указывает на то, что персонал является ценным ресурсом для любой организации и с ним нужно работать, мотивировать и стимулировать для совершенствования в своей деятельности, а также вовлекать в деятельность по обеспечению качественных товаров и услуг. Применение теоретических и методических подходов на основе повышения вовлечённости персонала помогут организациям любой сферы деятельности решить проблемы в развитии СМК, поскольку персонал может своевременно оказать содействие в поиске «брешей» в деятельности организации и предложить свои идеи по их ликвидации.

Вовлечённость персонала способствует улучшению процессов, товара, услуг и культуры компании, что в итоге приводит к долгосрочному успеху, основанному на удовлетворённости клиентов [42].

Вовлечённость персонала является ключевым направлением деятельности организации для обеспечения качества процессов и непрерывного совершенствования результативной деятельности, системы бизнес-процессов, функционирования СМК, повышения производительности труда работников [130].

Вовлечённые сотрудники способствуют повышению конкурентоспособности организации, потому что они удовлетворены выполняемой работой, заинтересованы в собственном профессиональном росте, а также разделяют и поддерживают организационную культуру организации, способствуют созданию благоприятного микроклимата [130].

Выводы по главе 1

Несмотря на развитие стандартизации в нашей стране в конце прошлого века, внедрение систем управления качеством и стандартов в учреждения здравоохранения началось относительно недавно. В целях настоящего

исследования был проведен сравнительный анализ стандартов ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015) «Системы менеджмента качества» и его предыдущей версии ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ISO 9001:2008). На основе этого анализа выявлена ключевая роль человеческого капитала, лидерства и компетентности персонала, что способствует повышению уровня вовлечённости сотрудников в деятельность организации и оказывает позитивное влияние на эффективность рабочего процесса; отмечены изменения, касающиеся принципов менеджмента качества, структуры стандарта, терминологии и требований к системам менеджмента качества; рассмотрены преимущества нового стандарта. Были отмечены несколько подходов к изучению вовлеченности персонала:

1. Вовлеченность персонала является одним из основных принципов менеджмента качества согласно последней версии ISO 9001:2015, а, следовательно, является важнейшим элементом системы менеджмента качества. Поэтому руководству организаций необходимо для повышения качества предоставляемых услуг уделять внимание вовлеченности персонала - без вовлеченности персонала невозможно говорить о гарантиях качества предоставляемых услуг.

2. Вовлеченность персонала, как элемент системы менеджмента качества, закрепленный в последней версии ISO 9001:2015, обеспечивает качество товаров/услуг и процессов СМК.

3. Вовлеченность персонала является ресурсом менеджмента качества, а результат его использования - удовлетворенность клиентов.

2 ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ

2.1. Генезис понятия «вовлеченность»

В современных условиях развития источником успеха для компаний являются их сотрудники, которые увлечены своей работой и лояльно относятся к компании. Необходимость вовлечения персонала в деятельность организации понимают многие руководители. Вместе с тем наблюдается многообразие теоретических обоснований термина «вовлеченность персонала», что порождает отсутствие ясности в определении этого понятия и путаницу в терминах, неопределенность в выборе инструментов для практического применения концепции «вовлеченности». Уточнения и конкретизации требуют и понятия «увлеченность», «лояльность», «удовлетворенность», которыми часто неправильно подменяют «вовлеченность».

Для раскрытия содержания понятия «вовлеченность» необходимо путем сравнения установить признаки, которые позволят выделить данное понятие и определить его отношения с другими родственными понятиями. Рассмотрим понятия «увлеченность», «лояльность», «удовлетворенность» и «вовлеченность». Все они дают социологическую характеристику коллектива и представляют собой некую систему поведения работника в компании, но, тем не менее, различаются. Дифференцируем эти понятия. «Увлеченность работой» - понятие неоднозначное, в англоязычной литературе используется несколько определений: «employee engagement» и «work engagement». При этом ученый из Нидерландов В. Шауфели склоняется ко второму термину. В книге «Увлеченность работой. Как научиться любить свою работу и получать от нее удовольствие» говорится о том, что существует 3 аспекта, которые характеризуют такое состояние, как увлеченность работой: энергичность; преданность делу; поглощенность. Энергичный работник всегда готов

выполнять свою работу, готов к трудностям. Работник, который предан своему делу, всегда нацелен на результат, полон энтузиазма и гордится своей работой. Работник, поглощённый своим делом, полностью отдается процессу, воспринимает каждую задачу, как вызов.

Термин «увлеченность работой» относят больше к психологическому понятию, чем к управленческому, и характеризует положительное состояние человека на работе. Увлеченный человек находит смысл в своей работе, интерес и удовольствие. Данным понятием определяется «устойчивое и глубокое, которое затрагивает различные психические процессы, эмоционально-когнитивное и мотивационное состояние, которое не фокусируется на каком-то конкретном предмете, событии, человеке или форме поведения, а описывает отношение человека к работе в целом» [81].

Согласно мнению многих авторов, понятие «увлеченность работой» тесно связано с «вовлеченностью в работу», следовательно, связано с понятием «вовлеченность персонала» [81]. «Вовлеченность чаще всего ассоциируют с тем работником, который себя идентифицирует с компанией, что связано с мотивацией» [63]. Вовлеченность персонала связывают с эмоциональным состоянием работника по отношению к компании, в которой он работает [114]. Формирование любого понятия – это логический итог сложного познавательного процесса. Это динамический процесс. И каждое уточнение понятия обусловлено непрерывным развитием нашего знания о предмете.

В процессе работы были внимательно рассмотрены разные подходы исследователей к изучению понятия «вовлеченность» и раскрытию содержания определения «вовлеченности». Результаты работы представлены в таблице 6 «Хронология изучения понятия «вовлеченность».

Таблица 6 – Хронология изучения понятия «вовлеченность» [131;132]

Год	Автор(ы)	Подход	Определение
1990	У. Кан	Вовлеченность рассматривается как удовлетворение потребностей	Вовлеченность сотрудников рассматривается через познание своих рабочих ролей, при помощи применения своей когнитивной, эмоциональной и физической энергии на выполнение рабочих задач.
1997	К. Маслак, М.П. Лейтер	Вовлеченность рассматривается как противоположность выгоранию	Вовлеченность включает в себя высокий уровень энергии, увлечённость, ощущение эффективности. Вовлеченность рассматривается через призму противоположности понятия «выгорания», которое включает в себя истощение, цинизм, неэффективность.
2002	Дж.К. Хартер, Ф.Л. Шмидт, Т.Л. Хаес	Удовлетворённость – вовлеченность	Вовлеченность рассматривается как следствие удовлетворённости различных потребностей сотрудника. Если наступает удовлетворенность потребностей сотрудника, он начинает демонстрировать включенность, удовлетворённость работой и проявлять трудовой энтузиазм.
2004	Ф.Д. Франк, Р.П. Финнеган, К.Р. Тейлор	Вовлеченность рассматривается как инвестиции	Вовлеченность сотрудников рассматривается с экономической точки зрения, как «модель вклада и инвестиций», которые определяются количеством личных усилий, вкладываемых сотрудниками в выполнение своей работы.
2006	А.М. Сакс	Многомерный подход к вовлеченности	Вовлеченность выражается в реакции на экономические и социоэмоциональные процессы в организации. Вовлеченность состоит из когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих.
2006	К. Трусс, Е. Соан, К. Эдвардс, К. Висдом, А. Кролл, Дж. Барнет	Вовлеченность рассматривается как некое психологическое и эмоциональное состояние	Рассматривают вовлеченность сотрудников со стороны психоэмоциональной составляющей процесса выполнения трудовых функций, то есть «страсть к работе».

Год	Автор(ы)	Подход	Определение
2011	Н.Е. Попонова	Вовлеченность как самосознание	Вовлеченность является главной составляющей самосознания работника, определяющей его поведение и отношение к труду, его реакции на конкретные условия работ.
2012	Т.Ю. Базарова	Вовлеченность состоит из мотивов	Вовлеченность — это совокупность внутренних и внешних движущих сил (мотивов), побуждающих человека к деятельности для достижения поставленных задач.
2012	Н.И. Шаталова	Вовлеченность – удовлетворенность	Вовлеченность — это стремление работника удовлетворить свои потребности (получить определенные блага) посредством трудовой деятельности.
2014	В.Г. Коновалова	Вовлеченность рассматривается как эмоциональная и интеллектуальная составляющая	Вовлеченность — это эмоциональное и интеллектуальное состояние, которое мотивирует работников выполнять свою работу как можно лучше.
2014	Н.Л. Соломанидина	На вовлеченность влияют различные факторы	Вовлеченность - процесс побуждения человека при помощи внутренних личностных и внешних факторов к определенной деятельности, направленной на достижение индивидуальных и общих целей.
2014	А.С. Егорова	Вовлеченность является частью корпоративной культуры	Вовлеченность — это комплексный показатель, характеризующий состояние корпоративной культуры компании и потенциал ее развития.
2014	Сотрудники Британского исследовательского института CIPD	Вовлеченность рассматривается как удовлетворённость, увлеченность и целеустремленность сотрудника	Вовлеченность сотрудника проявляется в удовлетворенности работником своей ролью, концентрации на поставленной задаче и приверженности к организации, ее целям и ценностям.

В процессе изучения понятия «удовлетворённость» сотрудников нами было установлено, что содержание понятия «удовлетворенность»

раскрывается с трех сторон. Удовлетворённость труда выражается в отношении человека к своему труду. Удовлетворенность труда – это побуждающий мотив. Удовлетворенность трудом выражается в оценке своей работы и характеризуется интересами, мотивами и ценностями, которые побуждают сотрудника к выполнению своей работы, это психологический показатель состояния человека, эмоции, которые влияют на отношение к своей работе. Также можно констатировать, что «Удовлетворённость – понятие, которое показывает, что человека устраивает то, в каких условиях проходит его трудовая деятельность, он доволен заработной платой, социальным пакетом, графиком работы, т. е. условиями труда» [104]. В ходе сопоставления понятий «удовлетворенность» и «лояльность» установлена их тесная взаимозависимость, но при этом понятия различают: под лояльностью понимают некое эмоциональное состояние, при котором человек ощущает свою работу в компании как часть своей жизни, и связывает с этим своё будущее.

Анализ трактовок понятий «удовлетворенность», «лояльность» и «вовлеченность», определяющих отношение работника к своему труду, позволяет выделить общее свойство этих понятий: все они характеризуют психоэмоциональное состояние человека. Но понятие вовлеченности персонала более объемное, и «лояльность» и «удовлетворенность» в данном случае могут рассматриваться как условия вовлеченности сотрудников в деятельность организации. Вовлеченность же подразумевает не только эмоциональный отклик на удовлетворение своих потребностей, но и заинтересованность в общем результате деятельности, когда сотрудник начинает позиционировать свой труд как что-то важное, за что он несет ответственность, и он стремится своим трудом привести свою компанию к успеху. О. Свергун в своем исследовании по управлению персоналом отмечает, что 6 удовлетворенных сотрудников может заменить 1 вовлеченный сотрудник. Отличают несколько уровней отношения сотрудников к компании, от самого позитивного до самого негативного, представлены на рисунке 9.

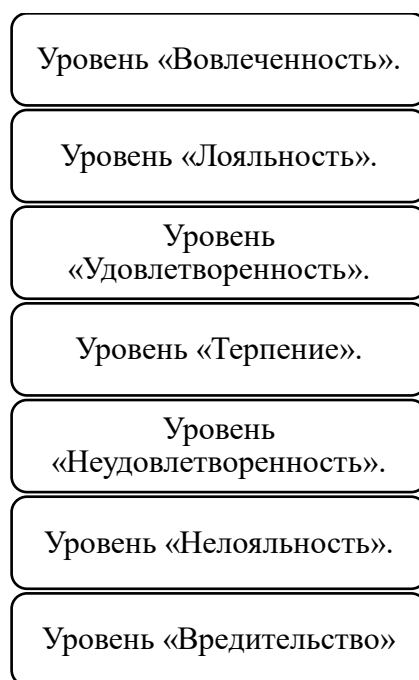


Рисунок 9 – Уровни отношения сотрудников к компании
(составлено автором на основе [24])

В соответствии с приведенным порядком, можно сделать вывод, что понятием «вовлеченность» характеризуется наибольшая степень взаимодействия работника и компании; в то же время, «лояльность» и «удовлетворенность» демонстрируют вовлеченность персонала в меньшей степени. Что касается термина «увлеченность», то необходимо отметить, что Сотрудники Британского исследовательского института CIPD в 2014 году стали рассматривать данный термин, как компонент вовлеченности персонала.

Таким образом, на основании проведенного анализа различных определений и трактовок понятия «вовлеченность» обоснованно были определены «лояльность», «удовлетворенность/удовлетворенность потребностей», «увлеченность» как элементы понятия «вовлеченность». Это соотношение позволило сформировать структуру понятия вовлеченности персонала, которая представлена на рисунке 8 «Структура вовлеченности персонала». На качественно новом уровне рассматривается фактор вовлечения персонала в системе всеобщего управления качеством TQM: системе управления, философия которой базируется на необходимости вовлечения в

процесс управления качеством каждого сотрудника организации на всех уровнях. Вовлечение сотрудников становится одним из основных принципов концепции TQM. В дальнейшем значимость вовлечения персонала в вопросы качества учитывается для определения основных принципов менеджмента качества и закрепляется международными стандартами менеджмента качества и национальными стандартами Российской Федерации ISO (ИСО) серии 9000. Персонал и его деятельность рассматриваются как элемент постоянного улучшения деятельности в различных системах менеджмента в стандартах ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001 и др. [52] В ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» в п.3.1.3. содержится следующее определение: «вовлечение (involvement): Участие в деятельности, событии или ситуации». В ГОСТ Р ИСО 10018-2014 «Менеджмент качества Руководящие указания по вовлечению работников и их компетентность» в п.3.5. «вовлечение» характеризуется как «взаимодействие и вклад в общие цели». Приложение А стандарта определяет содержание процесса вовлечения факторами, представленными в таблице 7.

Таблица 7 – Факторы, определяющие процесс вовлеченности [52]

№	Факторы, определяющие процесс вовлеченности
1.	отношение и мотивация (см. подраздел А.2);
2.	осведомленность (см. подраздел А.3);
3.	обмен информацией (см. подраздел А.4);
4.	креативность и инновации (см. подраздел А.5);
5.	образование и обучение (см. подраздел А.6);
6.	наделение полномочиями (см. подраздел А.7);
7.	взаимодействие (см. подраздел А.8);
8.	лидирующая роль руководства (см. подраздел А.9);
9.	установление связей (см. подраздел А.10);
10.	признание (см. подраздел А.11);
11.	подбор персонала (см. подраздел А.12);
12.	ответственность и полномочия (см. подраздел А.13);
13.	командная работа и сотрудничество (см. подраздел А.14).

Таким образом, вовлеченность следует понимать, как результат процесса роста взаимодействия персонала и его вклада в общие цели, итогом которого будет удовлетворенность, лояльность и увлеченность работника с одной стороны, а с другой - эффективное достижение целей организации.

На основании описания процесса вовлечения, сформулированного в ГОСТ Р ИСО 10018-2014, факторы, определяющие вовлеченность, можно объединить в три категории: мотивация: отношение и мотивация, признание, образование и обучение; лидерство: лидирующая роль руководства, наделение полномочиями, подбор персонала, ответственность и полномочия, командная работа и сотрудничество; коммуникация: осведомленность, обмен информацией, креативность и инновации, взаимодействие, установление связей.

Выделенные категории «мотивация», «лидерство», «коммуникация» определены как элементы вовлеченности и включены в структуру, представленную на рисунке 8 «Структура вовлеченности персонала».

В результате анализа, основанного на изучении научных трудов зарубежных и отечественных ученых, и сопоставления фактов была разработана многоуровневая структура вовлеченности персонала, которая представлена на рисунке 10.

Предложенная структура вовлеченности персонала отражает синергию следующих элементов: удовлетворенность потребностей – лояльность – увлеченность, а также необходимость наличия связующих элементов: мотивации, лидерства, коммуникации, которые усиливают синергетический эффект, поскольку являются элементами управления и взаимодействия. Элементы всех уровней структуры взаимосвязаны и работают на общую цель.

Например, такая взаимосвязанность прослеживается в исследованиях авторов В.Е. Аваева, Н.И. Астаховой, Г.И. Москвитина, Ю.Ю. Ващейкиной [32], которые утверждают, что «мотивация — это создание системы стимулов, ориентирующих человека на выбор тех видов и форм деятельности, которые

необходимы для достижения целей организации», и мотивация устанавливает связь между удовлетворенностью потребностей и лояльностью, поскольку идентификация себя с организацией, рвение к работе и непрерывному совершенствованию без доверия к руководству, а также разделения культуры и принципов компании и стимулирования, будут неэффективными, в итоге, вовлеченность работника в деятельность организации будет невозможна.

Разработана структура вовлеченности персонала, которая даёт понимание, какие элементы формируют вовлеченность. Это позволило в дальнейшем успешно разработать алгоритм формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества медицинских услуг.



Рисунок 10 - Структура вовлеченности персонала
(авторский рисунок)

Комплексное исследование подходов к определению понятия «вовлеченность» персонала позволило выявить соотношения данного понятия и родственных понятий: «удовлетворенность», «лояльность», «увлеченность»; определить элементы, составляющие понятие «вовлеченность», дать характеристики элементам и сформировать структуру вовлеченности персонала. Разработанная структура стала основой для дальнейшего исследования в части установления факторов и действий, влияющих на формирование вовлеченности персонала в деятельность организации по улучшению качества.

Если говорить о вовлеченности персонала в деятельность медицинской организации, то необходимо отметить особую роль персонала в оказании качественных медицинских услуг. «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; доступность и качество медицинской помощи» в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 4 [27] могут быть обеспечены, если в организации присутствует высокий уровень вовлеченности сотрудников. Среди мероприятий, способствующих росту вовлеченности в медицинских учреждениях, можно выделить следующие: непрерывное совершенствование знаний и навыков врачей и иного медицинского персонала, а также участие в аккредитованных медицинских мероприятиях и своевременное повышение квалификации; оснащенность рабочего места новейшим оборудованием, которое необходимо для предоставления качественных медицинских услуг; внедрение системы менеджмента качества для своевременного совершенствования всех процессов деятельности медицинской организации.

Таким образом, соответствие наполнения разработанной структуры требованиям стандарта менеджмента качества позволило разработать алгоритм формирования вовлечённости персонала, которая может быть широко применима, в том числе в организациях, осуществляющих свою

деятельность в рамках системы менеджмента качества. Единая методологическая основа стандартов ИСО 9000 способствует интеграции предложенного алгоритма формирования вовлечённости в систему менеджмента качества организации. Представленный алгоритм формирования вовлечённости в систему менеджмента качества организации позволит повысить качество предоставляемых медицинских услуг.

2.2. Существующие методы формирования вовлеченности персонала в организациях

Прежде, чем исследовать методы вовлечения персонала в организациях, обратимся к факторам, влияющим на вовлечение сотрудников и их компетентность. Это представляется важным для понимания выбора способов и действий, которые позволяют управлять процессом вовлечения персонала и достигать целей организации в области качества, при этом сохраняя баланс между целями организации и запросами работника. Вернемся к структуре вовлеченности персонала на рисунке 9. Элементы данной структуры – это факторы, которые способны повлиять на уровень вовлечения персонала и должны учитываться при выборе методов по вовлечению персонала в организациях. Один из самых важных – мотивация сотрудников.

В компаниях сегодня внедряют методы нематериальной и материальной мотивации, поскольку понимают: чтобы добиться успеха, необходимо мотивировать сотрудников. Нередко эту задачу приходится решать в рамках ограниченного бюджета. И в данном случае разумно активно использовать инструмент нематериальной мотивации. Но ряд исследователей отмечают, что такой инструмент является необходимым дополнением и в случае успешного материального стимулирования, т.к. обеспечивает потребность человека в самовыражении (в личностном росте) и позволяет учитывать индивидуальные запросы каждого сотрудника в зависимости от возраста, уровня образования, региона, состава семьи, жизненных приоритетов и др.

Самое ценное в механизме функционирующей системы труда в организации – это сотрудники, которые увлечены своим делом, или обладающие таким качеством как вовлеченность. «Удовлетворённость – понятие, которое показывает, что человека устраивает то, в каких условиях проходит его трудовая деятельность, он доволен заработной платой, социальным пакетом, графиком работы, т. е. условиями труда» [103]. «Лояльность является главным звеном между компанией и человеком. В данной компании сотрудник планирует остаться надолго, добросовестно выполнять свои обязанности, быть преданным и верным своему начальнику, гордиться успехами компании и быть благодарным за все возможности, которые она даёт. Лояльность является понятием, связанным с эмоциональным компонентом, это то, почему человеку хочется приходить на работу, и то, за что человек любит её» [103]. «Вовлеченность свойственна личности, которая выражает стремление внести максимальный вклад в деятельность организации, привести её к успеху. По данным исследователей один вовлечённый сотрудник равен шести удовлетворённым» [103]. Чтобы успешно пройти путь от удовлетворенности к лояльности, и далее – к вовлеченности, требуются благоприятные условия. Создание среды, позволяющей раскрыть потенциал работников – задача организации.

В своей статье К.Ю. Евсеенкова, О.Е. Стеклова [63] определяют «вовлеченность, как индивидуальное качество человека, но при этом она также зависит и от предоставленных компанией условий». Авторы анализируют условия, созданные компаниями для эффективного вовлечения персонала. Необходимые условия представлены на рисунке 11.

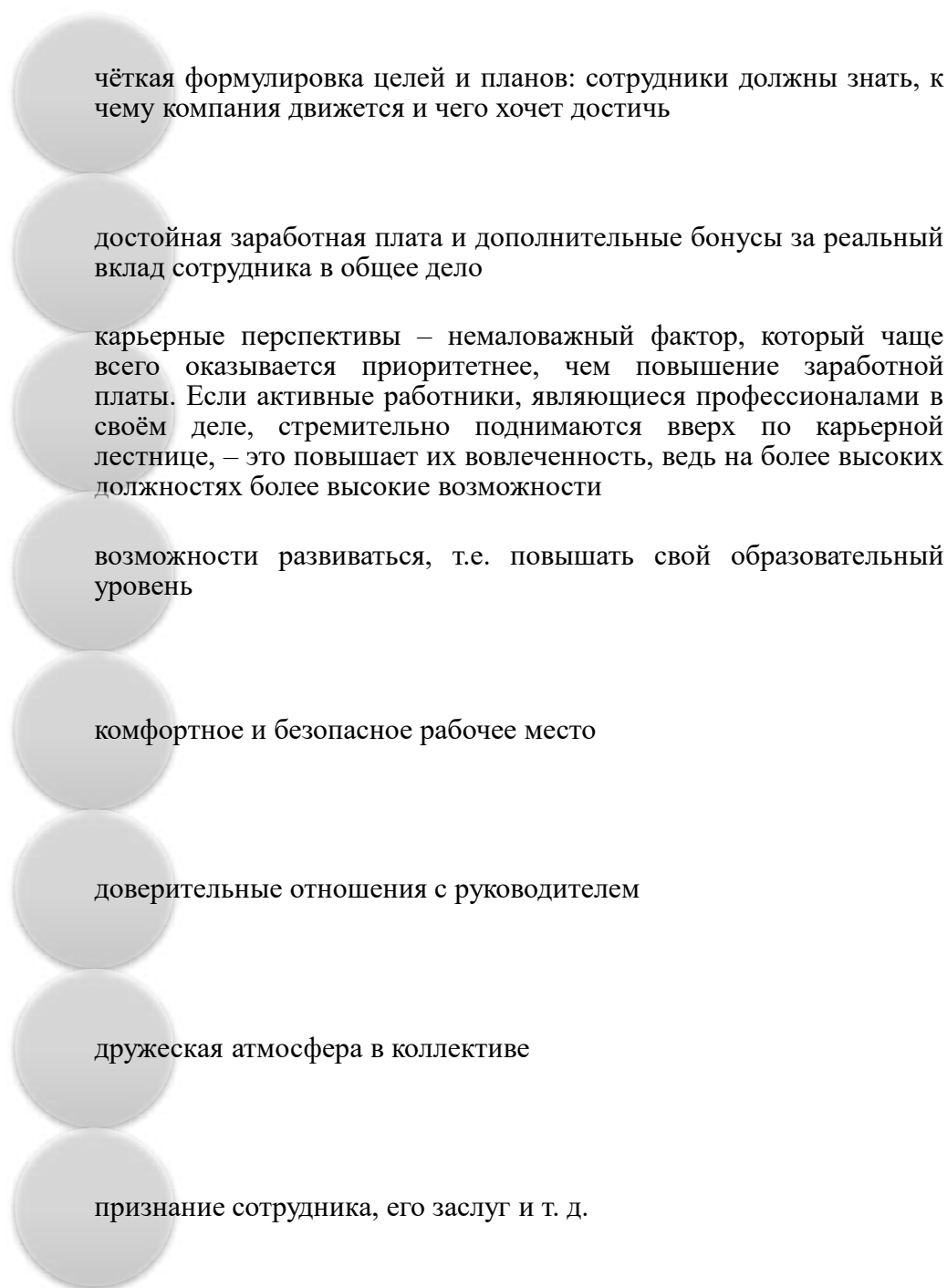


Рисунок 11 – Необходимые условия, предоставляемые компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность организации
(авторский рисунок)

Найти необходимый баланс и правильно использовать стимулирующие факторы в значительной степени помогает теория мотивации Герцберга. «Необходимые условия, предоставляемые компаниями для усиления

вовлеченности персонала в деятельность, можно соотнести с теорией мотивации Фредерика Герцберга, а именно разделить все условия по двум факторам: мотивирующим и гигиеническим» [31]. Гигиенические факторы, в соответствии с разделением Герцберга, являются естественным компонентом обеспечения трудового процесса, и это то, что может удерживать на работе. Мотивирующие факторы Герцберг связывает непосредственно с содержанием работы, повышением интереса к трудовому процессу и результатам деятельности. Двухфакторный метод мотивации Герцберга позволяет выделить мотивирующие факторы, оценить соотношение мотивации и гигиены труда в организации и управлять балансом стимулирующих персонал средств.

В таблице 8 отражены итоги разделения необходимых условий, предоставляемых компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность организации, по принципу Герцберга. В результате деления обозначились мотиваторы: признание сотрудника, его заслуг и т. д. и карьерные перспективы. Высокий уровень этих факторов сохраняется, если поддерживается гигиеническими факторами: четкой формулировкой целей и планов, возможностью развиваться, комфортным и безопасным рабочим местом, доверительными отношениями с руководителем, дружеской атмосферой в коллективе, достойной заработной платой и дополнительными бонусами за реальный вклад сотрудника в общее дело. Таким образом, развитие системы мотивации персонала невозможно без создания благоприятного морально-психологического климата в коллективе. Существует несколько основных правил его формирования: создать корпоративную культуру; корпоративная культура должна быть построена на взаимопонимание и верности традициям; руководитель организации должен быть открыт для обмена опытом; интересы руководителя и сотрудников совпадают, следовательно, достигаются цели наилучшим образом.

Таблица 8 - Теория мотивации Герцберга и необходимые условия, предоставляемые компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность организации

Мотивирующие факторы	Гигиенические факторы
Признание сотрудника, его заслуг и т. д.	Чёткая формулировка целей и планов
Карьерные перспективы	Возможности развиваться
	Комфортное и безопасное рабочее место
	Доверительные отношения с руководителем
	Дружеская атмосфера в коллективе
	Достойная заработная плата и дополнительные бонусы за реальный вклад сотрудника в общее дело

Авторская таблица.

Политика развития системы вовлеченности персонала в деятельность компании – это ещё и оптимальный вариант снижения затрат на удержание своих сотрудников и привлечение новых работников. Следует понимать, что «вовлечение персонала — это всегда взаимодействие, участниками которого являются работодатель и работник. Этот тип отношений становится возможным благодаря доверию и уважению между ними. На предприятии должны стремиться выстраивать четкие и широкие системы коммуникации между различными участникам процесса: вице-президентом, менеджером высшего звена или обычным сотрудником предприятия. Руководители должны четко указывать сотрудникам их задачи, давать им полномочия, соответствующие их компетенции. Кроме того, повышение вовлеченности персонала неотделимо от комфортных условий труда и соответствующей корпоративной культуры» [135].

«Если рассматривать вовлеченность персонала как процесс, то основная задача руководителя организации – это создать в компании атмосферу, в которой сотрудники могли бы демонстрировать максимальную производительность, то есть присутствовать на своих рабочих местах не только потому, что они обязаны, но и также по собственному желанию. Лояльность и вовлеченность персонала (ВП) означает

заинтересованность сотрудников в процессе работы, их преданность делу, инициативу и ответственность» [134].

Если действия руководства по управлению вовлечением персонала правильные, то организация получает вовлеченного сотрудника. «Управление вовлечением персонала — это набор принципов, действий и методов, своего рода подход. С его помощью руководство компании получает штат компетентных, ответственных и активных сотрудников. Каждый из сотрудников проявляет искреннюю заботу о компании, в которой работает. Он полностью посвящает себя рабочему процессу и прилагает все усилия для достижения высокой эффективности работы» [134]. Вовлеченный сотрудник — это результат взаимодействия сотрудника с компанией. Чтобы управлять этим процессом, руководитель должен адекватно оценивать состояние вовлеченности персонала. Действительно вовлеченный сотрудник обладает качествами, которые представлены на рисунке 12.



Рисунок 12 - Качества вовлеченного сотрудника
(составлено автором на основе [135])

Также необходимо разделить работников по степени вовлеченности и тому, насколько они мотивированы. Всех сотрудников можно разделить на две основные категории: Категория 1 – сотрудники могут быть поглощены работой, чувствуют сильную эмоциональную связь с компанией, относятся к работе с энтузиазмом, стремятся развивать рабочие навыки, проявляют инициативу и быстро адаптируются к изменениям. Категория 2 - у сотрудников качества, которые есть у первой категории, могут проявляться с меньшей силой, а у кого-то и вовсе отсутствовать.

По степени вовлеченности выделяют 4 типа сотрудников: «сотрудники-роботы» - выполняют только ту работу, которую им поручили, приходят на работу для того, чтобы просто отсидеть рабочее время, не проявляют инициативу; «выгоревшие» - когда-то вовлеченные сотрудники, но перегоревшие; сотрудники типа «И так хорошо» – их в принципе все

устраивает, могут проявлять инициативу, которая будет относиться к их интересам, а не к интересам компании; вовлеченные сотрудники.

Один из способов оценки вовлеченности персонала - проведение опросов сотрудников. Важно помнить о правилах диагностики вовлеченности персонала: измерение вовлеченности следует проводить регулярно (1 раз в полгода, в 1 год, в 3 года); обязательно использовать одни критерии оценки вовлеченности для удобства их сравнения за разные периоды; опрос следует делать анонимным – ответы будут правдивыми; необходимо сопоставлять данные опроса с производительностью труда, текучестью и уровнем абсентеизма персонала; итоговый индекс вовлеченности следует формировать не только по всей компании, но и по подразделениям; максимальная автоматизация опроса – ключ к ускорению обработки его результатов.

Следует отметить, что диагностические материалы готовятся с учетом важных факторов, влияющих на ВП: отношение руководства, совпадение ценностей сотрудника и компании, содержание труда, условия труда, оплата труда, климат в компании (командный дух, корпоративная культура), возможности карьерного развития, открытость и прозрачность, обратная связь. Методология оценки вовлеченности персонала (ВП) в организациях базируется на изучении общих принципов формирования ВП и выборе критериев оценки. Основные критерии, с помощью которых оценивается уровень вовлечённости персонала (ВП) в большинстве российских компаний, представлены на рисунок 13.

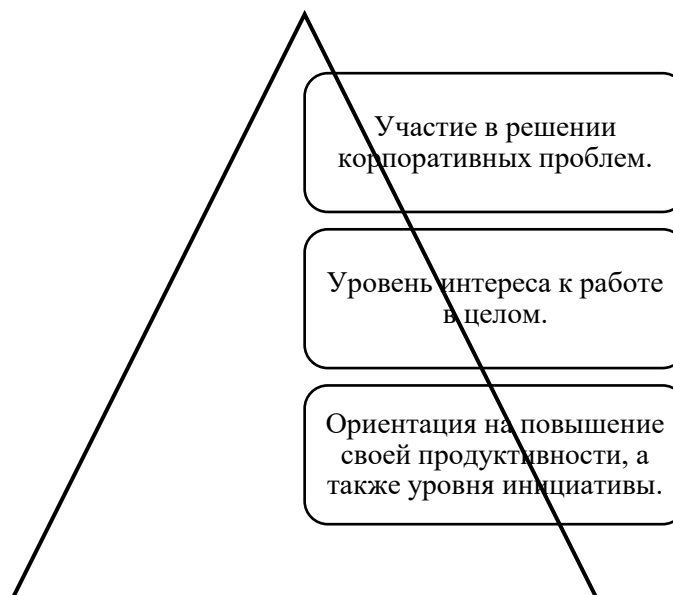


Рисунок 13 - Основные критерии оценки вовлечённости персонала (ВП)
(составлено автором на основе [135])

Эти критерии являются характеристиками вовлеченного сотрудника, и на их основе рассчитывается индекс вовлеченности. Такой подход, а именно, разделение вовлеченности на три составляющие, отдельная оценка каждой составляющей, последующее суммирование их показателей и вывод абсолютного индекса, даёт более глубокую, детальную картину вовлеченности. Результат расчетов индекса вовлеченности оценивается специалистами различных компаний по-разному в зависимости от целей и стратегии компании. Например, если у компании акценты сделаны на корпоративные цели, то «Участие в решении корпоративных проблем» будет самым главным фактором. Формула индекса вовлеченности не универсальна, она может варьироваться в зависимости от поставленных задач, отвечать текущим изменениям.

После обработки результатов оценки уровня вовлеченности, руководителю компании предложат рекомендации о внесении изменений в корпоративную культуру, а также методы привлечения персонала. На рис. 19 представлены несколько общих методов, которые помогут достигнуть результата после внедрения.

По нашему мнению, представленные методы вовлечения персонала не являются универсальными для всех компаний, могут дополняться с учетом целей и задач. Выбор метода зависит от состояния вовлеченности и возможностей для развития. На выбор влияет и специфика организации, например, в большинстве организаций здравоохранения возможна только командная работа. Дон Тэппинг, руководитель консультационной компании MCS Inc., предлагает четыре этапа развития команды в компании: формирование и начало совместной работы; конфликты и противостояния; нормализация; работа в полную силу. Стоит понимать, что общие методы вовлечения способствуют развитию и поддержанию уровня командной работы. Для целей исследования были сгруппированы имеющиеся методы вовлечения, представленные на рисунке 14, и сделана попытка соотнести их с этапами развития компании Дона Тэппинга (см. рисунок 15).

Поддержание вовлеченности на этапе формирования коллектива. Имея возможность выбора, лучше отдать предпочтение тем кандидатам, которые лояльны к предприятию и хотели бы использовать произведенный продукт либо услугу. Будучи знакомы с продукцией, они смогут более гибко и нестандартно подходить к решению нестандартных ситуаций и повышать ее качество. Активные и вовлеченные сотрудники влияют на своих коллег.	2.Постановка конкретных и четких целей. Работники, которые знают состав и назначение своих рабочих обязанностей, работают с максимальной продуктивностью. Однако общая формулировка не будет иметь должного эффекта. То есть призыв к лучшему не работает: необходимо уточнить, какие привилегии следуют за достижением результата. Также необходимо с самого начала информировать команду о стандартах компании, алгоритмах ее работы и нормах поведения.	3.Своевременное продвижение. Такая простая мера, как нематериальное поощрение, может быть чрезвычайно эффективным рычагом для расширения взаимодействия. Признание заслуг работника и его вклад в общее дело обязательно заслуживают похвалы, так как это прекрасно влияет на настроение работников и их желание работать. Конечно, это не должно заменять традиционные награды: бонусы и сертификаты.
4.Соблюдение политики прозрачности. Руководитель должен соблюдать все договоренности с персоналом, устные или письменные. Если не можете сделать что обещали – признайтесь честно и объясните почему.	5.Упростите коммуникации. Составьте список всего, что отнимает энергию и отвлекает сотрудников от основных задач – десятки чатов, гирлянды писем, совещания по три раза в день. Утвердите единственный способ переписки по рабочим задачам. Для новостей компании и не срочных объявлений заведите внутренний блог или телеграм-канал. Совещания проводите только при необходимости.	6.Давайте обратную связь вместо критики. Забудьте слово «критика». Даже если сотрудник сильно облажался, дайте ему надежду на то, что все можно исправить. Порицание лучше заменить советом, который поможет решить задачу правильно.
7.Минимизируйте официоз. Дресс-код, обращение на «вы» и прочие элементы корпоративной этики важны при работе с клиентами и партнерами. Внутри коллектива официоз приводит к принужденной атмосфере. Пусть коллеги сами решают, как они будут общаться и выглядеть в будничной обстановке.	8.Празднуйте личные праздники и профессиональные достижения. Поздравляйте своих сотрудников с общепринятыми праздниками, днями рождения, свадьбами. Кроме этого, празднуйте всем коллективом повышение в должности, успешное завершение проектов, новые рекорды продаж и другие карьерные успехи.	9.Предоставление каждому сотруднику возможностей для развития. Чтобы поддерживать интерес сотрудников к работе, а также показывать им общий курс предприятия, специалисты рекомендуют организацию тренингов, семинаров и других массовых мероприятий.

Рисунок 14 - Общие методы вовлечения персонала (составлено автором на основе [133])

Этап 1. Формирование и начало совместной работы. - Поддержание вовлеченности на этапе формирования коллектива. - Постановка конкретных и четких целей.	Этап 2. Конфликты и противостояния. Давайте обратную связь вместо критики.	Этап 3. Нормализация. - Соблюдение политики прозрачности. - Упростите коммуникации. - Минимизируйте официоз.	Этап 4. Работа в полную силу. - Своевременное продвижение. - Празднуйте личные и профессиональные достижения. - Предоставление каждому сотруднику возможностей для развития.
--	---	---	---

Рисунок 15 - Реализация этапов командной работы через общие методы вовлечения (составлено автором на основе [135])

В ходе исследования современных моделей вовлеченности персонала в организациях нами были выделены прикладные модели А. Хьюитт и Т. Ватсон. Данные модели являются инструментами повышения уровня вовлеченности персонала и эффективности труда. Модель А. Хьюитт помогает руководителю соотнести методы управления персоналом со стратегическими целями компании и помогает сформировать условия для эффективности труда работников и достижения наилучших результатов. Ключевыми аспектами достижения наилучших результатов являются: поддержка руководства; вдохновляющие перспективы для сотрудников; связь с компанией и стратегией бизнеса; развитая корпоративная культура высокой эффективности; методы управления персоналом, соответствующие стратегическим целям компании. В модели А. Хьюитт можно выделить 21 драйвер вовлеченности на рисунке 16).

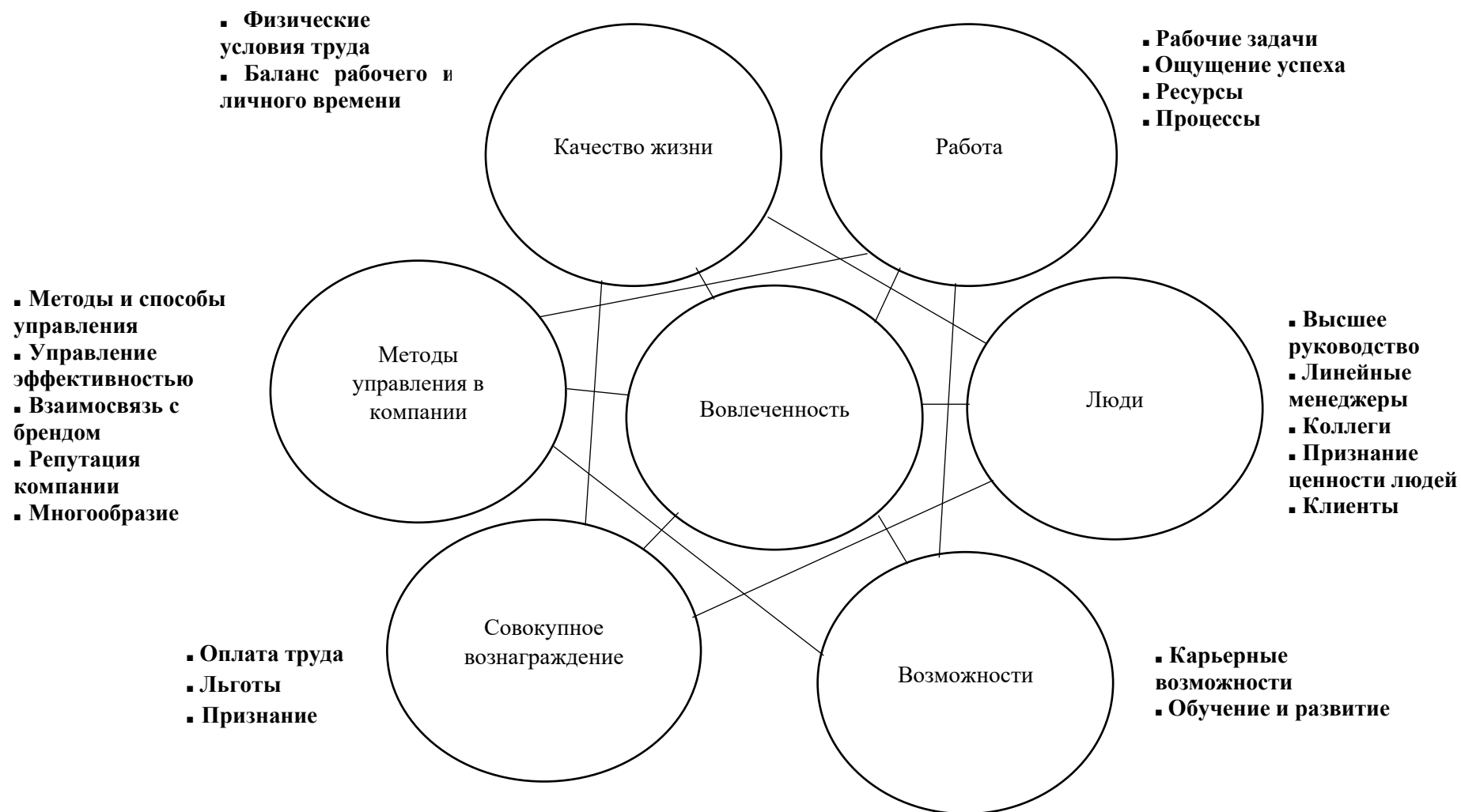


Рисунок 16 - Модель вовлеченности персонала А. Хьюитт (составлено автором на основе [151])

В модели Т. Ватсон вовлеченность рассматривается как приверженность сотрудника компании и его стремление прикладывать дополнительные усилия, которые стимулируются через заботу о его благополучии и поддерживаются созданием рабочей атмосферы, способствующей высокой эффективности на рисунке 17. Данная модель представляет собой систему экспоненциальной вовлеченности. Концепция модели Т. Ватсон не отражает влияние вовлеченности персонала на рост эффективности работы в рамках экономической изменчивости, она основана на взаимодействии работник-работодатель по принципу ожидаемого «отклика» работника на заботу о нем работодателя.

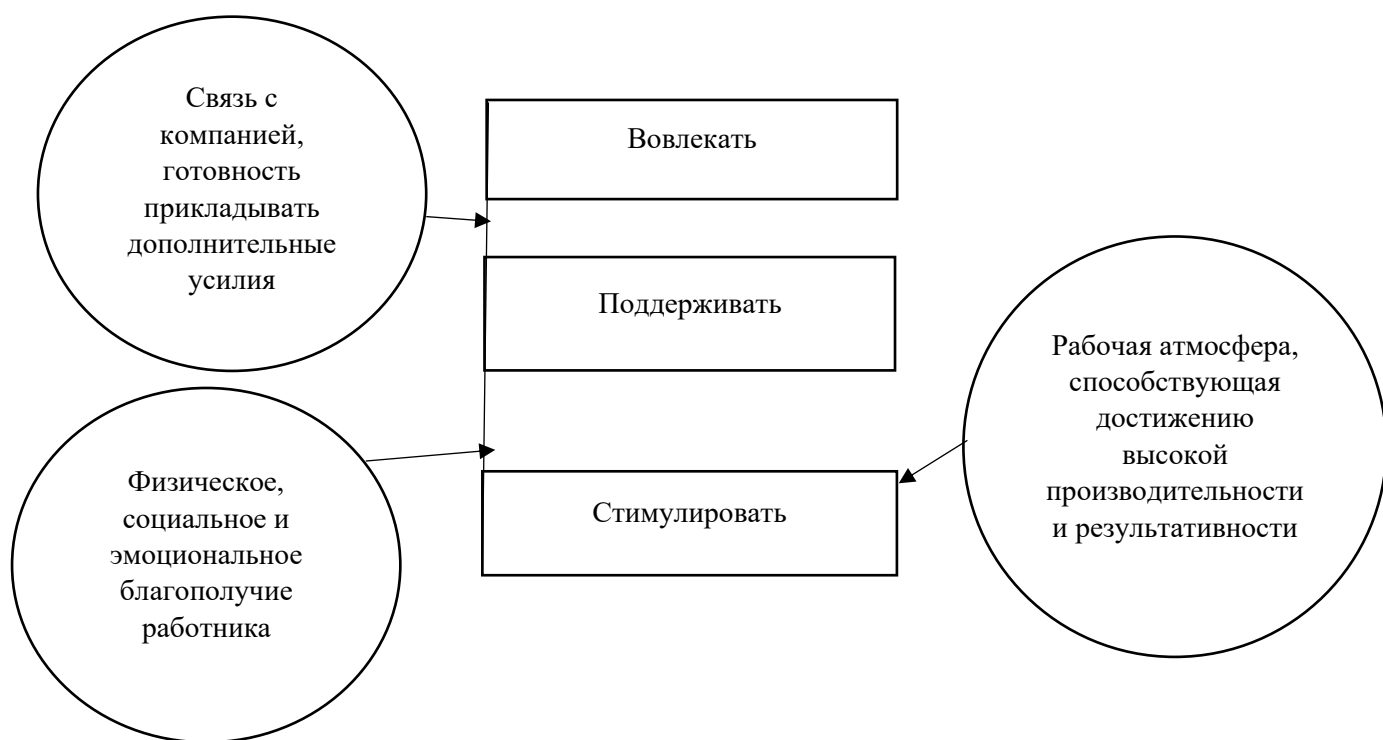


Рисунок 17 - Модель экспоненциальной вовлеченности Т. Ватсон
(составлено автором на основе [172])

На наш взгляд будет целесообразным для повышения устойчивости такой модели предложить компаниям выполнение необходимых условий в соответствии с теорией Герцберга (см. таблицу 8). Усложненная модель вовлеченности представлена на рисунке 18.



Теория Герцберга и необходимые условия, предоставляемые компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность

Рисунок 18 - Модель экспоненциальной вовлеченности Т. Ватсон, теория Герцберга и необходимые условия, предоставляемые компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность

(авторский рисунок)

В результате анализа методов вовлечения персонала в организациях сделан вывод о том, что в лучших компаниях уровень развития и вовлечения персонала может оцениваться в ходе диагностической самооценки организации и бенчмаркинга. Такая практика основывается на применении модели EFQM (European Foundation for Quality Management). Модель EFQM является, прежде всего, инструментом оценки эффективности системы управления организацией, концептуально базирующейся на нескольких основных принципах, одним из которых признается уровень развития и вовлечения персонала. Оценка формируется рядом критериев и субкритериев, которые оказывают взаимное влияние друг на друга. Каждый субкритерий имеет несколько точек приложения. Например, улучшение результатов по критерию «Люди» улучшает показатель критерия «Результаты для работников» и, как следствие, растет показатель критерия «Результаты для потребителя». Работа с моделью EFQM позволяет увидеть не только прямое, но и отдаленное влияние отдельных факторов и определить направление воздействия, установить приоритеты. На выбор в пользу модели EFQM влияет и возможность знакомиться с признанными ведущими мировыми практиками управления, прослеживать динамику улучшений, обмениваться опытом и знаниями, в том числе в области вовлечения персонала. Ещё одним преимуществом данной модели можно назвать её непрерывное совершенствование и гибкость, полученную вследствие постоянного обновления общей концепции, критериев и оценочной системы. Логика вносимых изменений направлена на повышение качества проведения оценки, учитывает запрос бизнеса на быстроту принятия решений. В обновленную модель EFQM включены элементы, каждый из которых дает основание принять то или иное управленческое решение, т.к. привязан к определенной цели, и при этом тесно взаимосвязан с остальными элементами. В новой модели вовлечение персонала уже не рассматривается как отдельный критерий, обеспечение интересов персонала встраивается в общую концепцию целей и видения организации и реализуется через все ключевые аспекты.

Направленность модели EFQM определяется пятью аспектами, которые представлены в таблице 9.

Таблица 9 - Пять аспектов направленности модели EFQM [9]

Наименование модели	Описание
Культура	Организационную структуру нужно возвращать и совершенствовать, поскольку в ней отражается, как компания способна управлять своими человеческими ресурсами и как направляет их на достижение целей и задач, а также прививать ценности компании.
Лидерство	Человеческий капитал - главная ценность любой компании. Если организационная структура составлена грамотно и с учетом всех навыков и умений своих сотрудников, а на руководящих уровнях стоят высококвалифицированные специалисты, то будут приниматься сильные и эффективные решения и, конечно же, будет налажена командная работа на каждом уровне, и компания останется верна своим целям и видению. В новой модели EFQM данный подход называется «лидеры на каждом уровне».
Преобразование и исполнение	Непрерывное совершенствование является одним из главных элементов конкурентоспособности. Поэтому в новой модели EFQM делается акцент на ценностях компании, которые способствуют организационному успеху.
Гибкость и адаптивность	Новая модель EFQM построена на принципах гибкости и адаптивности к любой организации, независимо от ее сферы деятельности и размеров, и демонстрирует направленность на устойчивое развитие и производительность.
Будущее	Новая модель EFQM построена на основе эмпирического анализа, а именно на накопленном опыте изменения окружающей среды, с учетом элементов организационного анализа, прогнозирования, как интеллектуального, так и будущего для обеспечения непрерывного совершенствования.

Стоит отметить, что все пять направленностей новой модели EFQM принесут максимальную эффективность, если будут использоваться в единой

связке, как эффект синергии. Человеческому капиталу выделили важную роль, поскольку в современных условиях развития уже недостаточно просто наладить организационные процессы, необходимо использовать талант и способности людей, творчество и инновации, развивать корпоративную культуру, правильно оценивать состояние рынка труда и прогнозировать его изменения.

Важный инструмент, который поможет руководителю понять, с чего начать формирование вовлеченности персонала и насколько она присутствует в организации – оценка вовлеченности персонала. Данная оценка проводится при помощи опроса сотрудников. На сегодняшний день существуют достаточно большое количество анкет, которые рассмотрим подробнее.

Методика оценки вовлеченности персонала Gallup Q12 (см. приложение А). Методика считается более распространённой на сегодняшний день и является своего рода основой для других методик, которые расширяют категории изучения. Данная методика основана на иерархии потребностей персонала в развитии и включает 12 вопросов, представлены в таблице 10. К примеру, в каждом отделе организации проводится опрос, затем ответы обрабатываются по каждому отделу. Если ответ по баллам меньше 3,5, то это считается проблемой, которая мешает вовлеченности персонала. В компании Gallup выделяют следующие категории вовлеченности сотрудников: активно вовлечен (лояльный и продуктивный); не вовлечены (средние исполнители); активно отстраненный (воины пути - «Вышли на пенсию при исполнении служебных обязанностей»). Принадлежность сотрудника к той или иной категории указывает на высокий или низкий уровень вовлеченности. По уровню вовлеченности персонала можно понять, насколько успешна организация. Высокий уровень вовлеченности повышает производительность на всех уровнях организации. Руководство поощряет долгосрочные отношения сотрудников, а также лояльность клиентов. Незаинтересованные сотрудники сводят к минимуму свою работу. Это отношение проявляется несколькими способами, такими как: сотрудник работает «по часам»;

минимизирует все контакты с коллегами. Состояние такого сотрудника «заразно», своими жалобами коллегам подрывает авторитет организации и снижает моральный дух коллектива. По результатам исследования вовлеченности сотрудников в Gallup была обнаружена «существенная связь» между вовлеченностью сотрудников на работе и больничными. Также были выявлены «постоянные связи» между вовлеченными сотрудниками и «удовлетворенностью жизнью, повседневным опытом и здоровьем».

Методика оценки вовлеченности персонала на основе Интернет-платформы LumApps (см. приложение Б). Данная методика оценки вовлеченности персонала была сделана на основе работ Gallup. В этой методике прослеживается идея, что вовлеченный персонал = успешному бизнесу. В анкете интернет-платформы LumApps - 32 вопроса, которые разделены на категории, представлены в таблице 10. Данный опрос помогает оценить значимость сотрудника, его окружение, вскрывает существующие проблемы.

Методика оценки вовлеченности персонала на основе Achievers Engage (см. приложение В). Данная методика оценки вовлеченности персонала разработана на основе перечисленных методик. Этот опрос включает важные критерии анализа вовлеченности, такие как удовлетворенность сотрудников, согласованность действий и будущие цели. В анкету входит 22 вопроса, которые разделены на категории, представлены в таблице 10. Данный опрос показывает, какую роль сотрудник играет в организации, что его окружает, и помогает выявлять проблемы.

Таблица 10 – Градация вопросов методик оценки вовлеченности персонала Gallup Q12, Интернет-платформы LumApps и Achievers Engage

Методика оценки вовлеченности персонала Gallup Q12	Методика оценки вовлеченности персонала на основе Интернет-платформы LumApps	Методика оценки вовлеченности персонала на основе Achievers Engage
Базовые нужды (вопросы 1-2)	вопросы об удовлетворенности сотрудников (вопросы 1-7);	вопросы об удовлетворении (вопросы 1-6);
Личный вклад (вопросы 3-6)	вопросы психологической безопасности (вопросы 8-13);	вопросы выравнивания (вопросы 7-12);
Командная работа (вопросы 7-10)	вопросы управления (вопросы 14-18);	вопросы ориентации на будущее (вопросы 13-18);
Персональное развитие (вопросы 11-12)	вопросы о мировоззрении (вопросы 19-23);	открытые вопросы (вопросы 19-22).
	будущие ориентационные вопросы (вопросы 24-27);	
	открытые вопросы (вопросы 28-32).	

Проведя анализ самых распространенных методов оценки вовлеченности, можно сделать следующие выводы:

1. На основе работы Gallup были разработаны большинство опросов, которые переняли основные принципы анкетирования по выявлению степени вовлеченности персонала.
2. Не существует универсального опросника для оценки вовлеченности персонала, поскольку нужно учитывать специфику работы организации, от этого вопросы могут быть дополнены или исключены.
3. Важно, чтобы все опросы проходили анонимно для максимальной достоверности полученных ответов.
4. При составлении своего опросника компания должна учитывать свои цели.

5. Данные опросы необходимо проводить регулярно, чтобы оперативно ликвидировать появившиеся проблемы.

2.3. Патологии управления и вовлеченность персонала в обеспечение качества услуг

Анализ существующих стандартов ISO показывает, что в современных условиях динамичной окружающей среды стандарты постоянно претерпевают изменения. Происходит гибкое изменение стандартов под запросы заинтересованных сторон. Эволюция стандартов менеджмента качества демонстрирует возрастание значимости персонала в управлении качеством организации, поэтому организациям целесообразно сконцентрировать внимание на вовлеченности персонала. Это позволит повысить как качество управления, так и качество оказываемых услуг.

Были рассмотрены и оценены различные методы вовлечения персонала, известные в современной практике. Все они базируются на опыте стимулирования проявления у персонала тех или иных качеств. Некоторые из этих методов сформировались на частном опыте отдельных компаний и отражают частную точку зрения на проблемы вовлечённости. В процессе исследования было важно найти метод, который базируется на общих принципах и может быть применён в любой организации. Такой подход присутствует в методике выявления причин отсутствия вовлечённости персонала или его низкого уровня, основанной на выявлении патологий управления. Это апробированная методика, которая определяет «патологию» как причину «устойчивого целенедостижения», введённая в отечественную теорию управления организацией А.И. Пригожиным [96], а позже получившая развитие в исследованиях профессоров кафедры проектного менеджмента и управления качеством Санкт-Петербургского государственного экономического университета А.Н. Цветкова и Е.Ю. Плешаковой [131].

Данная методика анализа уровня патологичности управления организации может подойти для любых организаций, независимо от сферы деятельности, размеров и формы собственности. В зависимости от проблем, которые необходимо исследовать, методика может быть гибкой.

Исследователи проводили оценку качества менеджмента с помощью диагностики патологий управления и расчетов уровня патологичности управления. Необходимо понимать, что патологии, которые присутствуют в организациях – это не столько следствие ошибок руководства, сколько результат сложившегося распространённого стереотипа мышления руководства, который затрагивает рабочий процесс и «врос» в саму стратегию и тактику управления.

Анализ оценки качества менеджмента при помощи методики патологичности управления подразумевает под собой проведение анкетирования (см. приложение Г), в которое входит 25 вопросов, направленных на выявление уровня присутствия той или иной патологии в организации.

В таблице 11 представлены патологии управления, на присутствие которых на сегодняшний день проводят исследования.

Таблица 11 – Патологии управления [131]

№	Патология	Что оценивается при опросе
1	Приверженность патернализму	Допущение проявления самостоятельности сотрудников.
2	Господство структуры над функцией	Отвлечение управленческими подразделениями подразделений, занятых выполнением основной функции (производство продукции и услуг), от работы.
3	Аваркия подразделений	Ориентированность подразделения на цели организации, а не на свои локальные цели.
4	Несовместимость личности с функцией	Убежденность сотрудников организации в том, что «добиться успеха» значит «получить вышестоящую должность».
5	Конфликт с переходом на личности	Возможность менеджеров управлять конфликтами в организации.
6	Управленческая алчность	Делегирование менеджерами своих полномочий подчиненным.
7	Угроза статусу	Эффективность командной работы.

№	Патология	Что оценивается при опросе
8	Информационная фобия	Боязнь высших менеджеров раскрыть информацию перед своими заместителями, участниками команды.
9	Бессубъектность	Готовность сотрудников организации выполнять возложенные на них обязанности.
10	Бюрократическая инновация	Адекватность реакции менеджмента на реальные изменения.
11	Преобладание личных отношений над служебными	Отдача предпочтения сотрудниками в своих служебных взаимоотношениях личным отношениям.
12	Дублирование организационного порядка.	Дублирование менеджерами ими же установленного организационного порядка
13	Игнорирование организационного порядка	Соблюдение менеджерами субординации.
14	Демотивирующий стиль руководства	Превалирование наказания над поощрениями.
15	Аппаратный прессинг при принятии решений	Вмешательство личного аппарата менеджеров в процесс принятия решений.
16	Приверженность пассивному риску	Не склонность менеджера «упускать выгоду», то есть отказываться от изменений, сохраняя «все как есть».
17	Приверженность количественному росту	Ориентация менеджмента организации на качественный рост.
18	Гиперинновационность	«Разумность характера» инноваций.
19	Антиинновационное поведение	Негативность отношения к инновациям.
20	Легизм	Создание нормативными документами организации возможности для позитивного развития.
21	Клановость	«Дарение» благ участникам клана для поощрения личной преданности.
22	Тирания	Сомнительная легитимность власти.
23	Перманентный трудовой подвиг	Постоянство требования от сотрудников подвижнического поведения.
24	Организационный иммунодефицит	Организация, первоначально созданная для достижения вполне определенной общественно значимой цели, используется топ-менеджментом и рядовыми сотрудниками в личных целях.
25	Рассеивание целей	Соответствие фактически достигнутого результат первоначально ожидаемому.

Что же касается патологий менеджмента качества, то данные патологии были выделены профессором Горбашко Е.А. [35]:

1. Господство управленческой структуры над основной функцией.
2. Автаркия подразделений.
3. Бюрократическая инновация.
4. Аппаратный прессинг при принятии решений.

5. Дублирование организационного порядка.
6. Приверженность пассивному риску.
7. Антиинновационное поведение.

После проведенного исследования проводится анализ анкет, в котором определяют, на каком уровне находится каждая патология. Шкала патологичности выстроена от 1 до 4, где значение 4 означает наивысший уровень патологии, а значение 1 - отсутствие патологии.

Определение уровня патологичности в организации включает следующие этапы:

1. Подсчитать баллы, которые показывают, в какой степени выражена каждая патология.

2. Определить максимальный суммарный уровень патологичности – 100 баллов (рассчитывается максимальное суммарное значение при максимальном уровне каждой патологии, т.е. 25×4).

3. Установить значение уровня, при котором патологичность в организации отсутствует – 25 баллов.

4. В соответствии с принятой шкалой определить среднее значение уровня патологичности - 60 баллов.

5. Если полученное после оценки значение превышает 60 баллов, то руководству стоит задуматься об изменении тактики управления.

6. После проведенного анализа необходимо сформировать «профиль организации», отражающий патологичность управления организации на момент проведенного анкетирования. «Профиль организации» может выглядеть как ломаная линия. Это означает, что в организации присутствуют патологии управления, если линия прямая, то это значит, что в организации патологичность минимальная. Любая организация в современных условиях должна стремиться к минимальной патологичности.

Е.Ю. Плешакова и С.О. Ельсиновская в период с 2011 по 2015 г. проводили исследования патологичности управления в 16 организациях здравоохранения [94]. Были выбраны для сравнения 11 анкет,

соответствующих параметрам его собственного исследования. Исследование проходило в организациях здравоохранения вне зависимости от их масштабов, размера и формы собственности. В результате этого исследования было выявлено, что в трех из одиннадцати участвовавших в испытании медицинских организациях - наибольшая степень патологичности, в ещё трех – незначительная, остальные десять имели среднюю степень патологичности управления. Стоит отметить, что исследование было по методике 20 патологий управления. В 2019 году нами было проведено исследование 12 государственных и 15 частных медицинских учреждений г. Санкт-Петербурга, в исследование были включены данные исследования проведённого Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской [92; 94].

В рамках диссертационного исследования проводились аналогичные испытания в 27 учреждениях здравоохранения. В процессе работы были определены самые распространенные патологии из числа тех, которые негативно влияют на деятельность организаций здравоохранения (таблице 12).

Таблица 12 - Патологии управления организаций здравоохранения

Название патологии	Значение патологии [109]	Количество компаний, в которых выявлена патология	% от общего числа компаний
Приверженность патернализму	Минимальная самостоятельность подчиненных	14	51,9
Господство управленческой структуры над основной функцией	От 20 до 50 % времени расходуется на выполнение заданий вышестоящих структур	12	44,4
Бюрократическая инновация	В ситуации, когда нужны изменения, возникает желание ничего не менять	15	55,6
Аппаратный прессинг при принятии решений	Аппарат частично выходит из-под контроля и начинает заметно влиять на процесс принятия решений	12	44,4

Название патологии	Значение патологии [109]	Количество компаний, в которых выявлена патология	% от общего числа компаний
Конфликт с переходом на личности	Все конфликты сопровождаются переходом на личности	27	100,0
Бессубъектность	Понять, кто за что отвечает и к кому обращаться по конкретному вопросу затруднительно	11	40,7
Преобладание личных отношений над служебными	Сотрудники часто действуют в соответствии с личными отношениями	12	44,4
Дублирование организационного порядка	Менеджер издает распоряжения, напоминающие сотрудникам о выполнении ими своих должностных обязанностей (стало нормой жизни)	23	85,2
Демотивирующий стиль руководства	Репрессивное управление: поощрения отсутствуют, эмоциональное подавление	20	74,1
Приверженность пассивному риску	Менеджер ориентирован на статус-кво, склонен упускать возможности	22	81,5
Приверженность количественному росту	Ориентация менеджмента на количественные показатели: объемы, масштабы	22	81,5
Угроза статусу	Уровень угрозы статусу снижает эффективность командной работы	15	55,6
Управленческая алчность	Менеджер неохотно делегирует свои полномочия подчиненным	20	74,1
Информационная фобия	Менеджер не доверяет членам команды, боится утечек информации	15	55,6
Тирания	Действия менеджера по отношению к выдающимся сотрудникам видит в них угрозу	18	66,7
Клановость	Менеджер использует ресурсы коллектива для «одаривания» преданных сотрудников	10	37,0

Название патологии	Значение патологии [109]	Количество компаний, в которых выявлена патология	% от общего числа компаний
Перманентный трудовой подвиг	Подвижническое поведение применяется часто	12	44,4
Организационный иммунодефицит	Известны многочисленные случаи использования структуры в личных целях	12	44,4
Рассеивание целей	Существенно, приходится значительно корректировать цель	14	51,9

Авторская таблица.

Патологии, которые не были выявлены в ходе исследования, представлены в таблице 13.

В ходе проведенного исследования в 27 организаций здравоохранения были выявлены 19 патологий, которые являются в разной степени критическими для медицинских учреждений.

Таблица 13 - Отсутствующие патологии управления организаций здравоохранения

Название патологии	Значение патологии [109]	Количество компаний, в которых не выявлена патология	% от общего числа компаний
Автаркия подразделений	Ориентация на собственные цели и интересы с учетом целей организации	6	22,2
Несовместимость личности с функцией (мотивирование должностью)	Сотрудник воспринимает назначение менеджером с озабоченностью	5	18,5
Игнорирование организационного порядка	Менеджер осуществляет руководство в соответствии со скалярной цепью	0	0

Название патологии	Значение патологии [109]	Количество компаний, в которых не выявлена патология	% от общего числа компаний
Гиперинновационность	Инновации базируются на логике развития объекта инновации (абсолютное технологическое лидерство)	0	0
Антиинновационное поведение	инновации воспринимаются как возможности развития	0	0
Легизм	При создании нормативных документов неумышленно допускается неоднозначность	8	29,6

Авторская таблица.

В ходе проведенного исследования в 27 организаций здравоохранения были выявлены 6 патологий, которые отсутствуют либо играют незначительную роль, поскольку их присутствие в организациях весьма низкое, поэтому не представляет значительной угрозы для медицинских организаций в целом (речь идет об организациях участвующих в исследовании), но все равно необходимо не забывать об данных патологиях и следить за их уровнем, при необходимости применить разработанный регламент по выходу из патологичности вовлеченности персонала в целях обеспечения качества медицинских услуг, который представлен в параграфе 2.4 данного диссертационного исследования.

На основание исследования нами был построен «Профиль организации» (рисунок 18), из которого видно, что большой процент патологий присутствует в организациях здравоохранения. Все патологии, уровень которых находится на отметке от 2 до 4 (рисунок 19), являются патологиями высокого уровня.

№	Патология	Оценка ситуации																							
			1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4
1	Приверженность патернализму	2,3																							
2	Господство управленческой структуры над основной функцией	2,3																							
3	Автаркия подразделений	1,9																							
4	Несовместимость личности с функцией (мотивирование должностью)	1,7																							
5	Бюрократическая инновация	2,9																							
6	Аппаратный прессинг при принятии решений	2,0																							
7	Конфликт с переходом на личности	3,0																							
8	Бессубъектность	2,1																							
9	Преобладание личных отношений над служебными	2,1																							
10	Дублирование организационного порядка	3,3																							
11	Игнорирование организационного порядка	1,4																							
12	Демотивирующий стиль руководства	2,7																							
13	Приверженность пассивному риску	3,0																							
14	Приверженность количественному росту	3,2																							
15	Угроза статусу	2,8																							
16	Управленческая алчность	2,9																							
17	Информационная фобия	2,6																							
18	Гиперинновационность	1,8																							
19	Антиинновационное поведение	1,4																							
20	Легизм	1,7																							
21	Клановость	2,4																							
22	Тирания	3,0																							
23	Перманентный трудовой подвиг	2,4																							
24	Организационный иммунодефицит	2,4																							
25	Рассеивание целей	2,6																							

Рисунок 19 – Профиль организации
(авторский рисунок)

Если говорить о патологиях, влияющих на вовлеченность персонала, то нами были выделены из общего перечня патологий – 11 патологий вовлеченности персонала [50]:

1. Приверженность патернализму.
2. Клановость.
3. Тирания.
4. Бессубъектность.
5. Конфликт с переходом на личности.
6. Преобладание личных отношений над служебными.
7. Легизм.
8. Демотивирующий стиль руководства.
9. Управленческая алчность.
10. Угроза статусу.
11. Информационная фобия.

Патологичность вовлеченности персонала – это показатель оценки вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг. В результате проведенного исследования можно выявить низкую или высокую вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг. Стоит понимать, что если в учреждении здравоохранения присутствует хотя бы одна патология вовлеченности, то это влияет на оценку показателя патологичности.

Затем нами был сформирован «Профиль организации», который отражает уровень патологичности вовлеченности персонала, представленный на рисунке 20.

№	Патология		Оценка ситуации																														
			1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	Приверженность патернализму	2,3																															
2	Конфликт с переходом на личности	3,0																															
3	Бессубъектность	2,1																															
4	Преобладание личных отношений над служебными	2,1																															
5	Демотивирующий стиль руководства	2,7																															
6	Угроза статусу	2,8																															
7	Управленческая алчность	2,9																															
8	Информационная фобия	2,6																															
9	Легизм	1,7																															
10	Клановость	2,4																															
11	Тирания	3,0																															

Рисунок 20 – Профиль организации
(авторский рисунок)

Из построенного «Профиля организации» видно, что в опрошенных организациях здравоохранения присутствуют 11 патологий, следовательно, оценивать вовлеченность персонала в медицинских учреждениях следует как низкую. Значительное влияние на вовлеченность персонала оказывают 10 патологий, уровень которых выше среднего показателя (значения от 2 до 3 на рисунок 18). Поскольку уровень Легизма невысок (1,7), его влияние не так значительно. Но для снижения общей патологичности вовлеченности персонала не стоит этой патологией пренебрегать. На основе выделенных патологий вовлеченности персонала в обеспечение качество медицинских услуг был проведен анализ, в ходе которого были выявлены причины устойчивого «целенедостижения».

Результаты двух исследований оценки присутствия патологий в организациях здравоохранения: более раннего, в 11 учреждениях, и настоящего, в 27 учреждениях, отражены в таблице 14 и таблице 15 соответственно. Отметим, что в настоящем исследовании число патологий, имеющих высокий показатель, увеличилось.

Таблица 14 – Патологии вовлеченности персонала в обеспечении качества медицинских услуг [94]

Патологии	Количество организаций здравоохранения, в которых присутствуют патологии вовлеченности персонала	% от общего числа организаций здравоохранения
Приверженность патернализму	6	54,5
Бессубъектность	6	54,5
Конфликт с переходом на личности	3	27,3
Преобладание личных отношений над служебными	9	81,8
Легизм	11	100,0
Демотивирующий стиль руководства	7	63,6
Управленческая алчность	4	36,4
Угроза статусу	5	45,5
Информационная фобия	6	54,5

Данные, приведенные в таблице по результатам исследования С.О. Ельсиновской и Е.Ю. Плешаковой, стоит отметить, что в результатах присутствует 9 патологий вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг, поскольку на момент проведения исследования методика включала в себя 20 патологий управления, поэтому «тирания» и «клановость» отсутствует.

Анализ результатов 2015 года показывает, что «конфликт с переходом на личности» не является характерной для организаций здравоохранения патологией (27,3% от общего числа опрошенных), в то время как активно выражены патологии «легизм» (100% от общего числа опрошенных), «преобладание личных отношений над служебными» (81,8% от общего числа опрошенных) и «демотивирующий стиль руководства» (63,6% от общего числа опрошенных).

Таблица 15 – Патологии вовлеченности персонала в обеспечении качества медицинских услуг

Патологии	Количество организаций здравоохранения	% от общего числа организаций здравоохранения
Приверженность патернализму	14	51,9
Клановость	10	37,0
Тирания	18	66,7
Бессубъектность	11	40,7
Конфликт с переходом на личности	27	100,0
Преобладание личных отношений над служебными	12	44,4
Легизм	8	29,6
Демотивирующий стиль руководства	20	74,1
Управленческая алчность	20	74,1
Угроза статусу	15	55,6
Информационная фобия	15	55,6

Авторская таблица.

Анализ проведенного нами исследования выявил изменения приоритетов влияния патологий управления в организациях здравоохранения: наименее выражена патология «легизм» (29,6% от общего числа опрошенных), преобладающее присутствие патологии «конфликт с переходом на личности» (100% от общего числа опрошенных), значительное присутствие патологий «демотивирующий стиль руководства и управленческая алчность» (74,1% от общего числа опрошенных) и «тирания» (66,7% от общего числа опрошенных).

На основе проведенных исследований патологий вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг можно сделать следующие выводы:

1. В опрошенных организациях здравоохранения наблюдается высокая степень присутствия патологий управления, вовлеченность персонала в оказание медицинских услуг оценивается как «низкая».

2. Развитие нормативной базы в организациях здравоохранения оказало положительное воздействие на качество управления в организациях, существенно понизив влияние патологии «легизм», что благоприятно сказалось на вовлеченности персонала и является позитивным изменением.

3. Недостаток поощрительных мер в системе мотивации сотрудников и преобладание в стиле руководства наказания в организациях здравоохранения значительно усилило патологию «демотивирующий стиль руководства», что является отрицательным изменением.

4. Динамика наблюдения патологий вовлечения персонала в организациях здравоохранения указывает на то, что несмотря на положительные изменения в отдельных областях управленческой деятельности, существует проблема высокой степени патологичности управления, что негативно сказывается на деятельности учреждений здравоохранения в целом.

Руководителям учреждений здравоохранения для снижения уровня патологичности вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг следует обратить внимание на следующие мероприятия:

1. Дать свободу действия и слову каждому сотруднику для личностного роста.
2. Найти баланс в системе мотивации сотрудников, чтобы весь труд был справедливо оценен.
3. Создать возможности совершенствоваться и проводить повышение квалификации сотрудников.
4. Рассмотреть тактику своего управления и следить за морально-психологическим климатом в коллективе.

По нашему мнению, рассмотренные выше патологии вовлеченности персонала имеют тесную связь с общими патологиями управления, поскольку вместе они составляют единую картину организационной культуры всего учреждения. Поэтому при анализе выявления проблемы «устойчивого целенедостижения» нужно обращать внимание на все 25 патологий

управления, 11 из которых являются патологиями вовлеченности персонала. Это поможет руководству правильно установить взаимосвязь проблем и выбрать стратегию формирования организационной культуры.

Таким образом, в результате применения метода опроса сотрудников определены 11 патологий менеджмента, которые влияют на степень вовлеченности персонала в процессы обеспечения качества. Полученные результаты проведенного исследования определяют пути выхода из сложившихся проблем менеджмента. Применение данной методологии повысит эффективность управления качеством продукции (услуг) за счет конкретизации путей выхода из выявленных проблем управления.

В следующей главе диссертационного исследования будут рассмотрены вопросы выхода из проблемы патологии управления, связанной с вовлечённостью персонала.

2.4. Разработка регламента по выходу из патологичности вовлеченности персонала в целях обеспечения качества услуг

Для того чтобы избежать ошибок, препятствующих вовлеченности персонала в обеспечение качества услуг, необходимо реализовать следующие предложения:

1. Создание благоприятного морально-психологического климата в организации. «Морально-психологический климат (МПК) — это устойчивое эмоционально-нравственное состояние социальной группы, отражающее настроение людей, занятых совместной деятельностью, их отношение друг к другу, общественное мнение относительно важнейших материальных и духовных ценностей» [37]. МПК напрямую влияет на степень удовлетворенности, и, следовательно, на степень вовлеченности персонала. Сотрудник, работая в организации, оценивает свое положение в ней, устройство внутренней и внешней деятельности, отношения внутри коллектива и уровень организованности в подразделениях. Исследование

проблемы МПК выявило, что основные факторы влияния на благоприятность МПК оказываются похожими в различных организациях, независимо от их сферы деятельности и численности сотрудников в силу того, что работники выдвигают одинаковые требования: удовлетворенность своей работой, а также работой своего коллектива и организации в целом; достойная заработная плата; исключение «давления сверху»; доступность информации, которая касается работы, выполняемой непосредственно работником, а также работы коллектива и деятельности организации в целом; отсутствие страха в выражении своего мнения; возможность творчески мыслить и не быть осужденным за свободу действий, касающихся рабочего процесса; здоровая критика со стороны руководителя или коллектива; доверие внутри коллектива; возможность получения необходимой помощи у коллег или руководителя; осознание своей ответственности за выполнение своей работы, а также работы коллектива, поскольку работа вовлеченного персонала подразумевает под собой, что сотрудник несет ответственность не только за свой собственный труд, но и коллективный; справедливое распределение обязанностей и вознаграждение за выполненную работу; минимизация конфликтов в коллективе, в случае их возникновения - своевременное и справедливое решение.

Стоит обратить внимание, что удовлетворение этих требований – необходимое условие благоприятного МПК. Выполнение или невыполнение таких требований является основным критерием оценки МПК, что дает основание рассматривать их в качестве обязательных инструментов управления вовлеченностью персоналом. Создание МПК, основанного на обеспечении 12 выделенных условий поддержания благоприятной рабочей среды, отвечает интересам каждого отдельного сотрудника. Неудовлетворенность даже одного сотрудника хотя бы по одному из 12 факторов негативно скажется на качестве работы всего коллектива, а, следовательно, на обеспечении качества деятельности всей организации.

Отсутствие удовлетворенности сотрудников по выявленным 12 признакам снижает степень вовлеченности персонала в деятельность организации.

Косвенные критерии оценки состояния МПК (а, следовательно, и оценки условий для вовлечения персонала), которые указывают на снижение удовлетворенности сотрудников, и на что надо обратить внимание руководству, следующие: текучесть кадров; снижение качества предоставляемых услуг или товаров; частые конфликты между сотрудниками; негатив, исходящий от сотрудников; снижение дисциплины внутри коллектива (частые срывы сроков выполнения работы; сотрудники уделяют больше времени личным делам, а не выполнению работы; появились частые ошибки в выполняемой работе)

В случае появления таких симптомов, указывающих на кризис МПК, руководству необходимо провести мероприятия по выяснению и устранению причин снижения удовлетворенности сотрудников.

Применение основных и косвенных критериев оценки состояния МПК позволит руководству правильно выделить причины снижения уровня вовлеченности работников и повысить эффективность управленческих решений по улучшению качества деятельности организации, устранить патологии управления, связанные с вовлеченностью персонала.

Необходимо регулярно и своевременно проводить оценку состояния МПК, чтобы избежать погружения в патологичность вовлеченности персонала и не допустить появления таких патологий, как тирания, легизм, конфликт с переходом на личности, преобладание личных отношений над служебными, угроза статусу, информационная фобия, клановость.

Рекомендованные меры позволяют контролировать отклонения от требуемого уровня вовлеченности персонала, нивелировать ошибки менеджмента и оперативно принимать решения.

2. При разработке системы стимулирования, учитывать теории ожидания Виктора Врума и теории справедливости Стейси Адамса. Мотивацию тоже можно считать важной частью МПК, поскольку она

напрямую влияет на результат качественно выполненной работы. Поэтому руководителю нужно сформировать достойную систему стимулирования, которой бы были удовлетворены все сотрудники организации. Проблема мотивации встает перед всеми руководителями, необходимо решить задачу выстраивания системы стимулирования, которая будет побуждать сотрудника выполнять качественно свою работу.

По нашему мнению, самый оптимальный вариант системы стимулирования сотрудников может быть разработан на основе двух теорий. Теории ожиданий, разработанной В. Врумом. В данной теории говорится о том, что предложенная мотивация оправдывает ожидание сотрудника. Соотношение затраченного времени и усилий на выполнение работ, насколько удовлетворен работник своим трудом и какое вознаграждение он получил [43].

Теории справедливости, разработанной Дж. С. Адамсом. В данной теории говорится о том, что сотрудник начинает сравнивать соотношение затраченного времени и усилий на выполнение работ и то, какое вознаграждение получили его коллеги [140].

Стоит отметить, что при разработке системы стимулирования необходимо сбалансировать своевременное вознаграждение и справедливое вознаграждение. Это может повлиять на конкуренцию между сотрудниками: надо помнить, что конкуренция должна быть здоровой и не снижать результативность коллективной работы, не сдерживать вовлеченность персонала в обеспечение качества выполняемой работы.

При этом стоит понимать, что оценка справедливости вознаграждения сотрудником индивидуальна: значимость и ценность вознаграждения для одного сотрудника может быть выше, чем для другого. Также стоит отметить, что виды работ могут быть разными, следовательно, вознаграждение должно меняться. При этом руководитель должен обеспечить обратную связь с сотрудниками, чтобы понимать, что они ожидают после выполнения работы.

Согласно вышесказанному, был сделан следующий вывод, что система стимулирования не может быть универсальной для всех сотрудников.

Руководителю стоит найти индивидуальный подход в мотивации к каждому сотруднику. Система стимулирования должна быть гибкая и изменяться, учитывая виды работ и ожидания сотрудников. Система стимулирования должна быть закрытой. В данном случае речь идет о том, что участниками процесса должны быть работник и руководитель. То, насколько сотрудник удовлетворен своей работой и оправданы его ожидания, напрямую влияет на атмосферу в коллективе, а также на морально-психологический климат в организации и вовлеченность персонала в обеспечение качества услуг.

Данное мероприятие поможет решить проблему следующих патологий вовлеченности, как клановость, тирания, демотивирующий стиль руководства, управленческая алчность.

3. Делегирование полномочий своим сотрудникам. На сегодняшний день вопрос делегирования полномочий является актуальным, потому что эффективная работа организации зависит не только от того, как руководитель лично выполняет работу, но и от того, как он умеет переадресовывать часть задач компетентным сотрудникам. Делегирование полномочий напрямую влияет на вовлеченность персонала, поскольку дает возможность сотруднику и/или коллективу принимать участие в процессе создания управленческих решений, что в свою очередь влияет на побуждение к творческому подходу выполнения работы. Если руководитель не использует делегирование, то он сталкивается со следующими проблемами: перегруз большим объемом работы, следовательно, снижение производительности труда, появляется нехватка времени, что приводит к задержкам в сроках выполнения; недоверие к своим подчинённым, неверие в их способность выполнить качественно поставленные задачи, следовательно, вовлеченность персонала в обеспечение качества выполняемой работы падает; перегруз коммуникационных каналов и замыкание на себе, что также негативно сказывается на подчинённых.

По нашему мнению, чтобы избежать данных проблем, руководителю необходимо использовать тайм-менеджмент. Это позволит спрогнозировать картину рабочего дня и понять, как распределить задачи в течение дня для

себя, и при этом делегировать часть своих обязанностей другим сотрудникам для получения наилучшего результата, не допуская снижения эффективности труда.

Вовлечение персонала в деятельность организации при помощи такого инструмента, как делегирование полномочий, будет эффективным, если руководитель создаст для этого условия:

1. Руководителю необходимо понимать, насколько компетентны его сотрудники в том или ином вопросе. Если компетенций у подчинённых недостаточно, то стоит задуматься о развитии интеллектуального капитала компании, своевременном направлении работников на повышение квалификации и переподготовку.

2. Обеспечение открытого и своевременного коммуникационного канала для подчинённого, что поможет понимать сотруднику, перед кем он отчитывается, и к кому можно будет обращаться в случае возникших непредвиденных обстоятельств.

3. Руководитель должен понимать, что делегировать полномочия — не значит сложить с себя ответственность, в случае неудач он несет также ответственность за невыполнения поставленных задач. Для избегания или предотвращения в будущем подобных ситуаций необходимо найти причины того, что препятствовало выполнению качественных работ.

4. Выполнение 12 основных требований сотрудников, которые были выявлены ранее в данном исследовании, для обеспечения благоприятного морально-психологического климата, поскольку это определяет непосредственно всю деятельность организации.

5. Понимание руководством, что дополнительные обязанности несут дополнительную ответственность сотрудника, и, следовательно, разработанная система стимулирования с учетом теории ожидания Виктора Врума и теории справедливости Стейси Адамса поможет регулировать удовлетворенность работников, а также вовлечь их в деятельность организации.

Мероприятия по делегированию руководителем своих полномочий помогут решить проблему следующих патологий вовлеченности, как приверженность патернализму, бессубъектность, управленческая алчность, тирания, легизм. Стоит отметить, что все предложенные рекомендации по выходу из состояния выявленных «болезней» вовлеченности персонала в обеспечение качества услуг оказывают положительный эффект только в совокупности. Ошибочно ожидать полного «излечения» от выявленной патологии при осуществлении только одного рекомендательного предложения.

Ранее по результатам обобщения научной литературы было выявлено, что подобных регламентов не существовало. Таким образом, данный инструмент позволит организациям управлять качеством продукции (услуг) через регулирование вовлечённости персонала посредством выявления и своевременного устранения патологий управления. Его действие направлено на формирование и повышение уровня вовлечённости сотрудников в деятельность организации по управлению качеством продукции.

Выводы по главе 2

Проведен анализ значительного объёма научных трудов как зарубежных, так и отечественных авторов, рассматривающих понятие «вовлеченности» и смежные категории, такие как «удовлетворенность», «увлеченность» и «лояльность». Указанные категории, несмотря на различия, образуют некую систему поведения сотрудника в организации. Понятие «вовлеченность персонала» является более полным и всесторонним, поскольку включает в себя как психологический, так и организационный аспекты. Вовлеченный сотрудник начинает воспринимать свою работу как важную и значимую, принимает на себя ответственность за результаты и стремится способствовать успеху компании.

В работе анализировалась теория мотивации Ф.Герцберга, которая подразделяет факторы на мотивирующие и гигиенические; изучены условия,

предоставляемые компаниями для повышения вовлеченности персонала в деятельность; определены необходимые условия для повышения вовлеченности персонала, которые классифицированы в соответствии с теорией мотивации Ф.Герцберга на мотивирующие и гигиенические факторы.

Была разработана структура вовлеченности персонала, которая даёт понимание, какие элементы формируют вовлеченность, что позволит успешно разработать алгоритм формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества услуг.

В ходе анализа научных работ, в которых рассматривались методы вовлечения персонала в организациях, были изучены общие методы вовлечения, которые являются базовыми для организации любого типа и могут быть адаптированы с учетом особенностей организации. Был представлен портрет вовлеченного сотрудника, который включает перечень ключевых качеств, необходимых для достижения высокой степени вовлечённости. Кроме того, исследовались модели вовлеченности персонала, разработанные успешными современными компаниями, такими как Aon Hewitt и Tower Watson, а также рассмотрены методы и инструменты оценки вовлеченности.

Отдельное внимание уделено изучению модели EFQM, которая направлена на повышение конкурентоспособности организаций в различных сферах деятельности. В данной модели такой фактор как «человеческий капитал» интегрирован в систему ключевых аспектов модели.

На основе апробированной методики анализа патологий управления были проведены следующие исследования: 1) изучено состояние 27 медицинских организаций на предмет наличия проблемы «устойчивого целенедостижения»; 2) выделены 11 патологий, связанных с вовлеченностью персонала в обеспечение качества медицинских услуг; 3) по результатам анкетирования в медицинских учреждениях установлено, что проблема «устойчивого целенедостижения» вовлечения персонала присутствует в той или иной степени; 4) разработан регламент по выходу из проблем

«устойчивого целенедостижения» вовлеченности персонала в целях обеспечения качества услуг.

3 РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ АЛГОРИТМА ФОРМИРОВАНИЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМУ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.1. Система менеджмента качества в организациях здравоохранения

В условиях глобализации и повышения требований к качеству медицинской помощи особую актуальность приобретает стандартизация систем менеджмента качества (СМК) в здравоохранении. Современная система здравоохранения функционирует в условиях повышенной динамичности внешней среды и сталкивается с комплексом мультидисциплинарных вызовов, требующих трансформации подходов к управлению качеством медицинской помощи. Ключевые подходы трансформации управления качеством медицинской помощи отражаются в росте ожиданий пациентов относительно доступности, безопасности и результативности медицинских услуг; усложнение медицинских технологий и внедрение инновационных решений (цифровизация, телемедицина, персонализированная медицина); ужесточение требований регуляторов к безопасности пациентов и прозрачности процессов; необходимость оптимизации ресурсного обеспечения при сохранении высокого уровня медицинских услуг; усиление международной конкуренции среди медицинских организаций, включая развитие медицинского туризма; последствия глобальных кризисов, включая пандемии, демонстрирующих уязвимость систем здравоохранения.

Для решения этих задач ведется непрерывная работа по совершенствованию и разработке новых международных стандартов менеджмента качества, так в октябре 2023 года был опубликован международный стандарт ISO 7101:2023 «Healthcare organization management — Management systems for quality in healthcare organizations — Requirements» [5]. Данный стандарт представляет собой первый глобальный нормативный документ, созданный специально для организаций здравоохранения. В

отличие от универсального стандарта ISO 9001:2015:2015, он учитывает отраслевую специфику и содержит детализированные требования к обеспечению безопасности пациентов; управлению клиническими процессами; вовлечению персонала и пациентов в систему качества; подготовке к чрезвычайным ситуациям; экологической устойчивости медицинских организаций; цифровой трансформации и управлению информационными системами.

На основе международного стандарта в Российской Федерации разрабатывается национальный аналог ГОСТ Р ИСО 7101. Внедрение данного ГОСТа позволит учреждениям здравоохранения: сбалансировать российские требования к СМК в здравоохранении с международными нормами; повысить конкурентоспособность отечественных медицинских организаций на глобальном рынке; обеспечить единый подход к оценке качества медицинской помощи в масштабах страны; создать методологическую основу для сертификации СМК в медицинских учреждениях РФ; способствовать достижению национальных целей в области здравоохранения, закреплённых в стратегических документах, в т. ч. национальных проектах и программах развития.

В ходе исследования был проведен комплексный анализ ISO 7101:2023, а также проведено сравнения его с базовым стандартом ISO 9001:2015, выявлены перспективы внедрения в российской системе здравоохранения и раскрыта роль персонала в процессе реализации требований стандарта. При разработке ISO 7101:2023 за основу брался международный стандарт ISO 9001:2015, но при этом произошли существенные изменения и дополнены положения с учётом отраслевой специфики здравоохранения. В таблице 16 представлены существенные изменения в сравнение международных стандартов ISO 7101:2023 и ISO 9001:2015 [2;5].

Таблица 16 - Сводная таблица различий ISO 7101:2023 и ISO 9001:2015:2015 [2;5]

Критерий	ISO 9001:2015:2015	ISO 7101:2023
Фокус	Удовлетворённость потребителя	Комплексная безопасность и устойчивое развитие
Цикл PDCA	Plan-Do-Check-Act	Plan-Do-Study-Act
Риски	Общее упоминание	Обязательное документирование по категориям
Инфраструктура	Общие требования	Детализация для медицинских объектов
Стейкхолдеры	Потребитель	Пациенты, персонал, сообщество
Цифровые технологии	Базовые положения	Интеграция ИИ, ЭМК, киберзащита
ЧС	Косвенно	Алгоритмы для пандемий, катастроф, кибератак
Персонал	Компетенции	Благополучие, профилактика выгорания
Показатели	Процессные KPI	Клинические индикаторы + удовлетворённость

Согласно проведенному исследованию, можно отметить следующую направленность изменений: пациентоцентричность; управление инфраструктурой; информационные системы; готовность к чрезвычайным ситуациям; благополучие персонала; управление рисками; эволюция модели PDCA. Пациентоцентричность подразумевает то, что в ISO 7101 акцентируется необходимость активного вовлечения пациентов и их представителей в процессы принятия решений, касающихся лечения и ухода. В ISO 9001:2015 данный аспект присутствует лишь имплицитно, без детальной проработки. Управление инфраструктурой в ISO 7101 содержит развёрнутые требования к инженерно-технической инфраструктуре, медицинскому оборудованию, экологической безопасности и управлению отходами (в т.ч. медицинскими). Информационные системы рассматриваются

в стандарте ISO 7101, он расширяет положения об управлении документированной информацией, вводя специфические требования к электронным информационным системам, защите данных и обеспечению их доступности в чрезвычайных ситуациях. Готовность к чрезвычайным ситуациям отражена в разделе 8.2.1 ISO 7101, где предусмотрен отдельный блок требований по планированию и подготовке к ЧС (природные катастрофы, пандемии и т.д.), отсутствующий в ISO 9001:2015 в столь детализированной форме. Благополучие персонала рассмотрено в разделе 8.10.6 ISO 7101, где прописана обязанность организации создавать условия для физической и психологической безопасности сотрудников, формировать благоприятный психологический климат. Управление рисками в ISO 7101 предъявляет более строгие требования к документированию процессов выявления, оценки и минимизации рисков, включая немедицинские аспекты деятельности. Эволюция модели PDCA рассматривается в ISO 7101, где элемент «Check» (проверяй) в цикле PDCA заменён на «Study» (исследуй), что предполагает углублённый анализ целевых показателей, изменений внешней и внутренней среды и эффективности корректирующих действий.

ISO 7101:2023 не отменяет ISO 9001:2015, а совершенствует, согласно изменениям внутренней и внешней среды, его положения, создавая отраслевую направленность для здравоохранения. Ключевые инновации включают: смещение акцента с «удовлетворённости» на «безопасность»; внедрение углублённого анализа данных (Study вместо Check); детализацию требований к инфраструктуре, рискам и цифровым технологиям; расширение круга заинтересованных сторон за счёт пациентов и сообщества.

Роль персонала в новом международном стандарте ISO 7101:2023 заключается в том, что ISO 7101 требует системного вовлечения персонала на всех уровнях управления. Ключевые направления работы с кадрами направлены на формирование рабочих групп, обучение и развитие компетенций, управление благополучием персонала, коммуникация, Оценка и мотивация. Формирование рабочих групп, а именно создание

междисциплинарных команд с участием медицинских работников, административного персонала и уполномоченных по качеству для координации внедрения стандарта. Обучение и развитие компетенций направлено на организацию целевых обучающих программ, включая вводные инструктажи, повышение квалификации и наставничество для новых сотрудников. Особое внимание уделяется развитию навыков работы с различными категориями пациентов (например, с ограниченными возможностями). Управление благополучием персонала направлена на разработку и реализацию программ по снижению профессионального выгорания, повышению стрессоустойчивости и защите от насилия на рабочем месте. Вовлечение в процессы улучшения. Стимулирование инициативы сотрудников через участие в рабочих группах по качеству, сбор предложений по оптимизации процессов и внедрение механизмов обратной связи. Коммуникация способствует обеспечению прозрачности информации о целях и результатах внедрения стандарта, а также организация эффективных каналов взаимодействия между персоналом и пациентами. Оценка и мотивация подразумевает внедрение KPI, связанных с качеством и безопасностью, и системы поощрений за вклад в улучшение СМК.

В настоящее время в России ведётся разработка национального стандарта ГОСТ Р ИСО 7101 на основе ISO 7101:2023. Процесс включает пять этапов представленные на рисунке 21.

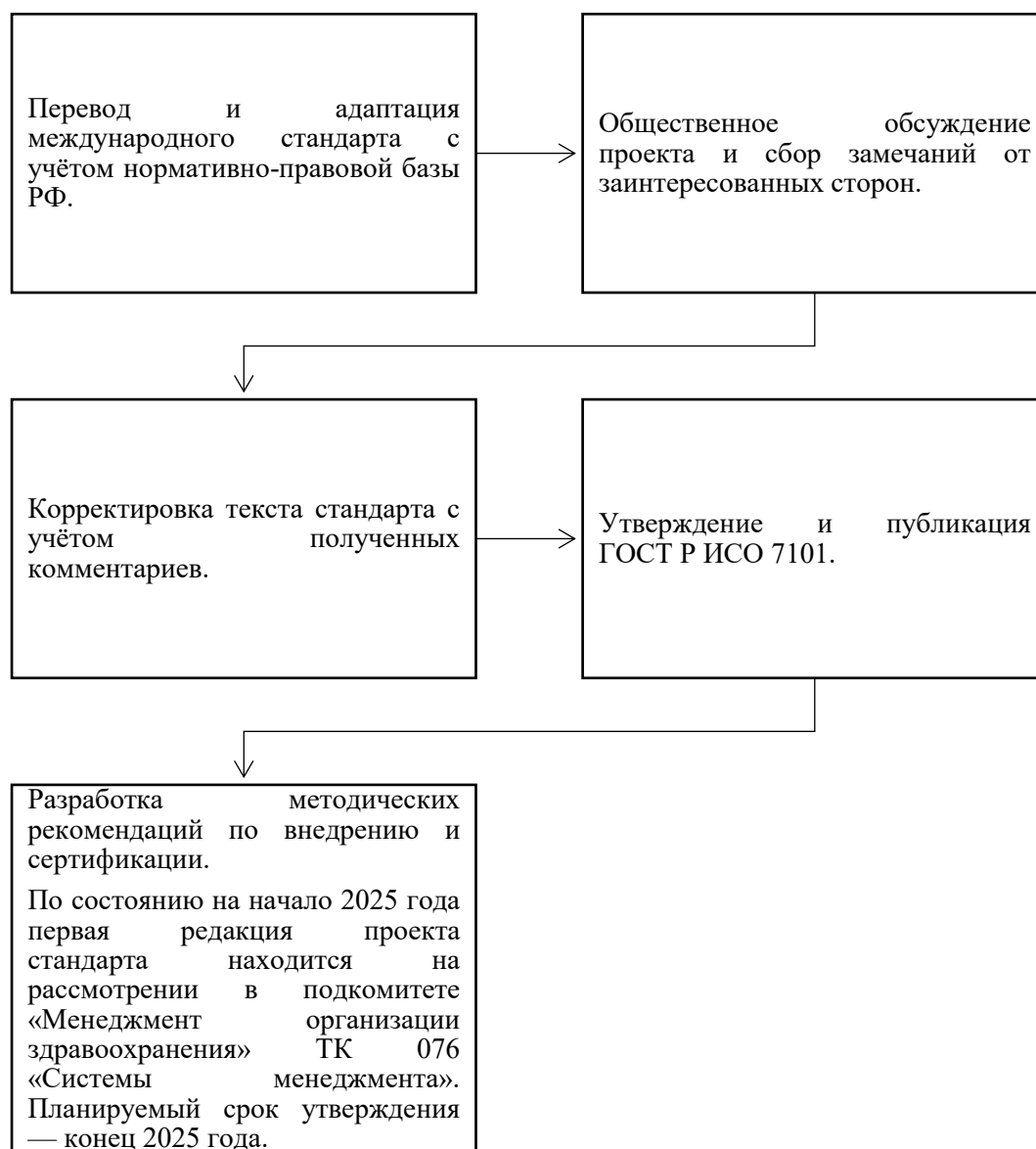


Рисунок 21 – Этапы внедрения ГОСТ Р ИСО 7101

Внедрение ГОСТ Р ИСО 7101 позволит организациям здравоохранения: упорядочить российские требования к СМК в здравоохранении с международными стандартами; повысить прозрачность и эффективность процессов управления качеством; усилить защиту прав пациентов и безопасность медицинской деятельности; создать основу для международной аккредитации медицинских организаций РФ.

В заключение хочется отметить, что ISO 7101:2023 представляет собой значимый шаг в развитии стандартизации СМК для организаций здравоохранения, предлагая углублённую адаптацию общих принципов

ISO 9001:2015 к специфике отрасли. Его реализация в России через ГОСТ Р ИСО 7101 будет способствовать повышению качества и безопасности медицинской помощи, а также интеграции российских медицинских организаций в глобальное пространство здравоохранения. Ключевым фактором успеха внедрения стандарта выступает системная работа с персоналом, включая обучение, мотивацию и создание условий для профессионального развития.

В государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» говорится, что в 95% российских медицинских организаций (МО) уже к 2020 г. необходимо было создать работающую систему управления качеством медицинской помощи. Система менеджмента качества в организациях здравоохранения является одним из эффективных инструментов внутреннего контроля качества и позволяет обеспечить безопасность медицинской деятельности. Для оценки эффективности внедрения СМК важно определить, работают ли в организациях здравоохранения принципы менеджмента качества, предусмотренные стандартом ISO 9001:2015 (русскоязычная версия стандарта ИСО 9001:2015). Основные принципы включают [2]: ориентацию на конечного потребителя; лидерство руководства; вовлечение персонала (ВП) в процессы внедрения и совершенствования системы; процессный подход (ПП); постоянное стремление к улучшению; принятие решений на основе анализа данных; установление взаимовыгодных отношений с партнёрами.

Цель внедрения системы менеджмента качества заключается в объединении этих принципов в единую, функциональную и результативную систему. При формировании системы менеджмента качества необходимо учитывать, что ключевым этапом создания СМК является определение заинтересованных сторон, вовлечённых в процесс обеспечения качества медицинских услуг. Основными заинтересованными сторонами являются пациенты, медицинский персонал, поставщики и партнёры организации. Их взаимодействие представлено на рисунке 22.



Рисунок 22 – Заинтересованные стороны учреждений здравоохранения
(авторский рисунок)

Важно понимать: если запросы заинтересованных сторон, в частности медицинских работников, остаются неудовлетворёнными, то это приводит к понижению качества клинико-диагностического процесса. Этот процесс является центральным звеном деятельности организаций здравоохранения и может быть представлен в виде цепочки создания стоимости. Данная цепочка была адаптирована на основе концепции ценностей Майкла Портера для анализа источников конкурентного преимущества (рисунок 23).

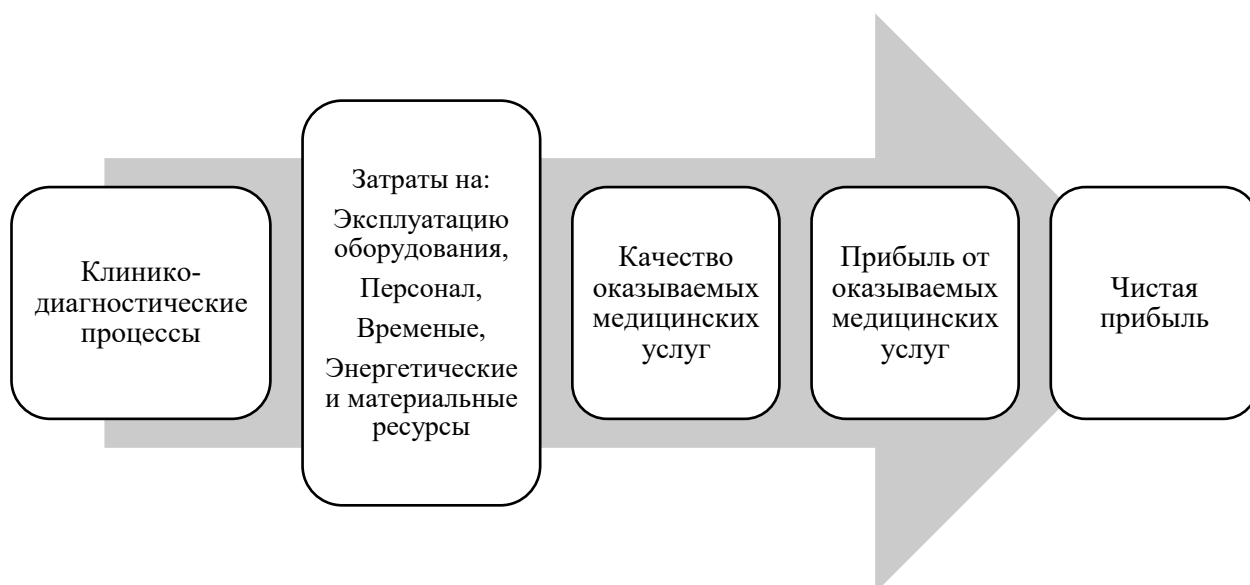


Рисунок 23 - Цепочка создания стоимости
(авторский рисунок)

На рисунке 23 продемонстрировано, какие процессы и действия участвуют в создании стоимости при реализации клинико-диагностических мероприятий в организациях здравоохранения. Формирование цепочки создания стоимости начинается с определения затрат на бизнес-процессы (таблица 17). На следующем этапе требуется обеспечить качество оказываемых медицинских услуг, что может быть достигнуто внедрением работающей системы менеджмента качества. В итоге учреждения здравоохранения смогут получить максимальную прибыль от оказанных медицинских услуг.

Таблица 17 - Показатели затрат на бизнес-процесс

Виды ресурсов	Нефинансовые показатели	Финансовые показатели
Время	Время бизнес-процесса	-
Персонал	Число работников, вовлеченных в бизнес-процесс	Затраты на оплату труда участников бизнес-процесса
Оборудование	Число единиц оборудования	Затраты на эксплуатацию оборудования
Энергетические ресурсы (электричество, вода, газ и т. д.)	Число единиц ресурсов	Затраты на пользование энергетическими ресурсами

Виды ресурсов	Нефинансовые показатели	Финансовые показатели
Материальные ресурсы (элементы входа)	Число единиц материальных ресурсов (отдельно по каждому виду)	Затраты на приобретение материальных ресурсов

Авторская таблица.

Можно заметить, что при оценке затрат на бизнес-процесс учитываются как финансовые, так и нефинансовые показатели.

Качество медицинских услуг оказывает существенное влияние на чистую прибыль организации, помимо размера прибыли. Чтобы понять, как создается стоимость в процессе обеспечения качества, и чем измерить такой неосязаемый параметр, как качество услуг, важно правильно выбрать существенные нефинансовые показатели качества медицинских услуг. Это позволит эффективно использовать средства, определить приоритеты дополнительных финансовых вложений, оценить затраты. Пример выбора показателей, которые характеризуют качество оказываемых медицинских услуг, и влияния нефинансовых показателей на финансовые – на рисунке 24. Деятельность по обеспечению качества услуг в медицинских организациях должна рассматриваться не только как инвестиция в создание стоимости. Качество и безопасность деятельности являются обязанностью медицинских учреждений.

В 2016 году были разработаны предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре, поликлинике и медицинской лаборатории) в ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора) [12].



Рисунок 24 – Финансовые и нефинансовые показатели качества оказываемых медицинских услуг (составлено автором на основе [12])

Рассмотрим подробнее, что представляют собой практические рекомендации ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора:

1. Предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (разработаны в 2015 г.). Данный документ направлен на внутренний контроль качества и безопасности, которые представляют собой ядро, в котором качество начинает внедряться в деятельность организаций здравоохранения, что представляет собой результативность системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Предложенные рекомендации представлены подходами к формированию и функционированию системы внутреннего контроля и управления качеством и безопасностью в медицинских организациях.

ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзор при разработке Рекомендаций использовали следующие методики: ориентация на пациента; процессный подход; риск-менеджмент; непрерывное повышение качества и другие.

В документе также были представлены 11 основных направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
6. Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации.
7. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения.
8. Идентификация личности пациентов.
9. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.
10. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
11. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Представленные направления для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности не являются универсальными для всех медицинских организаций и могут сокращаться или дополняться в зависимости от специфики деятельности и в процессе совершенствования по необходимости. Рекомендации предназначены для использования главными врачами медицинских организаций (стационаров). На сегодняшний день данные рекомендации должны использоваться для совершенствования системы внутреннего контроля качества во многих медицинских организациях (стационарах) г. Москвы и в других регионах. Предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) (разработаны в 2017 г.).

Данные предложения разработаны по той же методике, что и предложения для стационаров. Специфика амбулаторно-поликлинического звена учтена при определении 15 ключевых направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
7. Организация экстренной и неотложной помощи.
8. Идентификация личности пациентов.
9. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.

10. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям (протоколами лечения).

11. Организация работы регистратуры.

12. Стационарзамещающие технологии (Организация работы дневного стационара, «стационара на дому»).

13. Диспансеризация прикрепленного населения.

14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными.

15. Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.

Эти направления также не являются универсальными и могут дополняться или сокращаться, учитывая специфику деятельности и в процессе совершенствования. По каждому из основных направлений (для стационара и поликлиники) определены показатели (объединённые в группы), которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы медицинской организации, и критериями для их оценки. Кроме качественных показателей предложены количественные индикаторы, которые могут быть использованы для формирования системы мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

2. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (разработаны в 2019 г.). Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, разработаны с целью совершенствования системы контроля и управления качеством в медицинских организациях, снижения ошибок медицинского персонала и возможных рисков для пациентов при осуществлении медицинской деятельности.

В процессе разработки рекомендаций ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзор учитывал и адаптировал требования международных систем стандартизации (ИСО-9001, IWA), аккредитации (JCI), систем добровольной сертификации (ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора); а также были приняты во внимание предложения ведущих профессиональных сообществ (Стоматологической Ассоциации России, Ассоциации частных стоматологических клиник, Ассоциации медицинских сестер в стоматологии), медицинских организаций, таких как, ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2», ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» Республики Бурятия, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии.

Предложения содержат краткое описание и рекомендации по их реализации. Практические рекомендации содержат оценочные листы, позволяющие проводить внутренние и внешние аудиты медицинской деятельности медицинской организации на основании принятых показателей.

3. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории (разработаны в 2018 г.).

Предложения по организации деятельности медицинских лабораторий разработаны с целью стандартизации деятельности лабораторной службы медицинской организации для снижения ошибок и рисков как для пациентов, так и медицинского персонала, что достигается за счёт эффективной реализации основной миссии клинической лабораторной диагностики как вида медицинской деятельности по выявлению симптомов и синдромов при исследовании состава и свойств биологических материалов, патофизиологическая и/или патоморфологическая интерпретация которых обеспечивает объективизацию лечебно-диагностического процесса.

Требования и рекомендации международных систем аккредитации, рекомендации профессиональных сообществ были учтены ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзор и адаптированы для российских медицинских лабораторий.

В итоге Предложения были разделены на следующие разделы: управление персоналом; обеспечение ресурсами; идентификация; производственная среда и безопасность; управление информацией и информационная безопасность; преаналитические процессы; аналитические процессы; постаналитические процессы.

Формат предоставления предложений представляет собой чек-лист, который позволяет проводить внутренние и внешние аудиты деятельности медицинских лабораторий. Целью аудитов является совершенствование деятельности лабораторной службы. Предложения дополняют и уточняют требования к медицинским лабораториям и должны применяться совместно с предложениями, которые были разработаны для стационаров и для поликлиник.

Предложения ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в значительной степени помогают решать проблемы обеспечения качества в медицинских учреждениях, могут послужить основой построения системы менеджмента качества (СМК), однако не могут полностью заменить её.

Надо понимать, что при разработке и внедрении СМК в организациях необходимо учитывать следующие аспекты: детальное понимание требований всех заинтересованных сторон; использование инструментов стратегического и тактического планирования; управление знаниями и компетентностью; управление мотивацией: определение критериев оценки и создание системы отчетности. Далее необходимо определиться с тем, какие процессы будут включены в СМК, в том числе: специальные медицинские процессы по направлениям; классические лабораторные процессы по направлениям (биохимия...); преаналитические процессы /по направлениям/; постаналитические процессы /по направлениям/; аналитические процессы /по направлениям/.

Грамотно выстроенный процесс работы каждого звена в учреждениях здравоохранения будет залогом работающей СМК.

Для оценки результативности и уровня зрелости СМК в медицинской организации необходим контроль, который включает в себя следующие процедуры: стандартизацию и алгоритмизацию; индикаторы качества (критерии результативности); внутренние аудиты; управление рисками; управление несоответствиями.

Данные процедуры помогут систематически оценивать результаты функционирования процессов: выявлять несоответствия, корректировать и улучшать работу по обеспечению качества. Принимая во внимание вышеизложенные соображения и рекомендации, СМК организаций здравоохранения можно представить в виде схемы (рисунок 25).



Рисунок 25 – СМК организаций здравоохранения
(составлено автором на основе [12])

На практике при внедрении СМК в медицинских учреждениях могут возникать сложности. Бессистемная работа (в организациях здравоохранения СМК формально существует, но не работает должным образом, поскольку не все процессы затронуты и просто протекают бессистемно). Человеческий фактор (если ответственное за работу СМК лицо не имеет достаточной квалификации, система работает неэффективно). Непонимание руководства (руководство медицинской организации не осознает ценность внедрения СМК, воспринимает это новшество как ненужную процедуру, требующую лишних усилий, ресурсов и времени). Попытки самостоятельного внедрения СМК (внедрение СМК в медицинских организациях собственными силами при недостаточных знаниях и опыте специалистов может привести к формальной документированности СМК и нефункционирующей системе). Поверхностное понимание стандартов (СМК воспринимается исключительно как технические требования стандартов, без глубокого осознания составляющих, принципов и целей менеджмента качества).

К вышеперечисленным трудностям можно добавить и возможное сопротивление сотрудников изменениям и инновациям, внедрение которых требует усилий и времени. Существует и проблема формирования СМК, которая заключается не только в соответствии требованиям, установленным стандартами менеджмента качества, но и дополнительным требованиям законодательства РФ в области здравоохранения, необходимости адаптации рекомендаций по обеспечению качества для каждого конкретного учреждения здравоохранения.

Ключевым фактором успешного внедрения СМК является участие квалифицированных специалистов. Если процессом занимаются профессиональные аудиторы, то среднее время их работы на отделениях составляет около 4 часов, а работа с документацией – 1,5 часа. В случае же работы неквалифицированных специалистов время проверки отделения сокращается до 20 минут, тогда как работа с документацией может затянуться

на 2 дня. Это существенно влияет на эффективность и качество внедрения системы. Несмотря на сложность процесса внедрения СМК, следует помнить, что СМК способствует снижению издержек, повышению производительности труда, обеспечению прозрачности процессов и многим другим преимуществам. СМК является важным инструментом управления качеством оказания медицинских услуг.

3.2. Алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг

На данный момент не существует единой методики формирования вовлеченности персонала. Исследователи в области управления персоналом имеют различные точки зрения на выбор механизмов управления мотивацией, ключевых инструментов стимулирования работников. Помимо разнообразия предлагаемых методов, наблюдается недостаточная разработанность структуры алгоритма формирования вовлеченности. Исходя из обзора научной литературы, можно выделить несколько подходов к построению таких алгоритмов:

1. Формирование алгоритма вовлеченности рассматривают через призму теории мотивации. Теоретический базис системы трудовой мотивации формируют три школы: физиологическая (Л. Гальвани, Г. Мюллер, Ф. Гэлл), философская (Р. Декарт, Дж. Локк и др.) и психологическая (И. Павлов, Ф. Тейлор, Г. Мюнстерберг, Р. Талер, Л. Фестингер). Важный вклад в теоретическое обоснование трудовой мотивации внесли и А. Маслоу, К. Альдерфера [82].

2. Формирование алгоритма вовлеченности рассматривают через призму формирования мотивов труда. Следует разделять понятия «мотив труда» и «стимул труда». Мотив труда — это внутреннее побуждение к труду, тогда как стимул труда — это внешнее воздействие, направленное на побуждение к труду. Таким образом, «вовлеченность сотрудника в

деятельность предприятия представляется отношением работника к своему труду, характеризуется совокупностью мотивов к эффективному труду и улучшению социально-экономических показателей деятельности предприятия» [76].

3. Формирование алгоритма вовлеченности рассматривают через призму удовлетворенности потребностей работника. В фокусе внимания исследователей - влияние личностно-обусловленных ресурсов, связанных с выполнением работы. Большое внимание уделено «компетентностному подходу, который применяется в задачах подбора персонала, оценки эффективности исполнения работы, развития и обучения персонала, а также в рамках системы оплаты труда. С данным подходом можно рассматривать алгоритм инновационной вовлеченности, гармонизации интересов персонала и организации и т.п., реализация которых требует тесной взаимосвязи компетентностного подхода, процессов и инструментов его реализации с другими подходами» [87].

4. Формирование алгоритма вовлеченности рассматривают через призму управления качеством. Акцент сделан на положительную связь «вовлеченность - качество предоставляемых услуг». В такой алгоритм «вовлеченность» помещена в более широкие рамки, рассматриваются не только предпосылки, но и следствия этого явления. С этой точки зрения в алгоритм включаются такие мероприятия, как: система бережливого производства с применением следующих инструментов: 5S, визуализация и kaizen; трансформация элементов корпоративной культуры в сторону командной работы; расширение системы материального и нематериального стимулирования для инноваторов [77].

5. Формирование алгоритма вовлеченности рассматривают через призму патологичности вовлеченности. Метод основан на исследовании устойчивого «целенедостижения». Построение алгоритма базируется на выявлении патологий управления, препятствующих полноценному вовлечению персонала. С другой стороны, в предложенного алгоритма

вовлеченность оказывается параметром, влияющим на качество оказываемых услуг, поэтому в структуру этого алгоритма включены и инструменты устранения выявленных проблем.

Анализ теоретических аспектов проблемы вовлечения сотрудников подтвердил правильность предложенных автором в п.2.4 мер по «излечению» основных «болезней», препятствующих вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг, а именно: создать условия благоприятного морально-психологического климата в организации (необходимость этого фактора обосновывается концепцией формирования мотивов труда); выстроить систему стимулирования с учётом концепции теории ожидания Виктора Врума и теории справедливости Стейси Адамса (эффективность этого фактора подкрепляется теорией мотивации труда); делегирование полномочий своим сотрудникам.

Наличие большого количества предлагаемых алгоритмов вовлеченности указывает на сложность такого явления как вовлеченность, демонстрирует постоянное развитие методов управления персоналом; одновременно с этим говорит о большом интересе к данной проблеме.

Таким образом, анализ существующих подходов к моделированию вовлеченности позволяет сделать следующие выводы:

1. На сегодняшний день не сформирован алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества предоставляемых услуг, которая бы учитывала различные аспекты воздействия (позитивные и негативные) на фактор вовлеченности и фактор влияния вовлеченности на результат.

2. Алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества предоставляемых услуг не может быть универсальной для всех отраслей экономики.

3. Следует признать, что полезным инструментом разработки алгоритма для широкого круга организаций будет анкетирование сотрудников, которое

позволит выявить их мотивацию, удовлетворенность работой и ожидания от организации и своей деятельности.

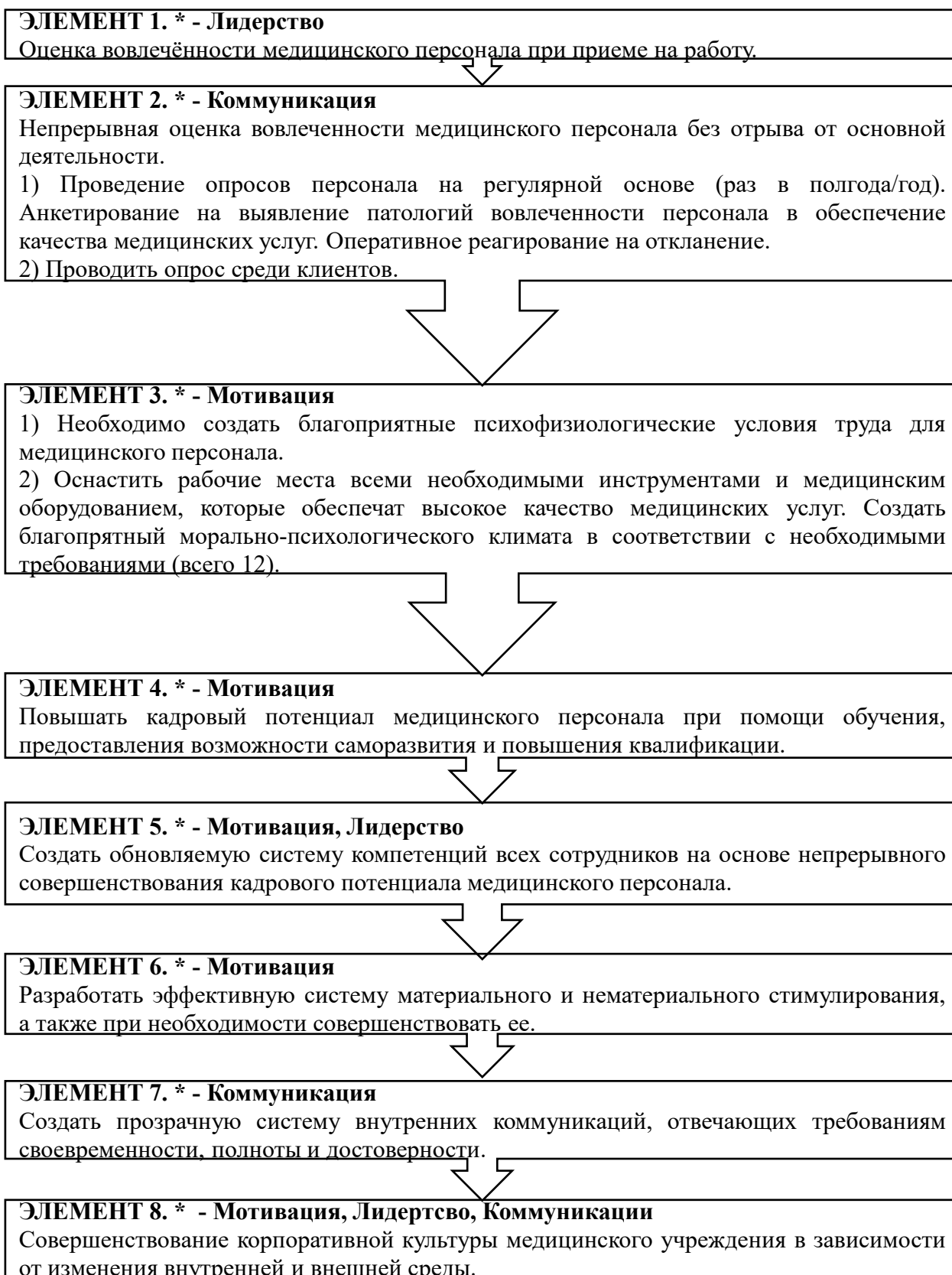
4. Необходимо учитывать весь процесс движения кадров в организации, начиная с этапа приема на работу.

5. На начальном этапе создания алгоритма следует учитывать результаты исследования патологий вовлеченности персонала, это позволит избежать ошибок в выборе элементов структуры и обеспечит эффективность алгоритма и качество оказываемых услуг.

Для медицинских организаций, на основании проведенного исследования, предложен оптимальный алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг, в которую необходимо включить 8 основных элементов.

На рисунке 26 каждый элемент алгоритма вовлечённости выделил цветом в соответствии с их характеристиками как факторы: мотивации, лидерства, коммуникации.

Автор считает, что «элемент 8» алгоритма формирования вовлеченности персонала непосредственно связан с устойчивым процессом «целенедостижения» вовлеченности сотрудников в обеспечение качества медицинских услуг. Это объясняется тем, что внутренняя и внешняя среда создают ограничения, которые могут негативно влиять на деятельность организации здравоохранения.



*ГОСТ Р ИСО 10018-2014 ГРУППЫ ФАКТОРОВ ВОВЛЕЧЕННОСТИ, выделенные автором.

Рисунок 26 – Алгоритм формирования вовлеченности персонала в
обеспечение качества медицинских услуг

(авторский рисунок)

Преимущества от внедрения предложенного алгоритма:

1. Эффективная работа медицинского персонала.
2. Поддержание качества предоставляемых услуг на высоком уровне.
3. Устойчивая мотивация сотрудников.
4. Повышение их удовлетворенности, лояльности и увлеченности.
5. Усиление значимости коллективной работы.
6. Непрерывный процесс совершенствования медицинского персонала.
7. Систематизация рабочих мест.

Автор отмечает, что указанные преимущества соответствуют концепции Kaizen, которая направлена на повышение качества услуг. Таким образом, разработанный алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг с учётом положений стандарта ГОСТ Р ИСО 10018-2014 (на примере учреждений здравоохранения), что позволило сформировать перечень необходимых инструментов формирования вовлечённости персонала в деятельность организации, применение которых позволит решить проблемы «целенедостижения», связанные с вовлечённостью персонала, и обеспечит качество оказываемых услуг. По результатам обобщения научной литературы было выявлено, что подобных алгоритмов не существовало. На основе анализа теоретических аспектов мотивации, методов и инструментов вовлечения персонала, а также изучения современных моделей вовлечения, используемых компаниями, сформулированы необходимые условия и общие методы вовлечения персонала, расширена база знаний в области управления персоналом и качеством предоставляемых услуг.

Стоит отметить, что исследование на предмет присутствия в организации патологий вовлеченности персонала и проведение мероприятий по выходу из патологичности в соответствии с предложенным ранее регламентом способствуют полноценной реализации представленного алгоритма.

Организовать работу по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК мы предлагаем в соответствии с разработанным нами планом (рисунке 27), включающем следующие этапы, представленные в приложение Е. Подготовительный этап начинается с того момента, когда руководство медицинского учреждения инициирует вопрос о разработке и внедрении алгоритма формирования вовлеченности персонала для повышения качества медицинских услуг в системе менеджмента качества (СМК).

Этот вопрос проходит обсуждение на уровне высшего руководства, и после официального уведомления медицинского персонала о принятом решении можно считать процесс формирования плана начатым. Затем назначается руководитель проекта (главный врач), ответственный за разработку и внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК.

Предварительный этап по организации работ включает разработку и утверждение приказа или распоряжения, в котором формально закрепляется начало работ, а также официальное наделение главного врача полномочиями руководителя проекта. С подписанием приказа руководитель проекта получает право организовывать и координировать деятельность по формированию и внедрению алгоритма. Совместно с руководством учреждения принимается решение о привлечении консалтинговой компании для обучения сотрудников проекта ключевым концепциям и методикам, необходимым для внедрения алгоритма. Если в учреждении ранее не проводились мероприятия по внедрению СМК и отсутствуют сотрудники с соответствующим опытом, привлечение внешних консультантов может стать дополнительной статьей расходов, к которым руководство должно быть готово. Завершением этапа является разработка плана основных мероприятий по формированию и внедрению алгоритма формирования вовлеченности, осуществляемая совместно с консалтинговой компанией и сотрудниками профильных отделений.

Основная работа по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала в СМК учреждений здравоохранения начинается с формирования руководителем проекта команды, которая займется разработкой необходимой документации и внедрением методики вовлечения персонала в повседневную деятельность. После чего назначается ответственное лицо за внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК.

Завершение процесса внедрения алгоритма формирования вовлеченности в СМК учреждений здравоохранения связано с проведением анализа и оценки эффективности мероприятий по реализации алгоритма. Руководитель учреждения, опираясь на полученные результаты, подписывает приказ о полномасштабном внедрении алгоритма формирования вовлеченности персонала в деятельность всех подразделений медицинского учреждения. Этим завершается процесс внедрения, и персонал официально уведомляется о завершении всех мероприятий.

Таким образом, сформулированные предложения по содержанию системы менеджмента качества медицинского учреждения с указанием реестра процессов СМК и документации, регулирующей деятельность организации по управлению качеством. Предложенные рекомендации разработаны на основе принципов менеджмента качества, зафиксированных в стандартах серии ISO (ИСО). Это позволит успешно интегрировать алгоритм формирования вовлеченности персонала в СМК и управлять ею для повышения качества предоставляемых услуг.

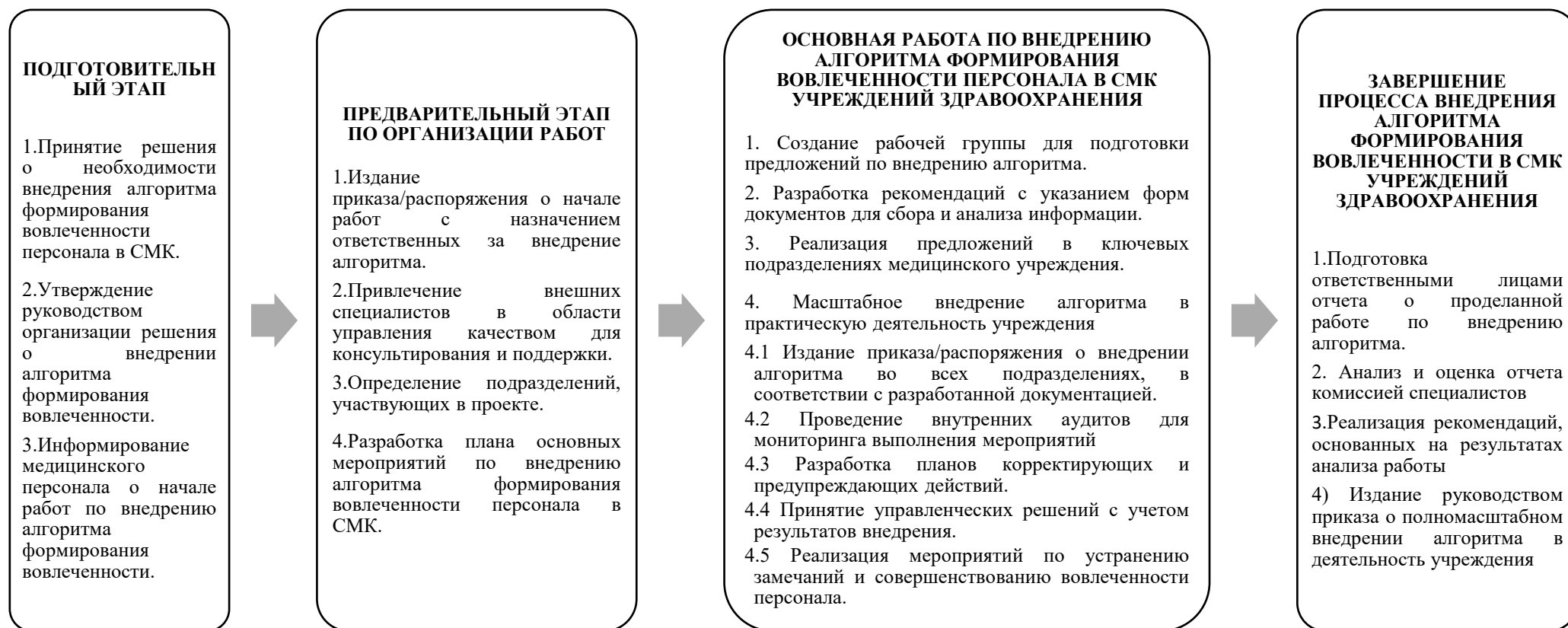


Рисунок 27 - План внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК

(авторский рисунок)

В ходе исследования был использован один из оценочных инструментов эффективности системы стимулирования коэффициент вовлеченности персонала. Учеными и практиками отмечается динамичный характер состояния вовлеченности. Исследование патологии вовлеченности в организациях здравоохранения, проведенное нами, и сравнение полученных результатов с результатами аналогичного исследования Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской также подтверждают непостоянный характер вовлеченности.

В связи с этим необходимо понимать, что по завершении всех мероприятий в соответствии с планом внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества услуг работа по вовлечению сотрудников в деятельность организации не заканчивается. Для управления процессами вовлечения сотрудников в СМК руководству необходимо сформировать компетентную команду, включая консультанта по СМК, которая будет обладать полномочиями для выполнения следующих задач: разработка методов и инструментов для формирования и внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в рамках СМК; составление плана реализации алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в рамках СМК; подготовка необходимых документов, включая документацию, связанную с внедрением алгоритма формирования вовлеченности в практическую деятельность; разработка анкеты для сбора информации, необходимой для оценки уровня вовлеченности персонала в процессы СМК; проведение опросов с целью получения исходных данных о степени вовлеченности персонала в процессы СМК; анализ и обработка собранных данных с последующей оценкой уровня вовлеченности персонала в процессы СМК; формирование стратегий по разработке плана внедрения алгоритма вовлеченности персонала на основании результатов оценки.

Измерение вовлеченности в организациях должно проводиться регулярно. Для организации опросов следует определить перечень отделений,

в которых будет проводиться оценка, и включать в состав рабочей группы сотрудников из числа представителей выбранных отделений. В случае изменения уровня вовлеченности персонала требуется оперативное внесение корректировок в документацию по формированию и внедрению алгоритма, с учетом полученных результатов. На основе данных, полученных в ходе анонимных опросов, можно будет определить степень вовлеченности сотрудников в процессы СМК. Для этого применяются методики статистической обработки результатов наблюдений. Результаты анкетирования позволяют рассчитать следующие показатели:

Показатель вовлеченности для каждого опрашиваемого (x_m):

$$x_m = \frac{l}{p} \sum_{q=1}^p x_{mq}^+ \quad (1)$$

Где x_{mq} – положительный ответ на q-й вопрос в опроснике, заполненном m-ым отвечающим,

p – количество вопросов в опроснике,

x_m – оценка вовлеченности m-го отвечающего, $1 < m < l$,

l – количество опрошенных.

Далее необходимо проверить данные на наличие промахов:

1) Среднеарифметическое значение для показателя вовлеченности персонала в процессы СМК:

$$\bar{x} = \frac{1}{l} \sum_{m=1}^l x_m \quad (2)$$

2) Среднеквадратическое отклонение

$$s_l = \sqrt{\frac{1}{l} \sum_{m=1}^l (x_m - \bar{x})^2} \quad (3)$$

3) Экстремальное значение x_3 , наиболее сильное отклонение от среднеарифметического $\bar{x}$, вычисление критериев

$$V = \frac{|x_3 - \bar{x}|}{s_l} \quad (4)$$

Далее сравниваем полученное значение V со значением V_{max}

Согласно методике О.Н. Кассандровой [69], показатель V_{max} представляет собой постоянную величину, с помощью которой можно определить наличие или отсутствие ошибок результатов.

Во второй главе диссертационного исследования был проведен анализ оценки качества менеджмента с использованием методики патологичности управления. В рамках исследования было проведено анкетирование сотрудников в 27 учреждениях здравоохранения (государственных и частных медицинских организациях разного типа: поликлиниках, медицинских центрах и стоматологиях). Анкета включала 25 вопросов (см. приложение А), направленных на выявление присутствия «устойчивого целенедостижения» в менеджменте и уровня проблем вовлечения персонала в обеспечение качества медицинских услуг.

По итогам исследования был выполнен анализ анкет, в ходе которого определялся уровень каждой патологии. Шкала патологичности варьировалась от 1 до 4, где 4 обозначает максимальный уровень патологичности, а 1 – её отсутствие.

Для сравнения использовались данные исследования, проведенного Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской в период с 2011 по 2015 год. В данном исследовании рассматривались вопросы патологичности управления в 16 медицинских организациях [94]. Были выбраны для сравнения 11 анкет, соответствующих параметрам его собственного исследования. Больницы были исключены из анализа, так как не проводилось исследования в данной категории учреждений, что сделало бы сравнение некорректным. Следует отметить, что шкала патологичности в исследовании 2011–2015 года имела

иную градацию: 1 — максимальный уровень патологичности, 4 — её отсутствие. Эти различия были учтены при оценке уровня вовлеченности персонала в процессы системы менеджмента качества (СМК).

На основе ранее проведенного анкетирования была выполнена оценка вовлеченности персонала в процессы СМК.

О.Н. Кассандрова и В.В. Лебедев в своей работе «Обработка результатов исследований» предложили методы оценки ошибок результатов и практические подходы к их применению. Эти методики имеют доказательную базу и прошли многолетнюю апробацию, в том числе в диссертационном исследовании Соколовой Л.И. на тему «Формирование подсистемы измерения и анализа удовлетворённости и вовлечённости персонала в процессы системы менеджмента качества образовательной организации» [110].

Проанализировал данные анкетирования с использованием указанной методики. На основе расчетов были составлены таблицы результатов: таблица 18 содержит результаты расчетов на основе данных анкетирования по 25 патологиям управления; таблица 19 отражает результаты расчетов на основе данных анкетирования по выделенным 11 патологиям вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг; таблица 20 включает результаты расчетов на основе данных исследования Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской.

Таблица 18 – Проверка данных анкетирования по 25 патологиям управления

Медицинское учреждение	На основе результатов анкетирования можно рассчитать следующие показатели:		
	Показатель вовлеченности для каждого опрошиваемого X_m	<i>Проверка данных на наличие промахов</i>	
		Среднеквадратическое отклонение S_l	Экстремальное значение x , наиболее сильное отклонение от среднеарифметического $\bar{x}$, вычисление критериев V
1	23,76	1,3456	0,248144
2	27	4,3264	0,444949
3	21,6	11,0224	0,710206
4	24,84	0,0064	0,017113
5	25,92	1	0,213918
6	27	4,3264	0,444949
7	23,76	1,3456	0,248144
8	27	4,3264	0,444949
9	31,32	40,96	1,369072
10	24,84	0,0064	0,017113
11	24,84	0,0064	0,017113
12	28,08	9,9856	0,67598
13	23,76	1,3456	0,248144
14	20,52	19,36	0,941237
15	20,52	19,36	0,941237
16	20,52	19,36	0,941237
17	32,4	55,9504	1,600103
18	19,44	30,0304	1,172268
19	18,36	43,0336	1,403299
20	20,52	19,36	0,941237
21	20,52	19,36	0,941237
22	18,36	43,0336	1,403299
23	19,44	30,0304	1,172268
24	33,48	73,2736	1,831134
25	31,32	40,96	1,369072
26	32,4	55,9504	1,600103
27	31,32	40,96	1,369072
Среднеарифметическое значение для показателя вовлеченности персонала в процессы СМК $\bar{x}$	24,92	4,674698	X

Авторская таблица.

Таблица 19 – Проверка данных анкетирования по 11 патологиям вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг

Медицинское учреждение	На основе результатов анкетирования можно рассчитать следующие показатели:		
	Показатель вовлеченности для каждого опрошиваемого X_m	<i>Проверка данных на наличие промахов</i>	
		Среднеквадратическое отклонение S_l	Экстремальное значение x , наиболее сильное отклонение от среднеарифметического $\bar{X}$, вычисление критериев V
1	27	25,91736	0,40002
2	34,36364	155,1157	0,978621
3	22,09091	0,033058	0,014286
4	29,45455	56,93388	0,592887
5	31,90909	100	0,785754
6	34,36364	155,1157	0,978621
7	27	25,91736	0,40002
8	34,36364	155,1157	0,978621
9	44,18182	496,0744	1,750089
10	29,45455	56,93388	0,592887
11	29,45455	56,93388	0,592887
12	36,81818	222,281	1,171488
13	12,27273	92,8595	0,757181
14	4,909091	289	1,335782
15	7,363636	211,5702	1,142915
16	7,363636	211,5702	1,142915
17	29,45455	56,93388	0,592887
18	4,909091	289	1,335782
19	4,909091	289	1,335782
20	4,909091	289	1,335782
21	4,909091	289	1,335782
22	4,909091	289	1,335782
23	4,909091	289	1,335782
24	31,90909	100	0,785754
25	29,45455	56,93388	0,592887
26	29,45455	56,93388	0,592887
27	29,45455	56,93388	0,592887
Среднеарифметическое значение для показателя вовлеченности персонала в процессы СМК $\bar{X}$	21,90909	12,72662	X

Авторская таблица.

Таблица 20 – Проверка данных исследования, проведенного Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской

Медицинское учреждение	На основе результатов анкетирования можно рассчитать следующие показатели:		
	Показатель вовлеченности для каждого опрошиваемого X_m	Проверка данных на наличие промахов	
		Среднеквадратическое отклонение S_l	Экстремальное значение x , наиболее сильное отклонение от среднеарифметического $\bar{x}$, вычисление критериев V
1	12,65	160,0225	1,20282694
2	12,1	146,41	1,15053011
3	7,7	59,29	0,73215553
4	0	0	0
5	10,45	109,2025	0,99363964
6	14,85	220,5225	1,41201423
7	7,7	59,29	0,73215553
8	18,15	329,4225	1,72579517
9	7,15	51,1225	0,6798587
10	7,15	51,1225	0,6798587
11	5,5	30,25	0,52296823
Среднеарифметическое значение для показателя вовлеченности персонала в процессы СМК $\bar{x}$	9,4	10,51689118	X

Авторская таблица.

На основе проведенных расчетов были сделаны следующие выводы:

1). Показатель вовлеченности для каждого опрошиваемого x_m значительно возрос, с 9,4% до 24,92% (21,91%), по сравнению с исследованием, проведенным в период с 2011 по 2015 год Е.Ю. Плешаковой и С.О. Ельсиновской. Это свидетельствует о том, что за прошедшие годы руководители учреждений здравоохранения предприняли определенные меры для повышения вовлеченности сотрудников. Однако следует подчеркнуть, что текущий уровень вовлеченности персонала далек от оптимального, и

требуется совершенствование методов управления для постоянного улучшения и роста этого показателя. В этой связи стоит отметить актуальность разработки системы менеджмента качества, включающей алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг.

2). Результаты анализа данных, представленных в таблицах 14, 15 и 16, показали: сравнение значения V и табличного значения $V_{\max}$ (приведено в Приложении IX книги О.Н. Кассандровой и В.В. Лебедева [69]) подтверждает, что все фактические значения $V < V_{\max}$. Это свидетельствует об отсутствии статистических промахов. Таким образом, данные, представленные в процессе анкетирования, являются достоверными и не содержат значительных отклонений. После проведенного анализа вовлеченности персонала и проверки данных на наличие промахов руководство учреждения здравоохранения подписывает приказ/распоряжение о внедрении алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК. В процессе внедрения необходимо обеспечить выполнение следующих задач:

1. Формирование навыков участия в опросах: сотрудники медицинского учреждения должны научиться корректно проходить опросы, обеспечивая сбор объективных данных, необходимых для оценки вовлеченности персонала в процессы СМК.

2. Оценка и устранение недочетов: при проведении внутренних аудитов следует анализировать уровень допущенных промахов и их влияние на внедрение алгоритма формирования вовлеченности. Все выявленные недостатки должны устраняться в оперативном порядке.

3. Использование результатов опроса: итоги анкетирования по оценке вовлеченности персонала должны применяться для разработки управленческих решений, направленных на устранение выявленных проблем и оптимизацию процесса.

4. Документирование результатов работы: по итогам всех мероприятий следует составить протоколы анализа внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в системе менеджмента качества.

В ходе выполнения плана внедрения алгоритма формирования вовлеченности в деятельность учреждения здравоохранения необходимо не только реализовать сам алгоритм, но и обеспечить прозрачность результатов проделанной работы для всех сотрудников медицинских учреждений, а также передать им знания о проведенных мероприятиях. Для достижения этой цели проектной команде, отвечающей за разработку и внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала, следует подготовить развернутый отчет, содержащий информацию о примененных методах, используемых инструментах и достигнутых результатах.

На основании анализа представленного отчета разрабатывается план мероприятий по передаче знаний и опыта, накопленных в ходе работе, сотрудникам организации. В рамках исследования процесса внедрения алгоритма формирования вовлеченности в системы менеджмента качества медицинских организаций считаем необходимым рассмотреть ряд важных аспектов деятельности медицинского учреждения, связанных с организацией мероприятий по поддержанию качества услуг.

Во-первых, деятельность по повышению качества медицинских услуг осуществляется как в государственных, так и негосударственных учреждениях. Это вызвано необходимостью быть конкурентоспособными на рынке медицинских услуг. Во-вторых, значительная часть медицинских организаций в настоящее время не проводит работу по совершенствованию СМК в соответствии с изменяющимися условиями внешней среды после внедрения СМК. В-третьих, деятельность учреждений здравоохранения во многом носит конфиденциальный характер, что затрудняет возможность полномасштабного исследования систем управления медицинской организацией, а, следовательно, руководители заинтересованы в применении

универсальных методов и приемов управления качеством услуг. В-четвертых, внутренний контроль качества и безопасность медицинской деятельности в организациях сегодня реализуется на основе предложений, разработанных ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора) и затрагивает базовые направления деятельности учреждений:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
7. Организация экстренной и неотложной помощи.
8. Идентификация личности пациентов.
9. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
10. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям (протоколами лечения).
11. Организация работы регистратуры.
12. Стационарзамещающие технологии (Организация работы дневного стационара, «стационара на дому»).

Таким образом, предложение о внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в систему менеджмента качества организаций здравоохранения для поддержания качества медицинских услуг на стабильно

высоком уровне является актуальным. Новизна данного исследования состоит в синергетическом эффекте предложенного алгоритма, который заключается в соединении универсальных правил и методик, имеющих теоретическое обоснование, и пригодных для любой организации любой сферы, и профессиональных (отраслевых) требований и рекомендаций в соответствии с профессиональными (отраслевыми) стандартами и законами, нормативно-правовыми актами, регулирующими профессиональную (отраслевую) деятельность. Предложенный алгоритм может быть внедрен в систему менеджмента качества государственного и негосударственного медицинского учреждения; обеспечит непрерывное совершенствование качества предоставляемых медицинских услуг с учетом изменений профессиональных стандартов и законодательства; не затрагивает конфиденциальный характер деятельности медицинских организаций.

Методология данной работы подразумевает определение процессов СМК, отражающих различные виды деятельности медицинских организаций на различных этапах. В процессе анализа деятельности учреждений здравоохранения систематизирована деятельность, связанную с обеспечением качества, и сформировал реестр процессов СМК.

Нами предлагается следующий реестр, представленный в таблице 21.

Таблица 21 – Реестр процессов СМК учреждения здравоохранения [9]

1.	Деятельность руководства по управлению качеством медицинских услуг
1.1.	Разработка стратегии, миссии, политики и целей в области качества медицинских услуг
1.2.	Планирование и развитие СМК
1.3.	Распределение ответственности и полномочий
1.4.	Лицензирование, аккредитация и комплексная оценка деятельности медицинского учреждения
1.5.	Анализ и улучшение процессов СМК со стороны руководства
1.6.	Информирование общества о деятельности медицинского учреждения

1.7.	Менеджмент ресурсов и персонала
2.	<i>Основные процессы СМК медицинского учреждения (МУ)</i>
2.1.	Маркетинг
2.2.	Вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг
2.3.	Проектирование и разработка направлений деятельности медицинского учреждения
2.4.	Переподготовка и повышение квалификации медицинского персонала
2.5.	Прием пациентов
2.6.	Лекарственная безопасность
2.7.	Хирургическая безопасность
2.8.	Эпидемиологическая безопасность
2.9.	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
2.10.	Преимственность организации медицинской помощи
2.11.	Организация экстренной и неотложной помощи
2.12.	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям
2.13.	Организация работы регистратуры
2.14.	Стационарзамещающие технологии
2.15.	Анализ удовлетворенности потребителя
3.	<i>Обеспечивающие процессы СМК медицинского учреждения (МУ)</i>
3.1.	Кадровое обеспечение
3.2.	Управление персоналом
3.3.	Управление производственной средой
3.4.	Управление информационной средой
3.5.	Управление инфраструктурой
3.6.	Управление закупками
3.7.	IT – инфраструктура
3.8.	Управление документацией и записями

4.	Деятельность в рамках процессов по измерению, анализу и улучшению
4.1.	Внутренние аудиты
4.2.	Управление несоответствиями
4.3.	Мониторинг, измерение, анализ, улучшение процессов и видов деятельности
4.4.	Корректирующие и предупреждающие действия

Авторская таблица.

Выполненная нами систематизация процессов СМК и применение принципа процессного подхода к построению системы качества позволили нам на следующем этапе определить взаимодействие процессов СМК медицинского учреждения, при котором достигается главный результат – удовлетворенность потребителя. Схема взаимодействия процессов системы менеджмента качества организации здравоохранения представлена на рисунке 28.

Разработанная система правил и методик, дающих возможность всегда поддерживать качество на стабильно высоком уровне, нуждается в документированном представлении. Этому же требует и соответствие системы положениям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001. Поэтому реестр процессов СМК и схема взаимодействия СМК учреждения здравоохранения должны быть отображены в ключевом документе системы менеджмента качества - «Руководстве по качеству» (РК).

Следует учитывать, что структура РК будет отличаться в зависимости от специфики деятельности организации. Однако можно предложить основное содержание РК, общее для всех медицинских организаций.

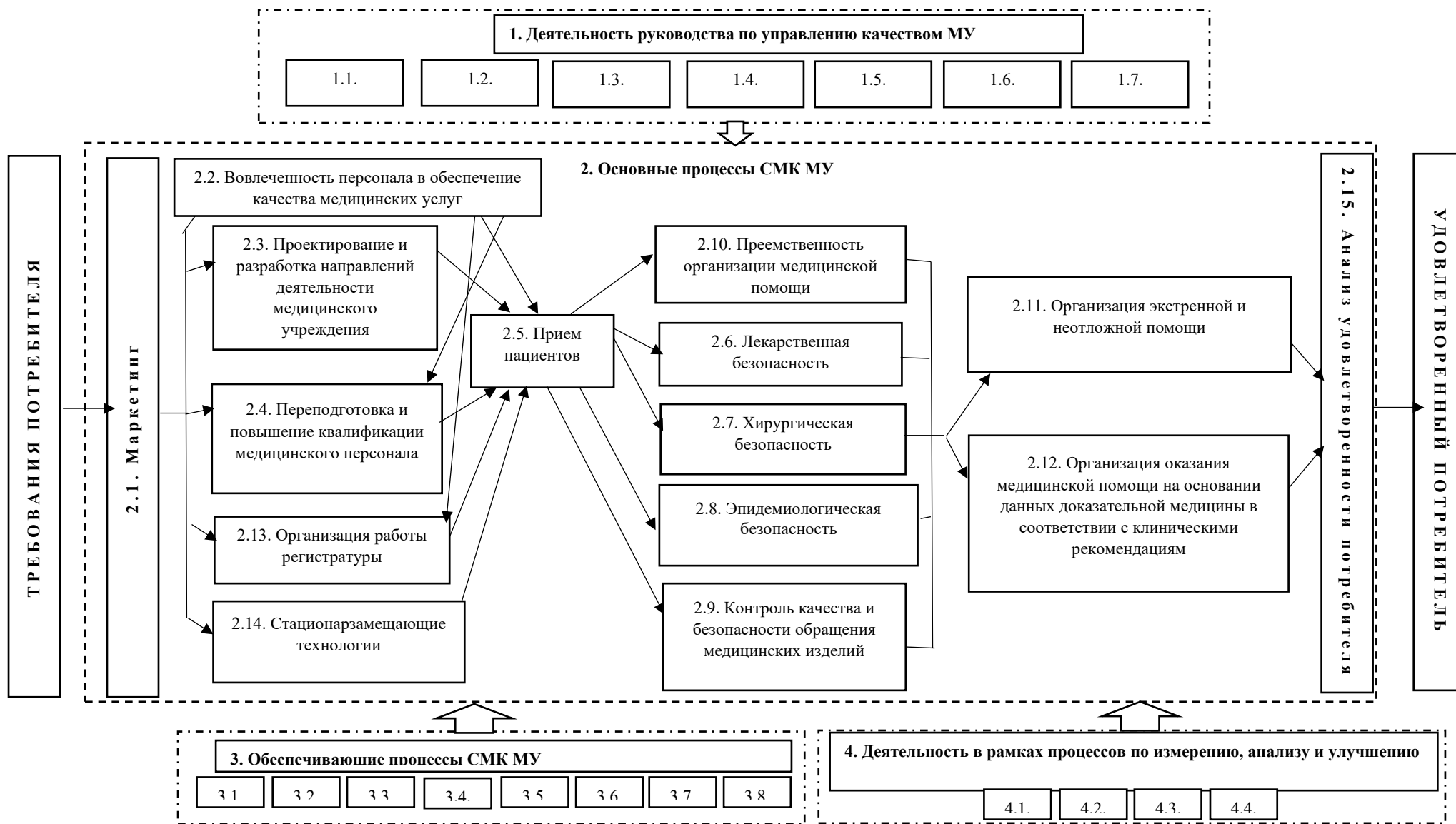


Рисунок 28 – Схема взаимодействия процессов СМК учреждения здравоохранения (авторский рисунок)

Предметом нашего исследования является вовлеченность персонала в процесс обеспечения качества медицинских услуг. Этим обусловлен выбор рекомендаций по содержанию Руководства по качеству (РК), которые предлагает для практического применения в медицинских организациях (см. приложение Ё). Далее представлено развернутое описание Руководства по качеству и предложено следующее наполнение его пунктов (см. приложение З). Представленная нами система менеджмента качества может быть использована как полноценный алгоритм для любых медицинских организаций. Важно отметить, что данная система должна быть дополнена внутренними нормативными документами, специфичными для каждой медицинской организации, на основании которых она функционирует. Кроме того, она должна содержать информацию, уникальную для конкретного учреждения здравоохранения.

Разработка, внедрение, поддержка и постоянное совершенствование алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в рамках системы менеджмента качества способствует повышению эффективности деятельности учреждений здравоохранения и обеспечивает их устойчивое развитие.

Преимущества, которые получает медицинская организация после внедрения предложенного нами алгоритма формирования вовлеченности персонала следующие: повышение и поддержание высокого качества предоставляемых медицинских услуг; обеспечение стабильности в оказании медицинских услуг, соответствующих потребностям клиентов и требованиям законодательства Российской Федерации; увеличение степени удовлетворения потребностей клиентов; повышение эффективности процессов деятельности медицинского учреждения, своевременное реагирование на изменения.

3.3. ЭКОНОМИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА

Ключевая особенность современного подхода к стимулированию — необходимость сбалансированного сочетания материальных и нематериальных методов. Такой подход учитывает: экономические интересы работников; социально психологические потребности работников; стремление к профессиональному развитию; потребность в признании и самореализации.

Материальное стимулирование основано на прямой или косвенной финансовой мотивации сотрудников. В контексте развития СМК наиболее действенными являются следующие инструменты: премирование за достижение КРІ в области качества; бонусы за предложения по улучшениям и инновациям; надбавки за профессиональное мастерство и компетенции в области СМК; участие в прибыли организации; целевые выплаты за успешное прохождение аудитов и сертификаций; компенсационные выплаты и льготы.

Премирование за достижение КРІ в области качества заключается в установление чётких целевых показателей по снижению количества дефектов, ошибок, жалоб или по повышению удовлетворённости клиентов; дифференцированные выплаты квартальных/годовых премий в зависимости от степени выполнения и перевыполнения планов; премирование не только отдельных сотрудников, но и целых подразделений за коллективные достижения в области качества.

Бонусы за предложения по улучшениям и инновациям включают единовременные выплаты за внедрённые идеи, улучшающие процессы или услуги; долгосрочные выплаты (процент от экономического эффекта) за особо значимые рационализаторские предложения; специальные премии за предложения, способствующие снижению затрат или повышению безопасности.

Надбавки за профессиональное мастерство и компетенции в области СМК включают доплаты сотрудникам, освоившим новые методики работы в

рамках СМК (например, статистические методы контроля качества, FMEA анализ); повышение разряда/категории с соответствующим ростом оплаты труда для сотрудников, демонстрирующих высокий уровень владения инструментами качества; надбавки за сертификацию по стандартам качества (ISO 9001, ISO 7101 и т.д.).

Участие в прибыли организации подразумевает распределение части прибыли между сотрудниками при достижении целевых показателей качества; создание фондов материального поощрения, формируемых из экономии затрат на качество.

Целевые выплаты за успешное прохождение аудитов и сертификаций включают премии коллективу подразделения при успешном прохождении внутреннего или внешнего аудита СМК; бонусы за получение сертификатов соответствия международным стандартам.

Компенсационные выплаты и льготы подразумевают оплату обучения и повышения квалификации в области менеджмента качества; компенсация расходов на профессиональные конференции и семинары; льготное кредитование на приобретение жилья для ключевых сотрудников, активно участвующих в развитии СМК.

Нематериальное стимулирование воздействует на социально психологические потребности сотрудников и формирует устойчивую внутреннюю мотивацию. К ключевым инструментам относятся: признание и публичное поощрение; карьерный рост и профессиональное развитие; расширение полномочий и ответственности; создание благоприятной рабочей среды; корпоративная культура и командный дух; гибкий график и дополнительные льготы

Признание и публичное поощрение включает награждение грамотами, дипломами, знаками отличия за вклад в улучшение качества; размещение фотографий лучших сотрудников на доске почёта или корпоративном портале; публичная благодарность на собраниях коллектива, в корпоративных СМИ; присвоение званий «Лучший по профессии», «Лидер качества» и т.п.

Карьерный рост и профессиональное развитие подразумевает включение активных сотрудников в кадровый резерв на руководящие должности; предоставление возможностей для обучения, повышения квалификации, стажировок; назначение наставниками для новых сотрудников; делегирование полномочий по обучению коллег инструментам СМК.

Расширение полномочий и ответственности включает делегирование права принимать решения в рамках улучшений процессов; назначение руководителями рабочих групп по качеству, проектных команд; вовлечение в разработку стратегических документов по качеству.

Создание благоприятной рабочей среды подразумевает организацию комфортных условий труда (эргономичные рабочие места, современное оборудование); обеспечение необходимыми ресурсами для эффективной работы; поддержка инициатив по улучшению эргономики рабочих мест и оптимизации рабочих процессов.

Корпоративная культура и командный дух включает проведение корпоративных мероприятий, тимбилдингов, направленных на укрепление ценностей качества; создание традиций, укрепляющих ценности качества и вовлечённости (например, ежегодные форумы качества); формирование культуры открытости и доверия, где каждый сотрудник может высказать свои идеи по улучшению.

Гибкий график и дополнительные льготы включают возможность выбора графика работы или удалённой работы для сотрудников, демонстрирующих высокие результаты в области качества; дополнительные дни отпуска за достижения в области качества; компенсация расходов на спорт, образование, медицинские услуги.

Информационная открытость и обратная связь подразумевает регулярное информирование сотрудников о результатах работы СМК и влиянии их вклада на общие достижения; организация каналов обратной связи

для предложений по улучшению; публикация отчётов о реализованных инициативах сотрудников.

Стоит отметить, что оптимальный эффект достигается при комплексном применении материального и нематериального подходов. Синергия методов проявляется в материальном поощрении подкрепляет значимость нематериального признания; нематериальном стимуле, который усиливает ценность материальных вознаграждений; сочетание методов создаёт устойчивую систему мотивации, охватывающую все уровни потребностей сотрудников.

Приведем пример интеграции в рамках СМК вовлеченности персонала. К примеру, сотрудник предлагает рационализаторское решение, позволяющее сократить время контроля качества на 20%. Благодаря этому он получает единовременную премию (материальное стимулирование) и благодарность от руководства на общем собрании (нематериальное). Идея сотрудника внедряется в практику, а имя публикуется в корпоративном бюллетене и размещается на доске почёта (нематериальное). Сотрудник включается в рабочую группу по развитию СМК (нематериальное) и получает надбавку к зарплате за расширение зоны ответственности (материальное). Сотруднику предоставляется возможность пройти обучение по углублённому курсу по статистическим методам контроля качества за счёт организации (нематериальное + материальное).

Для успешной реализации системы стимулирования рекомендуется следующая последовательность действий, которая включает в себя следующие этапы внедрения системы стимулирования:

1. Анализ текущей ситуации включает в себя оценку уровня вовлечённости персонала; выявление ключевых мотиваторов и демотиваторов; определение приоритетных направлений улучшений в рамках СМК; изучение существующих практик стимулирования в организации.

2. Разработка системы стимулов включает в себя формирование перечня КРІ по качеству с учётом стратегических целей организации; расчёт размеров

премий и бонусов на основе бюджета и ожидаемого экономического эффекта; разработка программ нематериального поощрения, учитывающих потребности разных категорий сотрудников; согласование системы с профсоюзами и представителями работников (при наличии).

3. Масштабирование включает в себя распространение системы на всю организацию; обучение руководителей и сотрудников принципам работы системы; информирование персонала о новых возможностях и критериях поощрения.

4. Закрепление в нормативных документах включает в себя внесение изменений в коллективный договор, положения об оплате труда и премировании; разработка регламента системы стимулирования; обновление должностных инструкций с учётом новых обязанностей и полномочий.

5. Поддерживающие мероприятия включают в себя регулярное информирование о достижениях сотрудников в области качества; организация конкурсов и соревнований между подразделениями; проведение семинаров и тренингов по развитию навыков работы в рамках СМК.

Экономическая эффективность вовлечённости в СМК проявляется в росте производительности и улучшении финансовых результатов организации. Внедрение рационализаторских предложений персонала, ориентированных на оптимизацию процессов, обеспечивает дополнительную экономию ресурсов и рост добавленной стоимости. При этом совокупный экономический эффект складывается не только из разовых сбережений, но и из устойчивого улучшения ключевых метрик СМК — таких как доля услуг, соответствующей требованиям с первого предъявления, длительность производственного цикла, уровень удовлетворённости потребителей.

Оценка эффективности процесса стимулирования и его влияния на показатели результативности и эффективности СМК должна опираться на систему взаимосвязанных индикаторов. В качестве количественных метрик целесообразно использовать: изменение уровня рекламаций и индекса удовлетворённости потребителей; долю реализованных предложений

сотрудников в общем числе поданных инициатив; экономический эффект от внедрённых улучшений (в том числе долю от экономии или прироста выручки); показатели результативности по KPI в разрезе подразделений. К качественным показателям относятся уровень вовлечённости и лояльности персонала (по данным анкетирования), доля сотрудников, участвующих в рабочих группах и проектах по качеству, а также индексы восприятия справедливости системы стимулирования и открытости каналов обратной связи. Сопоставление этих данных до и после внедрения системы позволяет не только подтвердить экономическую целесообразность применяемых мер, но и выявить узкие места для дальнейшей настройки механизмов мотивации.

Комплексное применение материальных и нематериальных методов стимулирования позволяет руководству создать устойчивую систему мотивации персонала к участию в совершенствовании СМК; обеспечить вовлечённость сотрудников на всех уровнях организации — от рядовых исполнителей до топ менеджмента; сформировать культуру качества, где каждый работник осознаёт свою роль в достижении общих целей; повысить инициативность и ответственность персонала за результаты своей работы; снизить сопротивление изменениям и ускорить внедрение новых инструментов качества; укрепить лояльность сотрудников и снизить текучесть кадров.

Таким образом, сбалансированная система стимулирования выступает ключевым фактором устойчивого развития СМК, обеспечивая не только краткосрочные улучшения показателей качества, но и долгосрочную лояльность персонала, необходимую для непрерывного совершенствования организации.

Ниже приводится расчетная часть экономического стимулирования вовлеченности персонала на примере частного медицинского учреждения за 2024–2025 г.. Был проведен сбор данных и анализ системы экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник», которая предоставляет многопрофильные амбулаторно-поликлинические услуги (Приложение И).

Анализ проводился на основе данных за период 2024-2025 гг.:

2025 год: общая численность — 95 чел., из них врачей — 79 чел.;

2024 год: общая численность и число врачей были немного ниже. Для расчёта приняты значения: общая численность — 88 чел., из них врачей — 72 чел. Если у вас есть фактические данные за 2024 год, их можно подставить вместо этих значений и пропорционально пересчитать показатели.

С учётом уточнения структура персонала выглядит следующим образом:

- врачи — 79 чел., или 87,8%;
- средний медицинский персонал — 6 чел., или 6,7%;
- администраторы и операторы — 3 чел., или 3,3%;
- управленческий и вспомогательный персонал — 2 чел., или 2,2%.

Высокая доля врачей обуславливает повышенные требования к системе экономического стимулирования, поскольку врачебный персонал является ключевым фактором формирования выручки, качества медицинских услуг и лояльности пациентов.

Основные экономические показатели деятельности ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг. представлены в таблице 22.

Таблица 22 — Основные экономические показатели деятельности ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг.

Показатель	Ед. изм.	2024	2025	Изменение	Темп роста, %
Среднесписочная численность работников	чел.	88	95	+7	108,0
В том числе врачи	чел.	72	79	+7	109,7
Доля врачей в общей численности	%	81,8	83,2	+1,4 п.п.	—
Выручка от оказания медицинских услуг	млн руб.	540,0	646,0	+106,0	119,6
Выручка на одного работника	млн руб./чел.	6,14	6,80	+0,66	110,8
Годовой фонд оплаты труда	млн руб.	95,0	110,6	+15,6	116,4
Среднемесячная заработная плата одного работника	тыс. руб.	90,0	97,0	+7,0	107,8
Расходы на экономическое стимулирование персонала	млн руб.	4,86	8,08	+3,22	166,3

Показатель	Ед. изм.	2024	2025	Изменение	Темп роста, %
Расходы на стимулирование в расчёте на одного работника	тыс. руб./чел.	55,2	85,1	+29,9	154,2
Число уволившихся работников	чел.	15	9	–6	60,0
Коэффициент текучести кадров	%	17,0	9,5	–7,5 п.п.	55,9
Чистая прибыль	млн руб.	35,0	51,0	+16,0	145,7
Рентабельность продаж	%	6,5	7,9	+1,4 п.п.	—

** составлено автором на основе приложения И*

Согласно таблице 22 показывает, что в 2025 г. по сравнению с 2024 г. численность персонала выросла на 7 человек, при этом выручка увеличилась на 19,6%, а выручка на одного работника — на 10,8%. Расходы на экономическое стимулирование выросли на 66,3%, а в расчёте на одного работника — на 54,2%. Одновременно текучесть кадров снизилась с 17,0% до 9,5%, что свидетельствует о повышении кадровой стабильности.

Необходимо наиболее подробно рассмотреть структуру расходов на экономическое стимулирование персонала, которая представлена в таблице 23. Таблица 23 — Структура расходов на вовлеченность персонала в СМК ООО «Дезир Клиник» в 2024–2025 гг.

Направление стимулирования	2024, млн руб.	Доля, %	2025, млн руб.	Доля, %
Премии за выполнение КРІ и качество обслуживания	1,95	59,4	3,38	59,4
Надбавки за стаж, наставничество, интенсивность работы	0,95	25,0	1,42	25,0
Оплата обучения, сертификации и повышения квалификации	0,45	15,6	0,89	15,6
Итого	3,35	100,0	5,69	100,0

** составлено автором на основе приложения И*

Доли в таблице рассчитаны в пределах суммы трёх выбранных направлений. В общей сумме расходов на экономическое стимулирование персонала ООО «Дезир Клиник» данные направления занимают 68,9% в 2024

г. и 70,4% в 2025 г. Общая сумма расходов на стимулирование составляет 4,86 млн руб. в 2024 г. и 8,08 млн руб. в 2025 г.

В ходе анализа были произведены по следующим показателям:

1. Методика расчёта интегрального показателя вовлечённости персонала.

Для количественной оценки вовлечённости персонала используется интегральный показатель, рассчитываемый как средневзвешенная сумма нормированных частных индикаторов:

$$I_{eng} = \sum_{i=1}^n w_i \cdot n_i \quad (5)$$

где:

I_{eng} — интегральный показатель вовлечённости персонала;

n_i — нормированное значение i -го показателя;

w_i — весовой коэффициент i -го показателя;

$\sum w_i = 1$.

Для прямых показателей нормирование выполняется по формуле:

$$n_i = \min\left(\frac{x_i}{N_i}; 1\right) \quad (6)$$

где x_i — фактическое значение показателя, N_i — нормативное или целевое значение.

Для обратных показателей, таких как текучесть кадров и абсентеизм, используется формула:

$$N_i = \min\left(\frac{N_i}{x_i}; 1\right) \quad (7)$$

Для показателя eNPS применяется линейное преобразование, поскольку он может принимать отрицательные значения:

$$n_{eNPS} = \max\left(0; \min\left(1; \frac{eNPS + 20}{50}\right)\right) \quad (8)$$

Перечень показателей, нормативные значения и весовые коэффициенты представлены в таблице 24.

Таблица 24 — Показатели для расчёта интегрального показателя вовлечённости персонала ООО «Дезир Клиник»

Показатель	Тип показателя	Нормативное значение	Весовой коэффициент
Уровень вовлечённости персонала по результатам опроса	Прямой	80%	0,25
Индекс лояльности персонала, eNPS	Прямой	30%	0,15
Коэффициент текучести кадров	Обратный	8%	0,2
Выручка на одного работника	Прямой	7,0 млн руб./чел.	0,15
Индекс лояльности пациентов, NPS	Прямой	60%	0,1
Доля работников, охваченных экономическим стимулированием	Прямой	90%	0,05
Итого	—	—	1,00

** составлено автором на основе приложения И*

Таблица 24 содержит перечень показателей, используемых для расчёта интегрального показателя вовлечённости персонала, их тип, нормативные значения и весовые коэффициенты:

1. Состав показателей.

Показатели выбраны на основе логики оценки вовлечённости персонала медицинской организации:

- уровень вовлечённости персонала по результатам опроса;
- индекс лояльности персонала, eNPS;
- коэффициент текучести кадров;
- коэффициент абсентеизма;
- выручка на одного работника;
- индекс лояльности пациентов, NPS;
- доля работников, охваченных экономическим стимулированием.

Данные показатели отражают:

- мотивационную включённость персонала;
- лояльность сотрудников;
- кадровую стабильность;

- потери рабочего времени;
- производительность труда;
- удовлетворённость пациентов;
- охват сотрудников стимулирующими мероприятиями.

2. Тип показателя.

Показатели разделены на прямые и обратные.

Прямые показатели — это показатели, рост которых оценивается положительно:

- уровень вовлечённости персонала;
- eNPS;
- выручка на одного работника;
- NPS пациентов;
- доля работников, охваченных стимулированием.

Обратные показатели — это показатели, снижение которых оценивается положительно:

- коэффициент текучести кадров;

3. Нормативные значения.

Нормативные значения приняты как целевые ориентиры:

- уровень вовлечённости персонала — 80%;
- eNPS — 30%;
- коэффициент текучести кадров — 8%;
- коэффициент абсентеизма — 3%;
- выручка на одного работника — 7,0 млн руб./чел.;
- NPS пациентов — 60%;
- доля работников, охваченных стимулированием — 90%.

Данные нормативы используются для нормализации фактических значений показателей.

4. Весовые коэффициенты.

Весовые коэффициенты определяют значимость каждого показателя в интегральном показателе вовлечённости.

Установлены следующие веса:

- уровень вовлечённости персонала — 0,25;
- eNPS — 0,15;
- коэффициент текучести кадров — 0,20;
- коэффициент абсентеизма — 0,10;
- выручка на одного работника — 0,15;
- NPS пациентов — 0,10;
- доля работников, охваченных стимулированием — 0,05.

Сумма весов: $0,25+0,15+0,20+0,10+0,15+0,10+0,05=1,00$

Весовые коэффициенты приняты экспертным методом исходя из значимости показателей для медицинской организации.

2. Расчёт интегрального показателя вовлечённости персонала за 2024–2025 гг.

Результаты нормирования частных показателей и расчёта интегрального показателя вовлечённости представлены в таблице 25.

Таблица 25 — Расчёт интегрального показателя вовлечённости персонала ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг.

Показатель	Вес	Факт 2024	Нормированное значение 2024	Вклад в интегральный показатель 2024	Факт 2025	Нормированное значение 2025	Вклад в интегральный показатель 2025
Уровень вовлечённости персонала, %	0,25	62	0,775	0,1938	74	0,925	0,2313
Индекс лояльности персонала, eNPS, %	0,15	—4	0,320	0,0480	22	0,840	0,1260
Коэффициент текучести кадров, %	0,20	17,0	0,471	0,0941	9,5	0,842	0,1684
Выручка на одного работника, млн руб./чел.	0,15	6,14	0,877	0,1316	6,80	0,971	0,1457
Индекс лояльности пациентов, NPS, %	0,10	42	0,700	0,0700	55	0,917	0,0917
Доля работников, охваченных стимулированием, %	0,05	45	0,500	0,0250	78	0,867	0,0433
Интегральный показатель вовлечённости персонала	1,00	—	—	0,614	—	—	0,878

* составлено автором на основе приложения И

Таблица 25 содержит фактические значения показателей, их нормированные значения и вклады в интегральный показатель вовлечённости персонала:

Интегральный показатель вовлечённости персонала ООО «Дезир Клиник» вырос с 0,614 в 2024 г. до 0,878 в 2025 г., то есть на 0,264 пункта, или на 43,0%.

Интерпретация значений:

- менее 0,40 — низкий уровень вовлечённости;
- 0,40–0,60 — средний уровень;
- 0,61–0,80 — допустимый уровень;
- 0,81–1,00 — высокий уровень вовлечённости.

Таким образом, в 2024 г. вовлечённость персонала находилась в допустимой зоне, а в 2025 г. перешла в зону высокого уровня.

3. Расчёт экономического эффекта от роста вовлечённости персонала с учётом роста численности и высокой доли врачей.

Совокупный экономический эффект определяется по формуле:

$$\mathcal{E} = \mathcal{E}_{\text{тек}} + \mathcal{E}_{\text{выр}} + \mathcal{E}_{\text{абс}} + \mathcal{E}_{\text{кач}} \quad (9)$$

где:

$\mathcal{E}_{\text{тек}}$ — экономия от снижения текучести кадров;

$\mathcal{E}_{\text{выр}}$ — прирост маржинального дохода за счёт роста выработки;

$\mathcal{E}_{\text{абс}}$ — экономия от снижения абсентеизма;

$\mathcal{E}_{\text{кач}}$ — экономия от снижения потерь, связанных с дефектами качества и жалобами пациентов.

3.1. Экономия от снижения текучести кадров.

В 2024 г. коэффициент текучести составлял 17,0%. Если бы он сохранился в 2025 г. при численности 95 чел., ожидаемое число увольнений составило бы:

$$95 \times 0,17 = 16,15 \text{ чел.}$$

Фактически уволились 9 чел., следовательно, количество предотвращённых увольнений составляет примерно 7 чел.

С учётом высокой доли врачей средняя стоимость замены одного работника принята в размере 185 тыс. руб. Данная оценка включает расходы на подбор, адаптацию, временное снижение производительности и риски на этапе вхождения в должность. Экономия от снижения текучести кадров:

$$\mathcal{E}_{\text{тек}} = \mathcal{C}_{\text{предотвр}} \times \mathcal{C}_{\text{замены}} \quad (10)$$

$$\mathcal{E}_{\text{тек}} = 7 \times 185 = 1\,295 \text{ тыс. руб.}$$

3.2. Прирост маржинального дохода за счёт роста выработки.

Выручка на одного работника выросла с 6,14 до 6,80 млн руб./чел., то есть на 0,66 млн руб./чел.

Интенсивный прирост выручки за счёт роста производительности труда в расчёте на численность 2025 г. составляет:

$$\Delta B = 0,66 \times 95 = 62,7 \text{ млн руб.}$$

Коэффициент маржинальной доходности принят на уровне 0,45. Доля влияния роста вовлечённости на производительность труда принята экспертно на уровне 0,35. Следует отметить, что рост выручки медицинского учреждения обусловлен комплексом факторов (ценовая политика, маркетинг, загрузка специалистов, расширение услуг), поэтому влияние вовлечённости персонала оценивается через коэффициент элиминирования (0,35), что соответствует методике факторного анализа в экономических исследованиях.

$$\mathcal{E}_{\text{выр}} = 62,7 \times 0,45 \times 0,35 = 9,875 \text{ млн руб. или } 9\,875 \text{ тыс. руб.}$$

3.3. Экономия от снижения абсентеизма.

Коэффициент абсентеизма снизился с 5,8% до 4,2%, то есть на 1,6 п.п. Годовой фонд рабочего времени в 2025 г.:

$$\text{ФРВ} = 95 \times 1970 = 187\,150 \text{ чел.-ч}$$

Снижение потерь рабочего времени:

$$\Delta \mathcal{C} = 187\,150 \times 0,016 = 2\,994,4 \text{ чел.-ч}$$

Средняя стоимость одного человеко-часа с учётом заработной платы и страховых взносов принята в размере 769 руб.

$$\mathcal{E}_{\text{abc}} = 2\,994,4 \times 769 = 2\,303 \text{ тыс. руб.}$$

3.4. Экономия от снижения потерь качества.

Экспертная оценка экономии от снижения потерь качества, жалоб пациентов и репутационных издержек принята в размере 420 тыс. руб.

Совокупный экономический эффект представлен в таблице 26.

Таблица 26 — Расчёт экономического эффекта от роста вовлечённости персонала ООО «Дезир Клиник» в 2025 г. с учётом роста численности и высокой доли врачей

Источник экономического эффекта	Метод расчёта	Сумма, тыс. руб.
Экономия от снижения текучести кадров	7×185	1 295
Прирост маржинального дохода за счёт роста выработки	$(6,80 - 6,14) \times 95 \times 0,45 \times 0,35 \times 1000$	9 875
Экономия от снижения абсентеизма	$95 \times 1970 \times 0,016 \times 769 / 1000$	2 303
Экономия от снижения потерь качества и жалоб пациентов	Экспертная оценка	420
Совокупный экономический эффект	—	13 893
Расходы на экономическое стимулирование персонала за 2025 г.	По таблице 23	8 080
Чистый экономический эффект	$13\,893 - 8\,080$	5 813
Коэффициент окупаемости расходов на стимулирование	$13893 / 8080$	1,719
Рентабельность расходов на стимулирование	$(13893 - 8080) / 8080 \times 100$	71,9%

** составлено автором на основе приложения II*

Совокупный экономический эффект составил 13 893 тыс. руб. при годовых расходах на экономическое стимулирование 8 080 тыс. руб. Чистый экономический эффект равен 5 813 тыс. руб. Коэффициент окупаемости составил 1,719, то есть каждый рубль расходов на экономическое стимулирование принёс клинике 1 рубль 72 копейки совокупного экономического эффекта.

4. Показатель эффективности вовлечённости персонала и оценка окупаемости мероприятий стимулирования в ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг.

Для оценки эффективности вовлечённости персонала отдельно за 2024 и 2025 гг. используется коэффициент экономической эффективности вовлечённости персонала. Он связывает финансовый результат клиники, уровень вовлечённости персонала и расходы на экономическое стимулирование.

4.1. Расчёт показателя эффективности вовлечённости за 2024 и 2025 гг.

Для расчёта коэффициента экономической эффективности вовлечённости персонала последовательно определены три показателя:

1. интегральный показатель вовлечённости персонала — рассчитан ранее в таблице 25;
2. расходы на экономическое стимулирование персонала — определены по таблице 23 как сумма всех направлений стимулирования;
3. вовлечённая чистая прибыль — рассчитывается как произведение чистой прибыли и интегрального показателя вовлечённости персонала.

Формула вовлечённой чистой прибыли:

$$NP_{eng,y} = NP_y \times I_{eng,y} \quad (11)$$

где:

- $NP_{eng,y}$ — вовлечённая чистая прибыль за год y , млн руб.;
- NP_y — чистая прибыль ООО «Дезир Клиник» за год y , млн руб.;
- $I_{eng,y}$ — интегральный показатель вовлечённости персонала за год y .

Коэффициент экономической эффективности вовлечённости персонала рассчитывается по формуле:

$$E_{eng,y} = \frac{NP_{eng,y}}{S_y} \quad (12)$$

где:

- $E_{eng,y}$ — коэффициент экономической эффективности вовлечённости персонала за год y ;
- S_y — расходы на экономическое стимулирование персонала за год y , млн руб.

Эти изменения показывают, что мероприятия стимулирования повлияли не только на удовлетворённость персонала, но и на экономические показатели клиники. Основные направления стимулирования и их влияние на эффективность представлены в таблице 27.

Таблица 27 — Влияние мероприятий стимулирования персонала на показатели эффективности ООО «Дезир Клиник»

Направление стимулирования	Расходы 2024, млн руб.	Расходы 2025, млн руб.	Прирост расходов, млн руб.	Темп роста, %	Основное влияние на эффективность
Премии за выполнение KPI и качество обслуживания	1,95	3,38	+1,43	173,3	Рост выработки, качества услуг, лояльности пациентов, выручки на одного работника
Надбавки за стаж, наставничество, интенсивность работы	0,95	1,42	+0,47	149,5	Удержание опытных сотрудников, снижение текучести, стабильность работы
Оплата обучения, сертификации и повышения квалификации	0,45	0,89	+0,44	197,8	Рост качества медицинских услуг, профессиональной компетентности, клиентского сервиса
Итого	3,35	5,69	+2,34	169,9	—

* составлено автором на основе приложения И

Таблица 27 показывает динамику расходов по каждому направлению стимулирования и качественное влияние этих мероприятий на эффективность работы клиники. Анализ ключевых мероприятий экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг. показывает,

что расходы по трём основным направлениям выросли с 3,35 до 5,69 млн руб., или на 69,9%, обеспечив около 72,7% общего прироста расходов на стимулирование, а их доля в общей сумме увеличилась с 68,9% до 70,4%. Наибольший абсолютный прирост пришёлся на премии за выполнение KPI и качество обслуживания — с 1,95 до 3,38 млн руб. (+73,3%), что усиливает связь стимулирования с производительностью труда, выручкой и лояльностью пациентов; самые высокие темпы роста показало обучение и повышение квалификации — на 97,8%, до 0,89 млн руб., что подтверждает ориентацию клиники на качество услуг и профессиональное развитие врачей; надбавки за стаж, наставничество и интенсивность работы выросли на 49,5%, до 1,42 млн руб., поддерживая удержание опытного персонала и кадровую стабильность.

Таким образом, изменения системы стимулирования были направлены преимущественно на рост результативности труда, повышение качества медицинских услуг и сохранение квалифицированных сотрудников, что создало условия для роста вовлечённости персонала, снижения текучести кадров, увеличения выручки на одного работника и получения измеримого экономического эффекта.

4.2. Какие мероприятия стимулирования оказались наиболее эффективными.

На основе проведённого расчёта можно выделить несколько групп мероприятий. Наиболее эффективные по общему экономическому вкладу. По общему размеру полученного эффекта наиболее результативными оказались премии за выполнение KPI и качество обслуживания.

Их эффективность обусловлена тем, что они:

- напрямую связаны с результатами работы врача;
- стимулируют рост выручки;
- мотивируют персонал улучшать качество обслуживания;
- влияют на удовлетворённость пациентов;
- способствуют росту выработки на одного работника.

Наиболее эффективные по отдаче на рубль затрат. По относительной отдаче среди значимых мероприятий наиболее эффективным оказалось обучение, сертификация и повышение квалификации.

Высокая эффективность обучения объясняется тем, что для медицинской организации:

- квалификация врачей напрямую влияет на качество услуг;
- обучение повышает уверенность и самостоятельность персонала;
- рост качества услуг увеличивает лояльность пациентов;
- снижение ошибок уменьшает потери качества;
- профессиональное развитие повышает вовлечённость и удержание врачей.

Таким образом, относительно небольшие вложения в обучение дали высокую отдачу за счёт роста качества, производительности и лояльности пациентов.

4.3. Связь мероприятий стимулирования с показателем эффективности вовлечённости.

Рост показателя эффективности вовлечённости с 4,42 в 2024 г. до 5,54 в 2025 г. был обеспечен не только увеличением расходов на персонал, но и качественным изменением системы стимулирования.

В 2024 г. система стимулирования была менее интенсивной:

- расходы на стимулирование составляли 4,86 млн руб.;
- охват персонала стимулированием был ниже — 45%;
- уровень вовлечённости составлял 0,614;
- текучесть кадров была высокой — 17,0%;
- eNPS был отрицательным — -4%.

В 2025 г. клиника усилила мероприятия стимулирования, что привело к следующему:

- охват стимулированием вырос до 78%;
- вовлечённость персонала выросла до 0,878;

- eNPS вырос до +22%;
- текучесть кадров снизилась до 9,5%;
- выручка на одного работника выросла до 6,80 млн руб./чел.;
- чистая прибыль выросла до 51,0 млн руб.

В результате вовлечённая чистая прибыль выросла с 21,49 млн руб. в 2024 г. до 44,78 млн руб. в 2025 г., то есть на 108,4%. При этом расходы на стимулирование выросли на 66,3%. Это означает, что рост вовлечённой прибыли был быстрее, чем рост затрат на стимулирование.

Следовательно, эффективность вовлечённости персонала выросла не экстенсивно, то есть не только за счёт увеличения расходов, а интенсивно — за счёт лучшего использования персонала, повышения вовлечённости, снижения потерь рабочего времени, уменьшения текучести и роста производительности труда.

Проведенный комплексный анализ кадровых и экономических показателей ООО «Дезир Клиник», а также оценка окупаемости мероприятий по экономическому стимулированию персонала, опирается на систему взаимосвязанных аналитических инструментов. Таким образом, полученные в ходе анализа результаты подтверждают необходимость применения комплексного методологического подхода к оценке эффективности вовлечённости персонала и мероприятий экономического стимулирования. Для обеспечения научной обоснованности расчётов использованные формулы и показатели были систематизированы с опорой на труды отечественных и зарубежных учёных в области экономического анализа, управления персоналом, оценки эффективности кадровых мероприятий и экспертных методов. Методологическое обеспечение расчёта показателей представлен в Приложение Ж.

Согласно проведенному анализу эффективности стимулирования вовлеченности можно сделать следующие выводы:

1. В 2025 г. общая численность персонала ООО «Дезир Клиник» составила 95 чел., из них 79 чел., или 83,2%, — врачи. По сравнению с 2024 г. общая численность выросла на 7 чел., численность врачей — также на 7 чел.

2. Рост численности сопровождается улучшением экономических показателей: выручка увеличилась с 540,0 до 646,0 млн руб., выручка на одного работника — с 6,14 до 6,80 млн руб./чел., чистая прибыль — с 35,0 до 51,0 млн руб.

3. Интегральный показатель вовлечённости персонала вырос с 0,614 в 2024 г. до 0,878 в 2025 г., или на 43,0%. Уровень вовлечённости перешёл из допустимой зоны в высокую.

4. Коэффициент экономической эффективности вовлечённости персонала в 2024 г. составил 4,42, а в 2025 г. — 5,54. Рост составил 25,3%, что свидетельствует о повышении отдачи от расходов на персонал.

5. Вовлечённая чистая прибыль выросла с 21,49 млн руб. в 2024 г. до 44,78 млн руб. в 2025 г. Прирост вовлечённой прибыли составил 23,29 млн руб.

6. Каждый дополнительный рубль расходов на стимулирование персонала в 2025 г. по сравнению с 2024 г. обеспечил около 7,23 руб. прироста вовлечённой чистой прибыли.

7. Совокупный экономический эффект от роста вовлечённости персонала составил 13 893 тыс. руб., чистый экономический эффект — 5 813 тыс. руб.

8. Коэффициент окупаемости расходов на экономическое стимулирование составил 1,719, рентабельность расходов — 71,9%.

9. Основной эффект был получен за счёт роста производительности труда — 9 875 тыс. руб., или 71,1% общего эффекта. Это связано с премиями за KPI, обучением персонала и ростом вовлечённости врачей.

10. Наиболее эффективным мероприятием по общему экономическому вкладу являются премии за выполнение KPI и качество обслуживания, поскольку они напрямую влияют на выручку, качество услуг и мотивацию врачей.

11. Наиболее эффективным мероприятием по отдаче на рубль затрат является обучение, сертификация и повышение квалификации, поскольку при относительно небольших расходах они дают значимый рост качества услуг, лояльности пациентов и профессиональной вовлечённости врачей.

Таким образом, система экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник» в 2025 г. является результативной: рост расходов на персонал не только привёл к повышению вовлечённости, но и обеспечил измеримый экономический эффект за счёт роста производительности труда, снижения текучести кадров и улучшения качества медицинских услуг.

Выводы по главе 3

В Российской Федерации разработаны предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях (стационарах, поликлиниках и медицинских лабораториях) на базе ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора). Указанные предложения не представляют собой полноценную систему менеджмента качества (СМК), но могут быть использованы в качестве рекомендаций для её формирования в учреждениях здравоохранения.

В рамках проведённого исследования были выполнены следующие задачи: 1) выделены заинтересованные стороны учреждений здравоохранения, для которых актуальна разработка системы менеджмента качества в медицинских организациях; с учётом современных тенденций, предполагающих акцент на человеческом капитале, подчёркивается, что руководитель организации, стремящийся к повышению конкурентоспособности и увеличению производственных мощностей, обязан вовлекать персонал в процессы повышения эффективности труда и качества оказываемых медицинских услуг; 2) разработана цепочка создания стоимости

при реализации клинико-диагностических мероприятий в организациях здравоохранения; 3) представлены показатели затрат на бизнес-процесс; 4) предложены нефинансовые и финансовые показатели для оценки качества оказываемых услуг в учреждениях здравоохранения; 5) определены ключевые аспекты предложений (практических рекомендаций) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности деятельности в медицинских организациях (стационарах, поликлиниках и медицинских лабораториях).

Разработан алгоритм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг, основанная на теории мотивации, формирования мотивов труда, удовлетворенности потребностей работника и принципах управления качеством.

Предложен поэтапный план формирования и внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в систему менеджмента качества. Реализация этого плана позволит учреждениям здравоохранения успешно наладить процесс вовлечения персонала в деятельность по обеспечению качества медицинских услуг.

Разработана система менеджмента качества для учреждений здравоохранения с внедрением алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг, включающая: реестр процессов СМК учреждения здравоохранения; схему взаимодействия процессов СМК учреждений здравоохранения; рекомендации по структуре и содержанию руководства по качеству (РК) с изложением методов, процессов и ресурсов, необходимых для внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в процессы обеспечения качества услуг.

Предложенная система менеджмента качества с интегрированным алгоритмом формирования вовлеченности может быть адаптирована для любой медицинской организации в качестве полноценной системы менеджмента качества (СМК). Однако её применение требует наполнения конкретными внутренними нормативными документами, актуальными для каждой отдельной медицинской организации, а также учёта уникальной

информации, присущей данному учреждению. В зависимости от потребностей медицинской организации разработанная система менеджмента качества может быть расширена и дополнена.

В параграфе 3.3. проведена апробация методики оценки экономического стимулирования вовлечённости персонала на примере частного медицинского учреждения ООО «Дезир Клиник» за 2024–2025 гг. Установлено, что в условиях роста численности персонала с 88 до 95 человек, в том числе увеличения доли врачей с 81,8% до 83,2%, система экономического стимулирования оказала положительное влияние на кадровую стабильность и результативность организации.

В результате реализации стимулирующих мероприятий интегральный показатель вовлечённости персонала вырос с 0,614 до 0,878, или на 43,0%, что свидетельствует о переходе организации в зону высокого уровня вовлечённости. Коэффициент текучести кадров снизился с 17,0% до 9,5%, а выручка на одного работника увеличилась с 6,14 до 6,80 млн руб.

Совокупный экономический эффект от роста вовлечённости персонала составил 13 893 тыс. руб., чистый экономический эффект — 5 813 тыс. руб. Коэффициент окупаемости расходов на экономическое стимулирование достиг 1,719, рентабельность расходов составила 71,9%.

Таким образом, система экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник» в 2025 г. является результативной: рост расходов на персонал не только привёл к повышению вовлечённости, но и обеспечил измеримый экономический эффект за счёт роста производительности труда, снижения текучести кадров и улучшения качества медицинских услуг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационное исследование посвящено решению актуальной научной и практической проблемы — повышению результативности систем менеджмента качества (СМК) через целенаправленное формирование и развитие вовлечённости персонала. Исследование проводилось в сфере здравоохранения, где качество услуг напрямую влияет на благополучие пациентов. Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы и разработать алгоритм формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества услуг учреждений здравоохранения в рамках системы менеджмента качества:

1. В ходе исследования было переосмыслено место вовлечённости персонала в системе менеджмента качества на базе стандарта ГОСТ Р ИСО 10018-2014. Разработана структура вовлечённости, которая подчёркивает стратегическую роль сотрудников в обеспечении качества услуг — не как исполнителей, а как активных участников процессов улучшения; интегрирует развитие компетенций персонала в цикл постоянного совершенствования СМК; устанавливает взаимосвязь между уровнем вовлечённости и достижением целевых показателей качества. Разработанная структура вовлеченности персонала даёт понимание, какие элементы формируют вовлеченность, что в дальнейшем позволило успешно разработать алгоритм формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества медицинских услуг.

2. Предложен методический подход к системному анализу устойчивого «целенедостижения» в управлении качеством услуг. Подход базируется на выявлении и систематизации причинно-следственных связей между: уровнем вовлечённости сотрудников; эффективностью процессов СМК; результатами деятельности организации, что позволяет не просто фиксировать отклонения, а прогнозировать и предотвращать проблемы, связанные с недостаточной мотивацией персонала. На основе апробированной

методики анализа патологий управления были проведены следующие исследования: 1) изучено состояние 27 медицинских организаций на предмет наличия проблемы «устойчивого целенедостижения»; 2) выделены 11 патологий, связанных с вовлеченностью персонала в обеспечение качества медицинских услуг; 3) по результатам анкетирования в медицинских учреждениях установлено, что проблема «устойчивого целенедостижения» вовлечения персонала присутствует в той или иной степени; 4) разработан регламент по выходу из проблем «устойчивого целенедостижения» вовлеченности персонала в целях обеспечения качества медицинских услуг.

3. Разработан регламент устранения «патологий вовлечённости», который помогает ликвидировать выявляет причины устойчивого «целенедостижения», мешающие сотрудникам активно участвовать в обеспечении качества. Регламент классифицирует основные типы проблем, такие как организационные, коммуникационные, мотивационные; предлагает алгоритмы диагностики и коррекции для каждой выявленной причины устойчивого «целенедостижения».

4. Разработан алгоритм формирования вовлеченности персонала в систему менеджмента качества медицинских. Сформулированы предложения по изменению содержания системы менеджмента качества медицинского учреждения с указанием реестра процессов СМК и документации, регулирующей деятельность организации по управлению качеством, что позволит успешно интегрировать алгоритм формирования вовлечённости персонала в СМК и осуществлять управление.

5. Сформирована дорожная карта внедрения алгоритма в деятельность медицинских учреждений. Сформулированы предложения по изменению содержания системы менеджмента качества медицинского учреждения с указанием реестра процессов СМК и документации, регулирующей деятельность организации по управлению качеством, что позволит успешно интегрировать алгоритм формирования вовлечённости персонала в СМК и осуществлять управление.

На основе проведенного диссертационного исследования можно выделить ключевые выводы исследования:

1. Вовлечённость персонала — не вспомогательный, а системообразующий элемент СМК, особенно в социально значимых отраслях. Её отсутствие или низкий уровень ведёт к формализации процессов и снижению результативности системы.

2. Разработанная структура вовлечённости позволяет перейти от фрагментарных мер мотивации к комплексному управлению человеческим капиталом в рамках СМК.

3. Методический подход к анализу «целенедостижения» даёт возможность выявлять скрытые причины проблем качества, связанные с организационным поведением и корпоративной культурой.

4. Регламент устранения «патологий вовлечённости» создаёт механизм оперативной коррекции управленческих решений, предотвращая накопление системных ошибок.

5. Алгоритм и дорожная карта обеспечивают практическую реализацию теоретических положений, делая их применимыми в реальных условиях медицинских учреждений.

Таким образом, проведённое исследование сформировало научно-обоснованную методологию повышения эффективности СМК через системное управление вовлечённостью персонала. Предложенные решения не только устраняют существующие проблемы в управлении качеством, но и закладывают основу для долгосрочного развития организаций, ориентированных на непрерывное совершенствование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ГОСТ Р ИСО 9000-2015 (ISO 9000:2015) «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200124393> (Дата обращения: 20.12.2017).
2. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015) «Системы менеджмента качества. Требования.» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200124394> (Дата обращения: 15.12.2017).
3. ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ISO 9001:2008) «Системы менеджмента качества. Требования.» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200068732?ysclid=mar2d2hji273269288> (Дата обращения: 15.12.2017).
4. ГОСТ Р ИСО 9004-2019 (ISO 9004:2019) «Менеджмент качества. Качество организации. Руководство по достижению устойчивого успеха организации». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200167117?ysclid=mar28togc735266380> (Дата обращения: 11.02.2020).
5. ISO 7101:2023 «Менеджмент учреждений здравоохранения. Системы менеджмента качества в учреждениях здравоохранения. Требования» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://cdn.standards.iteh.ai/samples/81647/d3a751f7117b44959620701e56107732/ISO-7101-2023.pdf> (Дата обращения: 10.02.2024).
6. КоАП РФ ст. 5.27 «Нарушение трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права».
7. Методика анализа СМК руководством. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://pqm-online.com/assets/files/pubs/method/qms-management-review.pdf> (Дата посещения 17.08.2021).

8. Национальный проект «Здравоохранение» от 24 декабря 2018 года. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://government.ru/info/35561/> (Дата посещения 15.10.2019).

9. Официальный сайт ВОК - Национальная партнерская организация EFQM в России. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://efqm-rus.ru/> (Дата обращения: 11.12.2020).

10. Постановление Правительства РФ от 10.04.2023 N580 «О разработке и утверждении профессиональных стандартов» (вместе с «Правилами разработки и утверждения профессиональных стандартов»). (вступает в силу с 1 сентября 2025 г.).

11. Постановление от 27.06.2016 № 584 «Об особенностях применения профессиональных стандартов в части требований, обязательных для применения государственными внебюджетными фондами российской федерации, государственными или муниципальными учреждениями, государственными или муниципальными унитарными предприятиями, а также государственными корпорациями, государственными компаниями и хозяйственными обществами, более пятидесяти процентов акций (долей) в уставном капитале которых находится в государственной собственности или муниципальной собственности».

12. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.cmkee.ru/activities/internal-control/otdel-uk-i-omd/> (Дата обращения: 11.03.2020).

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

14. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 июля 2022 г. N 410н «Об утверждении Положения о разработке наименований квалификаций и требований к квалификации, на соответствие которым проводится независимая оценка квалификации».

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 декабря 2022 г. N 831 «Об утверждении списка наиболее востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, требующих среднего профессионального образования».

16. Приказ Минтруда России от 12 апреля 2013 г. № 147н «Об утверждении макета профессионального стандарта» (с изменениями от 29 сентября 2014 г. № 665н).

17. Приказ Минтруда России от 12.04.2013 № 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов».

18. Приказ Минтруда России от 18 июля 2024 г. №359 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке и актуализации профессионального стандарта».

19. Приказ Минтруда России от 29 сентября 2014 г. № 667н «О реестре профессиональных стандартов (перечне видов профессиональной деятельности)».

20. Приказ Минтруда России от 30 сентября 2014 г. № 671н «Об утверждении методических рекомендаций по организации профессионально-общественного обсуждения и экспертизы проектов профессиональных стандартов».

21. Приказ Минтруда России от 4 сентября 2024 г. №446н «Об утверждении Макета профессионального стандарта" (вступает в силу с 1 сентября 2025 г.)».

22. Профстандарт 02 «Здравоохранение» на специализированном сайте Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

[Электронный ресурс] – Режим доступа: www.profstandart.rosmintrud.ru (Дата посещения 15.01.2025).

23. Руководство по качеству ИРНИТУ (СТО 024-2018). [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.istu.edu/local/modules/doc/download/45807> (Дата обращения: 25.03.2021).

24. Система КРІ: разработка и внедрение ключевых показателей эффективности. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.hr-director.ru> (Дата обращения: 10.09.2019г.).

25. Стратегия развития здравоохранения до 2025 года. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://kremlin.ru/acts/news/60708> (Дата посещения 15.10.2019).

26. Трудовой кодекс РФ глава 31 статья 195.1 «Понятия квалификации работника, профессионального стандарта».

27. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

28. Федеральный закон № 122 статьи 11 от 02.05.2015 года «О внесении изменений в Трудовой кодекс РФ».

29. Федеральный закон № 73 «Об образовании в Российской Федерации».

30. Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 N 2-ФКЗ (ред. от 28.12.2016) «О Правительстве Российской Федерации».

Двухфакторная теория Герцберга. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://clck.ru/3RHvpU> (Дата обращения: 15.12.2017).

31. Аваева, В.Е. Эволюция понятия мотивация в трактовках зарубежных и отечественных ученых / В.Е. Аваева, Н.И. Астаховой, Г.И. Москвитина, Ю.Ю. Ващейкиной // Карельский научный журнал. – 2016. – Т.5. – № 4(17). – С. 206–209.

32. Авдеев, В.В. Управление персоналом: технология формирования команды / В.В. Авдеев. – М.: Финансы и статистика, 2014. – 384 с.

33. Авлиякулов, Н.Н. Анализ и оценка функционирования системы менеджмента качества в организации / Н.Н. Авлиякулов, Ш.С. Кодирова // Техническое регулирование в едином экономическом пространстве. – 2023. – С. 7-11.

34. Азими́на, Е.В. Методика оценки качества управления организацией / Е.В. Азими́на, Е.А. Горбашко, Е.Ю. Плешакова, А.Н. Цветков // Стандарты и качество. – 2018. – № 2. – С. 50-54.

35. Асалиев, А.М. Человеческий капитал в контексте стратегии социально-экономического развития / А.М. Асалиев // Вестник Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова. – 2017. – № 6 (96). – С. 96–105.

36. Бавина, П.А. Мотивация персонала в современной организации: Учебное пособие / П.А. Бавина, Н.В. Василенко, А.Я. Панфилова, Н.А. Пашкус, С.Ю. Трапицын. Под общ. ред. С.Ю. Трапицына. – СПб.: ООО «Книжный Дом», 2007. – 240 с.

37. Балашов, Ю.К. Мотивация и стимулирование персонала: основы построения системы стимулирования / Ю.К. Балашов, А.Г. Коваль // Маркетинг в России и за рубежом. – 2015. – № 7. – С. 40-43.

38. Береза, Н. Управление вовлеченностью сотрудников: актуальные практики и инструменты. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://hrm.ru/upravlenie-vovlechennostju-sotrudnikovaktualnye-praktikii-instrumenty> (Дата обращения: 10.10.2020).

39. Блинов, А.О., Мотивация персонала корпоративных структур / А.О. Блинов. - М.: ИНФРА, 2014. – 216 с.

40. Бовыкин, В.И. Новый менеджмент: управление предприятием на уровне высших стандартов; теория и практика эффективного управления / В.И. Бовыкин. – М.: Экономика, 2014. – 368 с.

41. Бондарская, Т.А. Совершенствование системы управления качеством на предприятии: монография / Т.А. Бондарская, Н.В. Злобина, А.Ю. Сизикин. – Тамбов.: Изд-во ФГБОУ ВО «ТГТУ», 2016. – 79 с.

42. Врум, В. Труд и мотивация / В. Врум. – М., 1964. – 331 с.
43. Галкина, Ю.А. Анализ сущности современных мотивационных концепций / Ю.А. Галкина // Современная экономика: проблемы, тенденции, перспективы. 2009. – № 2.
44. Герчиков, В.И. Мотивация, стимулирование и оплата труда / В.И. Герчиков. – М.: Изд-во ГУ ВШЭ, 2004. – 172 с.
45. Герчиков, В.И. Типологическая концепция трудовой мотивации / В.И. Герчиков // Мотивация и оплата труда. – 2005. – № 2. – С. 53-62.
46. Герчиков, В.И. Типологическая концепция трудовой мотивации / В.И. Герчиков // Мотивация и оплата труда. – 2005. – №3. – С. 2-6.
47. Герчикова, В.В. Биография В.И. Герчикова. Проект «Дельфы». – 2007. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.delfy.biz/node/151> (Дата обращения: 15.05.2018).
48. Гличев, А.В. Основы управления качеством продукции / А.В. Гличев. - М.: Изд-во АМИ, 1998. – 356 с.
49. Головцова, И.Г. Патологии менеджмента и вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг / И.Г. Головцова, Е.Ю. Плешакова, М.А. Тозикова // Информационно-экономические аспекты стандартизации и технического регулирования. – 2019. – №3. (49). – С. 10.
50. Голуб, И.Н. Вовлеченность персонала как ключевой фактор успеха компании / И.Н. Голуб // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2020. – № 8. – С. 121-124.
51. Горбашко, Е.А. Управление качеством: учебник для среднего профессионального образования / Е.А. Горбашко. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 352 с.
52. Горбашко, Е.А. Всеобщее управление качеством: учебник / Е.А. Горбашко, Е.В. Васильева, Н.Ш. Ватолкина, И.Г. Головцова, Д.Н. Десятко, А.И. Извеков, Н.Р. Камынина, Т.И. Леонова, И.А. Максимцев, Э.Э. Мамедов, А.К. Нинчиев, Ю.А. Рыкова, Т.Г. Стефанова, Сущева Н.В., А.В. Титова, Е.В.

Чернова. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургский государственный экономический университет, 2020. – 287 с.

53. Горбашко, Е.А. Подготовка кадров по управлению качеством. Новый тренд - концепция «качество 4.0» / Е.А. Горбашко // Стандарты и качество. – 2019. – № 5. – С. 84-86.

54. Горбашко, Е.А. Профессиональные стандарты в подготовке кадров современного рынка труда / Е.А. Горбашко, П. Грей, Е.В. Васильева // Стандарты и качество. – 2016. – №7. – С. 80-87.

55. Горбашко, Е.А. Развитие системы менеджмента качества организации в условиях цифровизации экономики: монография / Е.А. Горбашко, Н.А. Бонюшко, А.А. Семченко. – СПб.: Изд-во СПбГЭУ, 2019. – 155 с.

56. Громова, Н.В. Геймификация как инструмент обеспечения конкурентоспособности современных компаний / Н.В. Громова // Современная конкуренция. – 2018. – № 2. – С. 55–66.

57. Громова, Н.В. HR-брендинг в обеспечении конкурентоспособности компаний / Н.В. Громова // Современная конкуренция. – 2016. – Т.10. – №1(55). – С. 124–132.

58. Деминг, Э.У. Новая экономика / Э.У. Деминг; пер. с англ. Т. Гуреш. – М.: Эксмо, 2006. – 208 с.

59. Джуран, Дж. Качество в истории цивилизации. Эволюция, тенденции и перспективы управления качеством / Дж. Джуран. – М.: Стандарты и Качество, 2004 г. – 208 с.

60. Долженко, Р.А. Исследование понятий удовлетворенность, лояльность, вовлеченность персонала / Р.А. Долженко // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2014. – № 9. – С. 157-162.

61. Дудяшова, В.П. Мотивация труда в менеджменте / В.П. Дудяшева. – Кострома: издательство КГТУ, 2015. – 280 с.

62. Евсеенкова, К.Ю. Вовлечённость персонала как способ мотивации / К.Ю. Евсеенкова, О.Е. Стеклова // Вестник УлГТУ. – 2014. – №3. – С. 56-58.

63. Жилинов, О. Факторы повышения трудовых показателей предприятия / О. Жилинов // Экономика и экология. – 2015. – №2 – С.55.
64. Здравомыслов, А.Г. Человек и его работа в СССР и после: Учеб. пособие для вызова / А.Г. Здравомыслов, В.А. Ядов. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 485 с.
65. Зеленова, О.И. Мотивация персонала в мультинациональной организации: Учеб. пособие / О.И. Зеленова, Н.В. Севастьянова. – М.: РУДН, 2008. – 235 с.
66. Кабалина, В.И. Вовлеченность работников через призму нормативного и сверхнормативного поведения / В.И. Кабалина, Л.М. Чеглакова // Корпоративный менеджмент и бизнес-образование. – 2015. – С. 85-107.
67. Кабушкин, Н.И. Основы менеджмента: Учеб. Пособие / Н.И. Кабушкин – 4-е изд. – Мн.: Новое знание, 2014. – 336 с.
68. Кассандрова, О.Н. Обработка результатов измерений / О.Н. Кассандрова, В.В. Лебедева. – М.: Наука, 1970. – 104 с.
69. Катков, В.М. Мотивы и стимулы в современных теориях мотивации / В.М. Катков, Ю.Е. Галкина // Экономика и финансы. – 2005. – №9. – С. 45-49.
70. Кобьёлл, К. Мотивация в стиле ЭКШН. Восторг заразителен / К. Кобьёлл; пер. с нем. – 2-е изд. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 192 с.
71. Кокурина, И.Г. Методика изучения трудовой мотивации / И.Г. Кокурина. – М.: МГУ, 1990. – 56 с.
72. Коллинз, Дж. От хорошего к великому. Почему одни компании совершают прорыв, а другие нет... / Дж. Коллинз; пер. с англ. П. Павловский. – СПб.: Стокгольмская школа экономики в Санкт-Петербурге, 2011. – 320 с.
73. Кондрашевский, В. Повышение производительности: европейский подход / В. Кондрашевский, А. Бондаренко // Экономист. – 2015. – № 11. – С. 48.

74. Коновалова, В. Управление вовлеченностью персонала: факторы успехов и неудач / В. Коновалова // Кадровик. – 2014. – № 9. – С. 74–84.

75. Кулькова, И.А. Методические положения по оценке и развитию факторов формирования вовлеченности персонала в деятельность предприятия / И.А. Кулькова, Н.А. Николаев // Известия УГГУ. – 2016. – Вып. 4(44). – С. 88–93. – DOI 10.21440/2307-2091-2016-4-88-93.

76. Курилова, Ю.А. Вовлечение производственного персонала в процессы повышения качества выпускаемой продукции на стеклообрабатывающих предприятиях. Выпускная квалификационная работа / Ю.А. Курилова. – 2018.

77. Лайкер, Дж. Дао Toyota: 14 принципов менеджмента ведущей компании мира / Дж. Лайкер; Пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 402 с. – (Серия «Модели менеджмента ведущих корпораций»).

78. Лapidус, В.А. Всеобщее качество (TQM) в российских компаниях / В.А. Лapidус. – М.: ОАО "Типография "Новости", 2000. – 432с.

79. Лебедева, Е.А. Проблемы управления персоналом в контексте современного менеджмента. Проблема вовлеченности сотрудников в процессы управления по целям / Е.А. Лебедева // Проблемы современной науки и образования. – 2015. – №1 (31). – С. 121-122.

80. Липатов, С.А. Вовлеченность работника в организацию или увлеченность работой: соотношение понятий / С.А. Липатов // Организационная психология. – 2015. – Т.5. – №1. – С. 104-110.

81. Мескон, М.Х. Основы менеджмента / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; пер. с англ. – М.: Дело, 1997. – 704 с.

82. Михалкина, Е.В. Подходы и механизм управления мотивацией и вовлеченностью работников / Е.В. Михалкина, Д.А. Михалкина // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2017. – № 4. – С. 49-56.

83. Мюррей, Д. Перспективы качества / Д. Мюррей // Европейское качество. Деловое совершенство. Дайджест. – 2005. – №2. – С. 18-21.

84. Николаев, Н.А. Алгоритм повышения эффективности труда работников малых предприятий на основе управления вовлеченностью / Н.А. Николаев // Вестник Самарского государственного университета. – 2015. – №5 (127). – С. 194-209.

85. Николина, Ю. Система менеджмента качества (СМК) на предприятии / Ю. Николина // Управление предприятием. – 2021. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://upr.ru/article/sistema-menedzhmenta-kachestva-smk-na-predpriyatii/> (Дата обращения: 05.01.2023).

86. Орёл, С.В. Вовлеченность персонала как фактор повышения эффективности применения компетентностного подхода на предприятии / С.В. Орёл, М.М. Кустова // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. – 2015. – №4. – С. 96-101.

87. Оучи, У. Методы организации производства. Японский и американский подходы / У. Оучи; пер. с англ. – М., 1984. – 184 с.

88. Панфилов, О.С. Анализ взаимодействия процессов системы менеджмента качества организации. / О.С. Панфилов // Региональная экономика: теория и практика. – 2011. – № 8. – С. 48-52.

89. Питерс, Т.Дж. В поисках совершенства. Уроки самых успешных компаний Америки / Т.Дж. Питерс, Р.Х. Уотерманн. – М.: Вильямс, 2005. – 524 с.

90. Плешакова, Е.Ю. Взаимосвязь средств реализации методов управления качеством и организационными потенциалами / Е.Ю. Плешакова, М.А. Тозикова // Вестник факультета управления СПбГЭУ. – 2018. – № 3-1. – С. 83-87.

91. Плешакова, Е.Ю. Влияние «патологий» менеджмента на вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг / Е.Ю. Плешакова, М.А. Тозикова // Техничко-технологические проблемы сервиса. – 2020. – С. 109-115.

92. Плешакова, Е.Ю. Кадровое обеспечение в управлении проектами: учебное пособие / Е.Ю. Плешакова, Е.Г. Калязина. – Спб.: СПбГЭУ, 2020. – 95 с.

93. Плешакова, Е.Ю. Патологии менеджмента в организациях здравоохранения / Е.Ю. Плешакова, С.О. Ельсиновская // Современный менеджмент: проблемы и перспективы. – 2016. – №6 (99). – С. 72-75.

94. Плешакова, Е.Ю. Патологии менеджмента в проектных организациях / Е.Ю. Плешакова, Е.Г. Калязина // Техничко-технологические проблемы сервиса. – 2022. – №3 (61) – С. 86-93.

95. Пригожин, А.И. Дезорганизация: Причины, виды, преодоление / А. И. Пригожин. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2007. – 402 с. – (Серия «Синергичная организация»).

96. Ребров, А.В. Влияние мотивационной структуры работника на эффективность труда / А.В. Ребров // Социологические исследования. –2008. – №5. – С. 74-84.

97. Ребров, А.В. Влияние структуры мотивации работника на результативность труда: новая парадигма в управлении мотивацией / А.В. Ребров. – Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. – 156 с.

98. Ребров, А.В. Факторы формирования мотивации работников / А.В. Ребров // Социологические исследования. – 2011. – №3. – С. 38-49.

99. Ричи, Ш. Управление мотивацией: Учеб. пособие / Ш. Ричи, П. Мартин. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 399 с. – (Зарубежный учебник).

100. Румянцев, И.Л. Методические рекомендации по определению потребностей и ожиданий заинтересованных сторон / И.Л. Румянцев. – 2023. – 4 с.

101. Рябова, Т. Лучшая инвестиция для компании – это работа с уровнем вовлечённости сотрудников / Т. Рябова // Управление персоналом. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.toppersonal.ru/commentissue.html?62>. (Дата обращения: 24.04.2018).

102. Свергун, О. Вовлеченность персонала: PRO-персонал. 2012. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.pro-personal.ru/article/460105-01-03-2016-vovlechnost-personalatsennoe-preimushchestvo> (Дата обращения: 15.05.2018).
103. Свергун, О. Вовлечённость персонала: ценное преимущество / О. Свергун // Справочник по управлению персоналом. – 2012. – №8. – С 59–64. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.pro-personal.ru/journal/870/460105/> (Дата обращения: 15.11.2019).
104. Свиткин, М.З. Международные стандарты ИСО серии 9000. Методика и практика применения / М.З. Свиткин, В.Д. Мацута, К.М. Рахлин. – М.: НИИТЭХИМ, 1991. – 205с.
105. Свиткин, М.З. Менеджмент качества и обеспечение качества продукции на основе международных стандартов ИСО / М.З. Свиткин, В.Д. Мацута, К.М. Рахлин. – СПб.: Изд-во СПб картфабрики ВСЕГЕИ, 1999. – 403с.
106. Скриптунова, Е.А. Методика расчета индекса вовлеченности персонала / Е.А. Скриптунова // Управление человеческим потенциалом. – 2010. – №2 (22). – С. 1-16.
107. Слепко, Ю.Н. Использование методов математической статистики в психологическом исследовании: методические рекомендации / сост. Ю.Н. Слепко, А.Э. Цымбалюк. – Ярославль, 2010. – 55 с.
108. Смирнов, П.С. Связь вовлеченности с типами мотивацией персонала. Магистерская диссертация / П.С. Смирнов. – Москва: НИУ ВШЭ, 2015. – 98 с.
109. Соколова, Л.И. Формирование подсистемы измерения и анализа удовлетворённости и вовлечённости персонала в процессы системы менеджмента качества образовательной организации. Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. / Л.И. Соколова. – Тамбов, 2009. – 245 с. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://economy-lib.com/formirovanie-podsistemy-izmereniya-i-analiza->

udovletvoryonnosti-i-vovlechyonnosti-personala-v-protssesy-sistemy-menedzhme
#ixzz6PSlLdD1F (Дата обращения: 10.09.2018).

110. Соколова, Л.И. Формирование подсистемы измерения и анализа удовлетворенности и вовлеченности персонала в процессы системы менеджмента качества образовательной организации / Л.И. Соколова, Е.С. Мищенко, С.В. Пономарев. – Тамбов: Издательство ТГТУ, 2009. – 124 с.

111. Табакаева, О.А. Исследование методов построения системы менеджмента качества / О.А. Табакаева, В.П. Часовских, М.П. Воронов // Научное обозрение. Экономические науки. – 2017. – № 4. – С. 91-97.

112. Тозикова, М.А. Влияние профессиональных стандартов на кадровую политику в организациях здравоохранения / М.А. Тозикова, Е.Ю. Плешакова // Национальная концепция качества: государственная и общественная защита прав потребителей сборник тезисов докладов международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 170-174.

113. Тозикова, М.А. Вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг / М.А. Тозикова // Национальная концепция качества: государственная и общественная защита прав потребителей. Сборник тезисов докладов международной научно-практической конференции. Под редакцией Е.А. Горбашко. – 2019. – С. 204-207.

114. Тозикова, М.А. Вовлечённость персонала: понятия, структура и взаимосвязи / М.А. Тозикова // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2025. – №5 (155). – С. 163-167.

115. Тозикова, М.А. Методы вовлечения персонала в СМК организации / М.А. Тозикова // Проблемы экономики, науки и образования в контексте реализации мультидисциплинарного подхода. Научная конференция аспирантов СПбГЭУ. Под редакцией Е.А. Горбашко. – 2019. – С. 60-64.

116. Тозикова, М.А. Механизм формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг / М.А. Тозикова //

Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2022. – №2 (34). – С. 187-191.

117. Тозикова, М.А. Новая версия стандарта ISO 9001:2015: новые акценты в управлении персоналом / М.А. Тозикова // Интеграция науки, образования и бизнеса - основа модернизации экономики. – 2018. – С. 61-65.

118. Тозикова, М.А. Нормативное регулирование вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг / М.А. Тозикова // Экономика и управление в XXI веке: новые вызовы и возможности материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2019. – С. 339-344.

119. Тозикова, М.А. Система менеджмента качества в здравоохранении / М.А. Тозикова // Национальная концепция качества: подготовка управленческих кадров. Сборник тезисов докладов национальной научно-практической конференции с международным участием. – 2020. – С. 175-179.

120. Тозикова, М.А. Управленческие проблемы в организациях здравоохранения / М.А. Тозикова // Молекулярные основы клинической медицины – возможное и реальное. Сборник материалов V Российского конгресса с международным участием. – 2020. – С. 244-249.

121. Турчинов, А.И. Управление персоналом: Учебник / А.И. Турчинов – М.: Изд-во РАГС, 2002. 488 с.

122. Тэппинг, Д. Бережливый офис. Устранение потерь времени и денег / Д. Тэппинг, Э. Данн. – М.: Альпина Паблишер, 2017. – 321 с.

123. Ульрих, Д. Эффективное управление персоналом: новая роль HR - менеджера в организации / Д. Ульрих; пер. с англ. – М., 2007. – 304 с.

124. Уэлч, Дж. Ответы на 74 ключевых вопроса о современном бизнесе / Дж. Уэлч, С. Уэлч; пер. с англ. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2007. – 192 с.

125. Файоль, А. Общее промышленное управление / А. Файоль. – М: Экономика, 1989. – 63 с.

126. Файоль, А. Управление — это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. – М: Республика, 1992. – 349 с.
127. Фейгенбаум, А.В. Контроль качества продукции / А.В. Фейгенбаум; пер. с англ. – М.: Экономика, 1986. – 470 с.
128. Филиппенко, Н.Г. Методические основы проведения клинических исследований и статистической обработки полученных данных: методические рекомендации для аспирантов и соискателей медицинских вузов / Н.Г. Филиппенко, С.В. Поветкин. – Курск: Изд-во КГМУ, 2010. – 26 с.
129. Фролова, И.И. Управление вовлечённостью персонала в процесс непрерывного совершенствования: монография / И.И. Фролова. – Курск: Изд-во ЗАО «Университетская книга», 2020. – 111 с.
130. Цветков, А.Н. Анализ патологий менеджмента на стадиях жизненного цикла организации / А.Н. Цветков, Е.Ю. Плешакова // Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. – 2015. – №5. – С. 27-37.
131. Цветков, А.Н. Оценка патологичности менеджмента / А.Н. Цветков // Вестник ИНЖЭКОНа. – Сер. Экономика. – 2013. – Вып. 1(60). – С. 95–101.
132. Чеглакова, Л.М. Вовлечённость персонала: теоретические подходы, эмпирические результаты / Л.М. Чеглакова, В.И. Кабалина // Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского. – Серия: Социальные науки. – 2016. – №1 (41). – С. 121-128.
133. Чуланова, О.Л. Вовлеченность персонала организации: основные подходы, базовые принципы, практика использования в работе с персоналом / О.Л. Чуланова, О.И. Припасаева // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ». – 2016. – Том 8. – №2. – С. 1-24. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://naukovedenie.ru/PDF/127EVN216.pdf> (Дата обращения: 08.04.2018). – DOI: 10.15862/127EVN216.
134. Чуланова, О.Л. Формирование и развитие компетентностного подхода в работе с персоналом: теория, методология и практика: диссертация

на соискание ученой степени доктора экономических наук / О.Л. Чуланова. – М., 2014. – 339 с.

135. Шапиро, С.А. Мотивация и стимулирование персонала / С.А. Шапиро. – М.: ГроссМедиа, 2005. – 224 с.

136. Швец, В.Е. «Менеджмент качества» в системе современного менеджмента / В.Е. Швец // Стандарты и качество. – 1997. – № 6. – С. 48-50.

137. Швец, В.Е. О проблемах терминологии, «менеджменте качества» и эффективности внедрения ИСО серии 9000 / В.Е. Швец // Стандарты и качество. – 1996. – № 3. – С. 27-28.

138. Шмелев, А. К вопросу о классификации мотивационных факторов трудовой деятельности и профессионального выбора / А. Шмелев, А. Зеличенко // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология. – 1987. – № 4. – С. 33-42.

139. Язвенко, П.В. Развитие системы менеджмента качества и ее современное состояние: научный обзор / П.В. Язвенко, М.П. Воронов // Научное обозрение. Технические науки. – 2016. – № 4. – С. 140-148.

140. Adams, J.S. Inequity in Social Exchange, Ed. By L. Berkowitz. Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 2. / J.S. Adams. – N.Y.: Academic Press, 1965.

141. Armstrong, M. A Handbook of Human Resource Management Practice / M. Armstrong. – 11th edition. London, 2013.

142. Bakker, A.B. The Job Demands-Resources Model / A.B. Bakker, E. Demerouti // State of the Art. Journal of Managerial Psychology. – 2007. – №22(3), – P. 309-328.

143. Conference Board Employee Engagement: A review of current research and its implications. Conference Board, New York. 2006.

144. Corporate Leadership Council Driving Performance and Retention through Employee Engagement. Corporate Executive Board, Washington, DC. 2004.

145. Delegate Feedback Summary. January, 2011 – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/DFD77112-3A5B-458C-9F82-81540C899062/0/CIPDEmployeeEngagementConference2010InitiativesTW.pdf>. (Дата обращения: 07.03.2020).

146. Gallup Q12 Meta-Analysis Report. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://news.gallup.com/reports/191489/q12-meta-analysis-report-2016.aspx> (Дата обращения: 02.01.2019).

147. Harter, J.K. Business-Unit-Level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: a Meta-Analysis / J.K. Harter, F.L. Schmidt, T.L. Hayes // Journal of Applied Psychology. – 2002. – Vol. 87. – N 2.

148. Henderson, M. Role Changes for Human Resources / M. Henderson // Study Star Times. – 1997. – January 12.

149. Hersberg, F. 1963. The Motivation to Work / F. Hersberg, B. Mausner, B. Snyderman. – New-York Wiley. – 157 p. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.aon.com/attachments/thoughtleadership/Trends_Global_Employee_Engagement_Final.pdf. (Дата обращения: 07.03.2020).

150. Hewitt, A. Best Employers Studies in Canada / A. Hewitt. – 2010. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://was2.hewitt.com/bestemployers/canada/pages/driving_engagement.htm. (Дата обращения: 28.03.2019).

151. Hewitt, A. Trends in Global Employee Engagement / A. Hewitt. – 2011. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2693760> (Дата обращения: 28.03.2019).

152. Hewitt, A. What Makes a Company a Best Employer? / A. Hewitt. – 2009. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://was2.hewitt.com/bestemployers/pdfs/BestEmployer.pdf>. (Дата обращения: 28.03.2019).

153. Kahn, W.A. Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work / W.A. Kahn // Academy of Management Journal. – 1990. – Vol. 33. – N 4. – P. 692–724.

154. Kular, S. Employee Engagement: A Literature Review / S. Kular, M. Gatenby, C. Rees, E. Soane, K. Truss // Kingston Business School, Kingston University Working Paper Series. – 2008 – No. 19.

155. Macey, W.H. The Meaning of Employee Engagement / W.H. Macey, B. Schneider // Industrial and Organizational Psychology. – 2008. – Vol. 1. – N 1. – P. 3–30.

156. Macey, W.S. Employee Engagement: Tools for Analysis, Practice, and Competitive Advantage / W.S. Macey. – Wiley-Blackwell, Chichester, 2009.

157. MacLeod, D. Engaging for Success: Enhancing Performance through Employee Engagement: a Report to Government / D. MacLeod, N. Clarke. – London: Department for Business Innovation and Skills, 2009.

158. Markos, S. Employee Engagement: The Key to Improving Performance / S. Markos, M.S. Sridevi // International Journal of Business and Management. – 2010. – Vol. 5, 12. – P. 89-97.

159. Maslach, C. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About it / C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.

160. Maslow, A.H. A Theory of Human Motivation / A.H. Maslow // Psychological Review. – 1943. – №50. – P. 370-396.

161. McClelland, D.C. Human Motivation. / D.C. McClelland. – New York: Cambridge University Press, 1987.

162. Newman, D. Been there, Bottled that: Are State and Behavioral Work Engagement New and Useful Construct “Wines”? / D. Newman, D. Harrison // Industrial and Organizational Psychology. – 2008. – Vol. 1. – P. 31–35.

163. Pascale, R.T., The Art of Japanese Management / R.T. Pascale, A.G. Athos. – New York: Simon & Schuster, 1981.

164. Reilly, P. Employee Engagement: Future Focus or Fashionable Fad for Reward Management? / P. Reilly, D. Brown // World at Work Journal. – 2008. – N 17 (4). – P. 37–49.
165. Saks, A.M. Antecedents and Consequences of Employee Engagement / A.M. Saks // Journal of Managerial Psychology. – 2006. – Vol. 21. – N 7. – P. 600–619.
166. Salanova, M. Job Resources, Engagement and Proactive Behaviour / M. Salanova, W.B. Schaufeli // International Journal of Human Resource Management. – 2008. – №19. – P. 116-131.
167. Schaufeli, W.B. Defining and Measuring Work Engagement: Bringing Clarity to the Concept / W.B. Schaufeli, A.B. Bakker, M. Leiter (eds.) // Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research. – New York: Psychology Press, 2010. – P. 5–24.
168. Schaufeli, W.B. Educational and Psychological Measurement. The Measurement of Work Engagement with a Short Questionnaire / W.B. Schaufeli, A.B. Bakker, M. Salanova // A CrossNational Study. – 2006. – №66 (4).
169. Schaufeli, W.B. Job Demands, Job Resources and their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-sample Study / W.B. Schaufeli, A.B. Bakker // Journal of Organizational Behavior. – 2004. – №25 – P. 293-315.
170. Society for Human Resource Management. Employee Job Satisfaction and Engagement: The Road to Economic Recovery. May 2014.
171. Watson, T. CIPD Employee Engagement Conference / T. Watson. – 2010.
172. Watson, T. Perspectives. The Power of Three: Taking Engagement to New Height / T. Watson. – 2011. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http://www.towerswatson.com/assets/pdf/3848/Towers-Watson-EmployeeSurvey_power-of-three\(1\).pdf](http://www.towerswatson.com/assets/pdf/3848/Towers-Watson-EmployeeSurvey_power-of-three(1).pdf). (Дата обращения: 02.02.2019).
173. Wefald, A.J. Construct Dimensionality of Engagement and Its Relation with Satisfaction / A.J. Wefald, G.D. Ronald // The Journal of Psychology. – 2009. – Vol. 143. – P. 91–111.

174. Wefald, A.J. Construct Dimensionality of Engagement and Its Relation with Satisfaction / A.J. Wefald, G.D. Ronald // The Journal of Psychology. – 2009. – №143(1) – P. 91-111.

175. Xanthopoulou, D. The role of personal resources in the job demands-resources model / D. Xanthopoulou, A.B. Bakker, E. Demerouti, W.B. Schaufeli // International Journal of Stress Management. – 2007. – №14 (2), –P.121.

176. Yalabik, Z.Y. Work Engagement as a Mediator between Employee Attitudes and Outcomes / Z.Y. Yalabik, P. Popaitoon, J.A. Chowne, B.A. Rayton // International Journal of Human Resource Management. – 2013. – №24 (14). – P. 2799-2823.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Опросник Gallup Q12 для оценки вовлеченности персонала

Q01. Знаете ли вы, каких именно результатов от вас ожидают на работе?

Q02. Есть ли у вас все ресурсы, необходимые для качественного выполнения работы?

Q03. Имеете ли вы возможность каждый день на рабочем месте заниматься тем, что у вас получается лучше всего?

Q04. Получали ли вы похвалу или признание за хорошую работу в последнюю неделю?

Q05. Заботится ли ваш руководитель или кто-либо из коллег о вас как личности?

Q06. Есть ли кто-то на работе, кто поощряет ваше профессиональное развитие?

Q07. Считаются ли коллеги и руководство с вашим профессиональным мнением?

Q08. Полагаете ли вы, что миссия/цель деятельности вашей компании помогает вам осознать важность вашей работы?

Q09. Привержены ли ваши коллеги высоким стандартам качества работы?

Q10. Есть ли у вас лучший друг на работе?

Q11. Обсуждал ли с вами кто-либо на работе ваш прогресс в последние полгода?

Q12. Была ли у вас возможность учиться новому и расти профессионально в последний год?

Подсчет результатов проведенного опроса проводится по шкале от 1 до 5 баллов по каждому вопросу. Результата будет два: общий и по каждому вопросу отдельно. Стоит отметить, что в данном методе подсчет по процентам не предусмотрен. Также в опросе присутствует раздел по комментариям, где каждый опрашиваемый может отметить, что его волнует, либо выдвинуть предложения. Все комментарии обрабатываются индивидуально.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Опросник по методике оценки вовлеченности персонала на основе Интернет-платформы LumApps

1. Как вы относитесь к своей работе сегодня?
2. Могли бы вы порекомендовать организацию своим друзьям как хорошее место для работы?
3. С энтузиазмом ли вы идете на работу?
4. Нравится ли вам работать с вашей командой?
5. Удовлетворены ли вы своим вознаграждением (заработная плата, бонусы (если применимо) и льготы)?
6. Часто ли вы думаете о поиске работы в другой компании?
7. Вы видите себя работающим в организации через два года?
8. Уверены ли вы, что ваш руководитель выслушает вас, если вы обратитесь к нему с проблемой?
9. Считаете ли вы, что можете доверять своему начальнику в отношении любой информации, которую вы сообщаете ему конфиденциально?
10. Знаете ли вы, к кому обращаться с проблемой, не относящейся к компетенции вашего начальника?
11. Чувствуете ли вы, что в организации есть кто-то, кто поддерживает и поощряет ваше профессиональное развитие?
12. Способны ли ваши коллеги по команде выносить на обсуждение проблемы и сложные вопросы?
13. Вам удобно делиться своим мнением на собраниях отдела?
14. Заинтересован ли ваш руководитель в вашем благополучии?
15. Сообщает ли ваш руководитель четкие ожидания относительно результатов вашей работы?
16. Обладает ли ваш руководитель необходимой технической квалификацией, чтобы руководить вашим отделом?
17. Вам удобно обращаться за помощью к своему руководителю?

18. Чувствуете ли вы себя комфортно, давая обратную связь своему руководителю?
19. Отмечает ли ваш руководитель ваши достижения в работе?
20. Какие рекомендации по выполненной работе вы получаете от своего руководителя?
21. Как бы вы описали стиль общения вашего руководителя?
22. Могли бы вы сказать, что ваш руководитель поддерживает ваш успех в карьере?
23. Считаете ли вы, что организационная структура способствует созданию благоприятной рабочей среды?
24. Видите ли вы возможность карьерного роста в организации?
25. Опишите процесс продвижения по службе в организации.
26. Считаете ли вы, что у вас есть инструменты, необходимые для того, чтобы максимально использовать свой потенциал в организации?
27. Кто-нибудь в организации спрашивал о ваших карьерных целях?
28. Какие ценности у организации?
29. С каким отделом организации вы хотели бы чаще взаимодействовать?
30. Есть ли у нас проблемы с организационной культурой?
31. Как вы думаете, нужно ли нам что-то изменить в нашей практике?
32. Что еще важного для вас в организации, вы хотели бы поделиться?

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Опросник по методике оценки вовлеченности персонала на основе

Achievers Engage

1. Как вы относитесь к работе сегодня?
2. Посоветовали бы вы организацию своим друзьям в качестве работодателя?
3. Вас волнует график работы?
4. Вы гордитесь тем, что работаете в организации?
5. Удовлетворены ли вы текущими компенсациями и льготами?
6. Вам нравится работать с вашим отделом?
7. Считаете ли вы свою работу для организации значимой?
8. Вдохновляют ли вас видение и ценности организации?
9. Отмечают ли вас коллеги, ваши достижения на работе?
10. Чувствуете ли вы, что ваш руководитель заинтересован в вашем успехе?
11. Организационная культура создала ли комфортную и благоприятную рабочую среду?
12. Инвестируется ли руководство в ваши инициативы в области корпоративной культуры?
13. Вы видите себя работающим здесь через год?
14. Ваша работа бросает вам вызов и помогает вашему развитию?
15. Видите ли вы возможность карьерного роста в организации?
16. Есть ли у вас инструменты, необходимые для максимизации вашего потенциала здесь?
17. Думали ли вы в последнее время об уходе из организации?
18. Кто-нибудь в компании спрашивал и выражал поддержку вашим карьерным целям?
19. Какие практики нам нужно изменить?
20. Есть ли проблемы с нашей культурой?
21. Как мы можем помочь повысить вашу вовлеченность в работу?

22. Есть ли что-то еще, чем вы хотели бы поделиться, что вы считаете важным для вашего опыта сотрудников здесь, в организации?

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Образец опросного листа

Уважаемый эксперт!

Просим Вас оценить уровень проявления в Вашей организации или в Вашем структурном подразделении различных источников неэффективности управления (далее - ИНЭУ), общим количеством 25. В таблицах опросного листа приводятся описания ИНЭУ и шкалы для оценки состояния ИНЭУ в Вашей организации или структурном подразделении. Просим дать однозначную оценку, то есть указать *одно из четырех* значений по шкале, которым на Ваш взгляд может быть оценено состояние ИНЭУ. Отбросьте сомнения!

Заранее благодарны Вам!

Аналитическая группа

1. Приверженность патернализму

Описание ИНЭУ				
Проявление детско-родительской модели организационного поведения: менеджер - мудрый и справедливый родитель, сотрудники - дети с их умиляющими и раздражающими характеристиками. Патернализм соответствует российской управленческой традиции, но в современном менеджменте его следует считать патологией. Такое состояние менеджмента приводит к нарастанию неэффективности менеджмента.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Модель «родитель—дети»	Минимальная самостоятельность подчиненных	Стремление менеджмента к самостоятельности сотрудников	Самоорганизация ответственных сотрудников
Баллы	4	3	2	1

2. Господство управленческой структуры над основной функцией

Описание ИНЭУ				
Структурное подразделение, имеющее функциональные полномочия, чрезмерно загружает функционально подчиненные ему подразделения, что мешает им выполнять свои основные функции: все время уходит на составление отчетности для функциональных подразделений. Получается, что структура (совокупность функциональных структурных подразделений) довлеет над функцией (над деятельностью основных подразделений).				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	На выполнение заданий функциональных подразделений расходуется			
	более половины рабочего времени	от 30 до 50% времени	от 10 до 30% времени	менее 10% времени
Баллы	4	3	2	1

3. Автаркия подразделений

Описание ИНЭУ				
Структурные подразделения организации замкнуты на собственных задачах в отрыве от целей и интересов смежных подразделений и организации в целом. Патология проявляется в принятии менеджментом этих подразделений таких решений, которые создают проблемы в достижении общих целей. Эта патология приводит к дезинтеграции, к развалу организации.				

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Ориентация на собственные цели и интересы			Полная ориентация на цели организации хотя бы и в ущерб собственным целям и интересам
	в ущерб интересам организации	без ущерба для целей организации	с учетом целей организации	
Баллы	4	3	2	1

4. Несовместимость личности с функцией (мотивирование должностью)

Описание ИНЭУ				
Эта патология развивается, когда менеджмент организации не видит другого способа мотивации (повышения оплаты) кроме повышения в должности. Если талантливый профессионал с целью поощрения назначают менеджером, а он для этой функции не годится, то в итоге организация приобретает плохого менеджера и теряет хорошего профессионала.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Повышение зарплаты через назначение менеджером		Сотрудник воспринимает назначение его менеджером с озабоченностью	Существует достаточная мотивация без вертикального роста
	всегда	чаще всего		
Баллы	4	3	2	1

5. Бюрократическая инновация

Описание ИНЭУ				
Выражается в подмене реальных изменений перечнем действий по их осуществлению. Характерна для бюрократической модели менеджмента. Когда в организации назревает проблема, первой реакцией сотрудников с бюрократическим мышлением становится составление планов действий и мероприятий для исправления положения или решения проблемы с тем, чтобы показать их начальству и создать видимость бурной деятельности. Часто все этим и ограничивается: планы есть, а действий нет, и ситуация не исправляется.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	В ситуации, когда нужны реальные изменения			
	составляются перечни мер, чтобы успокоить начальство	сотрудники стараются «все изменить, ничего не меняя»	предпринимаются меры, решающие проблему только частично	делается то, что, действительно необходимо
Баллы	4	3	2	1

6. Аппаратный прессинг при принятии решений

Описание ИНЭУ				
Эта патология развивается в условиях бесконтрольности вспомогательного аппарата, который постепенно начинает «продавливать» удобные себе решения под видом их подготовки, тенденциозно подавая информацию, злоупотребляя доверием менеджмента. Аппарат постепенно овладевает процедурой подготовки решений и начинает все больше влиять на принятие решений по существу.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Аппарат выходит из-под контроля		Аппарат тенденциозно подает информацию, получая возможность влиять на принятие решений	Аппарат «знает свое место» и не вмешивается в процесс принятия решений
	полностью и активно лоббирует принятие решений	частично и заметно влияет на принятие решений		

Баллы	4	3	2	1
-------	---	---	---	---

7. Конфликт с переходом на личности

Описание ИНЭУ				
Часто в конфликтном коллективе формируются группы «смертельных врагов», использующие в качестве аргументов грубость и оскорбления. Такое положение вещей является патологией, не дает достичь поставленной менеджментом цели. Для этого необходимо следить, чтобы стороны не переходили на личности и не использовали в качестве аргументов грубость и оскорбления. Необходимо управлять конфликтом: нейтрализовать дисфункциональные последствия и развивать функциональные.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Конфликты сопровождаются переходом на личности		По большинству конфликтов удается получить функциональные последствия	В конфликтах перехода на личности не происходит
	всегда	чаще всего		
Баллы	4	3	2	1

8. Бессубъектность

Описание ИНЭУ				
Патология проявляется в тяге сотрудников к безответственности: клиенту, потребителю, да и самим сотрудникам организации бывает невозможно понять, кто за что отвечает и к кому обращаться по конкретному вопросу. Такое положение очень сильно способствует целенедостижению.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Понять, кто за что отвечает и к кому обращаться по конкретному вопросу			
	невозможно	очень сложно	затруднительно	легко и просто
Баллы	4	3	2	1

9. Преобладание личных отношений над служебными

Описание ИНЭУ				
Формируется приоритет горизонтальных связей перед вертикальными. Это означает, что сотрудник в первую очередь поступает так, как нужно его родственникам или приятелям, а только потом - так, как ему предписано должностными обязанностями. Казалось бы, все неплохо: такая «человечность» сплачивает коллектив, но такая «сплоченность» разрушает организацию как порождение рациональной бюрократии, действия должностных лиц становятся малопредсказуемыми. Такие отношения, в конце концов, снижают эффективность деятельности, а развитие этой патологии приводит к коррупции.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Сотрудники действуют в соответствии с личными отношениями			Сотрудники всегда действуют в соответствии с инструкцией и служебными отношениями
	всегда	часто	иногда	
Баллы	4	3	2	1

10. Дублирование организационного порядка

Описание ИНЭУ				
Менеджмент не уверен в действенности установленного им организационного порядка и дублирует посредством приказов и распоряжений должностные инструкции и положения, в соответствии с которыми выполняются все обязанности и реализуются все права внутри организации. Источником неэффективности в этом случае являются напрасные затраты управленческой энергии, а также формирование неуважения к организационному порядку (можно не выполнять обязанностей, пока не напомнят), к регламентирующим документам (например, к должностным инструкциям).				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				

Состояние	Дублирование стало нормой жизни	Сотрудники нуждаются в напоминании о необходимости выполнять должностные обязанности		Сотрудники выполняют свои должностные обязанности без напоминаний
		постоянно	в особых случаях	
Баллы	4	3	2	1

11. Игнорирование организационного порядка

Описание				
Менеджер нарушает установленный самим же организационный порядок, отдает распоряжения через несколько уровней вниз по скалярной цепи. Например, директор завода адресует свой приказ начальнику участка, минуя уровень начальника цеха, что подрывает авторитет менеджмента. среднего звена. Получается, что топ-менеджер сам руководит участком, а начальник цеха вроде бы и не нужен. Такое поведение топ-менеджмента способствует проявлению устойчивого целенедостижения.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Менеджер игнорирует скалярную цепь			Менеджер осуществляет руководство в соответствии со скалярной цепью
	полностью	часто	иногда	
Баллы	4	3	2	1

12. Демотивирующий стиль руководства

Описание ИНЭУ				
Оценить размеры этой патологии можно, составив баланс поощрений и взысканий. Если этот баланс отрицательный (взысканий больше, чем поощрений), то стиль управления – демотивирующий, и следует ожидать скорого ухода ценных работников и всего-навсего равнодушного исполнительства оставшихся. А это влечет за собой устойчивое целенедостижение				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Репрессивное управление: поощрения отсутствуют, эмоциональное подавление подчиненных	Наказаний больше, чем поощрений	Поощрений больше, чем наказаний	Управление основано только на поощрениях
Баллы	4	3	2	1

13. Приверженность пассивному риску

Описание ИНЭУ				
Пассивный риск возникает, когда менеджер стремится уклониться от принятия решений, назревших изменений. Это уклонение приводит к упущенным возможностям. Казалось бы, все в организации идет неплохо, но упускать возможности означает работать неэффективно. Приверженность пассивному риску ориентирует на стагнацию, что пагубно сказывается как на экономическом положении организации, так и на настроении ее сотрудников.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Менеджмент не реагирует на новые возможности	Менеджмент с трудом реализует новые возможности	Менеджмент с готовностью реализует новые возможности	Менеджер активно ищет и реализует новые возможности
Баллы	4	3	2	1

14. Приверженность количественному росту

Описание ИНЭУ	
Все усилия менеджмента сосредоточиваются на росте организации или структурного подразделения. Количественный рост наглядно демонстрирует результат, «успокаивает»	

менеджмент. Сам по себе рост не плох, плох рост без развития, когда организация становится «слишком большой». Преодоление этой патологии означает ориентацию не на рост, а на развитие - приращение качественных показателей.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Ориентация менеджмента только на количественные показатели	Понимание менеджментом		Фактическая ориентация менеджмента на качественные показатели
		ограниченности ориентации на количественные показатели	предпочтительности ориентации на качественные показатели	
Баллы	4	3	2	1

15. Угроза статусу

Описание ИНЭУ

Уровень угрозы статусу делает командную работу неэффективной

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Менеджер узурпирует доступ к информации, необходимой для работы	Менеджер выдает коллегам и подчиненным информацию в объеме,		
		недостаточном для выполнения работы	недостаточном для повышения эффективности работы	необходимом и достаточном для эффективной работы
Баллы	4	3	2	1

16. Управленческая алчность

Описание ИНЭУ

Стремление замкнуть на себя все решения, не доверяя своим заместителям - членам команды. Менеджер не использует ресурс вовлеченности персонала.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Менеджер стремится замкнуть на себя все связи и решения, не доверяя своим подчиненным	Менеджер делегирует свои полномочия подчиненным		
		неохотно	охотно	по максимуму
Баллы	4	3	2	1

17. Информационная фобия

Описание ИНЭУ

Боязнь высших менеджеров раскрыть информацию перед своими заместителями, участниками команды.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Работы по внедрению новшеств не доводятся до конца, поскольку наслаиваются друг на друга	Эффект от внедрения новшества		
		не успевает проявиться, поскольку за одним новшеством сразу следует другое	проявляется, но не в полной мере	ощущается в полной мере
Баллы	4	3	2	1

18. Гиперинновационность

Описание ИНЭУ

Инновация, воспринимаемая как панацея от провалов в реализации продукции, становится самоцелью. Возникает культ новизны, когда все стремятся сделать товар и услугу не столько лучше, сколько по-другому, «по-новому». Эта инновационная патология приводит к расточительству всех видов ресурсов и в целом снижает эффективность менеджмента.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Инновации отторгаются		Инновации воспринимаются	
	с использованием специальных моделей поведения	инстинктивно как помеха привычному образу действий	индифферентно, вызывают у сотрудников опасения за свой статус	как возможности развития
Баллы	4	3	2	1

19. Антиинновационное поведение

Описание ИНЭУ

Сотрудники по разным причинам всячески пытаются отторгнуть инновации, используя для этого множество поведенческих моделей, на первый взгляд вполне рациональных. Важно определить, когда имеет место здоровый скепсис по отношению к новшествам, а когда — оголтелое отторжение нового.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Нормативные документы создаются с целью их неоднозначного толкования	При создании нормативных документов неоднозначность их толкования допускается		Нормативные документы не допускают неоднозначного толкования
		умышленно	неумышленно	
Баллы	4	3	2	1

20. Легизм

Описание ИНЭУ

Нормативные акты в организации составляются таким образом, что их буквальное исполнение наносит социальный вред и влечет устойчивое целенедостижение. Такие нормативные документы либо не продуманы (неоднозначны), либо подготовлены умышленно для поддержки чьих-то интересов (клики, клана), а не организации в целом.

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Нормативные документы создаются с целью их неоднозначного толкования	При создании нормативных документов неоднозначность их толкования допускается		Нормативные документы не допускают неоднозначного толкования
		умышленно	неумышленно	
Баллы	4	3	2	1

21. Клановость

Описание ИНЭУ

Клан — это патология власти. Клан возглавляется вождем. Клановость предполагает дарение благ (чаще всего казенных) участникам клана для поощрения личной преданности. На этой основе происходит сплочение вокруг вождя. Клан закрыт для «непосвященных». На нижних уровнях иерархии становится невозможно судить о том, что происходит в управлении. Причина устойчивого целенедостижения — растрата ресурсов, смена приоритетов сотрудников: вместо эффективной деятельности занимаются демонстрацией лояльности с целью попасть в число «привилегированных».

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Менеджер использует ресурсы коллектива для «одаривания»			Менеджер не использует ресурсы коллектива для «одаривания» сотрудников
	лично преданных сотрудников; информация закрыта	преданных сотрудников	особо отличившихся сотрудников	
Баллы	4	3	2	1

22. Тирания

Описание ИНЭУ				
Характеризуется сомнительной легитимностью власти. В организациях сомнительная легитимность проявляется в некомпетентности и низком профессионализме руководителя, в проявлениях репрессивного менеджмента, в избавлении от «опасных» сотрудников - тех, кто «шибко умный» и «сильно грамотный». Причина устойчивого целенедостижения – деградация коллектива, растрата ресурсов.				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Менеджер по отношению к выдающимся сотрудникам			
	создает условия для конструктивного увольнения	видит в них угрозу	начинает конфликтовать	гордится ими
Баллы	4	3	2	1

23. Перманентный трудовой подвиг

Описание ИНЭУ				
От людей постоянно требуется подвижническое поведение. Людям приходится все время ощущать себя как в бою. Это следует рассматривать как результат плохого менеджмента. В основе подвижнического поведения со стороны исполнителя – страх или тщеславие. Нельзя использовать подвижническое поведение как ресурс. В результате подвига цель достигается. Поэтому, казалось бы, нельзя считать подвиг патологией менеджмента, то есть причиной устойчивого целенедостижения. Но если менеджмент злоупотребляет подвижническим поведением, то организация может обрушиться внезапно. В коллективе назревает усталость от «подвигов», происходит «выгорание».				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Подвижническое поведение			
	становится нормой жизни	используется часто	используется иногда	не используется
Баллы	4	3	2	1

24. Организационный иммунодефицит

Описание ИНЭУ				
Организация, первоначально созданная для достижения вполне определенной общественно значимой цели, используется топ-менеджментом и рядовыми сотрудниками в личных целях: для личного обогащения («левые» доходы, воровство, использование оборудования и помещений и т.п.), для решения личных проблем (трудоустройство родных и близких, использование престижа организации в личных целях и т.п.). Постепенно эта деятельность в организации становится основной: организация не может защититься от этих явлений. Это значит, что ее «организационный иммунитет» слабеет и возникает «организационный иммунодефицит».				
Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации				
Состояние	Организация в основном используется в личных целях			
	Используется в личных целях	Известны многочисленные случаи использования структуры в личных целях	Известны отдельные случаи использования структуры в личных целях	Организация используется только в соответствии с задекларированной целью
Баллы	4	3	2	1

25. Рассеивание целей

Описание ИНЭУ				
Цель организации должна быть разделена на более мелкие подцели и роздана для исполнения в структурные подразделения (декомпозиция цели). Когда работы по				

Шкала для количественной оценки состояния ИНЭУ в организации

Состояние	Отличие фактически достигаемого результата от первоначально ожидаемого
-----------	--

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Результаты проведенного анализа анкет учреждений здравоохранения

* Все медицинские учреждения пожелали остаться анонимными

** цифры соответствуют номеру патологий в опросном листе (Приложение А).

Патологии вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг соответствует следующим цифрам: 1, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 20, 21, 22

Таблица Б.1 - Результаты проведенного анализа анкет учреждений здравоохранения

Медицинские учреждения (МУ)*	Патологии**																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	1	3	2	1	4	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3
2	2	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3
3	1	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3
4	3	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3
5	1	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3

Продолжение таблицы Д.1

Медицинские учреждения (МУ)*	Патологии**																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
6	3	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
7	1	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3
8	2	3	2	1	4	3	3	3	3	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3
9	3	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
10	2	3	2	1	4	3	3	4	3	4	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3
11	2	3	2	1	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3
12	1	3	2	1	4	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3

Продолжение таблицы Д.1

Медицинские учреждения (МУ)*	Патологии**																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
13	2	2	3	2	2	1	3	1	1	2	1	4	4	4	4	3	3	2	1	1	4	4	3	2	2	
14	3	2	3	2	2	1	3	3	1	2	1	4	4	4	4	3	3	2	1	1	4	4	3	2	2	
15	3	2	1	2	2	1	3	1	1	3	1	3	3	4	4	3	3	2	1	1	3	4	3	2	2	
16	3	2	1	2	4	1	3	1	1	3	1	3	3	4	4	4	3	2	1	1	3	4	3	2	2	
17	2	1	1	3	1	2	3	1	2	3	1	3	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2	
18	3	2	1	2	2	1	3	3	1	3	1	3	3	4	4	3	3	2	1	1	3	4	3	2	2	
19	3	2	3	2	3	1	3	3	1	3	1	3	4	4	3	3	3	2	1	1	3	4	3	2	2	
20	3	2	3	2	2	1	3	3	1	2	1	3	4	4	3	3	3	2	1	1	3	4	3	2	4	

Окончание таблицы Д.1

Медицинские учреждения (МУ)*	Патологии**																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
21	3	2	3	2	2	1	3	3	1	2	1	3	3	4	3	3	3	2	1	1	4	4	3	2	2
22	3	2	3	2	4	1	3	3	1	3	1	3	4	4	3	3	3	2	1	1	3	4	3	2	3
23	3	2	1	2	2	1	3	3	1	3	1	3	3	4	4	3	3	2	1	1	3	4	3	2	2
24	2	1	1	3	1	2	3	1	2	3	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2	2
25	3	1	1	3	1	1	3	1	2	3	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2
26	2	1	1	3	1	2	3	1	2	3	1	3	2	2	2	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2
27	3	1	1	3	1	2	3	1	2	3	1	3	1	2	2	4	3	1	1	1	2	2	2	2	2

Авторская таблица.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК

1. Подготовительный этап.
 - 1.1. Принятие решения о необходимости внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в СМК.
 - 1.2. Утверждение руководством организации решения о внедрении алгоритма формирования вовлеченности.
 - 1.3. Информирование медицинского персонала о начале работ по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала.
2. Предварительный этап по организации работ.
 - 2.1. Издание приказа\распоряжения о начале работ с назначением ответственных за внедрение алгоритма.
 - 2.2. Привлечение внешних специалистов в области управления качеством для консультирования и поддержки.
 - 2.3. Определение подразделений, участвующих в проекте.
 - 2.4. Разработка плана основных мероприятий по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала в СМК.
3. Основная работа по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала в СМК учреждений здравоохранения.
 - 3.1. Создание рабочей группы для подготовки предложений по внедрению алгоритма формирования.
 - 3.2. Разработка рекомендаций с указанием форм документов для сбора и анализа информации.
 - 3.3. Реализация предложений в ключевых подразделениях медицинского учреждения.
 - 3.4. Масштабное внедрение алгоритма в практическую деятельность учреждения.

- 3.4.1. Издание приказа/распоряжения о внедрении алгоритма во всех подразделениях, в соответствии с разработанной документацией.
- 3.4.2. Проведение внутренних аудитов для мониторинга выполнения мероприятий.
- 3.4.3. Разработка планов корректирующих и предупреждающих действий.
- 3.4.4. Принятие управленческих решений с учетом результатов внедрения.
- 3.4.5. Реализация мероприятий по устранению замечаний и совершенствованию вовлеченности персонала.
- 4. Завершение процесса внедрения алгоритма формирования вовлеченности в СМК учреждений здравоохранения.
 - 4.1. Подготовка ответственными лицами отчета о проделанной работе по внедрению алгоритма.
 - 4.2. Анализ и оценка отчета комиссией специалистов.
 - 4.3. Реализация рекомендаций, основанных на результатах анализа работы.
 - 4.4. Издание руководством приказа о полномасштабном внедрении алгоритма в деятельность учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ё

Рекомендаций по содержанию Руководства по качеству (РК)

Автор рекомендует придерживаться предложенной им структуры, допуская дополнительное наполнение необходимыми аспектами с учетом конкретного учреждения; пункты, обязательные для включения, отмечены звездочками (*):

1. Область применения*.
 2. Общие положения*.
 3. Краткая информация/характеристика медицинского учреждения.
 4. Термины, определения и сокращения*.
 5. Нормативные документы/ссылки*.
 6. Среда медицинского учреждения*.
- 6.1. Медицинское учреждение и условия его функционирования.
- 6.2. Понимание потребителей и ожидание заинтересованных сторон.
 - 6.3. Область применения системы менеджмента качества.
 - 6.4. Система менеджмента качества и ее процессы.
7. Лидерство*.
 - 7.1. Лидерство и приверженность руководства.
 - 7.1.1. Демонстрация лидерства и приверженности.
 - 7.1.2. Ориентация на потребителя.
 - 7.2. Миссия и политика в области качества.
 - 7.3. Обязанности, ответственность и полномочия.
 - 7.3.1. Ответственность и полномочия.
 - 7.3.2. Деятельность руководства медицинского учреждения.
 - 7.3.3. Управление качеством.
 - 7.3.4. Представитель руководства по системе менеджмента качества.
8. Планирование*.
 - 8.1. Планирование системы менеджмента качества, планирование изменений.
 - 8.2. Действия в отношении рисков и возможностей.

- 8.3. Цели в области качества и планирование их достижения.
- 9. Менеджмент ресурсов*.
 - 9.1. Ресурсы.
 - 9.1.1. Обеспечение ресурсами.
 - 9.1.2. Человеческие ресурсы и компетентность персонала.
 - 9.1.3. Инфраструктура. Производственная среда. Управление оборудованием для мониторинга и изменений.
 - 9.1.4. Внутрифирменные знания.
 - 9.2. Коммуникация и обмен информацией.
 - 9.3. Документированная информация.
 - 9.3.1. Общее положение.
 - 9.3.2. Соответствие СМК.
 - 9.3.3. Разработка и актуализация документов СМК.
 - 9.3.4. Управление документированной информацией (документами) СМК.
- 10. Деятельность по оказанию услуг*.
 - 10.1. Планирование оказания услуг.
 - 10.2. Требования к услугам.
 - 10.3. Проектирование и разработка.
 - 10.4. Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками.
 - 10.5. Предоставление услуг.
 - 10.5.1. Управление предоставлением услуг.
 - 10.5.2. Управление изменениями.
 - 10.6. Управление несоответствиями (несоответствующими результатами оказываемых услуг).
- 11. Оценка результатов деятельности*.
 - 11.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка.
 - 11.2. Внутренние аудиты.
 - 11.3. Анализ со стороны руководства.
- 12. Улучшение*.
 - 12.1. Планируемые улучшения системы менеджмента качество.
 - 12.2. Несоответствия и корректирующие действия.
 - 12.3. Постоянное улучшение.

13. Приложения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Развернутое описание Руководства по качеству с наполнением его пунктов

1. Область применения

Данный пункт обязателен для включения в РК медицинского учреждения. Его содержание должно включать следующее:

1.1. Общие требования к системе менеджмента качества конкретного медицинского учреждения (полное наименование организации).

1.2. Полный список подразделений и/или сотрудников, на которых распространяются требования данного документа.

2. Общие положения

Этот пункт является обязательным для включения в РК медицинского учреждения. В данном пункте необходимо перечислить все документы, на основе которых было составлено РК. Примерный перечень включает:

- Законодательство Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»;
- Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 N 2-ФКЗ (в редакции от 28.12.2016) «О Правительстве Российской Федерации»;
- Стратегия развития здравоохранения до 2025 года;
- Национальный проект «Здравоохранение»;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015);

- Предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре, поликлинике и медицинской лаборатории);
- Миссия, политика и цели в области качества медицинской организации;
- Локальные нормативные акты медицинской организации.

3. Краткая информация/характеристика медицинского учреждения

Этот пункт не является обязательным для включения в РК. Если ответственные за подготовку документации сочтут его необходимым, то содержание может включать следующее:

- Краткая информация о медицинском учреждении.
- Актуальные ссылки на нормативные акты, предоставляющее учреждению право осуществлять свою деятельность.
- Реквизиты/контакты медицинского учреждения.

4. Термины, определения и сокращения

Данный пункт является обязательным для включения в Руководство по качеству (РК) медицинской организации. Его содержание предполагает следующее:

включение описания всех терминов, используемых в документе, а также сокращений, применяемых в РК. Как альтернатива можно указать только обозначения и сокращения, например:

МУ – медицинское учреждение;

ПКМП – повышение квалификации медицинского персонала;

СЗТ – стационарзамещающие технологии;

ПП – прием пациентов;

МП – медицинская помощь;

ЭиНП – экстренная и неотложная помощь;

ГОСТ – государственный стандарт;

ДИ – должностная инструкция;

ДП – документированная процедура;

ИК – информационная карта (процесса/вида деятельности);
ПРК – председатель руководства системы менеджмента качества;
РК – руководства по качеству;
СМК – система менеджмента качества;
СТО – стандарт организации.

5. Нормативные документы/ссылки

Этот пункт, обязательный для включения в Руководство по качеству (РК) медицинского учреждения, должен быть наполнен следующим содержанием:

предоставляется полный перечень нормативных документов, упомянутых в РК, а также все разработанные положения, распоряжения, регламенты и приказы, касающиеся деятельности медицинской организации.

6. Среда медицинского учреждения

Данный пункт является обязательным для включения в Руководство по качеству (РК) медицинского учреждения и должен быть наполнен следующим содержанием:

6.1. Медицинское учреждение и условия его функционирования

В разделе необходимо представить описание деятельности медицинского учреждения, его целей и задач. Следует отразить достижения организации за годы существования, а также направления, по которым оказывается медицинская помощь.

6.2. Понимание потребителей и ожидание заинтересованных сторон

Руководитель медицинского учреждения должен обладать чётким пониманием потребностей и ожиданий заинтересованных сторон. Это необходимо для успешного развития учреждения и обеспечения высокого качества медицинских услуг.

Данный пункт должен содержать информацию о заинтересованных сторонах. Нами был определён круг заинтересованных сторон учреждения здравоохранения, который указан на рис. 26. К их числу можно отнести:

- 1) Министерство здравоохранения.
- 2) Комитет по здравоохранению.

- 3) Уполномоченный по правам человека.
- 4) Медицинский персонал.
- 5) Пациенты.
- 6) Образовательные учреждения.
- 7) Поставщики медицинского оборудования.
- 8) Поставщики лекарств и других медицинских средств.
- 9) IT-компании в сфере медицинских услуг.

Указанный перечень может быть применён в любом медицинском учреждении. Однако в зависимости от специфики деятельности организации руководство вправе его дополнить.

Данный пункт также должен включать описание потребностей каждой из заинтересованных сторон. Автор разделил потребности на четыре группы:

1. Потребности государства и общества:

- 1.1. Предоставление качественной медицинской помощи и услуг.
- 1.2. Привлечение высококвалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг.
- 1.3. Соблюдение прав человека при предоставлении медицинской помощи.

2. Потребности сотрудников медицинского учреждения:

- 2.1. Достойный уровень заработной платы.
- 2.2. Оборудованные рабочие места, обеспечивающие высокое качество медицинской помощи и/или медицинских услуг.
- 2.3. Безопасные условия труда.
- 2.4. Соответствие деятельности требованиям трудового законодательства.
- 2.5. Формирование руководством комфортной психологической среды.
- 2.6. Создание условий для вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг.
- 2.7. Возможности для саморазвития и профессиональной реализации.

2.8. Организация регулярного обучения и повышения квалификации сотрудников.

3. Потребность работодателей:

в подготовке квалифицированных выпускников медицинских образовательных учреждений.

4. Потребность поставщиков:

в соблюдении условий договоров поставки оборудования, лекарств и других медицинских средств, IT-услуг.

6.3. Область применения системы менеджмента качества

В данном подпункте необходимо определить, на какие виды деятельности распространяется система менеджмента качества (СМК).

Примерный перечень включает:

- 1) Переподготовку и повышение квалификации медицинского персонала.
- 2) Прием пациентов.
- 3) Обеспечение лекарственной, хирургической и эпидемиологической безопасности.
- 4) Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
- 5) Организацию преемственности медицинской помощи.
- 6) Организацию экстренной и неотложной помощи.
- 7) Оказание медицинской помощи на основе доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям.
- 8) Организацию работы регистратуры.
- 9) Анализ удовлетворенности потребителя.

6.4. Система менеджмента качества и ее процессы

В данном пункте необходимо описать цель разработки системы менеджмента качества, например: внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг.

Для разработки системы менеджмента качества используется процессный подход к управлению организацией. Для реализации данного подхода требуется [12]:

- определить основные и вспомогательные процессы организации;
- разработать и утвердить реестр процессов СМК учреждения здравоохранения (таблица 15);
- разработать и утвердить схему взаимодействия процессов СМК (рис. 27);
- назначить ответственных лиц за управление процессами и рисками;
- распределить обязанности, ответственность и полномочия среди руководителей процессов в рамках их подразделений на основании должностных инструкций и положений;
- определить ресурсы, необходимые для эффективного функционирования процессов с учетом планов на год и составления соответствующих смет;
- Ежегодно актуализировать карты процессов и критерии их эффективности;
- Проводить ежегодную оценку эффективности процессов и функций СМК с предоставлением отчета о результативности СМК.

7. Лидерство

Данный пункт является обязательным для включения в Руководство по качеству (РК) медицинского учреждения, и его содержание представлено следующим образом:

7.1. Лидерство и приверженность руководства

7.1.1. Демонстрация лидерства и приверженности

В этом подпункте отражается ответственность руководителя медицинской организации за разработку и внедрение системы менеджмента качества (СМК). В логике нашего исследования, руководитель отвечает за создание алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг и её интеграцию в СМК, и последующую организацию мероприятий по улучшению существующей системы для повышения её результативности.

В данном подпункте требуется описать последовательность действий, следующих за решением руководства о разработке и внедрении алгоритма формирования вовлеченности в СМК:

- Информировать всех сотрудников медицинского учреждения о разработке и внедрении алгоритма формирования вовлеченности персонала в процессы обеспечения качества медицинских услуг.
- Довести до сведения медицинского персонала необходимость соблюдения требований пациентов в соответствии с законодательными нормами.
- Разработать стратегию, миссию, политику и цели в области качества медицинских услуг.
- Осуществлять систематический анализ функционирования СМК и вносить необходимые коррективы.
- Использовать методы риск-менеджмента для выявления факторов, которые могут негативно сказаться на эффективности СМК.
- Обеспечить достаточные ресурсы для поддержки системы менеджмента качества.
- Вовлекать медицинский персонал в процессы повышения результативности СМК, демонстрируя прозрачность системы и оказывая поддержку сотрудникам.

Для проявления своих лидерских качеств руководитель медицинской организации должен:

- участвовать в процессе разработки и внедрения системы менеджмента качества;
- регулярно проводить совещания на каждом этапе работы над системой, обсуждая возникающие проблемы и предлагая решения для достижения целей;
- организовывать обучение персонала по вопросам вовлеченности в процесс обеспечения качества;
- обеспечить доступность информации о системе менеджмента качества не только для персонала, но и для всех заинтересованных сторон, размещая данные на официальном сайте учреждения и своевременно их обновляя.

В данный подпункт автор также рекомендует включить алгоритм внедрения профессиональных стандартов в здравоохранении (см. рис. 14) и разработанный план внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в СМК, который состоит из четырех этапов (рис. 31):

- I. Подготовительный этап.
- II. Предварительный этап по организации работ.
- III. Основная работа по внедрению алгоритма формирования вовлеченности персонала в СМК учреждений здравоохранения
- IV. Завершение процесса внедрения алгоритма формирования вовлеченности в СМК учреждений здравоохранения.

7.1.2. Ориентация на потребителя

В данном подпункте учитывается ключевой аспект не только в работе системы менеджмента качества, но и в деятельности медицинской организации: ориентация на потребителя.

Для получения правильного результата критически необходимо:

Проводить систематический анализ потребностей и ожиданий пациентов, учитывая результаты на этапе планирования, в рамках действующего законодательства.

Учитывать, что базовые требования потребителей к качеству услуг регламентированы законодательными актами Российской Федерации.

7.2. Миссия и политика в области качества

В данном подпункте необходимо сформулировать миссию и политику в области качества, например:

- ✓ Миссия отражает значимость деятельности медицинской организации в системе здравоохранения.
- ✓ Политика разрабатывается руководством для реализации миссии и направлений деятельности.

После этого определяются цели в области качества. Все эти положения оформляются в отдельном документе, который доводится до сведения медицинского персонала и размещается на официальном сайте организации.

В документе указывается дата утверждения миссии и политики руководством учреждения.

7.3. Обязанности, ответственность и полномочия

7.3.1. Ответственность и полномочия

В Положении о структурных подразделениях, должностных инструкциях, а также во внутренних и внешних нормативных актах (приказах, распоряжениях, стандартах и т.д.) необходимо прописать права, обязанности и ответственность медицинского персонала.

Все нормативные документы должны соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации.

В данном подпункте представляется организационная структура системы менеджмента качества. Примерная структура может выглядеть, как на рис. 3.1, но может быть расширена в зависимости от поставленных целей и задач в области качества.

7.3.2. Деятельность руководства медицинского учреждения

В данном подпункте дается описание функций руководства, направленных на управления качеством в организации. Назначается ответственный за качество, совместно с которым руководитель выполняет следующие задачи:

- Определяет модель управления качеством.
- Формулирует миссию и политику в области качества.
- Разрабатывает планы по совершенствованию системы менеджмента качества.
- Осуществляет систематический контроль выполнения мероприятий, предусмотренных принятыми решениями.
- Координирует работу всех подразделений.



Рисунок 3.1 – Организационная структура системы менеджмента качества медицинского учреждения

7.3.3. Управление качеством

В данном подпункте указывается, что ответственность за разработку и внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества медицинских услуг возлагается на специально созданное подразделение - отдел по управлению качеством. Кроме того, данное подразделение наделяется правом координировать деятельность всех структурных единиц на всех уровнях управления в части разработки и внедрения системы менеджмента качества.

Деятельность отдела по управлению качеством должна осуществляться в строгом соответствии с Положением о подразделении и должностными инструкциями.

7.3.4. Представитель руководства по системе менеджмента качества

В данном подпункте оговаривается, что руководитель медицинского учреждения назначает приказом ответственного за качество (представителя руководства по системе менеджмента качества, СМК). Уполномоченное лицо вправе действовать от имени руководства медицинского учреждения, а также по его поручению обеспечивать соблюдение и выполнение требований системы менеджмента качества медицинским персоналом.

Представитель руководителя по системе менеджмента качества обладает следующими полномочиями и обязанностями:

- Организация разработки и внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества медицинских услуг, а также проведение постоянной работы по совершенствованию и поддержанию системы менеджмента качества.
- Обеспечение соответствия разработанной системы менеджмента качества требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ISO 9001:2015).
- Регулярное представление руководству медицинского учреждения отчетов о ходе разработки и/или внедрения системы менеджмента качества, а также отчетов о текущем состоянии функционирования системы с предложениями по её совершенствованию.
- Организация процессов обратной связи с заинтересованными сторонами, касающихся системы менеджмента качества медицинского учреждения.

8. Планирование

Этот раздел является обязательным для включения в регламент медицинского учреждения, а его содержание определяется следующим образом:

8.1. Планирование системы менеджмента качества, планирование изменений

Планирование включает разработку и внедрение системы менеджмента качества на основе анализа внешней и внутренней среды, а также потребностей заинтересованных сторон.

В процессе планирования необходимо учитывать как риски, так и возможности. Для этого требуется:

- обеспечить уверенность в том, что разработанная система менеджмента качества поможет достичь поставленных целей;
- создать условия, минимизирующие влияние выявленных рисков на результаты внедрения системы;
- обеспечить максимальное использование выявленных возможностей для достижения оптимальных результатов внедрения системы.

При планировании системы менеджмента качества медицинского учреждения необходимо разработать процессную модель, которая представлена на рис. 3.2.

Если в процессе разработки или эксплуатации внедренной системы качества возникает необходимость внесения изменений, данный вопрос подлежит рассмотрению руководством медицинского учреждения, главными врачами отделений, а также ответственными за разработку документации по системе менеджмента качества (СМК). Итоговое решение принимается совместно с отделом качества.



Рисунок 3.2 – Процессная модель для планирования системы менеджмента качества

8.2. Действия в отношении рисков и возможностей

Управление рисками и возможностями позволяет непосредственно влиять на функционирование всех процессов системы менеджмента качества, и поэтому должно осуществляться на постоянной основе для предотвращения возможного негативного воздействия на процессы деятельности медицинского учреждения.

Необходимо систематически и непрерывно проводить анализ рисков и возможностей, используя разработанную специалистами методику. В случае изменений во внешней или внутренней среде организации требуется внесение соответствующих корректировок в данную методику и оформление документа, в котором подробно отражается, каким образом выявленные риски или возможности могут повлиять на функционирование всех процессов системы менеджмента качества.

8.3. Цели в области качества и планирование их достижения

При постановке целей в области качества процессов необходимо опираться на Политику в области качества. В таблице 3.1 представлены цели в области качества, разработанные для внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг.

Таблица 3.1 – Цели в области качества для внедрения алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг

Процесс/вид деятельности	Цель в области качества
Маркетинг	Обеспечение и поддержание положительного имиджа медицинского учреждения. Анализ и выявление потребностей заинтересованных сторон в деятельности учреждения здравоохранения. Проведение исследований рынка медицинских услуг, своевременное реагирование на изменения и внедрение новых подтвержденных знаний и технологий.
Вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг	Анализ патологичности вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг. Разработка и внедрение алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг. Проведение регулярной оценки уровня вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг.
Проектирование и разработка направлений деятельности медицинского учреждения	Обеспечение соответствия деятельности требованиям законодательства Российской Федерации, включая нормативы в сфере здравоохранения.
Переподготовка и повышение квалификации медицинского персонала	Контроль квалификации сотрудников с обязательным её обновлением (врачи обязаны проходить повышение квалификации каждые 5 лет). Организация должна предоставлять возможности для повышения квалификации сотрудников. Ответственность работников за актуальность и совершенствование своих знаний.
Прием пациентов	Обеспечение сотрудников оборудованными рабочими местами, соответствующими их специальности, для предоставления качественных услуг. Организация эффективной системы записи и приёма пациентов, чтобы избежать образования очередей. Оперативное решение возникающих проблем путём их выявления при проведении периодических опросов пациентов.

Продолжение таблицы 3.1

Процесс/вид деятельности	Цель в области качества
Лекарственная безопасность	Подбор и проверка квалифицированных поставщиков, обеспечивающих поставку качественных лекарственных препаратов в соответствии со всеми требованиями нормативных актов. Соблюдение сотрудниками требований нормативных актов при хранении и использовании лекарственных средств.
Хирургическая безопасность	Подбор и проверка квалифицированных поставщиков, поставляющих качественное хирургическое оборудование и инструменты в соответствии со всеми требованиями нормативных актов. Организация хирургического кабинета с учётом всех требований безопасности и оснащение его необходимыми ресурсами.
Эпидемиологическая безопасность	Соблюдение всех требований Министерства здравоохранения РФ для обеспечения эпидемиологической безопасности и выполнение всех рекомендаций в случае неблагоприятной эпидемиологической ситуации. Подбор и проверка поставщиков средств индивидуальной защиты. Обеспечение сотрудников и пациентов всеми необходимыми средствами защиты. Создание безопасных условий для стабильного функционирования медицинского учреждения в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации.
Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	Регулярная проверка всех имеющихся медицинских изделий на предмет их соответствия требованиям хранения и срока годности. Утилизация списанных медицинских изделий в соответствии с установленными нормативами.
Преимственность организации медицинской помощи	Организация непрерывного процесса предоставления медицинской помощи для исключения случаев задержки лечения. Обеспечение оперативного реагирования на потребности пациента (прием врача, прием и сдача анализов, при необходимости, подключение врачей других профилей и др.). Повышение лояльности пациентов и обеспечение высокого качества услуг вследствие обеспечения преимущественности организации медицинской помощи.
Организация экстренной и неотложной помощи	Обеспечение бесперебойного процесса оказания экстренной и неотложной помощи. Организация своевременной транспортировки пациента в стационар или другое медицинское учреждение.

Процесс/вид деятельности	Цель в области качества
Организация медицинской помощи на основе данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям	Применение методов лечения, признанных международными медицинскими сообществами и экспертами и соответствующих законодательству российской Федерации. Утверждение и апробация применяемых методов лечения специалистами отрасли.
Организация работы регистратуры	Организовать бесперебойную работу регистратуры, включая своевременную запись пациентов (онлайн, по телефону или на месте), и подготовку необходимой документации без нарушения графика приема врача.
Стационарзамещающие технологии	Подбор и проверка поставщиков оборудования для дневного стационара в соответствии с нормативными актами. Организация работы дневного стационара в соответствии с требованиями безопасности. Оснащение дневного стационара качественным оборудованием и инструментами.
Анализ удовлетворенности потребителя	Проведение периодического опроса пациентов для выявления проблем и оперативного их решения. Проведение исследований для расчета индекса удовлетворенности клиентов (CSI - Customer Satisfaction Index).

Каждый год необходимо оценивать степень достижения поставленных целей в области качества. Для этого ежегодно разрабатываются критерии, которые сопоставляются с плановыми показателями, либо проводятся внутренние аудиты системы менеджмента качества с целью проверки соответствия планов результатам выполненной работы.

Руководство медицинского учреждения осуществляет планирование необходимого объема ресурсов, обеспечивающих достижение целей системы менеджмента качества. Для выполнения этой задачи руководству медицинского учреждения требуется:

- разрабатывать планы по созданию, внедрению и совершенствованию системы менеджмента качества;
- устанавливать цели в области качества с определением сроков их реализации и распределением полномочий между ответственными лицами, осуществлять

контроль их достижения посредством анализа деятельности медицинской учреждения или внутренних аудитов.

- формировать портфель необходимых ресурсов (финансовых, материальных, образовательных), который поможет обеспечить наилучший уровень оказания медицинских услуг, а также достичь целей в области качества.

9. Менеджмент ресурсов

Данный пункт является обязательным для включения в Руководство по качеству медицинского учреждения, и содержание данного пункта будет следующим:

9.1. Ресурсы

9.1.1. Обеспечение ресурсами

Руководству медицинского учреждения необходимо определить оптимальный объем ресурсов для:

- обеспечения надлежащего качества предоставляемых медицинских услуг и поддержания функционирования всех процессов учреждения здравоохранения;
- анализа удовлетворенности потребителей и выполнения их требований для улучшения общей ситуации;

Для реализации данных мероприятий потребуются следующие ресурсы:

- квалифицированный медицинский персонал, который имеет соответствующее образование и подтвержденную квалификацию;
- инфраструктура, включающая в себя возможности предоставления онлайн медицинских услуг (телемедицина);
- финансовые и материально-технические (вещественные) ресурсы.

Процесс оснащения необходимыми ресурсами организуется следующим образом:

- планирование ресурсов ежегодно для поддержания инфраструктуры и производственной среды, а также для развития и совершенствования всех процессов медицинского учреждения;

- определение необходимого объема финансовых и материально-технических ресурсов в рамках годовых планов и смет для обеспечения качества медицинских услуг и бесперебойной работы медицинского учреждения.
- Управление финансовыми и материальными потоками осуществляется бухгалтерией;
- требования к квалификации медицинского персонала выполняются в соответствии с локальными нормативными актами медицинского учреждения, а также законодательством РФ.

9.1.2. Человеческие ресурсы и компетентность персонала

Медицинское учреждение обязано обеспечить наличие квалифицированного персонала, обладающего всеми необходимыми компетенциями для качественного оказания медицинской помощи.

В данном разделе фиксируются все внутренние нормативные акты, регулирующие деятельность медицинского персонала.

Процедура подбора медицинского персонала осуществляется в соответствии с квалификационными требованиями, изложенными в должностных инструкциях каждого специалиста. Ответственность за подбор персонала необходимой квалификации возлагается на главных врачей отделений.

Все медицинские работники, включая новых сотрудников, обязаны проходить инструктаж. Оформление на работу осуществляется в соответствии с требованиями трудового законодательства.

Подтверждение компетенций медицинского персонала осуществляется посредством предоставления сведений о повышении квалификации в соответствии с требованиями законодательства РФ.

9.1.3. Инфраструктура. Производственная среда. Управление оборудованием для мониторинга и изменений

Руководитель медицинского учреждения обязан обеспечить функционирование всех процессов, составляющих инфраструктуру, соответствующую требованиям нормативных актов Российской Федерации.

Инфраструктура должна обеспечивать качество оказываемых медицинским персоналом услуг. Для этого формируется и производственная среда с учётом физических, экологических и др. факторов, соответствующих современным требованиям оказания медицинской помощи.

В данном подпункте фиксируются документы, регламентирующие управление инфраструктурой медицинского учреждения:

- перечисляются внутренние локальные акты учреждения здравоохранения;
- указываются требования законодательства РФ в следующих областях: организация безопасных условий труда для медицинского персонала и создание безопасной среды для клиентов, пожарная безопасность, содержание и техническое обслуживание зданий, осуществление медицинской деятельности.

В положениях структурных подразделений и должностных инструкциях сотрудников, ответственных за обслуживание, отражаются их функциональные обязанности. Это включает обеспечение надлежащего состояния помещений, оборудования, имущества, транспортных средств и т.д.

В рамках управления изменениями и мониторинга процессов системы менеджмента качества осуществляется контроль за оборудованием в соответствии с требованиями технической документации, регулирующей эксплуатацию медицинского оборудования.

9.1.4. Внутрифирменные знания

Функционирование процессов и достижение необходимого уровня качества медицинских услуг базируется на использовании внутрифирменных знаний. Это уникальные знания, полученные на основе накопленного опыта работы медицинского учреждения.

Внутрифирменные знания включают в себя:

- Интеллектуальную собственность (все внутренние локальные нормативные акты).

- Отчеты об исследованиях и анализе, проведённых в рамках деятельности организации.
- Компетенцию и профессионализм медицинского персонала.
- Внешние нормативные акты.

9.2. Коммуникация и обмен информацией

В медицинской организации необходимо обеспечить эффективные коммуникации, чтобы любая информация, включая сведения в области качества, о разработке, внедрении и поддержании работающей системы менеджмента качества, передавалась своевременно и без искажений всем сотрудникам.

Обмен информацией в медицинской организации происходит следующими способами:

- регулярное проведение внутренних конференций, на которых руководство взаимодействует с персоналом, передаёт необходимую информацию и получает обратную связь в виде предложений или замечаний;
- организация документооборота с использованием электронной системы, обеспечивающей передачу приказов, распоряжений, служебных записок и других документов;
- периодическое предоставление подразделениями отчётов о проделанной работе;
- своевременное обновление информации о системе менеджмента качества на официальном сайте учреждения;
- проведение внутренних аудитов системы менеджмента качества.

Коммуникация с заинтересованными сторонами осуществляется уполномоченными сотрудниками, чья деятельность регулируется локальными нормативными актами медицинского учреждения.

9.3. Документированная информация

9.3.1. Общие положения

Для разработки, внедрения и поддержания алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в системе менеджмента качества требуется создание документации.

Документация системы менеджмента качества (СМК) систематизирует всю информацию, обеспечивая результативность и эффективность функционирования всех процессов медицинского учреждения, а именно:

- способствует удовлетворению требований потребителей и повышению вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг;
- обеспечивает непрерывное обучение и развитие кадров;
- гарантирует непрерывность и прослеживаемость процессов;
- подтверждает соответствие предоставляемых медицинских услуг установленным стандартам и требованиям;
- содействует проведению оценки результативности и поддержанию системы менеджмента качества.

Иерархия структуры документации СМК включает три уровня:

1. Политика в области качества и руководство по качеству

Этот документ включает цели и задачи в области качества, описание функционирования всех процессов медицинской организации и их взаимодействие.

Пользователями данной документации являются руководство медицинской организации, медицинский персонал и пациенты.

2. Стандарты медицинского учреждения и иные документы, регламентирующие деятельность по обеспечению качества медицинских услуг

В этих документах описываются основные и вспомогательные процессы, составляющие систему менеджмента качества, обязательные документированные процедуры, внутренние нормативные акты.

Документы разрабатываются в соответствии с организационной структурой медицинской организации.

3. Информационная система медицинского учреждения

Это электронный ресурс, который обеспечивает оперативность работы персонала и получение актуальной информации, а также выполняют функцию хранения данных, включая обращения пациентов и их медицинские карты.

Информационная система позволяет вести электронный документооборот, доступ к ней имеет медицинский персонал и руководство медицинского учреждения.

9.3.2. Соответствие СМК

Руководство по качеству является основным документом системы менеджмента качества медицинского учреждения.

В этом документе определяются границы применения СМК и содержится указание на охватываемые ею виды деятельности (услуги), а также рассматривается политика организации в области качества (или даётся на неё ссылка).

В документе необходимо зафиксировать, какие методы, процессы и ресурсы используются для осуществления общего руководства качеством. При необходимости в документе даются ссылки на стандарты, методические инструкции и другие документы, регулирующие процессы СМК.

Ответственность за содержание Руководства по качеству и внесение в него изменений в соответствии с требованиями действующих стандартов возлагают на представителя руководства по качеству в медицинском учреждении.

Взаимодействие процессов СМК и порядок их выполнения регулируются локальными нормативными актами.

Каждый процесс системы менеджмента качества регламентируется, при этом создается портфель документов, который может включать следующие документы:

- информационную карту процессов;
- стандартные операционные процедуры;
- Положения о подразделении и должностные инструкции.

- другие внутренние и внешние нормативные документы.

Для эффективной и безотказной работы системы менеджмента качества важно своевременно совершенствовать всю документацию.

9.3.3. Разработка и актуализация документов СМК

Документация системы менеджмента качества (СМК) разрабатывается и периодически обновляется в соответствии с необходимостью, вызванной изменениями нормативных актов, процессов, структурных преобразований и иных факторов.

Все документы СМК разрабатываются на основании требований, установленных внутренними нормативными актами:

- Общие требования к оформлению документов СМК;
- Порядок управления документированной информацией (документами) СМК;
- Общие требования к содержанию, оформлению и управлению положениями о структурных подразделениях;
- Анализ со стороны руководства;
- Общие требования к содержанию, оформлению должностных инструкций и их управлению;
- Инструкция по делопроизводству.

Полный цикл разработки и утверждения документации СМК осуществляется под руководством главного врача и ответственного за качество. Эти лица несут ответственность за своевременное обновление, правильное оформление и надлежащее хранение документации.

9.3.4. Управление документированной информацией (документами) СМК

Процессы документооборота и хранения документации СМК организуются в строгом соответствии с внутренними нормативными актами и утвержденной номенклатурой дел.

Рассматривая документооборот как часть системы менеджмента качества, следует отметить, что данный процесс носит специфико-

технологический характер, а его элементом на входе и выходе выступает документ.

Процесс управления документами включает следующие этапы [20]:

- установление потребности в документе;
- планирование разработки/актуализации документа;
- разработка проекта документа;
- согласование (проверку) документа;
- введение документа в действие;
- включение документа в систему документооборота;
- рассылку документа;
- ознакомление с документом;
- хранение документа;
- регулирование изменений;
- актуализация;
- сдача в архив;
- изъятие и уничтожение документа.

Все документы СМК должны быть доступны заинтересованным лицам и размещены на официальном сайте учреждения здравоохранения.

10. Деятельность по оказанию услуг

Данный пункт является обязательным для включения в РК медицинского учреждения и содержание данного пункта будет следующим:

10.1. Планирование оказания услуг

Медицинское учреждение предоставляет медицинские услуги, выполняемые квалифицированным медицинским персоналом.

Ответственность за планирование деятельности учреждения регламентируется Положениями о подразделениях и локальными актами организации.

Процесс планирования оказания услуг включает:

- определение целей деятельности и требований к качеству предоставляемых медицинских услуг;
- формирование системы обеспечения необходимыми ресурсами;
- создание системы мониторинга и измерения процессов;
- установление показателей для оценки процессов в соответствии с утвержденной политикой и целями в области качества.

10.2. Требования к услугам

Требования к качеству медицинских услуг формируются на основе:

- нормативных требований законодательства;
- ожидания и запросов заинтересованных сторон, выявленных в результате исследований и анализа.

Медицинское учреждение систематизирует и анализирует требования заинтересованных сторон. В общем анализе учитываются в том числе требования, предъявляемые к квалификации персонала, ресурсному обеспечению, инфраструктуре и другим элементам системы.

Анализ позволяет определить обязательства медицинской организации по предоставлению услуг надлежащего качества и обеспечивает соответствие уровня выполняемых требований действующим стандартам и нормативным актам Российской Федерации.

Результаты исследований и анализа документируются и хранятся в установленном порядке.

Информирование потребителей о предоставляемых услугах осуществляется следующими способами:

- рассылка SMS-сообщений с информацией об акциях для пациентов;
- использование внутренних и внешних рекламных каналов.

Медицинское учреждение организует обратную связь с пациентами для выявления претензий и предложений, касающихся качества медицинских услуг. Обратная связь осуществляется через анкетирование или телефонные звонки пациентам.

В случае изменения требований законодательства Российской Федерации вносятся соответствующие корректировки в документацию системы менеджмента качества (СМК). Об изменениях требований и документации необходимо информировать медицинский персонал и потребителей.

10.3. Проектирование и разработка

При проектировании и разработке алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг во все процессы деятельности учреждения здравоохранения необходимо установить общие требования ко всем процессам.

В данном подпункте следует указать все нормативные документы, включая законодательные акты РФ и внутренние локальные акты медицинского учреждения, в которых требования для осуществления деятельности в сфере здравоохранения, например:

- Законодательство Российской Федерации.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».
- Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 N 2-ФКЗ (ред. от 28.12.2016) «О Правительстве Российской Федерации».
- Стратегия развития здравоохранения до 2025 года.
- Национальный проект «Здравоохранение».
- Предложения (практические рекомендации) по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в

медицинской организации (стационаре, поликлинике и медицинской лаборатории).

- Локальные нормативные акты медицинской организации (включая перечень всех внутренних документов, регулирующих деятельность учреждения здравоохранения).

В результате разработки алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг во все процессы деятельности учреждения здравоохранения должна быть представлена алгоритм, применимая в любых медицинских организациях. Она должна способствовать повышению вовлеченности персонала в процесс обеспечения качества предоставляемых медицинских услуг. Кроме того, в рамках системы менеджмента качества медицинское учреждение должно обладать лицензией, подтверждающей право осуществления своей деятельности.

Для получения лицензии каждое медицинское учреждение должно пройти оценку эффективности функционирования всех процессов системы менеджмента качества и видов деятельности в рамках системы.

Результаты проектирования и/или изменения процессов необходимо фиксировать и сохранять в соответствии с требованиями к оформлению документации и записей.

10.4. Управление процессами, продукцией и услугами, поставляемыми внешними поставщиками

Организация закупок в организации здравоохранения осуществляется сотрудником, ответственным за обеспечение медицинского учреждения всеми необходимыми ресурсами. Все закупки проводятся в строгом соответствии с требованиями законодательства РФ.

Контроль над выполнением закупочных процедур возлагается на лиц, ответственных за заключение договоров, а также на руководителя, распоряжающегося финансовыми ресурсами.

10.5. Предоставление услуг

10.5.1. Управление предоставлением услуг

Целью медицинского учреждения является предоставление медицинской помощи/услуг наилучшего качества. Для достижения данной цели необходимы следующие условия:

1. Наличие квалифицированного персонала.
2. Разработка, внедрение и поддержание алгоритма формирования вовлеченности персонала в обеспечение качества медицинских услуг в рамках процессов системы менеджмента качества.
3. Проведение регулярного анализа всех процессов системы менеджмента качества с последующим внесением необходимых изменений в систему менеджмента качества для соответствия установленным требованиям.

В данном пункте фиксируются все внутренние нормативные акты (положения, распоряжения, приказы и т.д.), регулирующие каждый процесс деятельности медицинского учреждения.

10.5.2. Управление изменениями

В ходе деятельности медицинского учреждения выявляются случаи, когда необходимо внести коррективы в процесс предоставления медицинских услуг. Для этого проводится анализ изменений в услугах, предоставляемых каждым отделением. На периодических совещаниях с медицинским персоналом обсуждаются возможные пути решения сложившихся ситуаций и при необходимости вносятся изменения в процессы системы менеджмента качества.

10.6. Управление несоответствиями (несоответствующими результатами оказываемых услуг).

В процессе оказания медицинских услуг могут возникать несоответствия, которые в рамках внутренних процедур регламентированы как:

- несоответствие в предоставлении медицинской помощи/услуг;
- несоответствие квалификации медицинского персонала.
- несоответствие выделенных ресурсов, необходимых для поддержания деятельности медицинского учреждения;

- несоответствие инфраструктуры и производственной среды.

Управление несоответствиями осуществляется на основании следующих источников:

- информация, предоставленная заинтересованными сторонами;
- результаты внутренних аудитов системы менеджмента качества;
- выводы внешнего аудита системы менеджмента качества, проведенного в рамках получения лицензии.

Каждое несоответствие в оказании медицинских услуг должно быть задокументировано в соответствии с внутренними нормативными актами учреждения.

11. Оценка результатов деятельности

Данный раздел является обязательным элементом рабочей документации медицинского учреждения и должен содержать следующие аспекты:

11.1. Мониторинг, измерение, анализ и оценка

В медицинской организации необходимо проводить мониторинг, измерения и контроль всех процессов, связанных с функционированием системы менеджмента качества. Требуется регулярный анализ деятельности учреждения для принятия управленческих решений по улучшению процессов системы менеджмента качества.

Медицинской организации необходимо определить, собирать и анализировать следующие сведения:

- результаты внутренних и внешних аудитов;
- данные, полученные в результате опроса и анализа;
- информацию об удовлетворенности потребителей;
- результаты анализа, отражающие степень целедостижения показателей в области качества и прочее.

Цель проведения анализа заключается в оценке пригодности разработанной и внедрённой системы менеджмента качества, эффективности

её функционирования и выявлении областей для возможного улучшения. Это необходимо для повышения результативности СМК.

Сведения об удовлетворённости потребителей получают посредством анализа жалоб, претензий, благодарственных слов и прочих данных, собранных медицинской организацией.

Результатом анализа является оценка степени достижения поставленных целей.

11.2. Внутренние аудиты

Внутренние аудиты проводятся ежегодно. Для их реализации составляется программа внутреннего аудита системы менеджмента качества, которая утверждается руководителем медицинского учреждения.

Программа подлежит коррекции в случае ряда изменений, таких как:

- изменения в структуре медицинского учреждения;
- изменения в деятельности медицинского учреждения;
- изменения в системе менеджмента качества;
- изменение требований заинтересованных сторон.

Систематические внутренние аудиты помогают руководителю медицинской организации понять, насколько эффективно функционируют все процессы системы менеджмента качества, оценить соответствие системы требованиям стандарта ИСО 9001:2015 и фактическую реализацию процессов, отраженных в документации.

Внутренний аудит проходит в три этапа: подготовка; проведение аудита; формирование, утверждение и распространение отчёта по результатам среди заинтересованных сторон.

Аудиторы должны быть независимыми от лиц, ответственных за проверяемую деятельность.

Результаты внутреннего аудита могут быть использованы в дальнейшем:

- представителем руководства по качеству для формирования ежегодного отчета для руководителя медицинского учреждения.
- руководителями процессов:

- для оценки результативности каждого процесса,
- для принятия управленческих решений о внесении изменений и/или улучшений в систему менеджмента качества.

11.3. Анализ со стороны руководства.

В медицинском учреждении анализ системы менеджмента качества проводится представителем руководителя по качеству на основе результатов внутреннего и внешнего аудита, а также информации, полученной от потребителей медицинских услуг. Эта информация включает анализ потребностей, жалоб, предложений, благодарственных отзывов и других источников. Основной целью анализа является оценка эффективности функционирования системы менеджмента качества.

При проведении анализа необходимо уделить внимание следующим аспектам:

- оценка реализации мероприятий, запланированных по итогам предыдущего анализа;
- анализ информации, поступившей от заинтересованных сторон;
- оценка результатов внутренних и внешних аудитов, на основании которых принимается решение о необходимости внесения изменений в систему менеджмента качества;
- анализ выполнения политики в области качества и достижения целей в области качества;
- рассмотрение изменений, которые могут повлиять на функционирование системы менеджмента качества;
- проверка соответствия предоставляемых услуг требованиям законодательства и заинтересованных сторон.

Представитель руководителя по качеству доводит результаты анализа до сведения руководителя. Затем информация передается всем сотрудникам. По итогам обсуждения разрабатываются мероприятия, направленные на совершенствование системы менеджмента качества, которые фиксируются в

итоговом документе. На основании представленных результатов разрабатываются планы работы структурных подразделений и необходимые нормативные документы учреждения здравоохранения.

12. Улучшение

Данный пункт является обязательным для включения в Руководство по качеству медицинского учреждения, и его содержание должно быть следующим:

12.1. Планируемые улучшения системы менеджмента качества

При планировании улучшений системы менеджмента качества учреждения здравоохранения необходимо выбрать соответствующие инструменты управления качеством, определить способы реализации политики и целей в области качества.

При планировании улучшений системы менеджмента качества детально формулируются требования к каждому процессу системы, что позволит обеспечить их совершенствование.

Руководству медицинской организации необходимо разработать мероприятия по улучшению обеспечивающих процессов системы менеджмента качества. Эти мероприятия подлежат отражению в информационных картах процессов и планах работы структурных подразделений медицинского учреждения.

12.2. Несоответствия и корректирующие действия

Несоответствия в медицинском учреждении могут носить различный характер и подразделяются на следующие группы:

1. Несоответствия, которые возникают в процессе работы:
 - a. Отделений медицинского учреждения.
 - b. Медицинского и вспомогательного персонала.
2. Несоответствия, обусловленные воздействием внешней и внутренней среды:
 - a. Несоответствие деятельности медицинского учреждения требованиям нормативных актов РФ.

- b. Несоответствие деятельности медицинского учреждения требованиям внутренних нормативных документов организации.
 - c. Несоответствия, выявленные в результате анализа удовлетворенности потребителей.
 - d. Несоответствия в обеспечении необходимыми ресурсами процессов и видов деятельности медицинского учреждения.
3. Повторяемость несоответствий:
- a. Единичные.
 - b. Систематические.
 - c. Потенциальные.

Для управления выявленными несоответствиями в рамках реализации системы менеджмента качества необходимо следовать установленному алгоритму:

- выявление несоответствий;
- документальное оформление несоответствий с указанием структурного подразделения, в котором они наблюдаются;
- информирование всех заинтересованных сторон о выявлении несоответствия;
- анализ несоответствий и установление причин их возникновения;
- устранение несоответствий;
- контроль выполнения корректирующих действий и документальное оформление результатов проверки;
- информирование руководства медицинского учреждения и заинтересованных сторон о результатах устранения несоответствий с предоставлением отчёта в рамках «Анализа со стороны руководства».

12.3. Постоянное улучшение

Медицинское учреждение непрерывно повышает результативность системы менеджмента качества путём разработки и реализации политики и целей в области качества, проведения различных видов исследования и

анализа, внешних и внутренних аудитов, а также оценки и контроля качества предоставляемых услуг.

Непрерывное повышение результативности системы менеджмента качества медицинского учреждения включает планирование улучшений, выполнение мероприятий, предусмотренных планом, регулярный контроль их реализации, а при необходимости - разработку и выполнение корректирующих действий.

Все мероприятия по совершенствованию системы менеджмента строго регламентируются и подлежат официальному отражению в документах медицинского учреждения (приказы, распоряжения, планы работы подразделений и иные).

13. Приложения

Данный раздел не является обязательным для включения в РК. Однако, если ответственные за формирование документации по качеству сочтут целесообразным добавить данный раздел, его содержание может включать следующее:

1. Развернутое описание целей в области качества (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 - Развернутое описание целей в области качества

Цель	Целевой показатель	Ответственный

2. Развернутое описание политики в области качества.
3. Распределение ответственности по процессам системы менеджмента качества (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 - Распределение ответственности процессам системы менеджмента качества

Наименование процесса / вида деятельности	Ответственный за процесс/вид деятельности
Деятельность руководства по управлению качеством медицинских услуг	
Разработка стратегии, миссии, политики и целей в области качества медицинских услуг	
Планирование и развитие СМК	
Распределение ответственности и полномочий	
Лицензирование, аккредитация и комплексная оценка деятельности медицинского учреждения	
Анализ и улучшение процессов СМК со стороны руководства	
Информирование общества о деятельности медицинского учреждения	
Менеджмент ресурсов и персонала	
Основные процессы СМК медицинского учреждения (МУ)	
Маркетинг	
Вовлеченность персонала в обеспечение качества медицинских услуг	
Проектирование и разработка направлений деятельности медицинского учреждения	
Переподготовка и повышение квалификации медицинского персонала	
Прием пациентов	
Лекарственная безопасность	
Хирургическая безопасность	
Эпидемиологическая безопасность	
Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	
Преемственность организации медицинской помощи	
Организация экстренной и неотложной помощи	
Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям	
Организация работы регистратуры	
Стационарзамещающие технологии	
Анализ удовлетворенности потребителя	

Наименование процесса / вида деятельности	Ответственный за процесс/вид деятельности
Обеспечивающие процессы СМК медицинского учреждения (МУ)	
Кадровое обеспечение	
Управление персоналом	
Управление производственной средой	
Управление информационной средой	
Управление инфраструктурой	
Управление закупками	
IT – инфраструктура	
Управление документацией и записями	

4. Лист согласования (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 - Лист согласования

Должность	ФИО	Дата	Подпись

5. Лист регистрации изменений (Таблица 3.5).

Таблица 3.5 - Лист регистрации изменений

№ изменения	Основание (номер приказа, дата)	Дата введения изменения	Внесение изменений	
			ФИО, отделение	Подпись вносившего изменения, дата внесения

6. Лист ознакомления (Таблица 3.6).

Таблица 3.6 - Лист ознакомления

№	ФИО	Должность	Дата	Подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Методологическое обеспечение расчёта показателей эффективности вовлечённости персонала и мероприятий экономического стимулирования

Таблица Ж - Методологическое обеспечение расчёта показателей эффективности вовлечённости персонала и мероприятий экономического стимулирования

№	Формула / показатель	Учёные и труды, которые послужили научно-методологической основой	Обоснование целесообразности использования
1	Интегральный показатель вовлечённости персонала: $I_{eng} = \sum_{i=1}^n w_i \cdot n_i$	Методологически опирается на труды Роберта С. Каплана и Дэвида П. Нортон «The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action»; Брайана Э. Беккера, Марка А. Хьюлида и Дэйва Ульриха «The HR Scorecard: Linking People, Strategy, and Performance»; Майкла Армстронга «Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice»; А. Я. Кибанова «Управление персоналом организации»	Позволяет объединить разнородные показатели вовлечённости, лояльности, текучести кадров, абсентеизма, производительности труда, лояльности пациентов и охвата стимулированием в единый сопоставимый индекс
2	Нормирование прямых показателей: $n_i = m_i n(\frac{x_i}{N_i}; 1)$	Метод нормализации показателей изучен и обоснован в трудах Г. В. Савицкой «Анализ хозяйственной деятельности предприятия»; А. Д. Шеремета, Р. С. Сайфулина, Е. В. Негашева «Методика финансового анализа»; И. А. Бланка «Финансовый менеджмент»	Позволяет привести фактические значения показателей к безразмерному виду от 0 до 1 и ограничить значение целевым нормативом, что обеспечивает сопоставимость показателей разной природы
3	Нормирование обратных показателей: $N_i = m_i n(\frac{N_i}{x_i}; 1)$	Метод нормализации обратных показателей изучен в трудах Г. В. Савицкой «Анализ хозяйственной деятельности предприятия»; А. Д. Шеремета, Р. С.	Применяется для показателей, где снижение значения является положительной динамикой:

		Сайфулина, Е. В. Негашева «Методика финансового анализа»; И. А. Бланка «Финансовый менеджмент»	коэффициент текучести кадров, коэффициент абсентеизма
4	Преобразование eNPS: $n_{eNPS} = \max(0; \min(1; \frac{eNPS + 20}{50}))$	Методология оценки лояльности изучена в трудах Фредерика Ф. Рейхельда «The One Number You Need to Grow» (Harvard Business Review, 2003) и «The Loyalty Effect: The Hidden Force Behind Growth, Profits, and Lasting Value»	Индекс лояльности персонала может принимать отрицательные значения, поэтому для использования в интегральном показателе необходима нормализация в диапазон от 0 до 1
5	Весовые коэффициенты показателей: $\sum w_i = 1$	Методы экспертного взвешивания изучены в трудах Томаса Л. Саати «Принятие решений. Метод анализа иерархий»; Б. Г. Литвака «Экспертные оценки и принятие решений»; С. Д. Бешелева и Ф. Г. Гурвича «Математико-статистические методы экспертных оценок»	Позволяет учесть разную значимость показателей: вовлечённости персонала, текучести кадров, производительности труда, лояльности персонала и пациентов, абсентеизма и охвата стимулированием
6	Совокупный экономический эффект: $\mathcal{E} = \mathcal{E}_{\text{тек}} + \mathcal{E}_{\text{выр}} + \mathcal{E}_{\text{абс}} + \mathcal{E}_{\text{кач}}$	Методы оценки экономического эффекта кадровых мероприятий изучены в трудах Джона Дж. Филлипса и Патрисии П. Филлипс «Proving the Value of HR: How and Why to Measure ROI»; Уэйна Ф. Каскио «Costing Human Resources: The Financial Impact of Behavior in Organizations»; А. Я. Кибанова «Управление персоналом организации»	Позволяет учесть несколько источников экономического эффекта: снижение текучести кадров, рост выработки, снижение абсентеизма и снижение потерь, связанных с качеством медицинских услуг
7	Экономия от снижения текучести кадров: $\mathcal{E}_{\text{тек}} = \mathcal{C}_{\text{предотвр}} \times \mathcal{C}_{\text{замены}}$	Методика оценки стоимости замены работника изучена в трудах Уэйна Ф. Каскио «Costing Human Resources»; Джона Дж. Филлипса и Патрисии П. Филлипс «Proving the Value of HR»; Майкла Армстронга «Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice»	Позволяет перевести снижение текучести кадров в денежную форму через предотвращённые расходы на замену сотрудников
8	Прирост маржинального дохода за счёт роста выработки: $\mathcal{E}_{\text{выр}} = \Delta B \times K_{\text{марж}} \times K_{\text{эл}}$	Методы факторного анализа производительности труда, маржинальной доходности и управленческого учёта изучены в трудах Чарльза Т. Хорнгрена, Шрикханда М. Датара и Джорджа Фостера «Управленческий учет: комплексный подход»;	Позволяет выделить экономический эффект роста производительности труда и отдельно учесть ту часть эффекта, которая связана с ростом вовлечённости персонала

		Колина Друри «Управленческий и производственный учет»; А. Д. Шеремета и соавторов по экономическому и финансовому анализу	
9	Экономия от снижения потерь качества: $\mathcal{E}_{\text{кач}}$ — экспертная оценка	Методология управления качеством и оценки потерь качества изучена в трудах Уильяма Э. Деминга «Out of the Crisis»; Джозефа М. Джурана «Juran on Quality»; Филипа Б. Кросби «Quality Is Free»	Для медицинской организации качество услуг и удовлетворённость пациентов влияют на спрос и репутацию, но не всегда могут быть точно выражены в бухгалтерском учёте без дополнительных данных
10	Коэффициент окупаемости расходов на стимулирование: $K_{\text{ок}} = \frac{3}{3}$	Методы оценки окупаемости затрат изучены в трудах И. А. Бланка «Финансовый менеджмент»; А. Д. Шеремета, Р. С. Сайфулина, Е. В. Негашева «Методика финансового анализа»; Чарльза Т. Хорнгрена, Шрикханда М. Датара и Джорджа Фостера «Управленческий учет»	Показывает, сколько рублей экономического эффекта получено на один рубль расходов на стимулирование персонала
11	Рентабельность расходов на стимулирование: Рентабельность продаж = $\frac{\text{Чистая прибыль}}{\text{Выручка}} \times 100$	Методы оценки рентабельности затрат изучены в трудах И. А. Бланка «Финансовый менеджмент»; А. Д. Шеремета, Р. С. Сайфулина, Е. В. Негашева «Методика финансового анализа»; Чарльза Т. Хорнгрена, Шрикханда М. Датара и Джорджа Фостера «Управленческий учет»	Показывает чистую отдачу от расходов на стимулирование персонала в процентах к затраченным средствам
12	Вовлечённая чистая прибыль: $NP_{\text{eng},y} = NP_y \times I_{\text{eng},y}$	Научно-методологической основой показателя послужили концепции ценности человеческого капитала и эффективности персонала, изученные в трудах Дэйва Ульриха, Брайана Э. Беккера, Марка А. Хьюлида «The HR Scorecard»; Джона Дж. Филлипса и Патрисии П. Филлипс «Proving the Value of HR»; Майкла Армстронга «Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice»; А. Я. Кибанова «Управление персоналом организации»	Позволяет сравнивать финансовый результат клиники с поправкой на уровень вовлечённости персонала, а не только по номинальной чистой прибыли

13	Коэффициент экономической вовлечённости персонала: $E_{eng,y} = \frac{NP_{eng,y}}{S_y}$	Научно-методологической основой коэффициента послужили подходы к оценке возврата инвестиций в персонал и экономической эффективности затрат, изученные в трудах Джона Дж. Филлипса и Патрисии П. Филлипс; Дэйва Ульриха, Брайана Э. Беккера, Марка А. Хьюлида; А. Я. Кибанова; И. А. Бланка; А. Д. Шеремета и соавторов	Позволяет оценить, сколько рублей вовлечённой чистой прибыли приходится на один рубль расходов на экономическое стимулирование персонала
----	---	--	---

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Сводные исходные данные и параметрическая база для оценки эффективности экономического стимулирования персонала ООО «Дезир Клиник»

Таблица И - Сводные исходные данные и параметрическая база для оценки
эффективности экономического стимулирования
персонала ООО «Дезир Клиник»

Группа показателей	Наименование показателя	Ед. изм.	2024 г. (факт)	2025 г. (факт)	Источник / Обоснование
1.Кадровые показатели	Среднесписочная численность персонала	чел.	88	95	Данные кадровой службы
	В том числе: врачи	чел.	72	79	Данные кадровой службы
	Число уволившихся работников	чел.	15	9	Данные кадровой службы
	Коэффициент текучести кадров	%	17,0	9,5	Расчетный показатель
2.Финансово-экономические показатели	Выручка от оказания медицинских услуг	млн руб.	540,0	646,0	Бухгалтерская отчетность (Ф. №2)
	Годовой фонд оплаты труда (ФОТ)	млн руб.	95,0	110,6	Бухгалтерская отчетность
	Расходы на экономическое стимулирование	млн руб.	4,86	8,08	Данные управленческого учета
	Чистая прибыль	млн руб.	35,0	51,0	Бухгалтерская отчетность (Ф. №2)
3.Показатели вовлеченности и лояльности (результаты опросов)	Уровень вовлеченности персонала	%	62	74	Внутренний HR-опрос (Q12 / Gallup)
	Индекс лояльности персонала (eNPS)	%	-4	22	Внутренний HR-опрос

Группа показателей	Наименование показателя	Ед. изм.	2024 г. (факт)	2025 г. (факт)	Источник / Обоснование
	Индекс лояльности пациентов (NPS)	%	42	55	Опрос пациентов / CRM-система
	Доля персонала, охваченного стимулированием	%	45	78	Данные HR-департамента
4.Целевые (нормативные) значения для нормирования	Целевой уровень вовлеченности	%	80	80	Отраслевой бенчмарк / Цель клиники
	Целевой eNPS	%	30	30	Отраслевой бенчмарк
	Нормативный коэффициент текучести	%	8	8	Внутренний стандарт клиники
	Нормативный коэффициент абсентеизма	%	3	3	Внутренний стандарт клиники
	Целевая выработка на 1 работника	млн руб.	7,0	7,0	Стратегический план развития
	Целевой NPS пациентов	%	60	60	Стратегический план развития
	Целевой охват стимулированием	%	90	90	Внутренний стандарт клиники
5.Расчетные константы и экспертные оценки	Годовой фонд рабочего времени (на 1 чел.)	час	1970	1970	Производственный календарь РФ
	Средняя стоимость 1 человеко-часа	руб.	769	769	Расчет на основе ФОТ и взносов
	Стоимость замены 1 сотрудника (подбор, адаптация)	тыс. руб.	185	185	Экспертная оценка (с учетом доли врачей)
	Коэффициент маржинальной доходности	доля	0,45	0,45	Финансовый анализ клиники
	Доля влияния вовлеченности на рост выработки	доля	0,35	0,35	Экспертная оценка (метод элиминирования)
	Экономия от снижения потерь качества и жалоб	тыс. руб.	—	420	Экспертная оценка (репутационные риски)