

МОДЕЛЬ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ РАСПРЕДЕЛЕННОГО ЛИДЕРСТВА

О. В. КУДЕЛИНА

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Современные приоритеты развития здравоохранения обуславливают возрастающий интерес к проблемам лидерства в управлении. В статье представлен анализ эффективного международного опыта применения моделей распределенного лидерства в учреждениях здравоохранения с целью уточнения связи между компетенциями лидера (коллективное управление, формирование и восстановление отношений в коллективе, самосознание) и факторами, взаимосвязанными с рассматриваемыми компетенциями (эмоциональный интеллект, творчество, клинические компетенции). На основании анализа частот встречаемости упоминаний компетенций распределенного лидерства и сочетаний указанных факторов, взаимосвязанных с компетенциями, а также выявления ассоциированности исследуемых признаков разработана модель компетенций руководителя здравоохранения, основанная на идеях распределенного лидерства.

Ключевые слова: распределенное лидерство, учреждения здравоохранения, компетенции руководителя, эффективность, статистический анализ.

JEL: I10, J24, M12.

Глобальные проблемы, связанные с ухудшением здоровья населения, являются предметом обсуждения во всем мире. Российскими исследователями также предлагаются различные пути преодоления возникшего кризиса здравоохранения, в частности путем укрепления и совершенствования системы оказания медицинской помощи, повышения ее эффективности (см., напр.: [Еремина, Куделина, 2014; Куделина, Еремина, 2016]). Новые приоритеты обуславливают повышенный интерес к проблеме лидерства в сфере здравоохранения, где благодаря активным

улучшения системы оказания медицинской помощи, повышения ее эффективности (см., напр.: [Еремина, Куделина, 2014; Куделина, Еремина, 2016]). Новые приоритеты обуславливают повышенный интерес к проблеме лидерства в сфере здравоохранения, где благодаря активным

Адрес организации: Сибирский государственный медицинский университет, Московский тракт, 2, Томск, 634050, Россия.

© О. В. Куделина, 2016

DOI: 10.21638/11701/spbu18.2016.404

процессам реформирования изменяется среда ведения медицинской деятельности. Значительное внимание уделяется личностным характеристикам лидера, его компетенциям, способности взаимодействовать со своими последователями и добиваться успеха. Лидеры имеют решающее значение для обеспечения мотивации врачей и заинтересованных сторон в процессе совершенствования моделей оказания медицинской помощи. Кроме того, крайне важно, чтобы лидеры привлекали заинтересованные стороны брать на себя обязательства по поддержанию согласованных стратегий развития, разработанных для обеспечения эффективных и комплексных услуг в области здравоохранения [Booker, Turbutt, Fox, 2016].

В данной статье рассматривается наиболее успешный опыт использования распределенного лидерства (*distributed leadership*), а также то, как соответствующие компетенции помогают лидерам достигать эффективности деятельности. Целью исследования является формирование модели компетенций руководителя, основанной на идеях распределенного лидерства и направленной на повышение эффективности организации здравоохранения. Для этого в работе решаются следующие задачи: (1) формирование на основе международного опыта перечня основных компетенций распределенного лидерства руководителя учреждения здравоохранения; (2) проведение статистического анализа результатов ряда международных исследований для выявления наличия/отсутствия взаимосвязи между рассматриваемыми компетенциями распределенного лидерства; (3) выявление ассоциированности факторов, взаимосвязанных с исследуемыми компетенциями распределенного лидерства.

Теоретические основы исследования

Теоретические подходы к определению лидерства и модели лидерства весьма разнообразны. В частности, распределенное

лидерство, основанное на передаче управленческих функций при решении общих задач, позволяет получать более высокие показатели эффективности, чем при монолидерстве, за счет эффективного использования компетенций сотрудников. Если вести речь непосредственно о лидерстве в организациях в сфере здравоохранения, то целесообразно вспомнить теорию «эмоционального интеллекта» [Goleman, 1995] и теорию «двигателя лидерства» [Tichy, 1997], подробно изложенные в статье [Филонович, 2003]. В работе [Goleman, 1995] выделены такие компоненты эмоционального интеллекта, как самопознание, саморегуляция, мотивация, эмпатия, социальные навыки. В более поздних работах автора (см.: [Goleman, 1998; 2013; Goleman, Boyatzis, McKee, 2001]) на конкретных примерах было показано, как обладание эмоциональным интеллектом способствует повышению эффективности лидерства. В свою очередь, в работе [Tichy, 1997] на основании критерия долгосрочной успешности были сформулированы следующие выводы:

- 1) в организациях-победителях лидеры есть на всех уровнях;
- 2) для того чтобы обеспечить эффективное лидерство на всех уровнях организации, лидеры высшего уровня должны воспитывать лидеров на более низких уровнях управления;
- 3) для воспитания новых лидеров действующие лидеры должны обладать так называемой передаваемой точкой зрения (*teachable point of view*);
- 4) действующие лидеры должны владеть методикой воспитания новых лидеров.

Иными словами, недостаточно просто быть лидером, важно, чтобы лидер был эффективным, умел мотивировать своих последователей и обладал выраженным эмоциональным интеллектом, который он постоянно совершенствует.

Р. Вендер определяет лидерство как «комбинацию обязанностей, отношений, навыков и поведенческих особенностей,

которые позволяют личности (индивиду) выделять лучшие качества в персонале организации для обеспечения устойчивого развития» [Vender, 2015]. При перечислении отличительных черт характера и навыков лидера автор в первую очередь упоминает талант, сильный характер и эмоциональное восприятие.

В исследовании оценки эффективности руководства в этой сфере на основе данных опроса более чем 34 тыс. человек, проведенного в 2000–2009 гг. специалистами центра CCL (Center for Creative Leadership, Северная Каролина, США), были выделены следующие шесть приоритетных компетенций для развития лидерства¹ [Patterson et al., 2011].

1. *Вовлечение персонала.* Способность вовлекать сотрудников в процесс деятельности является крайне изменчивым навыком, требующим смекалки при взаимодействии с людьми. Эффективные в управлении персоналом менеджеры и руководители инвестируют в других и являются опытными управленцами и мотиваторами.
2. *Коллективное управление.* Эффективные лидеры используют коллективное управление для вовлечения других лиц, достигают консенсуса и влияют на принятие решений. Менеджеры, которые понимают важность коллективного управления, побуждают окружающих делиться идеями и информацией, предоставлять обратную связь и демонстрировать перспективы — и они слушают их. Такие лидеры хорошо взаимодействуют с людьми, держат окружающих в курсе событий, вовлекают

персонал в процесс изменений и рассматривают проблемы с различных сторон.

3. *Формирование и восстановление отношений в коллективе.* Менеджерам следует устанавливать и поддерживать прочные отношения с сотрудниками на основе уважения, дипломатичности и справедливости. Такие менеджеры способны общаться с разными людьми и легко заручаться поддержкой коллег, высшего руководства и клиентов. Менеджеры, имеющие навык ведения переговоров, выполняют поставленные перед ними задачи, используя опыт сотрудничества и поиск общей позиции. При этом они стараются понять позицию других, прежде чем делать выводы или принимать решения.
4. *Самосознание.* Эффективные лидеры имеют четкое представление о своих сильных и слабых сторонах и влиянии своего поведения на других. Человек с высоким уровнем самосознания ищет обратные связи и учится. Он признает собственные ошибки, учится на них и двигается дальше, чтобы исправить ситуацию.
5. *Широкие организационные возможности.* Лидеры с широкими организационными возможностями имеют опыт работы в нескольких функциональных областях и взаимодействуют с людьми, чьи интересы, опыт и точки зрения являются конкурирующими.
6. *Формирование и управление командой.* Эффективные лидеры выбирают правильное сочетание людей в команде, которые в совокупности имеют опыт, знания и навыки, необходимые для достижения поставленной задачи или выполнения текущей работы. Они устанавливают четкие цели, разрешают конфликты и мотивируют членов команды. В Великобритании были разработаны рекомендации по организации командной работы в сфере здравоохранения [Leadership..., 2012]. В них внимание акцентируется на

¹ В исследовании рассмотрены области компетентности по «методу 360 градусов» (360-degree feedback) для лидеров всей сферы здравоохранения, в том числе работников крупных больничных систем, региональных провайдеров, страховых компаний, государственных и федеральных агентств здравоохранения, фармацевтических компаний и производителей медицинского оборудования.

том, что сильное лидерство может помочь решению проблем в процессе реформирования системы здравоохранения страны. Отмечается, что важно вовлечение всех взаимодействующих субъектов в работу по обеспечению необходимой интеграции. Согласно [Leadership..., 2012], успешное лидерство в процессе улучшения здравоохранения объединяет три набора навыков:

- «специфические знания» (service-specific knowledge) — понимание того, как работают клинические сервисы и что требуется для предоставления высококачественных услуг;
- «ноу-хау улучшений» (improvement know-how) — навыки улучшений в сфере здравоохранения, охватывающие техники, адаптированные из промышленности, такие как «бережливое производство», а также клинические методы, например клинический аудит и исследования;
- «управление изменениями» (change management skills) — навыки, включающие в себя разрешение конфликтов, построение коалиций поддержки, противодействие нежеланию изменений, передачу видения персоналу, пациентам, общественности и стейкхолдерам [Leadership..., 2012].

При этом можно отметить, что оценка эффективности с точки зрения различных взаимодействующих субъектов существенно отличается (бюджетная, социальная, медицинская эффективность и др.) [Еремина, Куделина, 2014].

В модели распределенного лидерства при реализации конкретного проекта лидерами в разные периоды времени должны становиться разные люди, чьи компетенции в наибольшей степени соответствуют той или иной фазе проекта [Филонович, 2003]. Попытку обобщить концептуальную и эмпирическую литературу по концепции распределенного лидерства, а также по связанным с ней концепциям (разделенного (shared), коллективного (collective), совместного (collaborative), стихийного (emergent), демократического (democratic)

лидерства), солидерства (co-leadership) предпринял Р. Болден [Bolden, 2011]. По его мнению, распределенное лидерство, с одной стороны, является средством повышения эффективности и вовлеченности персонала с использованием процесса лидерства как такового для достижения наиболее благоприятного эффекта, а с другой стороны, в отдельных ситуациях лидерство может быть разделенным и/или демократическим, но это вовсе не обязательно для того, чтобы считаться распределенным. Р. Болден выделил три базовых свойства распределенного лидерства: (1) лидерство — это стихийное свойство группы или сети, взаимодействующих между собой индивидов; (2) имеет место открытость границ лидерства; (3) экспертные знания распространены среди многих, а не среди некоторых [Bolden, 2011].

В работе [Fitzsimons, James, Denyer, 2011] были предложены следующие ключевые характеристики распределенного лидерства:

- 1) лидерство принадлежит не только тем, кому назначены формальные лидерские роли, оно также осуществляется множеством индивидов в организации;
- 2) практика лидерства формируется за счет взаимодействия между лидерами и последователями, а также в рамках организационного контекста;
- 3) познание «растянуто» поверх участников и контекстных аспектов, в которых они находятся;
- 4) эффективность подразумевает развитие потенциала действий с помощью инструментов «совместного действия» (concertive action), «совместной деятельности» (co-performance) или «совместной организации» (conjoint agency).

Учитывая сложность области исследований распределенного лидерства, а также наличие связанных с ним других форм и моделей лидерства (совместное, распространенное, демократическое и др.), установить четкие рамки понятия «распределенное лидерство», по всей видимости, не

представляется возможным. При практическом применении перечисленные подходы не являются взаимоисключающими, а становятся в большей степени взаимодополняющими для организации взаимодействия участников и повышения эффективности совместной управленческой деятельности. Поэтому распределенное лидерство представляет собой передаваемое лидерство, которое определяется приоритетностью компетенций участников на конкретном этапе деятельности, в условиях формирования единой команды как в горизонтальном, так и в вертикальном направлении в рамках организации [Куделина, 2016]. Отталкиваясь от результатов упоминавшегося масштабного исследования CCL по выявлению необходимых компетенций для развития лидерства в организациях здравоохранения, а также с учетом существующих теоретических подходов к распределенному лидерству, можно выделить три ключевые компетенции, имеющие приоритетное значение для внедрения модели распределенного лидерства в медицинские организации:

- 1) коллективное управление;
- 2) формирование и восстановление отношений;
- 3) самосознание.

Далее мы рассматриваем следующие два вопроса. Есть ли отличия в наборе компетенций лидера в организациях здравоохранения в модели распределенного лидерства? Какие факторы влияют на формирование компетенций распределенного лидерства в организациях здравоохранения?

Международный опыт внедрения компетенций распределенного лидерства в медицинских организациях

Авторы исследования [Shortell et al., 2005] установили, что успешные медицинские организации обычно уделяют большое внимание качеству медицинской помощи и

налаживанию тесных отношений между медицинскими и административными работниками, а также быстро перенимают новые методы работы. Данный тезис свидетельствует о развитии таких компетенций, как формирование и восстановление отношений в коллективе, коллективное управление, наличие которых обуславливается развитым эмоциональным интеллектом и самосознанием, что важно при освоивании новых методов работы. В 2012–2013 гг. было проведено масштабное исследование ACO (Accountable Care Organizations²), в ходе которого было установлено, что лидерство играет ключевую роль в реализации модели ACO [Colla et al., 2014]. Так, 51% таких организаций управляется врачами, врачи в большинстве в управляющих советах 78% такого рода медицинских заведений. Лидерство врачей представляется как средство коллективного управления, помогающее достичь успеха в изменении врачебной практики и финансовой модели медицинских услуг. Отмечено, что врачи-клиницисты не только принимают решения, которые определяют качество и эффективность ухода за пациентами, но и обладают техническими знаниями, чтобы сделать стратегический выбор в отношении долгосрочных подходов предоставления медицинских услуг [Mountford, Webb, 2009].

В клинике Мейо (США) несколько десятилетий используется модель распределенного лидерства, которая ставит врачей и администраторов в одну команду с обязательной ротацией позиций врачебного и

² В российских статьях описываются как «подотчетные медицинские организации» [Шейнман, 2012] или «ответственные медицинские организации» [Вялых, 2014]. Под моделью ACO понимают таких поставщиков медицинских услуг, как отдельные врачи, медицинские организации (больницы, клиники, центры и прочие провайдеры), которые объединяются на добровольной основе в интересах создания интегрированной структуры эффективного управления, ориентированной на пациента [Вялых, 2014].

административного лидерства [Berry, Seltman, 2014]. Модель лидерства клиники также включает в себя сложные группы комитетов, как правило возглавляемые врачами. Кроме комитетов института и кампуса департаменты и подразделения имеют свои комитеты. Структура комитетов порождает широкую вовлеченность персонала в принятие решений, поощряет достижение предварительного консенсуса и предлагает опыт карьерного роста членам комитетов. Это также сводит воедино различные точки зрения по проблемам, содействует пониманию влияния предложенных мероприятий на различные части организации, усиливает культуру сотрудничества. Подобная организация деятельности требует от руководителя обладания всеми рассматриваемыми компетенциями (коллективное управление, формирование и восстановление отношений и самосознание).

Такой подход, безусловно, ведет к увеличению объема выполняемых работ и возрастанию стоимости услуг. Качество медицинских услуг повышается за счет высокой заинтересованности и ответственности персонала, но при этом ресурсоэффективность не увеличивается. Синдром профессионального выгорания имеют до 40% сотрудников клиники, но тем не менее примерно 36% из них занимаются планированием карьерного роста вместе с лидером и отмечают улучшения на рабочем месте, уважительное отношение к персоналу, информирование об изменениях в организации, мотивацию к развитию талантов и компетенций [Shanafelt et al., 2015].

Компетенции лидера при формировании межличностных отношений в коллективе

Основной приоритет в развитии лидерства — улучшение способности руководить подчиненными и работать в команде. Особую важность имеет создание организационной культуры сотрудничества, во-

влечения подчиненных в принятие решений. Лидерам необходимо улучшать навыки налаживания связей и контактов с проблемными сотрудниками. При этом организации в сфере здравоохранения нуждаются в стратегиях для обеспечения широкого организационного опыта для лидера, обучения, самосознания; в сотрудниках, способных работать, невзирая на границы, и взаимодействовать более эффективно.

Необходимо отметить факторы, тормозящие развитие лидера: проблемы в межличностных отношениях; трудности в формировании и управлении командой; сложности при осуществлении изменений или адаптации (сопротивление изменениям, обучение на ошибках); неспособность соответствовать бизнес-целям (сложности при выполнении обещаний и завершении работы); прямолинейность функциональной ориентации (недостаток глубины управления вне функций, см., напр.: [Patterson et al., 2011]).

При этом лидер здравоохранения наиболее эффективен в следующих компетенциях: межкультурной коммуникации, раскрепощении людей и самообучаемости (табл. 1).

Кроме того, в [Patterson et al., 2011] определяются вызовы при руководстве персоналом в сфере здравоохранения. Так, лидеры могут получить выгоду за счет развития лидерских навыков и навыков межличностного общения, которые необходимы для создания направленности, выравнивания и приверженности внутри организации. Эта работа требует таких способностей, как коучинг сотрудников, эффективное делегирование, набор талантливых кадров и осуществление изменений через других [Patterson et al., 2011]. Было установлено, что достижение высокой эффективности деятельности организации, по мнению сотрудников, возможно, если лидер обладает развитыми навыками ресурсоэффективности, прямолинейен, умеет работать в напряженных условиях, стрес-

Таблица 1

Эффективность лидерства: производительность лидеров здравоохранения

Компетенция	Ранг	Средний балл
Межкультурные коммуникации	1	4,23
Раскрепощенность людей	2	4,19
Самообучаемость	3	4,18
Ресурсоэффективность	4	4,11
Работа «во все тяжкие»	5	4,07
Прямолинейность	6	4,01
Решительность	7	4,00
Милосердие и чувствительность	8	4,00
Баланс между личной жизнью и работой	9	3,99
Управление изменениями	10	3,96
Коллективное управление	11	3,96
Формирование и восстановление отношений	12	3,96
Управление карьерой	13	3,93
Самосознание	14	3,90
Вовлечение персонала	15	3,89
Решение проблем персонала	16	3,74
Размер выборки, человек	34 899	

Примечание: шкала основана на 5-балльной оценке, где 5 — наилучший результат.
Источник: [Patterson et al., 2011, p. 7].

соустойчив и готов к самообучению. При этом такие компетенции, как вовлечение персонала, коллективное управление, формирование и восстановление отношений в коллективе и самосознание, имеют высокую или среднюю степень важности, но не приводят к высокой эффективности деятельности организации.

Причины такого дисбаланса вполне очевидны: трудности при формировании и восстановлении отношений в коллективе, решение проблем персонала, сложности при внедрении изменений и другие, указанные выше, не дают возможности сотрудникам понять эффективность коллективного управления, а руководителям — выявить потенциал сотрудников, необходимый для повышения эффективности деятельности.

В условиях реформирования национальной системы здравоохранения Великобритании особое внимание уделяется органи-

зации командной работы и выраженному лидерству. Реформы сопровождаются рядом положительных эффектов: сильное финансовое управление, высокие этические ценности и мотивация персонала, а также более низкий уровень невыходов на работу и стресса [Leadership..., 2012]. На основе модели клинического лидерства [High Quality..., 2008] были разработаны матрицы и моды клинического лидерства, характеризующие поведенческие модели лидеров здравоохранения [Storey, Holti, 2013].

Концепция клинического лидерства, использованная в организациях здравоохранения Ирландии, позволила лидерам «проще создавать эффективные рабочие отношения между врачами и менеджерами», т. е. развить компетенцию «формирование и восстановление отношений в коллективе», а также повысить производительность и создать конкурентные условия [Frontline

lessons..., 2010]. Позитивное влияние клинического лидерства на различные показатели производительности также описывают итальянские исследователи [Sarto, Veronesi, 2016].

В рамках реализации реформ здравоохранения в Австралии отмечена их успешность, связанная с обеспечением командной работы персонала и формированием межпрофессиональных компетенций (IPP — interprofessional practice) [Brownie et al., 2014].

Влияние внешних факторов на модель управления в здравоохранении

Важность участия врачей в управлении бизнес-процессами больниц и ресурсоэффективностью, а также производительностью труда в них продемонстрирована на основании интервью со 170 руководителями и заведующими отделениями, которые провели McKinsey и Лондонская школа экономики [Castro, Dorgan, Richardson, 2008].

Кейс-исследование 11 организаций здравоохранения Лондона и региона Мидленд (Великобритания) проведено на базе 175 интервью с сотрудниками управленческого звена, клиницистами, а также врачами, совмещающими выполнение управленческих и клинических обязанностей. Были поставлены исследовательские вопросы: (1) могут ли клинические руководители и управленцы-неклиницисты понимать и выполнять свои должностные обязанности и использовать их для изменения сервиса при оказании медицинских услуг; (2) кроме понимания и выполнения, какие дополнительные факторы отвечают за индивидуальные или организационные различия в эффективности осуществления изменений [Fitzgerald et al., 2006]?

В результате было обнаружено, что для прогресса изменений в многопрофильных организациях необходимо создать основу для хороших межпрофессиональных взаимодействий. В большинстве рассмотренных случаев отношения между врачами-

клиницистами и менеджерами были обозначены респондентами как здоровые, но несколько отстраненные; при этом такой вывод нельзя сделать насчет отношений между врачами: внутри организаций взаимодействия были слабыми, не способствующими предоставлению качественных медицинских услуг. Роль «сотрудника-гибрида», выстраивающего отношения между управленческим и клиническим звеном, представляется крайне важной [Fitzgerald et al., 2006], поскольку в рамках модели распределенного лидерства нужна компетенция формирования и восстановления отношений в коллективе.

Напротив, в кейсах успешных организаций было выявлено наличие небольшой группы менеджеров высшего звена, которые эффективно работают вместе, сотрудничают и консультируются, уважая точки зрения друг друга. Эффективная деятельность таких групп отмечается и сотрудниками организации.³ В данном контексте рассматривается еще одна компетенция распределенного лидерства — коллективное управление.

Исследователями показано наличие распродоточенного лидерства⁴ (dispersed leadership), за счет которого в изменения вовлечен персонал на различных уровнях управленческого и профессионального опыта. Распродоточенное лидерство имеет следующие особенности, характеризующие компетенции лидера:

- существует поддерживающая и активная команда высшего руководства, стре-

³ В организациях скорой медицинской помощи, как правило, команды коллективного лидерства в высшем руководстве состоят из генерального директора и медицинского директора, на уровне медицинского персонала — из клинического директора и главного менеджера. В организациях первичной медико-санитарной помощи такая группа включает генерального директора и главу попечительского совета.

⁴ В дальнейших исследованиях авторы приходят к понятию распределенного лидерства (см.: [Fitzgerald et al., 2013]).

мящаяся быть вовлеченной в осуществление изменений;

- клинические менеджеры и старшие врачи-клиницисты работают, как правило, внутри организации (и иногда вне организационных границ), обеспечивая лидерство, предоставляя советы коллегам, проводят переговоры относительно ресурсов и постоянно продвигают изменения;
- отдельные врачи-клиницисты (всех специализаций и широкого опыта) желают выполнять определенные задачи, увлечены и энергичны.

Из недостатков авторы указывают возможность наличия «дыры» в системе расщепленного лидерства из-за отсутствия поддержки изменений на определенном уровне руководства или внутри контролируемых групп. Они отмечают, что реформы акцентируют необходимость совершенствования трудовых ресурсов (персонала) и обеспечения гибкости, что требует более изощренной стратегии подбора кадров и инвестиций в совершенствование трудовых ресурсов [Fitzgerald et al., 2006]. Все это укладывается в модель распределенного лидерства и три ее ключевые компетенции.

При описании модели расщепленного лидерства авторы переходят к термину «распределенное лидерство» и на примере трех успешных кейсов делают ряд выводов:

1. Примеры индивидуализированного лидерства отсутствуют. Особенности распределенного лидерства изменений заключаются в многоуровневых ключевых командах, поддерживаемых широким кругом сотрудников.
2. Высшее руководство обозначает рамки и обеспечивает ресурсы для изменений. Лидеры среднего звена продвигают изменения, интерпретируют стратегию на национальном уровне под локальные нужды, вовлекая и связывая персонал между собой.
3. Врачи-менеджеры, т. е. и менеджеры, и клиницисты, обладающие социальным

и клиническим доверием, играют связующие роли между организационными сферами.

4. Множество различных конкурирующих процессов используется кумулятивно, осуществляется комбинация людей и процессов [Fitzgerald et al., 2013].

В итоге в [Fitzgerald et al., 2013] была предложена многоуровневая модель влияния распределенного лидерства на улучшение оказания медицинских услуг, эффективность которой поддерживалась здоровыми межпрофессиональными отношениями (рис. 1).

Вопросам интеграции медицинского обслуживания, направленного на повышение результативности лечения и оптимизации расходов, было посвящено исследование 40 систем здравоохранения [Carter et al., 2011]. Его авторами было обнаружено, что успешным системам интегрированного медицинского обслуживания присущи три общие черты:

- основное внимание в них уделяется тем сегментам населения, в которых расходы на здравоохранение обычно наиболее высоки (например, сегментам пожилых людей и пациентов с хроническими заболеваниями);
- ключевые процессы оказания медицинских услуг корректируются таким образом, чтобы обеспечить эффективную работу междисциплинарных групп специалистов;
- системы внедряют ряд важных вспомогательных компонентов, позволяющих наладить интегрированное медицинское обслуживание [Carter et al., 2011].

Сформированные прочные партнерские отношения между всеми участниками процесса предоставления услуг позволяют создать «виртуальную» интегрированную систему медицинского обслуживания даже в тех странах, чьи системы здравоохранения в той или иной степени являются фрагментированными. Для обеспечения эффективной работы этой модели необходимо, чтобы все участники были готовы

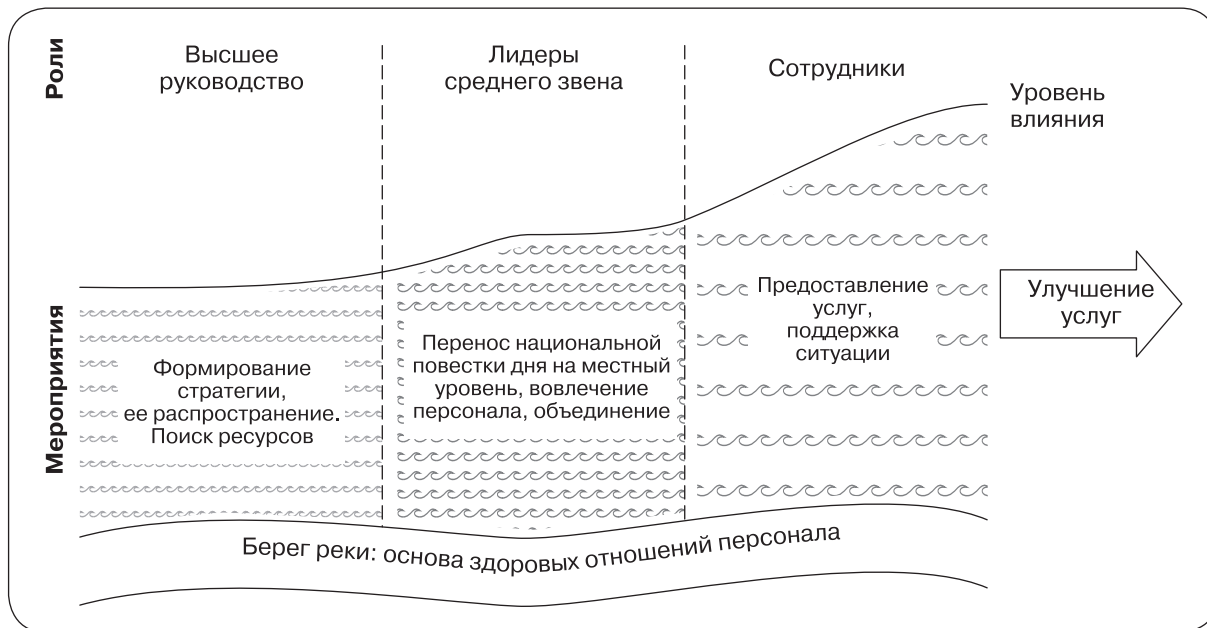


Рис. 1. Влияние распределенного лидерства на улучшение оказания медицинских услуг

оптимизировать основные рабочие процессы. Передовые системы интегрированного обслуживания используют алгоритмы прогнозного моделирования в сочетании с экспертными суждениями врачей [Carter et al., 2011].

Все члены междисциплинарных групп, включая терапевтов, должны следовать этим протоколам и обосновывать причины возможных отклонений. В протоколах четко определены требования к квалификации, необходимой для выполнения каждой медицинской процедуры. Благодаря этим требованиям навыки всех участников группы используются наиболее эффективно, т. е. компетенции распределены между сотрудниками, принимающими участие в коллективном управлении. В успешных проектах по созданию моделей интегрированного обслуживания выполняется ряд условий, которые в полной мере согласуются с идеями распределенного лидерства:

1) ответственность начинается с уровня высшего руководства — органы правления финансирующих организаций ак-

тивно и открыто поддерживают процесс преобразований. Лидер — главный руководитель должен уметь правильно подобрать людей для работы в междисциплинарных группах;

2) необходимо сформировать согласованную позицию для обеспечения совместного принятия решений. Поскольку в основе интегрированного медицинского обслуживания лежит партнерство, то все заинтересованные лица должны воспринимать себя в качестве равноправных участников процесса принятия решений;

3) требуется эффективное управление работой лечебных учреждений. Руководители больниц должны быть способны четко обосновать потребность в повышении качества медицинской помощи и объяснить, каким образом внедрение интегрированной модели медицинского обслуживания поможет достичь необходимых улучшений;

4) руководители должны инициировать разработку и регулярное обновление протоколов, используемых при предо-

ставлении медицинских услуг, а также стать образцом для подражания, чтобы побудить всех сотрудников к переходу на новые методы работы [Carter et al., 2011].

Исследователи McKinsey объединили усилия с группой научных сотрудников из Лондонской школы экономики, Гарвардского и Стэнфордского университетов, чтобы выяснить, насколько ощутимо методы управления влияют на качество и результативность медицинского обслуживания в больницах. Исследование, начавшееся в 2006 г., охватывало 126 государственных и частных больниц в Великобритании. Затем рамки работы расширились и в целом в ходе исследования была проанализирована деятельность почти 1200 больниц из семи стран мира⁵. Исследование показало, что благодаря эффективному управлению больницы способны поддерживать или повышать качество медицинских услуг даже в условиях ограниченного финансирования — весьма важный вывод для всех стран с учетом существующей экономической ситуации в мире.

В результате было выявлено пять факторов, определяющих вероятность использования в больнице эффективных методов управления, которые должны учитываться при реализации любых программ реформирования систем здравоохранения:

- размер медицинского учреждения;
- уровень конкуренции с близлежащими больницами;
- количество руководителей, имеющих медицинское образование; клинические компетенции;
- степень независимости руководителей;
- структура собственности больницы.

Для того чтобы обеспечить сопоставимость исследуемых больниц, были выбраны лишь те учреждения, в которых имелись стационарные отделения кардиологии и ортопедии. В каждой больнице прово-

дился опрос руководителей подразделений и заведующих отделениями. Эти люди занимают достаточно высокие руководящие посты и имеют хорошее представление о деятельности больницы в целом, при этом они достаточно тесно взаимодействуют с медицинским персоналом и знают реальное положение дел в области обслуживания пациентов. Каждый респондент должен был ответить на вопросы, касающиеся примерно 20 различных аспектов управления больницей в четырех основных сегментах: управление операционной деятельностью, отслеживание эффективности, постановка целей и управление кадрами [Dorgan, Carter, Layton, 2011].

Для каждого сегмента эффективность управленческих методов оценивалась по шкале от «1» (наименее эффективные) до «5» (передовые). Для получения объективных результатов опроса респонденты не осведомлялись об используемых методиках оценки, а люди, проводящие опрос, не имели информации об уровне эффективности деятельности соответствующей больницы.⁶ Результаты анализа по Великобритании демонстрировали явную корреляцию между удовлетворенностью пациентов и показателями эффективности управления. В США была отмечена следующая закономерность: чем выше эффективность управления больницей, тем выше вероятность того, что пациенты порекомендуют ее своим знакомым. Финансовые показатели подобных лечебных учреждений оказались весьма впечатляющими. Этот вывод подтвердился независимо от того, какие параметры использовались для оценки финансовой эффективности: валовая прибыль (во Франции), *EBITDA* (в США) или доход в пересчете на одно койко-место (в Великобритании) [Dorgan, Carter, Layton, 2011].

С точки зрения статистики более 80% колебаний в общей выборке обусловлено

⁵ Великобритания, Германия, Италия, Канада, США, Франция и Швеция.

⁶ Подробнее о методике исследования в целом см.: [Bloom, Van Reenen, 2010].

различиями показателей больниц в пределах одной страны, а не различиями в результатах по странам. Это позволяет предположить, что методы управления значительно сильнее влияют на общую эффективность больниц, чем такие факторы, как национальная культура, ситуация на рынке и нормативно-правовое регулирование. Была обнаружена выраженная корреляция между размерами больниц (исходя из количества сотрудников) и эффективностью методов управления. Самые низкие результаты в целом продемонстрировали больницы с количеством сотрудников менее 100 человек. При этом не исключено, что больницы с более эффективным управлением просто имеют больше возможностей для роста и расширения (объяснение представляется вполне обоснованным для частных клиник, применительно к государственному сектору оно выглядит не столь очевидным).

Эффективность управления зависела от количества конкурирующих заведений, расположенных рядом с данной больницей. Отмечался также линейный рост средних показателей эффективности по мере увеличения количества конкурирующих заведений. Среди причин, в силу которых конкуренция может способствовать росту эффективности управления больницей, отмечались следующие: руководители медицинских учреждений готовы работать более активно при наличии сильных конкурентов; руководителям не хочется выглядеть слабо на фоне других местных больниц и т. п.

Во всех странах частные больницы демонстрировали более высокую эффективность управления по сравнению с государственными, поскольку использовали гораздо более действенные методы управления персоналом и, в отличие от государственных медицинских учреждений, не обязаны соблюдать определенные кадровые ограничения.

Исследование показало, что в разных странах по-разному относятся к тому, на-

сколько важно для руководителя больницы иметь медицинское образование. Например, в шведских лечебных учреждениях 93% управленцев имеют такое образование, тогда как в Великобритании этот показатель составляет лишь 58%, а во Франции — 64%. В итоге выяснилось, что те больницы, где доля руководителей с медицинским образованием наиболее высока, в целом применяют самые эффективные методы управления. Это обусловлено тем, что наличие опыта знаний в области медицины позволяет руководителю лучше понять процессы оказания медицинских услуг и связанные с этим проблемы. Такому руководителю легче наладить контакт с персоналом и завоевать доверие сотрудников (см., например, интервью с Б. Драмм [Frontline lessons..., 2010]). При этом в больницах с наименее эффективным управлением степень независимости руководителей оказалась гораздо ниже среднего уровня. Клинические компетенции обеспечивают высокую эффективность в основном в медицинских организациях Швеции, Франции, Великобритании [Dorgan, Carter, Layton, 2011].⁷

Важность наличия клинических компетенций у руководителей учреждений здравоохранения подчеркнута в новом исследовании группы McKinsey, Лондонской школы экономики и ряда сотрудников других университетов управленческих практик больниц Бразилии, Канады, Франции, Германии, Индии, Италии, Швеции, США и Великобритании, основанном на интер-

⁷ Для расчета использовались стандартизированные средние значения при оценке четырех вопросов (о наличии достаточных полномочий, чтобы нанять новую медицинскую сестру в штат, увеличить количество коек в определенных палатах, одобрить крупные капитальные затраты без предварительного согласования с генеральным директором, сформировать собственный бюджет и принимать стратегические инвестиционные решения). Значения проиндексированы на основе средних процентных долей.

вью с лидерами [Bloom, Sadun, Reenen, 2014]. В нем показано, что больницы, в которых менеджеры имеют более развитые клинические компетенции, более крупные больницы, работающие на рынках с более сильной конкуренцией, а также те, что не управляются государством, демонстрируют более высокие показатели управленческой эффективности. При этом различия результатов между странами объясняются неоднородностью финансирования сектора здравоохранения, охвата медицинской помощью населения, распространенностью некоммерческих организаций; отмечается также прозрачность управленческой политики в учреждениях, влияние со стороны государства.

Руководители медицинских организаций имеют весьма широкий круг обязанностей и обладают значительным набором управленческих компетенций. Они должны повышать эффективность методов управления; побуждать врачей занимать руководящие позиции; принимать независимые решения; эффективно использовать конкурентную среду; продумывать стимулы для повышения эффективности управления. При этом ограничение финансирования затрат должно сопровождаться повышением производительности труда медицинских учреждений (см.: [Dorgan, Carter, Layton, 2011]).

Далее в нашей статье с учетом результатов международных исследований определяется круг компетенций, необходимых для эффективного применения модели распределенного лидерства в организациях здравоохранения. На основании проведенного анализа литературы и изучения теорий лидерства в качестве факторов, взаимосвязанных с рассматриваемыми компетенциями распределенного лидерства, выбраны эмоциональный интеллект, творчество и клинические компетенции. Непосредственная задача проводимого эмпирического анализа — прояснение связи между компетенциями эффективного лидера и факторами распределенного ли-

дерства. Для этого в работе проводится подсчет числа упоминаний исследуемого признака (т. е. компетенций) в отобранных работах (см., напр.: [Sastre-Fullana et al., 2014]).

Методология исследования

Поиск работ на английском языке осуществлялся в международных базах данных (Scopus, Web of Science, ScienceDirect), на сайтах издательств (Annual Review, BMJ, компании McKinsey), среди неопубликованных статей и рабочих документов известных ученых и организаций, занимающихся вопросами лидерства в организациях здравоохранения. В работе применен подход отбора публикаций для систематического обзора и построения теоретических моделей (см., напр.: [Sarto, Veronesi, 2016]).

Систематизация документов была ограничена использованием различных комбинаций следующих дескрипторов — ключевых слов: «лидерство / распределенное лидерство»; «здравоохранение / учреждения здравоохранения»; «компетенции»; «эффективность» (leadership / distributed (shared) leadership; healthcare / healthcare institutions; competences; efficiency). Исследовательские статьи и материалы, опубликованные в 2010–2015 гг., основанные на литературных обзорах, опросах и интервьюировании сотрудников медицинских организаций, оценке показателей деятельности, моделировании, а также доклады были оценены по степени методологического качества. Так, работы с низкой цитируемостью, слабой литературной базой (малое количество литературных источников) и/или серьезными ограничениями по применимости результатов были исключены из дальнейшего анализа (рис. 2).

На первом этапе была отобрана 121 публикация (дополнительно включены три работы более раннего периода, чем 2010–2015 гг., найденные в списках литературы



Рис. 2. Этапы отбора публикаций для анализа

статей, см. Приложение), где рассматривались проблемы распределенного лидерства (79 публикаций) и/или исследовались проблемы компетенций руководителей (42 публикации) в сфере здравоохранения. Большая часть работ, отобранных по критерию приемлемости (рис. 2), основывалась на данных Великобритании и США, кроме того, было проанализировано несколько комплексных исследований, охватывающих Австралию, Бразилию, Германию, Индию, Италию, Канаду и другие страны. Трудности с использованием максимально возможной выборки публикаций были обусловлены гетерогенностью используемой терминологии в каждой стране, а также недостаточно глубоким рассмотрением исследуемых про-

блем или малым охватом числа изучаемых учреждений (например, приводятся общие предложения или специфические регулирующие подходы, проблема или ситуация описывается поверхностно).

Далее из 121 публикации были отобраны 23 работы, непосредственно посвященные проблематике компетенций эффективного лидера в сфере здравоохранения и отличающиеся глубоким уровнем исследования и широкой областью применения. В дальнейшем именно они использовались для количественного анализа. Статистическая обработка проводилась с использованием прикладных программ статистического анализа IBM SPSS Statistics v. 23.0.

Результаты анализа сопряженности компетенций руководителя и факторов, взаимосвязанных с компетенциями, в модели распределенного лидерства

В 23 отобранных для углубленного анализа работах (см. перечень в Приложении) компетенция распределенного лидерства «коллективное управление» упоминается в 22 случаях, «формирование и восстановление отношений в коллективе» — в 16, «самосознание» — в 12 случаях. Выбранные для изучения в качестве факторов, взаимосвязанных с рассматриваемыми компетенциями руководителя, характеристики «эмоциональный интеллект», «творчество», «клинические компетенции» встречаются в 10, 4 и 18 публикациях соответственно.

Коллективное управление рассматривается практически во всех отобранных исследованиях (22 упоминания из 23 публикаций), при этом в 15 из них значительное внимание уделено вопросам правильности построения руководителем взаимоотношений в коллективе. Все исследуемые компетенции сопряжены с понятием «эффективность» («ресурсоэффективность», «производительность» и т. п.), что являлось ключевым фактором при отборе публикаций для исследования.

В 18 публикациях сообщается о том, что руководитель должен обладать клиническими компетенциями, чтобы быть лидером не только в управлении учреждением здравоохранения, но и в медицинской среде, а также понимать нюансы при оказании медицинской помощи. Еще одним из взаимосвязанных факторов выступает творчество, которое упоминается лишь 4 раза, но всегда в сочетании с клиническими компетенциями и эмоциональным интеллектом (18 упоминаний клинических компетенций; 4 упоминания творчества; 9 упоминаний эмоционального интеллекта, см. Приложение).

В 12 работах компетенция «самосознание» упоминается вместе с компетенцией

«формирование и восстановление отношений» или «коллективное управление». Самосознание лидера заключается в умении не только руководить, но и подчиняться, что возможно только при высокой самоэффективности и выраженном эмоциональном интеллекте: самосознание сопряжено с эмоциональным интеллектом — 10 упоминаний из 12.

Формирование и восстановление отношений в коллективе возможно только при развитом самосознании лидера. В исследуемой выборке публикаций из 15 упоминаний компетенции «формирование и восстановление отношений в коллективе» в 12 случаях они связаны с «самосознанием».

Далее подобные предварительные заключения анализируются более подробно с использованием статистических методов. Для дескриптивной оценки результатов анализа число упоминаний исследуемых признаков (компетенции и факторы, взаимосвязанные с компетенциями) сводилось в частотные таблицы. Взаимосвязь рассматриваемых компетенций распределенного лидерства (коллективное управление, формирование и восстановление отношений в коллективе, самосознание) и/или факторов, взаимосвязанных с указанными компетенциями (эмоциональный интеллект, творчество, клинические компетенции), оценивалась на основании таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 по Пирсону при известном числе степеней свободы. Дополнительно выполнялся точный тест Фишера (двусторонний). Таким образом, проводилось сравнение частоты встречаемости признака или сочетания признаков (компетенции/факторы, взаимосвязанные с компетенциями) в разных статистических группах. Группы формировались по наличию или отсутствию признака/сочетания признаков, с которыми было необходимо установить связь. Для этого данные группировались в таблицы сопряженности 2×2 , в результате чего частота встречаемости

Таблица 2

Сравнение частот встречаемости упоминаний компетенций распределенного лидерства и факторов, взаимосвязанных с компетенциями

Анализируемые признаки	Компетенции распределенного лидерства								
	Коллективное управление			Формирование и восстановление отношений в коллективе			Самосознание		
	Отсутствует	Присутствует	Сравнение	Отсутствует	Присутствует	Сравнение	Отсутствует	Присутствует	Сравнение
Коллективное управление	—	—	—	100% (7/7)	93,8% (15/16)	$p = 1,000$	90,9% (10/11)	100% (12/12)	$p = 0,478$
Формирование и восстановление отношений в коллективе	100% (1/1)	68,2% (15/22)	$p = 1,000$	—	—	—	36,4% (4/11)	100% (12/12)	$p = 0,001$
Самосознание	0% (0/1)	54,5% (12/22)	$p = 0,478$	0% (0/7)	75,0% (12/16)	$p = 0,001$	—	—	—
Факторы, взаимосвязанные с компетенциями									
Эмоциональный интеллект	0% (0/1)	45,5% (10/22)	$p = 1,000$	0% (0/7)	62,6% (10/16)	$p = 0,007$	0% (0/11)	83,3% (10/12)	$p < 0,001$
Творчество	100% (1/1)	13,6% (3/22)	$p = 0,174$	0% (0/7)	25,0% (4/16)	$p = 0,273$	9,1% (1/11)	25,0% (3/12)	$p = 0,590$
Клинические компетенции	100% (1/1)	77,3% (17/22)	$p = 1,000$	57,1% (4/7)	87,5% (14/16)	$p = 0,142$	63,6% (7/11)	91,7% (11/12)	$p = 0,155$

Примечания: □ — связь средней силы; N публикаций = 23.

представленных признаков или их сочетаний (компетенции, взаимосвязанные с компетенциями факторы) сравнивалась с частотой их отсутствия.

Для оценки ассоциированности признаков использовался коэффициент сопряженности C : если коэффициент статистически значим (на уровне $p < 0,05$), то утверждается, что признаки взаимосвязаны. Сила взаимосвязи оценивалась по величине коэффициента сопряженности: менее 0,5–0,6 — слабая, свыше 0,6 — средняя, близкий к 1 — сильная взаимосвязь.

Среди отобранных для статистического анализа публикаций связь с «коллективным управлением» и другими компетенциями не устанавливалась ввиду ее очевидности — в 22 публикациях из 23 упоминается данная компетенция (см. Приложение).

Статистически значимые различия присутствия или отсутствия компетенций распределенного лидерства в изучаемых нами публикациях отмечены не во всех сочетаниях. Так, при сравнении частот встречаемости упоминания компетенции «самосознание» в статьях, которые содержат упоминания «формирования и восстановления отношений в коллективе» с частотой встречаемости упоминания самосознания в статьях, которые не содержат упоминания формирования и восстановления отношений в коллективе, в 100% случаев упоминание компетенции самосознание сопровождается присутствием (12/12, табл. 2) компетенции «формирование и восстановление отношений в коллективе», тогда как в 36,4% случаев, где не упоминается самосознание, компетенция «формирование и восстановление от-

ношений» присутствует ($p = 0,001$). В 75% (12/16, табл. 2) рассмотренных нами случаев упоминание компетенции «формирование и восстановление отношений в коллективе» сопровождается присутствием компетенции «самосознание», при этом в статьях, где не упоминается формирование и восстановление отношений в коллективе, упоминания компетенции «самосознание» не встречалось ($p = 0,001$). Анализируемые публикации демонстрируют взаимосвязь этих двух компетенций, особенно показателен тот факт, что при отсутствии компетенции «формирование и восстановление отношений в коллективе» отсутствует также и «самосознание».

Сравнение частоты встречаемости фактора «эмоциональный интеллект» в статьях, которые включают в себя упоминания компетенций «формирование и восстановление отношений в коллективе» или «самосознание», с частотой встречаемости упоминания эмоционального интеллекта в статьях, которые не содержат упоминания компетенций «формирование и восстановление отношений в коллективе» или «самосознание», позволило установить следующее. Данный фактор присутствует в 62,2% статей, где упоминается компетенция «формирование и восстановление отношений в коллективе» ($p = 0,007$, табл. 2), и в 83,3% случаев, где рассматривается компетенция «самосознание» ($p < 0,001$, табл. 2). Примечательно, что в статьях, в которых не упоминаются указанные компетенции, также не встречается упоминание эмоционального интеллекта (0/7 и 0/11 соответственно).

Полученные результаты указывают на выраженную взаимосвязь компетенций «формирование и восстановление отношений в коллективе» и «самосознание», а также влияния на эти компетенции эмоционального интеллекта.

Статистические значимые различия также получены при исследовании сочетаний взаимосвязанных с компетенциями фак-

торов и самих компетенций (табл. 3). В частности, сочетание эмоционального интеллекта и клинических компетенций в 9 из 16 случаев упоминаний (56,3%, $p = 0,019$) обусловлено наличием компетенций «формирование и восстановление отношений в коллективе» и «самосознание» в 9 из 12 случаев (75%, $p < 0,001$).

Определение ассоциированности исследуемых компетенций и взаимосвязанных с ними факторов позволило установить наличие слабой статистически значимой связи коллективного управления с творчеством, формированием и восстановлением отношений в коллективе, самосознанием и эмоциональным интеллектом (табл. 3). Более сильная сопряженность имеется у компетенции «самосознание» со связующим фактором «эмоциональный интеллект» ($C = 0,643$, $p = 0,001$). Если рассматривать компетенции «формирование и восстановление отношений» и «самосознание», взятые вместе, то связь с эмоциональным интеллектом также выражена более значительно, что, вероятно, обусловлено наличием самосознания.

Между факторами, взаимосвязанными с компетенциями, и их сочетаниями выявлены некоторые статистически значимые ассоциации. Так, эмоциональный интеллект сопряжен с творчеством и клиническими компетенциями, сила связи при разных сочетаниях факторов варьирует от 0,389 до 0,675 ($p < 0,05$, табл. 4).

Выявленные статистические взаимосвязи позволяют, с опорой на теоретические подходы, предложить модель компетенций распределенного лидерства (рис. 3). Эта модель компетенций руководителя основана на идеях распределенного лидерства и нацелена на повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения. Она отражает личностную сущность лидера и является своеобразной метафорой (подобно «дереву компетенций» Марка Жижге). Данная модель позволяет не только объединить компетенции распределенного лидерства и факторы, важные для

Таблица 3

Частоты упоминаний компетенций распределенного лидерства и сочетаний факторов, взаимосвязанных с компетенциями

Сочетание исследуемых признаков	Компетенции распределенного лидерства					
	Формирование и восстановление отношений в коллективе			Самосознание		
	Отсутствует	Присутствует	Сравнение	Отсутствует	Присутствует	Сравнение
Эмоциональный интеллект — творчество	0% (0/7)	18,8% (3/16)	$p = 0,526$	0% (0/11)	25,0% (3/12)	$p = 0,217$
Творчество — клинические компетенции	0% (0/7)	25,0% (4/16)	$p = 0,273$	9,1% (1/11)	25,0% (3/12)	$p = 0,590$
Эмоциональный интеллект — клинические компетенции	0% (0/7)	56,3% (9/16)	$p = 0,019$	0% (0/11)	75,0% (9/12)	$p < 0,001$
Эмоциональный интеллект — творчество — клинические компетенции	0% (0/7)	18,8% (3/16)	$p = 0,526$	0% (0/11)	25,0% (3/12)	$p = 0,217$

Примечание: — связь средней силы.

Таблица 4

Ассоциированность компетенций и факторов, взаимосвязанных с компетенциями распределенного лидерства

Анализируемые признаки	Коллективное управление	Формирование и восстановление отношений	Самосознание	Эмоциональный интеллект	Творчество	Клинические компетенции
Коллективное управление	—	$C = 0,140$, $p = 0,499$	$C = 0,217$, $p = 0,286$	$C = 0,184$, $p = 0,370$	$C = 0,421$, $p = 0,026$	$C = 0,112$, $p = 0,590$
Формирование и восстановление отношений	$C = 0,140$, $p = 0,499$	—	$C = 0,568$, $p = 0,001$	$C = 0,502$, $p = 0,005$	$C = 0,290$, $p = 0,146$	$C = 0,321$, $p = 0,104$
Самосознание	$C = 0,217$, $p = 0,286$	$C = 0,568$, $p = 0,001$	—	$C = 0,643$, $p = 0,000$	$C = 0,205$, $p = 0,315$	$C = 0,321$, $p = 0,104$
Формирование и восстановление отношений и самосознание	$C = 0,217$, $p = 0,286$	$C = 0,568$, $p = 0,001$	$C = 0,707$, $p < 0,001$	$C = 0,643$, $p < 0,001$	$C = 0,205$, $p = 0,315$	$C = 0,321$, $p = 0,104$
Творчество — клинические компетенции	$C = 0,421$, $p = 0,026$	$C = 0,290$, $p = 0,146$	$C = 0,205$, $p = 0,315$	$C = 0,280$, $p = 0,162$	$C = 0,707$, $p < 0,001$	$C = 0,235$, $p = 0,246$
Творчество — эмоциональный интеллект	$C = 0,082$, $p = 0,692$	$C = 0,248$, $p = 0,219$	$C = 0,348$, $p = 0,075$	$C = 0,404$, $p = 0,034$	$C = 0,645$, $p < 0,001$	$C = 0,200$, $p = 0,328$
Эмоциональный интеллект — клинические компетенции	$C = 0,168$, $p = 0,412$	$C = 0,469$, $p = 0,011$	$C = 0,609$, $p < 0,001$	$C = 0,675$, $p < 0,001$	$C = 0,320$, $p = 0,106$	$C = 0,389$, $p = 0,043$
Эмоциональный интеллект — клинические компетенции — творчество	$C = 0,082$, $p = 0,692$	$C = 0,248$, $p = 0,219$	$C = 0,348$, $p = 0,075$	$C = 0,404$, $p = 0,034$	$C = 0,645$, $p < 0,001$	$C = 0,200$, $p = 0,328$

Примечания: — слабая связь, — связь средней силы; N публикаций = 23.

формирования компетенций, но и обозначить возможность обеспечения устойчивости организации в целом.

Коллективное управление упоминается практически во всех проанализированных публикациях, поэтому эта компетенция

расположена в «голове», она статистически значимо связана с творчеством. Кроме того, на основании полученных статистических данных и анализа литературы можно утверждать, что «эмоциональный интеллект» объединяет две компетенции: «самосознание» и «формирование и восстановление отношений в коллективе». Более того, без самосознания индивида невозможны ни саморегуляция, ни формирование остальных навыков, образующих эмоциональный интеллект (мотивация, эмпатия, социальные навыки) [Филонович, 2007].

Самосознание вносит более весомый вклад в обеспечение устойчивости модели (при проведении статистического анализа было установлено, что доля статистически значимых упоминаний выше), поэтому данная компетенция выступает центром тяжести «модели и обеспечивает ее устойчивость во времени и пространстве» («эффект неваляшки»). Это связано с тем, что одним из условий успешной реализации модели распределенного лидерства выступает доверие между членами команды, которое должно быть устойчивым и системным [Филонович, 2007].

Заключение

Компетенции руководителя — основа для повышения эффективности деятельности организации. Рассмотренные в статье компетенции распределенного лидерства — коллективное управление, формирование и восстановление отношений в коллективе, самосознание — учитывают специфику организаций системы здравоохранения. Базис складывается из личностных компетенций руководителя, но закрепляется клиническими компетенциями. В статье показано, что эмоциональный интеллект и такие компетенции, как формирование и восстановление отношений в коллективе и самосознание, взаимосвязаны между собой и в сочетании с клиническими компетенциями и творчеством

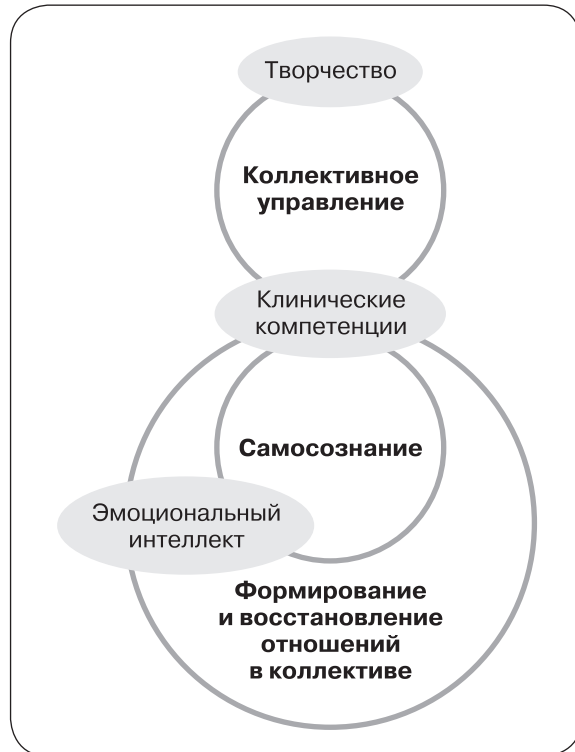


Рис. 3. Модель компетенций руководителя в организациях здравоохранения, основанная на идеях распределенного лидерства

влияют на эффективность деятельности медицинской организации. Выявленная связь подчеркивает, что отобранные для анализа компетенции — важный инструмент для повышения эффективности учреждения здравоохранения, совершенствования управленческих практик и обеспечения интегрированного предоставления медицинских услуг.

Успешный лидер — это эффективный лидер. Как отмечается в [Филонович, 2003], «эффективное лидерство должно упрощать решение проблем», что весьма необходимо современному здравоохранению в реалиях изменения подходов к управлению ресурсами, внедрению инновационных технологий в процесс оказания медицинской помощи с учетом того, что XXI век в здравоохранении — век пациенто-ориентированной помощи [Rosenberg, 2012].

Благодарности

Автор выражает искреннюю признательность д. ф.-м. н., профессору, декану

Высшей школы менеджмента НИУ ВШЭ С. Р. Филоновичу за ценные замечания и предложения, высказанные им при подготовке статьи.

Приложение

УПОМИНАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ РАСПРЕДЕЛЕННОГО ЛИДЕРСТВА И ФАКТОРОВ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ С КОМПЕТЕНЦИЯМИ, В ПУБЛИКАЦИЯХ, ОТОБРАННЫХ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА

№	Публикация	Вид публикации	Страна	Компетенции			Факторы			Э
				КУ	ФВОК	С	ЭИ	Т	КК	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	[Brownie et al., 2014]	Д	Австралия	+	-	-	-	-	+	+
2	[Carter et al., 2011]	ОП	Австралия; Великобритания; США	+	+	-	-	-	+	+
3	[Bloom, Sadun, Reenen, 2014]	И; ОЦП	Бразилия; Великобритания; Германия; Индия; Италия; Канада; США; Франция; Швеция	+	+	+	+	-	+	+
4	[Storey, Holti, 2013]	Д	Великобритания	+	-	-	-	-	+	+
5	[Leadership..., 2012]	Д	Великобритания	+	-	-	-	-	-	+
6	[High Quality Care..., 2008]*	Д	Великобритания	+	-	-	-	-	+	+
7	[Fitzgerald et al., 2006]*	Д	Великобритания	+	-	-	-	-	-	+
8	[Fitzgerald et al., 2013]	ОП	Великобритания	+	+	+	-	-	+	+
9	[Mountford, Webb, 2009]*	ОБ	Великобритания; США	+	+	+	+	+	+	+
10	[Dorgan, Carter, Layton, 2011]	ОП; ОЦП	Великобритания; США; Франция; Швеция	+	+	+	+	-	+	+
11	[Frontline lessons..., 2010]	И	Ирландия	+	-	-	-	-	+	+
12	[Savič, Robida, 2013]	ОП	Словения	+	+	-	-	-	-	+
13	[Interprofessional Education..., 2011]	Д	США	+	-	-	-	-	-	+
14	[Council on Linkages..., 2014]	И	США	+	+	+	+	-	+	+
15	[Berry, Seltman, 2014]	К	США	+	+	+	+	-	+	+
16	[Browning, Torain, Patterson, 2011]	М	США	+	+	+	-	-	+	+
17	[Vender, 2015]	ОБ	США	+	+	-	-	-	+	+
18	[Busari, 2012]	ОБ	США	+	+	+	+	-	-	+
19	[Colla et al., 2014]	ОП	США	+	+	+	+	+	+	+

Окончание Приложения

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20	[Tapia et al., 2014]	ОП	США	+	+	+	+	+	+	+
21	[Patterson et al., 2011]	ОП	США	+	+	+	+	-	+	+
22	[Shanafelt et al., 2015]	ОП; К	США	-	+	-	-	+	+	+
23	[Holder, Ramagem, 2012]	МН		+	+	+	+	-	+	+
Итого				22	16	12	10	4	18	23

Примечания: КУ — коллективное управление; ФВОК — формирование и восстановление отношений в коллективе; С — самосознание; ЭИ — эмоциональный интеллект; Т — творчество; КК — клинические компетенции; Э — эффективность.

Виды публикаций (исследований): Д — доклад; ОП — опрос; И — интервью; К — кейс; М — моделирование; МН — мнение; ОЦП — оценка показателей; ОБ — обзор.

* — дополнительно включенные публикации.

ЛИТЕРАТУРА НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Вялых Н. А. 2014. Система медицинского обеспечения в США и в России: сравнительный анализ. *Вестник Башкирского института социальных технологий. Серия «Общественные науки»* (4): 23–29.

Еремина С. Л., Куделина О. В. 2014. Мировой опыт оценки эффективности системы здравоохранения. *ЭКО* (10): 133–146.

Куделина О. В. 2016. Творчество и лидерство. Идеи распределенного лидерства в управлении учреждениями здравоохранения. *Экономика и управление* (2): 39–46.

Куделина О. В., Еремина С. Л. 2016. Эффективность регионального здравоохранения. *Экономика региона* 12 (1): 211–225.

Филонович С. Р. 2003. Теории лидерства в менеджменте: история и перспективы. *Российский журнал менеджмента* 1 (2): 3–24.

Филонович С. Р. 2007. Лидерство как интегральная проблема наук о поведении. *Российский журнал менеджмента* 5 (4): 91–100.

Шейман И. М. 2012. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1. *Менеджер здравоохранения* (7): 32–40.

REFERENCES IN LATIN ALPHABET

Berry L. L., Seltman K. D. 2014. The enduring culture of Mayo clinic. *Mayo Clinic Proceedings* 89 (2): 144–147.

Bloom N., Van Reenen J. 2010. Why do management practices differ across firms and countries? *Journal of Economic Perspectives* 24 (1): 203–224.

Bloom N., Sadun R., Reenen J. V. 2014. *Does Management Matter in Healthcare?* Harvard Business School Paper. http://www.people.hbs.edu/rsadun/Management_Healthcare_June2014.pdf (Accessed: 23.11.2015).

Bolden R. 2011. Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews* 13 (3): 251–269.

Booker C., Turbutt A., Fox R. 2016. Model of care for a changing healthcare system: Are there foundational pillars for design? *Australian Health Review* 40 (2): 136–140.

Brownie S., Thomas J., McAllister L., Groves M. 2014. Australian health reforms: Enhancing interprofessional practice and competency within the health workforce. *Journal of Interprofession Care* 28 (3): 252–253.

- Browning H. W., Torain D. J., Patterson T.E. 2011. *Collaborative Healthcare Leadership. A Six-Part Model for Adapting and Thriving during A Time of Transformative Change*. Center for Creative Leadership. <http://www.ccl.org/wp-content/uploads/2015/04/CollaborativeHealthcareLeadership.pdf>
- Busari J.O. 2012. Management and leadership development in healthcare and the challengers facing physician managers in clinical practice. *International Journal of Clinical Leadership* 17 (4): 211–216.
- Carter K., Chalouhi E., McKenna S., Richardson B. 2011. What it takes to make integrated care work. *Health International* (11): 48–55.
- Castro P.J., Dorgan S.J., Richardson B. 2008. A healthier health care system for the United Kingdom. *McKinsey Quarterly* (February): 1–5.
- Colla C.H., Lewis V.A., Shortell S. M., Fisher E. S. 2014. First national survey of ACOs finds that physicians are playing strong leadership and ownership roles. *Health Affairs* 33 (6): 964–971.
- Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. 2014. *Core Competencies for Public Health Professionals* [Electronic Resource]. Public Health Foundation. http://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx
- Dorgan S., Carter K., Layton D. 2011. Why hospital management matters. *Health International* (11): 80–88.
- Fitzgerald L., Ferlie E., McGivern G., Buchanan D. 2013. Distributed leadership patterns and service improvement: Evidence and argument from English healthcare. *Leadership Quarterly* 24 (1): 227–239.
- Fitzgerald L., Lilley C., Ferlie E., Addicott R., McGivern G., Buchanan D. 2006. *Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.
- Fitzsimons D., James K.T., Denyer D. 2011. Alternative approaches for studying shared and distributed leadership. *International Journal of Management Reviews* 13 (3): 313–328.
- Frontline lessons in health care transformation: An interview with Brendan Drumm. 2010. *McKinsey Quarterly* (November): 1–10.
- Goleman D. 1995. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books: N.Y.
- Goleman D. 1998. *Working with Emotional Intelligence*. Bantam Books: N.Y.
- Goleman D. 2013. *Focus: The Hidden Driver of Excellence*. Harper: N.Y.
- Goleman D., Boyatzis R., McKee A. 2001. *Primal Leadership: The Hidden Driver of Great Performance*. Harvard Business School Press: Boston, MA.
- High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report by Lord Darzi*. 2008. London.
- Holder R., Ramagem C. 2012. Health leadership and management competencies: A systemic approach. *World Hospitals and Health Services* 48 (3): 9–12.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC). 2011. *Core Competencies For Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Interprofessional Education Collaborative: Washington, DC.
- Leadership and Engagement For Improvement In the NHS*. 2012. King's Fund Leadership Review.
- Mountford J., Webb C. 2009. When clinicians lead. *McKinsey Quarterly* (February): 1–8.
- Patterson T.E., Champion H., Browning H., Torain D., Harrison C., Gurvis J., Fleenor J., Campbell M. 2011. *Addressing the Leadership Gap In Healthcare*. Center for Creative Leadership. <http://insights.ccl.org/wp-content/uploads/2015/04/addressingLeadershipGapHealthcare.pdf> (Accessed: 29.11.2015).
- Rosenberg L. 2012. Is healthcare leaders ready for the real revolution? *Journal of Behavioral Health Services & Research* 39 (3): 215–219.
- Sarto F., Veronesi G. 2016. Clinical leadership and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research* 16 (2): 85–97.

- Sastre-Fullana P., De Pedro-Gómez J.E., Benasars-Veny M., Serrano-Gallardo P., Morales-Asencio J.M. 2014. Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *International Nursing Review* 61 (4): 534–542.
- Savič B.S., Robida A. 2013. Capacity of middle management in health-care organizations for working with people — The case of Slovenian hospitals. *Human Resources for Health* 11 (18). <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-18>
- Shanafelt T.D., Gorringer G., Menaker R., Storz K.A., Reeves D., Buskirk S.J., Sloan J.A., Swensen S.J. 2015. Impact of organization leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings* 90 (4): 432–440.
- Shortell S.M., Schmittiel J., Wang M.C., Li R., Gillies R.R., Casalino L.P., Bodenheimer T., Rundall T.G. 2005. An empirical assessment of high-performing medical groups: Results from a national study. *Medical Care Research and Review* 62 (4): 407–434.
- Storey J., Holti R. 2013. *Possibilities and Pitfalls for Clinical Leadership In Improving Service Quality, Innovation and Productivity*. Final Report. NIHR Service Delivery and Organisation Programme. London, HMSO.
- Tapia N.M., Milewicz A., Whitney S.E., Liang M.K., Braxton C.C. 2014. Identifying and eliminating deficiencies in the general surgery resident core competency curriculum. *JAMA Surgery* 149 (6): 514–518.
- Tichy N. 1997. *The Leadership Engine*. HarperBusiness: N.Y.
- Vender R.J. 2015. Leadership: An overview. *American Journal of Gastroenterology* 110 (3): 362–367.

Translation of references in Russian into English

- Vyalykh N.A. 2014. Healthcare systems in the USA and Russia: A comparative analysis. *Vestnik Bashkirskogo instituta sotsial'nykh tekhnologii. Seriya «Obshchestvennye nauki»* (4): 23–29.
- Eremina S.L., Kudelina O.V. 2014. The global experience of healthcare effectiveness evaluation. *EKO* (10): 133–146.
- Kudelina O.V. 2016. Creativity and leadership. Distributed leadership ideas in healthcare organization management. *Ekonomika i upravlenie* (2): 39–46.
- Kudelina O.V., Eremina S.L. 2016. Efficiency of regional healthcare. *Ekonomika regiona* 12 (1): 211–225.
- Filonovich S.R. 2003. Leadership theories in management: History and perspectives. *Rossiiskii zhurnal menedzhmenta* 1 (2): 3–24.
- Filonovich S.R. 2007. Leadership as an integral problem of the behavioral sciences. *Rossiiskii zhurnal menedzhmenta* 5 (4): 91–100.
- Sheiman I.M. 2012. Foreign experience of integration processes in healthcare. Part 1. *Menedzher zdravookhraneniya* (7): 32–40.

Статья поступила в редакцию
10 марта 2016 г.

Принята к публикации
20 декабря 2016 г.

Competencies Model of a Leader In a Healthcare Organization: International Experience of Distributed Leadership Implementation

Kudelina, Olga V.

Associate Professor, Siberian State Medical University, Russia
2 Moskovskiy trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation
E-mail: koudelina@ngs.ru

Modern priorities of healthcare development lead to an increasing interest in the leadership in management. Among many leadership theories, the distributed leadership theory emerges, allowing to broaden the possibilities of modern leader in teamwork organization. A statistic analysis of effective international experience of application of distributed leadership models in worldwide health institutions was conducted to understand the connection between leader's competences (team management, building and mending relationships, self-awareness) and factors of distributed leadership (emotional intelligence, creativity, clinical competencies). On the basis of prevalence analysis of distributed leadership competences and competences correlation factors in selected materials as well as on the revealing of association of examined attributes, a health-care leader's competences model was designed based on distributed leadership concept.

Keywords: distributed leadership, healthcare institutions, leader competences, efficiency, statistic analysis.

JEL: I10, J24, M12.

DOI: 10.21638/11701/spbu18.2016.404

Initial Submission: March 10, 2016
Final Version Accepted: December 20, 2016