

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 614.2(470-25):377/378.046.4

Модестов А.А., Фисенко А.П., Бiryukova Е.Г.

Человеческий капитал медицинской организации

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119991, Москва, Россия

Введение. Особая миссия в системе здравоохранения принадлежит среднему медицинскому персоналу, который представлен несколькими поколениями специалистов. **Цель** — разработка понятийного аппарата «человеческий капитал медицинской организации» и критериев его оценки на примере сестринского персонала.

Материалы и методы. Проведен аудит планов работы главных медицинских сестер, Советов медицинских сестер, социологический опрос 405 медицинских сестер для выявления профессионального выгорания и анализ респондентами среды медицинской организации, способствующей развитию сестринских компетенций с позиции вертикального и горизонтального взаимодействия.

Результаты. Разработаны дефиниции понятия «человеческий капитал медицинских организаций» и предложен инструментарий его оценки.

Заключение. Развитие человеческого капитала медицинских организаций определяется средой, включающей организацию рабочего места, менеджментом, направленным на создание вертикальной и горизонтальной систем взаимодействия; мотивацией, способствующей профессиональному и личностному росту сестринского персонала.

Ключевые слова: *человеческий капитал; медицинские сестры; теория поколений; профессиональное выгорание.*

Для цитирования: Модестов А.А., Фисенко А.П., Бiryukova Е.Г. Человеческий капитал медицинской организации. *Российский педиатрический журнал.* 2020; 23(6): 372-377. <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-6-372-377>

Участие авторов: Модестов А.А., Фисенко А.П. — концепция и дизайн исследования; Модестов А.А., Бiryukova Е.Г. — сбор и обработка материалов, статистическая обработка данных; Модестов А.А. — написание текста; Фисенко А.П. — редактирование. Утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей — все соавторы.

Финансирование. Работа не имеет финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Arseniy A. Modestov, Andrey P. Fisenko, Elena G. Biryukova

Human capital of a medical institution

National Medical Research Center for Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 119991, Russian Federation

Introduction. The XXI century's priority is to identify potentially "weak" links in human health, which allows changing your diet, habits, physical activity in time, and choosing a personal schedule for taking vitamins and trace elements. A special mission in this context belongs to the average medical staff, represented by several generations of specialists.

The aim is to develop the concept of "human capital of a medical institution" and criteria for its evaluation on the example of nursing staff.

Materials and methods. Audit of work plans of chief nurses, councils of nurses, a sociological survey of 405 nurses to identify professional burnout, and respondents' analysis of the environment of a medical institution that promotes the development of nursing competencies from vertical and horizontal interaction.

Results. Authors develop definitions of the concept of "human capital of medical institutions and proposed tools for its assessment.

Conclusion. The environment that includes the organization of the workplace; management aimed at creating vertical and horizontal systems of interaction; motivation that contributes to the professional and personal growth of nursing staff determine the development of the human capital of medical institutions

Keywords: *human capital; nurses; generational theory; professional burnout.*

For citation: Modestov A.A., Fisenko A.P., Biryukova E.G. Human capital of a medical institution. *Rossiyskiy Peditricheskii Zhurnal (Russian Pediatric Journal).* 2020; 23(6): 372-377. (In Russian). <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-6-372-377>

For correspondence: *Arseniy A. Modestov*, MD, PhD, DSci., Professor, Chief specialist of the Methodological department of the National Medical Research Center of Children's Health. National Medical Research Center for Children's Health, Moscow 119991, Russian Federation. E-mail: modestov@nczd.ru

Contribution: concept and design of the study — Modestov A.A., Fisenko A.P.; collection and processing of material — Modestov A.A., Biryukova E.G.; statistical processing — Modestov A.A., Biryukova E.G.; writing of the text — Modestov A.A.; editing — Fisenko A.P. Approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article — all co-authors.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Information about the authors:

Modestov A.A., <https://orcid.org/0000-0002-4196-8857>

Fisenko A.P., <https://orcid.org/0000-0001-8586-7946>

Biryukova E.G., <https://orcid.org/0000-0003-1829-6973>

Received: November 12, 2020
Accepted: November 20, 2020
Published: December 28, 2020

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила 2020 г. Международным годом работников сестринских и акушерских служб. «Медицинские сестры и акушерки работают на всех уровнях системы здравоохранения, в различных условиях и контекстах, оказывая качественную помощь, руководя работой медицинских бригад, осуществляя исследования, влияя на формирование политики здравоохранения и проводя эту политику в жизнь, а также обучая новое поколение работников сестринских и акушерских служб» [1].

Приоритетом системы здравоохранения XXI в. становится выявление потенциально «слабых» звеньев в здоровье человека, что позволяет вовремя изменить рацион питания, привычки, физическую активность, подобрать персональную программу приема витаминов и микроэлементов [2]. В этой связи развитию здравоохранения способствуют подходы к оказанию медицинской помощи на основе анализа данных с носимых устройств пациентов, а также электронные истории болезни, биометрические и генетические параметры которых будут обрабатываться с применением искусственного интеллекта, что позволит прогнозировать риск формирования различных форм патологии, а также диагностировать и лечить их на ранних стадиях.

Особая миссия в этом контексте принадлежит среднему медицинскому персоналу, который представлен несколькими поколениями специалистов (теория поколений [3]). В ее рамках выделяется несколько поколений, родившихся в XX–XXI вв.:

- поколение беби-бумеров (1943–1963 г.р.) — 56 лет и старше;
- поколение X (1963–1984 г.р.) — 35–55 лет;
- поколение милениум, или Y (1984–2000 г.р.) — до 35 лет;
- поколение Z (2000 г.р.) — только вступает в профессиональную медицинскую среду.

Первые три поколения медицинских работников готовились к профессиональной деятельности как трудовые ресурсы, под которыми понимается «часть населения страны, которая по физическому развитию, приобретенному образованию, профессионально-квалификационному уровню способна заниматься общественно-полезной деятельностью». Этому соответствовали образовательные стандарты медицинских училищ и колледжей, а также менеджмент и среда медицинских организаций. Ключевой задачей образовательных стандартов было формирование клинических компетенций, направленных на выполнение заданий врача. Система повышения квалификации (один раз в 5 лет) была преимущественно ориентирована на вербальные средства коммуникации. Характер потребляемой информации характеризовался чтением учебников, в которых текст обладает четкой упорядоченной линейной структурой. Практические навыки отработывались в медицинских организациях на пациентах.

Поколение Z характеризуется клиповым мышлением, под которым понимается «способ восприятия окружающего мира в виде мозаики, пазлов, когда в сознании формируется яркий, но фрагментарный и кратковременный образ, который тут же сменяется другими — подобными ему» [4]. В их профессиональной подготовке используется интернет, который предлагает аудиовизуальную информацию, иногда разбавленную небольшими вкраплениями текста [5]. В рамках современной медицинской образовательной модели практические навыки отбатываются не на пациенте, а на тренажерах в симуляционных классах. Ценности

поколения Z находятся в процессе формирования с позиции человеческого капитала (ЧК). Термин «человеческий капитал» впервые появился в работах Т. Шульца, который предложил следующее определение: «Все человеческие способности являются или врожденными, или приобретенными. Каждый человек рождается с индивидуальным комплексом генов, определяющим его врожденные способности. Приобретенные человеком ценные качества, которые могут быть усилены соответствующими вложениями, мы называем человеческим капиталом» [6].

Среди множества определений ЧК теме нашей работы отвечает формулировка: «Человеческий капитал — совокупность врожденных способностей и приобретенных знаний, навыков и мотиваций, эффективное использование которых способствует увеличению дохода и иных благ» [7]. «Следовательно, теория человеческого капитала предполагает определенную взаимосвязь, например, между уровнем образования, физическим здоровьем, качеством обучения, объемом производственного опыта и заработной платой» [8].

Выделяют следующие компоненты ЧК:

- биофизический капитал — жизненные ресурсы личности, её физический и психологический потенциал, рассматриваемые в контексте способности к созданию стоимости (возраст, состояние здоровья);
- социальные ресурсы личности — заложенный в человеке потенциал социального взаимодействия, его включённость в определённую социальную среду;
- интеллектуальные ресурсы личности — сформированные в процессе обучения знания, информация и креативные способности человека [9].

Среди компонентов ЧК не выделена мотивация, под которой понимается «психофизиологический процесс, управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость, а также способность человека деятельно удовлетворять свои потребности» [10]. Очевидно, что понятие ЧК относится к индивиду. Однако мы не нашли адаптации этого понятия к профессиональному сообществу или группе. В то же время инновации, осуществляемые в медицине, ориентированы на изменение работы с персоналом медицинских организаций на всех уровнях системы здравоохранения. В связи с этим **целью** нашей работы явилась разработка дефиниции, т.е. логическая процедура придания строго фиксированного смысла, такого термина, как «человеческий капитал медицинской организации», и критериев его оценки на примере сестринского персонала.

Материалы и методы

Аудит планов работы главных медицинских сестер (МС) и советов МС проведен в 8 медицинских организациях третьего уровня в субъектах РФ с использованием специально разработанных чек-листов.

Чек-лист аудита планов работы главных МС состоял из трех разделов. Первый отражал вопросы, связанные с Национальным проектом «Здравоохранение» в педиатрии и изменениями в этой связи работы МС медицинской организации. Второй включал наличие мероприятий со старшими МС по снижению текучести кадров МС и санитарок, повышения квалификации МС в дистанционном формате, аттестацию на квалификационные категории, подготовку резерва руководителей сестринского звена. Третий раздел был ориентирован на организацию работы

Совета МС учреждения в части разработки мотивационной стратегии управления сестринским персоналом.

Чек-лист оценки работы Совета МС состоял из двух разделов. Первый включал оценку Совета по изучению и распространению опыта старших МС в вопросах снижения текучести кадров МС и санитарок, организации дистанционного повышения квалификации и контроля за этим направлением, организации аттестации персонала. Вторым разделом — проведение блиц-опросов МС для своевременного выявления проблемных зон в работе, их устранению, профилактике профессионального выгорания.

Общая информация о сестринском персонале изученных медицинских организаций получена путем заполнения отделами кадров специально разработанной справки, касающейся численности, возраста, стажа работы, наличия квалификационной категории, текучести кадров и др.

Для изучения среды медицинских организаций, способствующей развитию компетенций МС с позиции вертикального и горизонтального взаимодействия была специально разработана анкета социологического опроса, в котором приняли участие 405 МС. При разработке анкеты использовалась мотивационная теория справедливости [11]. Профессиональное выгорание у МС было изучено с помощью специальной анкеты ВОЗ, включающей 24 вопроса. Обработка анкет осуществлялась с использованием дифференциации МС с позиции теории поколений: 1-я группа ($n = 197$; 48,1%) — МС младше 35 лет, 2-я группа ($n = 159$; 39,2%) — 35–55 лет, 3-я группа ($n = 49$; 12,7%) — старше 56 лет.

Оценивали наличие миссии медицинской организации на сайте и знание ее МС.

Результаты

Установлено, что успех реформы управления сестринским персоналом в значительной степени зависит от руководителей сестринских служб. Сестры-организаторы работают в условиях глубоких противоречий. С одной стороны, перед ними — «Отраслевая программа развития сестринского дела в РФ», перспективная, новая, достаточно высоко ставящая организаторскую планку, с другой — преобладание на практике стереотипного подхода к сестринскому персоналу, когда в лечебных учреждениях в МС видят только послушных исполнителей. В таких условиях непросто реализовать реформы, приходится преодолевать массу противоречий [12].

Как показано ранее, возможности карьерного роста сестринского персонала весьма ограничены: старшая МС, главная МС [13]. Лишь в единичных медицинских организациях появляются такие должности, как специалист по обучению сестринского персонала, специалист по контролю качества сестринской деятельности, бригадир или старший смены, медсестра-наставник.

В условиях дефицита кадровых и финансовых ресурсов перед руководителями сестринских служб поставлена сложная задача по развитию персонала — формирование МС новой формации: высококвалифицированного специалиста, способного принимать решения и обладающего самостоятельностью в пределах своей компетенции [14]. На развитие сестринского персонала, в первую очередь, должны быть ориентированы ежегодные планы работы главных МС и Советов МС.

Аудит планов работы главных МС показал, что они ориентированы на текущую работу, связанную с организационными, хозяйственными и контрольными функциями. В

работе со старшими МС не предусматриваются темы, направленные на формирование лидерства, работу в команде, развитие коммуникативных и цифровых компетенций, психологию отношений «врач — медицинская сестра — больной», вопросы правового регулирования и мотивации персонала, не анализируются проблемные отзывы пациентов, размещенные на сайтах медицинских организаций. В них отсутствуют мероприятия, ориентирующие МС на перемены в медицинском сообществе, на основе дополнительных профессиональных компетенций, направленных на удовлетворение нужд и потребностей пациентов и их семей.

Формально строится работа Советов МС. Комиссии, организованные в их составе, не используют в контрольной деятельности чек-листы, выявленные проблемные вопросы не выносятся на уровень руководителей медицинской организации. Совет МС не разрабатывает систему стимулов и мер по развитию индивидуального и коллективного имиджа сестринского персонала, которые должны находиться в «картине ценностей» сестринского персонала и являются ключевым условием для развития сестринского персонала с позиции ЧК. Совет не работает над совершенствованием производственной среды медицинских организаций, что, как показало наше исследование, является важной инвестиционной составляющей и может оказывать влияние на поведение персонала.

Для изучения производственной среды медицинских организаций нами разработана анкета из 7 вопросов. Респонденты оценивали ситуацию по пятибалльной шкале: от 1 — самая низкая оценка, до 5 — самая высокая оценка. В табл. 1 приведено ранговое распределение факторов. Обработка полученных результатов осуществлялась с учетом возрастной дифференциации респондентов согласно теории поколений.

По ряду позиций оценка представителей «крайних» групп совпадает. Респонденты 1-й и 3-й групп отдают предпочтение межличностным отношениям с руководством, коллегами, подчиненными. Респонденты 2-й группы более важным критерием считают организацию работы и ее содержание. Второе по значимости ранговое место в группе респондентов 1-й группы занимают признание и одобрение работы. Во 2-й группе на 2-м месте — межличностные отношения с руководством, коллегами, подчиненными. Представители 3-й группы отдают предпочтение организации работы и ее содержанию. Третье ранговое место в 1-й группе занимает «организация работы и ее содержание», во 2-й и 3-й группах — «признание и одобрение работы». На 4-м месте каждая возрастная группа определила свои приоритеты. Первая группа назвала «условия работы», 2-я — повышение квалификации, 3-я — перспективы роста. Повышение квалификации — на 6-м месте у представителей 1-й и 3-й групп. Вторая группа этот фактор поставила на 4-е место. Перспективы роста у МС 1-й и 2-й групп занимают 5-е ранговое место. Обращает на себя внимание, что «заработная плата» в понимании термина «производственная среда» поставлена всеми респондентами на последнее, 7-е место.

Социологический опрос по исследованию профессионального выгорания базировался на анкете ВОЗ [15]. В табл. 2 представлены результаты опроса. Диапазон определен авторами — разработчиками анкеты. Шрифтом в скобках выделены полученные данные.

Синдром профессионального выгорания включает в себя три составляющих: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных

достижений. Оценка эмоционального истощения у респондентов трех возрастных групп показала достаточную эмоциональную сохранность. Более эмоционально сохранной группой являются МС 3-й группы (7,3 балла), затем следует 1-я группа (12,8 балла) Риску эмоционального истощения подвержены респонденты 2-й группы (14,6 балла при допустимом значении 6–16 баллов), Численность этой группы в структуре опрошенных составила 39,2%.

Нами установлено также, что средний уровень опасности деперсонализации респондентов во всех возрастных группах находится в диапазоне 5–10 баллов и составил в 1-й группе 10,2 балла, во 2-й группе — 10,1 балла, в 3-й группе — 9 баллов.

Составляющая редуции профессиональных достижений представляет собой возникновение у работников чувства некомпетентности, осознание неуспеха в ней. Наименьший уровень выгорания в части профессиональной успешности по анкете определяется в пределах 37–48 баллов. В этом диапазоне находятся респонденты двух возрастных групп: 1-й (37,5 балла) и 3-й (38,6 балла). Средний уровень успешности составляет 36–28 баллов. Сюда относятся МС 2-й группы с суммарным результатом 35,9 балла.

Эффективность развития ЧК медицинской организации связана с миссией, которую знают и разделяют большинство сотрудников. Анализ сайтов 8 медицинских организаций педиатрического профиля показал, что в них не отра-

Таблица 1/ Table 1

Ранговое распределение факторов, формирующих производственную среду (n = 405)
Rank distribution of factors shaping the occupation environment (n = 405)

Перечень факторов List of factors	Группа Group		
	1	2	3
Организация работы и ее содержание Management of the work and its content	3.1 ± 0.1	1.2 ± 0.1	2.0 ± 0.2
Условия работы Work conditions	4.2 ± 0.1	6.3 ± 0.15	5.4 ± 0.2
Перспективы роста Opportunities of promotion	5.0 ± 0.15	5.2 ± 0.1	4.1 ± 0.15
Повышение квалификации Advanced training	6.3 ± 0.05	4.0 ± 0.05	6.2 ± 0.1
Зарплата Salary	7.0 ± 0.05	7.0 ± 0.5	7.0 ± 0.1
Межличностные отношения с руководством, коллегами, подчиненными Interpersonal communication with management, colleagues, and subordinates	1.4 ± 0.1	2.3 ± 0.1	1.4 ± 0.25
Признание и одобрение работы Recognition and approval of the activity	2.3 ± 0.05	3.1 ± 0.2	3.0 ± 0.2

Таблица 2/ Table 2

Данные оценки профессионального выгорания (баллы)
The results of the evaluation of professional burnout (points)

Разделы опросника Sections of the questionnaire	Низкий уровень/результат Low level/result	Средний уровень/результат Moderate level/result	Высокий уровень/результат High level/result	Очень высокий уровень/результат Very high level/result
МС 1-й группы Nurses of the 1st group				
Эмоциональное истощение Emotional exhaustion	6–16 (12.8)	17–25	26–34	≥ 35
Деперсонализация Depersonalization	1–4	5–10 (10.2)	11–13	≥ 14
Профессиональная успешность Professional success	37–48 (37.5)	36–28	27–22	≤ 21
МС 2-й группы Nurses of the 2nd group				
Эмоциональное истощение Emotional exhaustion	6–16 (14.6)	17–25	26–34	≥ 35
Деперсонализация Depersonalization	1–4	5–10 (10.1)	11–13	≥ 14
Профессиональная успешность Professional success	37–48	36–28 (35.9)	27–22	≤ 21
МС 3-й группы Nurses of the 3rd group				
Эмоциональное истощение Emotional exhaustion	6–16 (7.3)	17–25	26–34	≥ 35
Деперсонализация Depersonalization	1–4	5–10 (9.0)	11–13	≥ 14
Профессиональная успешность Professional success	37–48 (38.6)	36–28	27–22	≤ 21

жена миссия — главная цель существования организации, понятная и разделяемая сотрудниками. Однако наличие миссии на сайте медицинской организации не является гарантией того, что персонал ее знает и разделяет. Так, на тренинге с 23 МС в медицинской организации, у которой на сайте была вывешена миссия и больница носила имя заслуженного и известного специалиста здравоохранения, ни одна из участниц тренинга не смогла сказать, о чем говорится в миссии, и назвать имя и отчество ученого, в честь которого названо учреждение, в котором они работают.

В этой связи следует обратить внимание на развитие содержания ЧК с позиции менеджмента [16]. В то же время потенциал человеческой производительности базируется на инвестициях в развитие ЧК: расходы на образование (общее и специальное, формальное и неформальное, подготовка на рабочем месте), здравоохранение (расходы на профилактику заболеваний, медицинское обслуживание, диетическое питание, улучшение жилищных условий), мобильность (работники мигрируют из мест с относительно низкой производительностью в места с относительно высокой производительностью) [17].

Обсуждение

В рамках направления «Человеческий капитал медицинских организаций» нами проведено несколько исследований сестринского персонала. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что сестринский персонал как носитель ЧК сочетает следующие личностные свойства: ум, энергия, позитивность, надежность, преданность профессии; способность учиться, одаренность, воображение, творческий характер личности, смекалка; побуждение делиться информацией и знаниями, командный дух и ориентация на цели медицинской организации [18, 19].

Ключом к управлению деятельностью ЧК медицинской организации является информация. Информация не движется сама по себе, поэтому необходимо наличие такой культуры ее предоставления, которая поощряет и вознаграждает распространение имеющихся данных. Побуждение делиться информацией и знаниями, командный дух и ориентация на цели медицинской организации тоже не возникают сами по себе [19]. Площадкой для их формирования в медицинской организации являются еженедельные производственные «пятиминутки», которые растягиваются порой на час, что вызывает недовольство как персонала, так и пациентов. Скорее всего, это происходит потому, что менеджменту учреждения следует уточнить форму подачи информации, которая нужна разным специалистам для управления рабочим процессом, и виды данных.

Существуют три вида данных: организационные, носительские и связанные с людьми [20]. Данные, связанные с людьми, показывают, как специалисты преуспевают в своем продвижении в организации, учитывая, что они производят стоимость путем применения своих врожденных качеств, приобретенных умений и способности к управлению профессиональным инструментарием.

Анализ полученных данных позволил нам дать следующую дефиницию понятия ЧК применительно к медицинской организации — это кадровый потенциал, обладающий необходимым уровнем образования (как отражение совокупности врожденных способностей и приобретенных знаний), мотивацией к личностному и профессиональному росту, умеющий работать в команде, разделяющий и работающий на миссию медицинской организации,

синергия которого соответствует ожиданиям пациентов. Аудит планов работы главных МС позволяет утверждать, что в них отсутствует планирование, связанное со стратегией инновационного этапа развития медицинской деятельности. В связи с этим нами предложена следующая дефиниция этого понятия: «Стратегия инновационного этапа — это комплекс медико-организационных, технологических, кадровых и информационных мер, обладающих принципиальной новизной, что позволяет достичь существенных позитивных результатов в здоровье и качестве жизни обслуживаемого населения».

С учетом выявленных нами проблемных зон в работе с сестринским персоналом нами разработан и апробирован в 8 медицинских организациях образовательный модуль «Сестринское дело в педиатрии — синтез работы и практики», который включает:

- лекцию «Современная сестринская модель в педиатрии: проблемные зоны и возможности» — 90 мин;
- тренинг «Управление изменениями и мотивация персонала» — 45 мин;
- мастер-класс «Корпоративный и индивидуальный имидж детской медицинской сестры» — 45 мин;
- проведение социологических опросов сестринского персонала: анкета изучения отношения МС к сестринским исследованиям (10 мин); анкета самооценки МС собственных клинических, коммуникативных и цифровых компетенций (10 мин); анкета «работа с мотивацией» (10 мин); анкета ВОЗ по профессиональному выгоранию медицинских работников (15 мин).

Образовательный модуль получил высокую оценку руководителей медицинских организаций и сестринского персонала.

Индивидуальная работа с главными МС и членами Советов МС была направлена на организацию работы с сестринским персоналом с позиции ЧК, что предполагает «создание условий и возможностей, которые позволят каждому человеку определить и реализовать свои жизненные приоритеты» в условиях производственной среды [21].

Нами выявлены также предикторы, определяющие роль производственной среды медицинской организации с учетом создания вертикальной и горизонтальной системы взаимодействия и мотивации, способствующей профессиональному и личностному росту сестринского персонала. К элементам вертикальной системы относятся: перспективы роста, повышение квалификации, признание и одобрение работы. Горизонтальная система представлена организацией, содержанием и условиями работы, межличностными отношениями с руководством, коллегами, подчиненными. Связующим звеном между ними является заработная плата, которую представители трех возрастных групп поставили на последнее, 7-е место как результирующую эффективной системы взаимосвязей.

При этом было установлено, что более уязвимой группой в части деперсонализации и редукции профессиональных достижений являются МС в возрасте 35–55 лет, которые находятся в средней группе по степени опасности. При сохранности эмоциональной составляющей это определяется, вероятно, двумя факторами. Первый фактор связан с трудностями аттестации, отсутствием карьерного роста, дополнительных льгот, второй — с организацией рабочего места, профессиональной репутацией и оценкой достижений, итогами работы в команде. Профилактикой

выгорания и создания среды медицинской организации, способствующей профессиональному росту МС, является привлечение их к перспективным исследовательским проектам [18].

Таким образом, дефиниция термина «человеческий капитал медицинской организации» ориентирует её управленческий персонал на создание среды, которая включает организационные, технологические, мотивационные, информационные компоненты и обеспечивает деятельность сестринского персонала в соответствии с инновационными вызовами системе здравоохранения.

Литература

(п.п. 6; 7; 15 см. References)

1. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. Документационный центр ВОЗ. Информационный бюллетень, январь 2020. Available at: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/178.html>
2. Что такое 5P медицина? Available at: <https://5pmedicina.ru/cto-mozhet-5p-meditsina/statya-o-5-p-meditsina.php>
3. Голубинская А.В. К вопросу о поколенной модели Хоува-Штрауса. *Психология*. Available at: <http://intjournal.ru/wp-content/uploads/2016/11/Golubinskaya-1.pdf>
4. Агапов В.С., Секач М.Ф., Плакий К.В. Плюсы и минусы клипового мышления. В кн.: *Материалы международной научно-практической конференции. Четвёртые Декартовские чтения «Рационализм и универсалии культуры»*. М.; 2017: 123–40.
5. Докука С.В. Клиповое мышление, как феномен информационного общества. *Общественные науки и современность*. 2013; (2): 169–76.
6. Кирьянов А.В. Виды инвестиций в человеческий капитал и их эффективность. Available at: <https://www.cfin.ru/bandurin/article/sbrn07/08.shtml>
7. Центр гуманитарных технологий. Климов С.М. Компоненты человеческого капитала. Available at: <https://gtmarket.ru/laboratory/expertize/2006/1932>
8. Гагаринская Г.П., Чечина О.С. *Мотивация трудовой деятельности*. Самара; 2010.
9. Адамс Дж. С. Теория справедливости. Available at: https://spravochnick.ru/menedzhment/teoriya_spravedlivosti_adamsa/
10. Логинова И.И. О роли психологических знаний в управлении сестринским персоналом. *Главная медицинская сестра*. 2003; (7): 71–4.
11. Бутенко Т.В. Трудовая мотивация медицинских сестер: проблемы и перспективные решения. В кн.: Ахметова Г.Д., ред. *Материалы международной заочной научной конференции «Психологические науки теория и практика»*. М.: Буки-Веди; 2012: 72–5.
12. Жаворонков Е.П., Ким Ю.О., Николаева Т.Г., Куликова Н.В. Сестринский персонал медицинских организаций в условиях реформирования здравоохранения. *Медицина и образование в Сибири*. 2012; (4): 1.
13. Жак Фиценс. Человеческий капитал: как измерить и увеличить его стоимость. Пер. с англ. *Технологии корпоративного управления*. 2008; (10): 5–6.
14. Макконелл К.Р., Брю С.Л. *Экономикс: принципы, проблемы и политика. Том 2*. Пер. с англ. М.: Республика; 1992.
15. Модестов А.А., Фисенко А.П., Неволин Ю.С., Голубченко А.В. Стратегии и векторы развития сестринских исследований. *Российский педиатрический журнал*. 2019; 22(3): 187–92. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2019-22-3-187-192>
16. Модестов А.А., Фисенко А.П., Бирюкова Е.Г. Развитие сестринских компетенций в педиатрии. *Российский педиатрический журнал*. 2020; 23(2): 106–16. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-2-106-115>
17. Парахина В.Н., Федоренко Т.М., Шацкая Е.Ю. *Теория организации*. М.: КНОРУС; 2014. Available at: <https://iknigi.net/avtor-valentina-parahina/134634-teoriya-organizacii-valentina-parahina/read/page-26.html>
18. Умный город будущего Человеческий и социальный капитал. Available at: <https://2030.mos.ru/n/n1/>

References

1. Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare of the Ministry of Health of Russia. WHO Documentation Center. Newsletter, January 2020. Available at: <https://5pmedicina.ru/cto-mozhet-5p-meditsina/statya-o-5-p-meditsina.php> (in Russian)
2. What is 5P medicine? Available at: <https://5pmedicina.ru/cto-mozhet-5p-meditsina/statya-o-5-p-meditsina.php> (in Russian)
3. Golubinskaya A.V. On the question of the generational Hove-Strauss model. *Psikhologiya*. Available at: <http://intjournal.ru/wp-content/uploads/2016/11/Golubinskaya-1.pdf> (in Russian)
4. Agapov V.S., Sekach M.F., Plaksy K.V. Benefits and considerations of mosaic thinking. In: *Proceedings of the International Scientific and Practical Conference. Fourth Cartesian Readings «Rationalism and Universals of Culture» [Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Chetvertye Dekartovskie chteniya «Ratsionalizm i universalii kul'tury»]*. Moscow; 2017: 123–40. (in Russian)
5. Dokuka S.V. Video clip thinking. *Obshchestvennye nauki i sovremennost'*. 2013; (2): 169–76. (in Russian)
6. Schultz T.W. *Economics of the Family: Marriage, Children, and Human Capital*. Chicago: University of Chicago Press; 1974.
7. Becker G.S. *Human Capital*. New York: Columbia University Press; 1964.
8. Kir'yano A.V. Types of investments in human capital and their effectiveness. Available at: <https://www.cfin.ru/bandurin/article/sbrn07/08.shtml> (in Russian)
9. Center for humanitarian technologies. Klimov S.M. Human Capital Components. Available at: <http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/2006/1932> (in Russian)
10. Gagarinskaya G.P., Chechina O.S. *Motivatsiya trudovoy deyatel'nosti*. Samara; 2010. (in Russian)
11. Adams J.S. Theory of justice. Available at: https://spravochnick.ru/menedzhment/teoriya_spravedlivosti_adamsa/ (in Russian)
12. Loginova I.I. On the role of psychological knowledge in the management of nursing staff. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2003; (7): 71–4. (in Russian)
13. Butenko T.V. Labor motivation of nurses: problems and prospects for solutions. In: Akhmetova G.D., ed. *Materials of the International Correspondence Scientific Conference «Psychological Sciences Theory and Practice» [Materialy mezhdunarodnoy zaочноy nauchnoy konferentsii «Psikhologicheskie nauki teoriya i praktika»]*. Moscow: Buki-Vedi; 2012: 72–5. (in Russian)
14. Zhavoronkov E.P., Kim Yu.O., Nikolaeva T.G., Kulikova N.V. Nursing staff of medical establishments at health care reforming. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri*. 2012; (4): 1. (in Russian)
15. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *J. Occup. Behav.* 1981; (2): 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
16. Fitz-enz J. *The ROI of Human Capital: Measuring the Economic Value of Employee Performance*. New York: AMACOM; 2000.
17. McConnell C.R., Brue S.L. *Economics: Principles, Problems, and Policies*. New York: McGraw-Hill; 1990.
18. Modestov A.A., Fisenko A.P., Nevolin Yu.S., Golubchenko A.V. Strategies and vectors of the development of nursing investigations. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2019; 22(3): 187–92. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2019-22-3-187-192> (in Russian)
19. Modestov A.A., Fisenko A.P., Biryukova E.G. Development of nursing competencies in pediatrics. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2020; 23(2): 106–16. <https://doi.org/10.18821/1560-9561-2020-23-2-106-115> (in Russian)
20. Parakhina V.N., Fedorenko T.M., Shatskaya E.Yu. *Theory of Organization [Teoriya organizatsii]*. Moscow: KNORUS; 2014. Available at: <https://iknigi.net/avtor-valentina-parahina/134634-teoriya-organizacii-valentina-parahina/read/page-26.html> (in Russian)
21. Smart city of the future. Human and social capital. Available at: <https://2030.mos.ru/n/n1/> (in Russian)

Поступила 12.11.2020
Принята к печати 20.11.2020
Опубликована 28.12.2020

Сведения об авторах:

Фисенко Андрей Петрович, доктор мед. наук, проф., директор НМИЦ здоровья детей Минздрава России, e-mail: director@nczd.ru;
Бирюкова Елена Геннадьевна, канд. мед. наук, зав. лаб. «Организация сестринского дела в педиатрии», e-mail: birukova@nczd.ru