

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ

© КУДЕЛИНА О.В., ФИЛИНОВ Н.Б., 2018

УДК 614.2-051

Куделина О.В.¹, Филинов Н.Б.²

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СТИЛЬ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПЕРСПЕКТИВЕ ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

¹ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск;
²ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва

При оценке управленческого потенциала руководителей любых организаций необходимо учитывать личностные характеристики руководителя, в частности стиль принятия решений. Врач в профессиональной деятельности многократно принимает клинические решения по лечению пациентов, и в результате этого опыта у специалиста складывается индивидуальный стиль принятия решений, определяющий также и индивидуальные особенности врача как руководителя.

Цель исследования -- оценить управленческий потенциал руководителей медицинских организаций Томской области на основе изучения их стилей принятия решений. Определение стиля принятия решений проведено на основании методики А. Роу, широко используемой в различных сферах деятельности. Для выявления стиля принятия управленческих решений было опрошено 1097 респондентов – врачей, в числе которых главные врачи составили 4,8%; заместители главного врача – 10,1%; заведующие отделениями – 11,9%. Стили принятия решений у руководителей разного управленческого уровня различаются. Наиболее часто у главных врачей в качестве доминирующего выступает аналитический стиль, второе место по частоте доминирования после аналитического занимает концептуальный стиль.

У самой многочисленной когорты из числа заместителей главных врачей доминирующим также являлся аналитический, но второе место в рейтинге доминирующих стилей занимает у них не концептуальный, а директивный.

В целом, по мере продвижения вниз по административной лестнице доля руководителей с доминирующим концептуальным стилем снижается, причём растёт доля тех, кто в принятии решений ориентирован на индивидуальные (авторитарные) процессы, а также тех, кто ориентирован на отношения с людьми в большей мере, чем на решение поставленных задач. Возможности трансформации индивидуального стиля принятия решений не безграничны и требуют осознанных усилий, что ставит перед руководителями медицинских организаций сложную задачу при оценке управленческого потенциала для формирования и подготовки долгосрочного кадрового резерва.

Ключевые слова: *стили принятия решений; классификатор стилей принятия решений; медицинские организации; управление; руководители; врачи; А. Роу.*

Для цитирования: Куделина О.В., Филинов Н.Б. Индивидуальный стиль принятия решений руководителей медицинских организаций в перспективе оценки управленческого потенциала. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2018; 62(1): 37–44.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-37-44>

Kudelina O.V.¹, Filinov N.B.²

THE INDIVIDUAL STYLE OF DECISION MAKING BY ADMINISTRATORS OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN PERSPECTIVE OF EVALUATION OF MANAGEMENT POTENTIAL

¹The Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation;
²The National Research University «The Higher School of Economics», Moscow, 101000, Russian Federation

In assessing management potential of a manager, it is necessary to consider one's personal characteristics, in particular, management decision-making style. A physician repeatedly makes clinical decisions on patients' treatment and this experience shapes his/her individual decision-making style, which in turn defines personal features of physician as a leader.

Purpose of study. To evaluate the management potential of leaders of medical institutions of the Tomsk oblast on the basis of investigation on their decision-making styles. The decision-making style was identified using A. Rowe's technique (Decision Style Inventory) widely applied in various research areas. The sampling of survey included 1097 physicians, including head physicians (4,8%), deputy head physicians (10,1%), heads of department (11,9%).

Decision-making styles of leaders differ depending of the various levels of management. The analytical style dominates among head physicians, followed by conceptual style. For the largest cohort of deputy head physicians analytical style also dominates, but the second rank of dominating styles is for directive style.

In general, moving down administrative staircase the percentage of managers with dominating conceptual style is decreasing and percentage of those who are oriented on individual (authoritarian) decision-making processes and also those who are focused more on human relationship than on tasks solution increases. The possibilities of transformation of individual style of decision making are limited and require conscious efforts, that tasks a complicated problem before leaders of medical institutions concerning assessment of management potential of development and training of long-term human resources reserve.

Keywords: *decision-making styles; decision-making style classifier; medical institutions; management; leaders; physicians; A. Rowe.*

For citation: Kudelina O.V., Filinov N.B. The individual style of decision making by administrators of medical organizations in perspective of evaluation of management potential. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 62 (1): 37—44. (In Russ.).

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2018-62-1-37-44>

For correspondence: Ol'ga V. Kudelina, candidate of medical sciences, associate professor of the chair of health care organization and public health of the Siberian State Medical University, Tomsk, 634050, Russian Federation. E-mail: koudelina@ngs.ru

Information about authors:

Kudelina O.V., <http://orcid.org/0000-0003-2921-3272>

Filinov N.B., <http://orcid.org/0000-0001-9781-7962>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

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

Received 02 August 2017

Accepted 04 September 2017

Введение

Высокий уровень клинических навыков и компетенций характеризует хорошего врача, и только хороший врач, имеющий авторитет среди своих коллег, может стать руководителем медицинской организации. Конечно, при выдвижении кандидата на такую позицию и вышестоящие руководители органов здравоохранения, и коллеги понимают, что речь идёт о должности, на которой значительная часть рабочего времени сотрудника будет тратиться на решение управленческих, а не медицинских задач.

Должностные обязанности и квалификационные характеристики руководителей в сфере здравоохранения определены соответствующим Приказом Минздравсоцразвития РФ¹. Так, главные врачи ориентированы на принятие управленческих решений, направленных на стратегическое развитие медицинской организации; заместители главного врача в большей степени занимаются реализацией и проектированием задач, поставленных главным руководителем. Специфика труда заведующего отделением состоит в сочетании профессиональной (медицинской) и управленческой деятельности, каждая из которых требует соответ-

ствующего уровня компетенции, основанного на знании и владении новейшими медицинскими и управленческими технологиями [1].

В результате проведённого в Сибирском институте управления — филиале Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС) исследования сделаны выводы о том, что большая часть опрошенных руководителей (главные врачи и их заместители) воспринимают свою деятельность прежде всего как управленческую, адекватно понимают свою роль руководителя и основные функции, осознанно выделяют наиболее значимые компетенции и критически оценивают уровень владения этими компетенциями [2].

По данным опроса руководителей органов и организаций здравоохранения Тюменской области, дефицит знаний организаторы здравоохранения испытывают по вопросам теории управления здравоохранением, законодательству, экономике, информатике и АСУ в здравоохранении, основам планирования и финансирования здравоохранения, инновационным процессам, медицинскому страхованию, организации медико-санитарной помощи населению, основам медицинской статистики, медицинской психологии, системному подходу в здравоохранении [3].

Однако, как отмечается во многих работах, кандидатов на позиции руководителей медицинских организаций выбирают всё же преимущественно с учётом их клинического опыта, а не управ-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

ленческих навыков [4—8]. Разумеется, каждый руководитель выбирает свой стиль управления и принятия решений [9], но крайне важно, чтобы знания и навыки, усвоенные модели поведения и личностные характеристики позволили ему стать не только администратором, но и лидером в своем коллективе.

Наряду со знаниями и навыками в управлении значимы ценности, установки и ориентации, личностные черты руководителя. Как показали результаты исследования, в ряде случаев руководители организаций здравоохранения склонны отождествлять управленческую деятельность с организаторской работой, администрированием и недооценивать эффективность практико-ориентированных форм развития управленческих компетенций, групповых и проектных видов работы. Наиболее ярко у респондентов проявились ограничения, связанные с развитием личностного потенциала — неумение управлять собой, нечёткость, размытость личных ценностей [2].

В другом исследовании в результате анализа личностной самооценки 624 респондентов (главные врачи и их заместители, руководители городских аппаратов управления здравоохранением), было установлено, что практически более половины опрошенных считают себя робкими и сомневающимися, при этом полностью готовыми к новой руководящей должности являются около четверти респондентов [10]. Автор делает вывод, что акцентуализация личности на подобных свойствах, на фоне проблем с эмоциональной уравновешенностью и сниженной стрессоустойчивостью, вносит негативный вклад в оценку уровня управленческого потенциала руководителя высшего ранга. Так, например, психологическое тестирование организаторов здравоохранения и самооценка личностно-деловых качеств, свидетельствуют о наличии у 72% руководителей синдрома эмоционального выгорания [11]. Помимо этого, 50% врачей — организаторов здравоохранения не получают удовлетворения от своей деятельности, причём подавляющее большинство (92%) среди них составляют врачи, не считающие себя руководителями здравоохранения, а также не уверенные в будущем и опасющиеся неожиданного отстранения от должности [12].

Таким образом, имеют место как проблемы в области подготовки при освоении знаний, необходимых руководителям, так и с отбором на руководящие должности людей с соответствующими личностными характеристиками. Современ-

ные исследования, по-прежнему, указывают на нерешённость данных проблем: недостаточный уровень управленческих компетенций у руководителей медицинских организаций [13], а также преобладание формализованного подхода к формированию управленческого резерва, несмотря на проявленную заинтересованность федеральных органов власти [14].

Цель исследования — оценить управленческий потенциал руководителей медицинских организаций Томской области на основе изучения стилей принятия ими решений.

Материал и методы

Для выявления стилей принятия решений в 2015—2016 гг. был проведён опрос, в котором приняло участие 1097 врачей, занимающих различные должности: главные врачи — 4,8%; заместители главного врача — 10,1%; заведующие отделениями — 11,9%; врачи — 73,1%. Было опрошено 21,3% врачей области (по данным Бюро медицинской статистики в системе здравоохранения Томской области трудятся 5156 врачей [15]), работающих в 70 медицинских организациях, включая 10 частных предприятий и 1 в подчинении Минтруда России. Охват государственных медицинских организаций составил 76,6%.

Определение стилей принятия управленческих решений (ПУР) проведено с использованием анкеты А. Роу, в основе которой лежит когнитивно-ситуационная модель (рис. 1) [16]. В данной модели стиль принятия решений определялся комбинацией двух параметров: ценностной ориентацией и терпимой когнитивной сложностью.

«Низкая терпимость к когнитивной сложности» означает высокую потребность в наличии чёткой структуры знаний и информации в задаче принятия решения (директивный и поведенческий стили). Например, людям с этой характеристикой

Высокая терпимость к неопределённости

Терпимая когнитивная сложность

Низкая терпимость к неопределённости, необходимо структурирование

<p>Аналитический стиль</p> <p>Логическое, абстрактное мышление</p>	<p>Концептуальный стиль</p> <p>Широкое, пространственное креативное мышление</p>
<p>Директивный стиль</p> <p>Сфокусированный, быстрые результаты</p>	<p>Поведенческий стиль</p> <p>Поддержка, эмпатия, слушатель</p>

Ценностная ориентация

Задачи

Люди

Рис. 1. Когнитивно-ситуационная модель принятия решений.

сложно обсуждать проблему, не договорившись сначала об одно-значном понимании терминов, в которых эта дискуссия ведётся. Если у человека «высокая терпимая когнитивная сложность», он готов уточнять и развивать эту систему понятий по мере развёртывания дискуссии (аналитический, концептуальный) [17].

«Ориентация на задачи» означает, что человек в принятии решений ориентируется прежде всего на достижение поставленных целей и задач, является «решателем проблем», люди для него, в большей мере, средство достижения целей. «Ориентация на людей» означает, что респондент прежде всего ориентируется на людей, отношения с ними.

Модель позволяет выделить четыре стиля принятия решений:

1. Директивный: такие люди предпочитают быстрые действия, ориентированы в большей мере на настоящее (а не на неопределённое будущее), поэтому пользуются ограниченным объёмом информации (часто представляемой в устной форме). Также характеризуются авторитарностью (не склонны обсуждать варианты решения с сотрудниками), делают акцент на сильный контроль. Они очень эффективны в достижении результата.

2. Аналитический: эти индивиды мыслят абстрактно, информацию обрабатывают тщательно, следовательно, решения принимают, как правило, на основе большого объёма информации и медленно. Они предпочитают оптимизировать решения проблем, любят принимать решения самостоятельно, а не путём консультаций или обсуждений. Предпочитают письменную форму получения информации.

3. Концептуальный: этот тип руководителей обладает высокой сложностью когнитивного процесса и ориентирован на людей, такие индивиды склонны долго и тщательно обдумывать решение проблемы и обсуждать его с коллегами/подчинёнными, принимая во внимание все возможные альтернативы. Эти люди, как правило, обладают широкой картиной мира, видят перспективу и ориентированы на будущее. Они очень творческие, им нравится добиваться своего, но они нуждаются в оценке и похвале.

4. Поведенческий (бихевиористский): этот тип ориентирован на внимание коллег по работе и нуждается в симпатии окружающих. Они всегда поддерживают, хорошие слушатели, восприимчивы к советам и легко вступают в контакт. Открыто демонстрируют добродушие и хорошо относятся к ослаблению контроля. Эти индивиды предпочитают встречу и

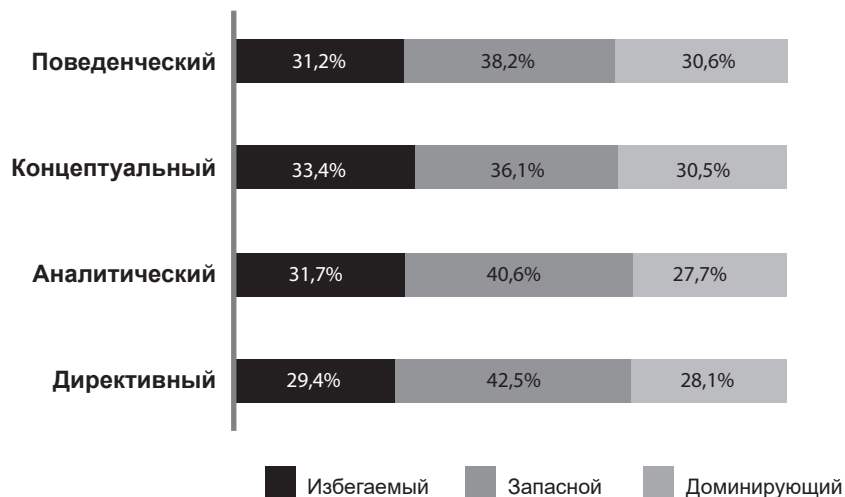


Рис. 2. Стили принятия управленческих решений врачами Томской области ($n = 1097$).

личный разговор письменной информации. Они сфокусированы на более близких целях.

Каждый руководитель не может по всем параметрам идеально соответствовать какому-то одному из стилей принятия решений, описанных выше, обычно один и тот же человек использует один или несколько главных (доминирующих) стилей и один или несколько запасных. Индивидуальные поведенческие паттерны определяют и избегаемые стили принятия решений.

Обработка полученных результатов проведена следующим образом. Пусть x_{ij} — оценка j -го респондента по стилю i (где $i = 1$ соответствует директивному стилю принятия решений, $i = 2$ — аналитическому, $i = 3$ — концептуальному и $i = 4$ — поведенческому), \bar{X}_i — средняя оценка по стилю i по генеральной совокупности, с которой сопоставляется респондент j , (в качестве такой оценки использовалась средняя по общей выборке из 1097 врачей области, в которую вошли как те, кто занимает руководящие должности в учреждениях здравоохранения, так и рядовые врачи), а σ_i — среднее квадратическое (стандартное) отклонение оценки по стилю i по этой выборке. Тогда, если:

$$x_{ij} > \bar{X}_i + \sigma_i/2,$$

то стиль i диагностировался как доминирующий для респондента j . Если:

$$x_{ij} < \bar{X}_i - \sigma_i/2,$$

то стиль i диагностировался как избегаемый для респондента j . Наконец, при:

$$\bar{X}_i - \sigma_i/2 \leq x_{ij} \leq \bar{X}_i + \sigma_i/2$$

стиль i диагностировался как запасной для респондента j [16].

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета Microsoft Excel 2013, для определения статистической значимости различий исследуемых выборок использован анализ таблиц сопряженности (критерий χ^2 Пирсона).

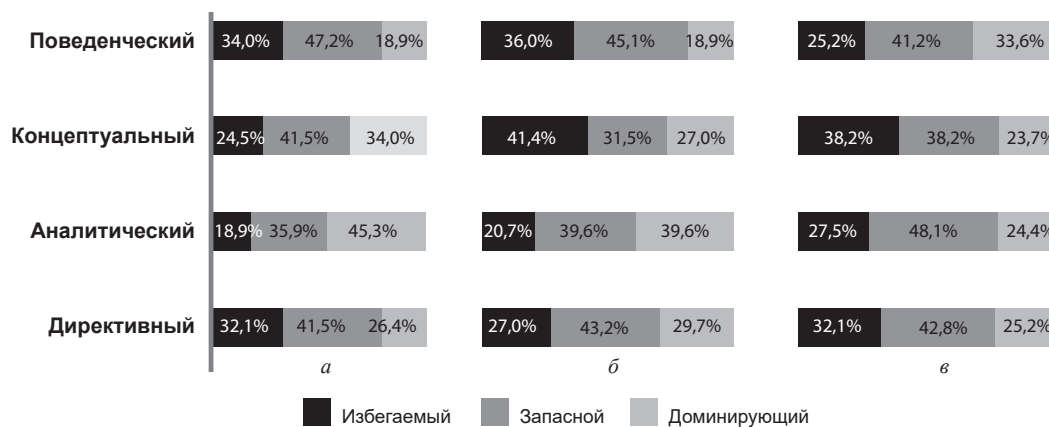


Рис. 3. Стили принятия управленческих решений руководителями разного уровня медицинских организаций Томской области.
а — главные врачи (n = 53); б — заместители главного врача (n = 111); в — заведующие отделениями (n = 131).

Результаты

Распределение частоты стилей принятия решений (в качестве избегаемого, запасного или доминирующего) у врачей медицинских организаций Томской области, включая руководителей, достаточно пропорционально (рис. 2).

Проанализируем распределение доминирующего (избегаемого) стилей по уровням управления (рис. 3). Показано, сколько раз каждый из стилей оказывался доминирующим, запасным или избегаемым для руководителей в исследуемых организациях. Поскольку и доминирующими, и запасными, и избегаемыми для одного и того же человека в методике А. Роу могут быть несколько стилей, сумма оценок по столбцам больше 100% (см. рис. 2). Однако каждый стиль для конкретного человека являлся либо избегаемым, либо запасным, либо доминирующим, поэтому суммы по каждой строке составляют ровно 100% (по числу респондентов).

Наиболее часто у *главных врачей* в качестве доминирующего выступает аналитический стиль (45,3%), концептуальный стиль занимает второе место по частоте доминирования после аналитического (34%). Поведенческий стиль заметно реже других оказывается доминирующим: он либо запасной (47,2%), либо избегаемый (34% главных врачей) (см. рис. 3, а).

Опираясь на данные о доминирующем *аналитическом* стиле принятия решений, можно сказать, что большая часть главных врачей предпочитают принимать решения индивидуально, им требуется большое количество информации, они нацелены на тщательный выбор оптимального варианта решения и при этом ориентируются прежде всего на задачу, а потом уже на людей.

В то же время существует вторая по численности когорта их коллег — руководителей медицинских учреждений, которые, обладая доминирующим *концептуальным* стилем принятия решений, напротив, склонны к обсуждению их вариантов с коллегами, при этом ориентация на людей является

одним из важных драйверов их деятельности. Они наиболее креативны и предъявляют большие запросы к информации, часто используя образные и графические формы её представления. Тщательный анализ всех возможных вариантов решения, в известной степени, перфекционизм — их характерная черта.

У самой многочисленной когорты (39,6%) из числа *заместителей главных врачей* также доминирующим оказался аналитический стиль ПУР, но вот второе место в этом рейтинге доминирующих стилей (29,7%) занимает уже не концептуальный, как у их руководителей, а директивный стиль. При этом «рейтинг избегаемости» концептуального и поведенческого стиля для этой категории работников довольно высок — 41,4 и 36,0%. Исходя из характеристик стилей, у заместителей главных врачей преобладает индивидуальный подход к принятию решений. В то же время в качестве запасного у данной категории руководителей наиболее часто (45,1%) встречается поведенческий стиль, что указывает на то, что в некоторых случаях они предпочитают групповую форму при выборе самого решения, но ориентируются прежде всего на отношения с людьми, а не на достижение наилучшего решения. Избегаемым стилем чаще всего (41,4%) являлся концептуальный (см. рис. 3, б).

Анализ данных, полученных при опросе *заведующих отделениями*, показал, что наиболее часто в качестве доминирующего у них встречался поведенческий стиль — он определен у 33,6% респондентов (см. рис. 3, в), на втором месте — директивный (25,2%). В качестве запасного наиболее часто (48,1%) выступает аналитический стиль, а избегаемого — концептуальный (38,2%). Это означает, что самая крупная когорта заведующих отделениями существенно ориентируются на мнение своих подчиненных. Они предпочитают получать информацию в устной форме, при этом их информационные потребности заметно меньше, чем у большинства коллег на вышестоящих уровнях управления.

**Результаты обработки анкет А. Роу для врачей
Томской области и менеджеров-слушателей
программ МВА**

Стиль ПУР-респонденты	X - ½ σ	X + ½ σ	X
Директивный — врачи Томской области	71	85	78
Директивный — менеджеры	74	87	80
Аналитический — врачи Томской области	80	96	88
Аналитический — менеджеры	82	96	89
Концептуальный — врачи Томской области	63	75	69
Концептуальный — менеджеры	66	75	70
Поведенческий — врачи Томской области	57	74	65
Поведенческий — менеджеры	56	68	61

Примечание: X — среднее значение, σ — стандартное отклонение.

При сравнении частоты встречаемости стилей в разных группах руководителей установлено, что в качестве доминирующего стиля главные врачи (45,3%), как и заместители главных врачей (39,6%), чаще выбирают аналитический, чем заведующие отделениями (24,4%; $\chi^2 = 7,78$; $p = 0,02$ и $\chi^2 = 6,52$; $p = 0,04$ соответственно). При этом заведующие отделениями в большей степени склонны к поведенческому стилю принятия решений, чем заместители руководителей (33,6 и 18,9%; $\chi^2 = 7,36$; $p = 0,03$). При сравнении числа респондентов, выбирающих концептуальный стиль принятия решений в качестве доминирующего или запасного, с числом респондентов, для которых данный стиль является избегаемым, статистически значимые различия отмечены между главными врачами и их заместителями (75,5 и 58,6%, $\chi^2 = 4,46$; $p < 0,05$). Руководители медицинских организаций на 16,9% чаще, чем их заместители, принимают решения, оценивая картину в целом, тогда как почти у 40% заместителей концептуальный стиль является избегаемым (см. рис. 3).

Обсуждение

Необходимость эффективного решения текущих проблем здравоохранения требует существенного повышения внимания к качеству менеджмента на всех уровнях управления здравоохранением, поскольку эффективность управления влияет как на клинические показатели медицинских организаций (например, летальность), так и на финансовые показатели (например, доходы) [18]. Однако должны учитываться не только объективные предпосылки, но и роль человеческого фактора — личности руководителя, его профессиональной компетентности, что и определяет управленческий

потенциал руководителя. От этого в решающей степени зависит успешность функционирования и развития системы здравоохранения.

Методика А. Роу получила широкое использование при исследовании стилей принятия решений в различных сферах деятельности. Несколько исследований было проведено в образовании. Так директора школ, у которых концептуальный стиль являлся доминирующим, а аналитический запасным, оказались в большей мере готовыми к изменениям и, чаще всего, уже их реализуют; директора, у которых аналитический стиль является доминирующим, а концептуальный запасным, потенциально готовы к изменениям при условии изменения ситуации или внешнего воздействия [19].

Одно из немногих исследований в системе здравоохранения с использованием методики А. Роу, проведено Sarah Y. Bowman в медицинском центре в Колорадо [20]. Автор отмечает сильно доминирующий концептуальный стиль принятия решений генерального директора, при этом для абсолютного большинства руководящих работников центра концептуальный стиль принятия решений также был доминирующим, что, рассматривается, как один из факторов, обеспечивающих сплоченную работу топ-менеджмента организации.

В проведенном исследовании значения средних и стандартных отклонений для массива наблюдений над врачами Томской области сопоставлены с данными по другой группе респондентов (см. таблицу). Данные в целом по всем врачам Томской области ($n = 1097$) оказываются близкими к результатам, полученным ранее по российским менеджерам — слушателям программ МВА (мастер бизнес-администрирования) ($n = 500$) [21].

Как и у менеджеров, у врачей медицинских организаций Томской области, включая руководителей, можно выделить следующие тенденции:

Средняя оценка по аналитическому стилю заметно превышает другие средние показатели.

Наименьшее среднее значение зафиксировано у поведенческого стиля (см. таблицу).

Интересно, что различия между российскими врачами и российскими менеджерами заметно меньше, чем различия между российскими и американскими менеджерами [21].

В целом, проведенные к настоящему времени с использованием данной методологии исследования позволяют предположить, что наличие у руководителей доминирующего концептуального стиля принятия решений выступает в качестве важной детерминанты их управленческого потенциала [17, 19, 20, 22].

Анализируя полученные данные по разным категориям руководителей медицинских учреждений Томской области, можно отметить, что здесь проявляются некоторые широко распространенные тенденции. Так, степень использования концептуального стиля принятия решений выше на

более высоких уровнях управления. Это стоит рассматривать как позитивный симптом, поскольку различные исследования, свидетельствуют, что именно этот стиль принятия решения характерен для наиболее эффективных менеджеров [19, 20, 22]. С другой стороны, концептуальный стиль принятия решений не является преобладающим для главных врачей области, он заметно уступает аналитическому.

По мере продвижения вниз по административной лестнице доля руководителей с доминирующим концептуальным стилем снижается, при этом растёт доля тех руководителей, которые в принятии решений ориентированы на индивидуальные (авторитарные) процессы, и руководителей, ориентированных на отношения с людьми в большей мере, чем на решение поставленных задач. Ряд исследований говорят о том, что это не самый эффективный стиль руководства [19, 20, 22, 23]. Если рассматривать меньшее по сравнению с другими секторами распространение концептуального стиля принятия решений среди высших руководителей организаций как недостаток, то он мог бы быть компенсирован за счёт команды руководителя, его заместителей. Именно такую компенсацию предлагает в качестве базовой идеи И. Адизес² [24]. Однако заместители главных врачей и заведующие отделениями ещё дальше от концептуального стиля, чем руководители учреждений. Многие из этих сотрудников со временем сменяют главных врачей. Что при этом произойдет с качеством управления? Можно предположить, что с течением времени индивидуальный стиль принятия решения у нынешних заместителей изменится. Однако возможности трансформации индивидуального стиля принятия решений не безграничны и требуют осознанных усилий в тех случаях, когда речь идёт о сотрудниках со значительным опытом работы. В данном контексте и с учётом высокой сложности управленческих задач, стоящих перед современными медицинскими организациями, необходимо обращать внимание на командные виды взаимодействия руководителей разного уровня, развитие клинического лидерства, а также опираться на международный опыт внедрения распределённого лидерства для повышения эффективности системы управления [25].

Заключение

В результате проведённого исследования установлено, что доминирующим стилем принятия решений у значительной части главных врачей и их заместителей является аналитический. Заведующие отделениями в большей степени склонны к поведенческому стилю принятия решений. Учитывая эмпирические исследования в других сфе-

рах деятельности, доминирование аналитического стиля у руководителей медицинских организаций не является хорошим прогностическим признаком. Полученные результаты говорят либо о том, что в сфере здравоохранения действуют какие-то иные закономерности, либо о том, что потенциал профессионализации управления использован пока не в полной мере. Это интересный вопрос, заслуживающий, на наш взгляд, дальнейшего пристального исследования.

Безусловно, формирование определённого типа руководителя, с одной стороны, зависит от условий его работы, к которым он вынужден приспосабливаться, а с другой — от личностных характеристик сотрудника и его индивидуальных особенностей при принятии решений. Недооценка индивидуальных характеристик руководителей разного уровня, личностного потенциала при оценке управленческой информации и принятии решений ставят перед руководителями организаций сложную задачу формирования и подготовки долгосрочного кадрового резерва.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 16—18, 20, 22 см. REFERENCES)

1. Мирошникова Ю.В. Обоснование направлений дополнительного образования заведующих отделениями медицинских организаций. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017; 53(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/811/30>
2. Ульянова В.А., Овчаренко Т.М., Богдан Н.Н. Формирование управленческих компетенций руководителей медицинских организаций в ходе повышения квалификации. В кн.: *Материалы Международного форума «Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право»*. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ; 2012: 297-300.
3. Долгинцев В.И. Государственная политика в области здравоохранения и подготовки руководящих кадров. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/216/30/>
4. Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Подготовка и использование управленческих кадров в здравоохранении как актуальная проблема. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2008; (3): 46-8.
5. Барсукова Г.Н., Князев А.А., Смирнов А.А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/217/30/>
6. Воробьев П.А., ред. *Доклад «Здравоохранение России»*. М.: Ньюдиамед; 2011.
7. Сибурин Т.А., Мирошникова Ю.В., Лохтина Л.К. Состав руководящих кадров здравоохранения: анализ, проблемы, вектор развития. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; (3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/574/30/>
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России. *Менеджер здравоохранения*. 2012; (3): 13-9.
9. Куделина О.В. Творчество и лидерство. Идеи распределённого лидерства в управлении учреждениями здравоохранения. *Экономика и управление*. 2016; 124(2): 39-46.

² И. Адизес писал: чтобы быть лидером, нужно уметь повести за собой подчинённых, коллег и даже босса, а для этого нужно знать подход к носителям разных стилей [24].

10. Башмаков О.А. Пути повышения качества постдипломной подготовки врачей организаторов здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015; 43(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/687/30/>
11. Башмаков О.А. Совершенствование системы подготовки руководящих кадров здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015; 41(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/652/30/>
12. Башмаков О.А. Медико-социальные особенности руководящих кадров, как основного кадрового потенциала в здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; 40(6). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/641/30/>
13. Богдан Н.Н., Гончарова Н.В. Влияние обучения на формирование управленческих компетенций руководителей медицинских организаций. *Медицина и образование в Сибири*. 2015; (5). Available at: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=1877>
14. Сибурин Т.А., Лохтина Л.К., Мирошникова Ю.В. Состояние и эффективность работы с резервом руководящих кадров здравоохранения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; (1): 4-9.
15. *Здравоохранение Томской области в 2015 году*. Томск: Бюро медицинской статистики; 2016.
19. Каспаржак А.Г., Филинов Н.Б., Байбурун Р.Ф., Исаева Н.В., Бысик Н.В. Директора школ как агенты реформы российской системы образования. *Вопросы образования*. 2015; (3): 122-43.
21. Филинов-Чернышев Н.Б. *Разработка и принятие управленческих решений*. М.: Издательство Юрайт; 2017.
23. Бруссо К., Драйвер М., Ларссон Р., Уриан Г. Как принимают решения опытные начальники. *Harvard Business Review (Россия)*: 2006; (4): 74-85.
24. Адизес И. *Развитие лидеров. Как понять свой стиль управления и эффективно общаться с носителями иных стилей*. [Пер. с англ.]. М.: Альпина Паблишер; 2014.
25. Куделина О.В. Модель компетенций руководителя организации здравоохранения: международный опыт внедрения компетенций распределённого лидерства. *Российский журнал менеджмента*. 2016; 14(4): 81-104.
7. Siburina T.A., Miroshnikova Yu.V., Lokhtina L.K. The composition of leading health personnel: analysis, problems, vector of development. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; (3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/574/30/> (in Russian)
8. Galkin R.A., Gekht I.A., Artem'eva G.B. Seventeen Moments of Russia's Public Health Update. *Menedzher zdavookhraneniya*. 2012; (3): 13-9. (in Russian)
9. Kudelina O.V. Creativity and leadership. Ideas of distributed leadership in the management of healthcare institutions. *Ekonomika i upravlenie*. 2016; 124(2): 39-46. (in Russian)
10. Bashmakov O.A. Ways to improve the quality of postgraduate training of health care providers. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015; 43(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/687/30/> (in Russian)
11. Bashmakov O.A. Improvement of the system of training leading health personnel. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015; 41(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/652/30/> (in Russian)
12. Bashmakov O.A. Medico-social characteristics of leading cadres as the main human resources potential in health care. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014; 40(6). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/641/30/> (in Russian)
13. Bogdan N.N., Goncharova N.V. The influence of training on the formation of managerial competencies of heads of medical organizations. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri*. 2015; (5). Available at: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=1877> (in Russian)
14. Siburina T.A., Lokhtina L.K., Miroshnikova Yu.V. Status and effectiveness of work with the reserve of leading health personnel. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2015; (1): 4-9. (in Russian)
15. *Public Health in Tomsk Region in 2015 [Zdravookhranenie Tomskoy oblasti v 2015 godu]*. Tomsk: Byuro meditsinskoy statistiki; 2016. (in Russian)
16. Rowe A.J., Boulgarides J.D. Decision Styles – A Perspective. *LODJ*. 1983; 4(4): 3-9.
17. Rowe A.J., Mason R.O., Dickel K.E., Mann R.B., Mockler R.J. *Strategic Management: A Methodological Approach*. Boston: Addison-Wesley; 1990.
18. Bloom N., Sadun R., Reenen J.V. *Does Management Matter in Healthcare?* Available at: http://www.people.hbs.edu/rsadun/Management_Healthcare_June2014.pdf
19. Kasparzhak A.G., Filinov N.B., Bayburin R.F., Isaeva N.V., Bysik N.V. Directors of schools as agents of the reform of the Russian education system. *Voprosy obrazovaniya*. 2015; (3): 122-43. (in Russian)
20. Bowman S.Y. *Decision-Making Styles of a Medical Center's Management Group: A Case Study*. *Hospital Topics*. 1992. 70(3): 25-9.
21. Filinov-Chernyshev N.B. *Development and Adoption of Management Decisions: Textbook [Razrabotka i prinjatие управленческих решений]*. М.: Izdatel'stvo Jurait, 2017. (in Russian)
22. Rowe A.J., Mason R.O. *Managing with style: A guide to understanding, assessing, and improving decision making*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1987.
23. Brusso K., Drajver M., Larsson R., Urian G. *Kak priminajut reshenija opytnye nachal'niki*. *Harvard Business Review*. 2006; 4: 74-85. (in Russian)
24. Adizes I. *Leading the Leaders: How to Enrich Your Style of Management and Handle People Whose Style Is Different from Yours*. Santa Barbara: The Adizes Institute Publications; 2004.
25. Kudelina O.V. The model of the competencies of the head of the health organization: the international experience of implementing the competencies of distributed leadership. *Rossiyskiy zhurnal menedzhmenta*. 2016; 14(4): 81-104. (in Russian)
1. Miroshnikova Yu.V. Substantiation of directions of additional education for heads of departments of medical organizations. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017; 53(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/811/30/> (in Russian)
2. Ulyanova V.A., Ovcharenko T.M., Bogdan N.N. Formation of managerial competencies of heads of medical organizations in the course of professional development. In: *Materials of the International Forum «Innovations in Public Health and Health Care: Economics, Management, Law» [Materialy Mezhdunarodnogo foruma «Innovatsii v obshchestvennom zdorov'e i zdavookhraneniі: ekonomika, menedzhment, pravo»]*. Novosibirsk: Sibmedizdat NGMU; 2012: 297-300. (in Russian)
3. Dolgintsev V.I. State policy in the field of health and management training. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/216/30/> (in Russian)
4. Vakhitov Sh.M., Blokhina M.V. Preparation and use of management personnel in health care as an actual problem. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2008; (3): 46-8. (in Russian)
5. Barsukova G.N., Knyazev A.A., Smirnov A.A. Heads of health care about the problems of leading cadres. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 15(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/217/30/> (in Russian)
6. Vorob'ev P.A., ed. *The report «Public Health of Russia» [Doklad «Zdravookhranenie Rossii»]*. Moscow: N'yudiamed; 2011. (in Russian)

REFERENCES