

УДК 338.465.4

DOI: 10.24412/2312-6647-2026-248-92-108

## ЦИКЛ СОЗДАНИЯ, ПЕРЕДАЧИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗНАНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

**Ольга Алексеевна Ломовцева**

Московский городской педагогический университет,  
Москва, Россия,  
lomovcevaoa@mgu.ru

**Павел Вячеславович Бережанский**

Первый Московский государственный  
медицинский университет им. И. М. Сеченова  
Минздрава России (Сеченовский университет),  
Москва, Россия  
p.berezhanskiy@mail.ru

***Аннотация.*** В статье рассмотрены теоретические и прикладные предпосылки формирования системного подхода к управлению знаниями в организациях здравоохранения. Экономическая основа предложенной модели заключается в понимании управленческих процессов на каждом уровне, распределении ресурсов и выявлении рисков в процессе трансформации знаний. Цель статьи — разработать концептуальную модель управления знаниями в медицинских организациях, включающую адаптированный цикл создания, оценки, передачи и долгосрочного применения клинических компетенций, и обосновать условия ее практической реализации с учетом российской инфраструктуры здравоохранения. В работе использованы методы анализа отечественных и зарубежных научных источников, проведен структурно-функциональный анализ процессов управления знаниями с применением моделирования для построения модели управления знаниями в учреждениях здравоохранения.

***Ключевые слова:*** управление знаниями, трансфер знаний, диффузия знаний, медицинская организация, цикл управления знаниями, клинические компетенции

UDC 338.465.4

DOI: 10.24412/2312-6647-2026-248-92-108

## THE CYCLE OF KNOWLEDGE CREATION, TRANSFER AND UTILIZATION IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A STRUCTURAL AND FUNCTIONAL ANALYSIS

**Olga Alekseevna Lomovtseva**

Moscow City University,  
Moscow, Russia,  
lomovcevaoa@mgpu.ru

**Pavel Vyacheslavovich Berezhanskiy**

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
(Sechenovskiy University),  
Moscow, Russia,  
p.berezhanskiy@mail.ru

**Abstract.** The article examines the theoretical and applied prerequisites for the formation of a systemic approach to knowledge management in healthcare organizations. The economic basis of the proposed model lies in understanding management processes at each level, allocating resources, and identifying risks in the process of knowledge transformation. Objective: to develop a conceptual model of knowledge management in medical organizations that includes an adapted cycle of creation, evaluation, transfer, and long-term application of clinical competencies, and to substantiate the conditions for its practical implementation, taking into account the Russian healthcare infrastructure. The study uses methods of analysis of domestic and international scientific sources and conducts a structural and functional analysis of knowledge management processes, applying modeling to construct a knowledge management model for healthcare institutions.

**Keywords:** knowledge management, knowledge transfer, knowledge diffusion, medical organization, knowledge management cycle, clinical competencies

### Введение

**П**ереход российской экономики на новый этап, обсуждение которого является актуальным в современной науке и потому содержит различные подходы к поиску решений, требует на междисциплинарном уровне определить факторы развития, а затем экстраполировать их действие на уровень конкретных организаций для максимизации результатов и роста эффективности [1].

Основными триггерами данного перехода являются:

– усовершенствование технологий, механизация и автоматизация производства, позволяющие сокращать участие человека в производственных процессах и, соответственно, численность занятых в экономике;

- экономика достигает такого качества, когда большинство работников должны иметь относительно высокий образовательный уровень;
- благосостояние значительной части населения поднимается настолько, что интеллектуальный рост и совершенствование творческих способностей занимают важное место в ценностной шкале общества;
- люди, основные материальные потребности которых удовлетворены, занятые интеллектуальным трудом, предъявляют повышенный спрос на услуги;
- повышение доли квалифицированного труда приводит к тому, что основным средством производства становится квалификация работников, что меняет структуру общества [2].

Для организаций здравоохранения перечисленные тенденции означают, что профессиональные знания врача переходят из категории личного актива в организационный ресурс, которым необходимо управлять целенаправленно. При этом неявные знания, накопленные в клинической практике, составляют наиболее ценный и одновременно наиболее уязвимый компонент этого ресурса: они не поддаются прямой кодификации и теряются при смене кадров [3]. Следовательно, знания становятся основой конкурентных преимуществ как отдельного человека, так и организаций, особенно организаций социально ориентированного сектора — здравоохранения, образования, культуры и др. [4]. Именно эта проблема определяет необходимость формализованных циклов управления знаниями в медицинских организациях.

Актуальность темы обусловлена растущей ролью информационного и компетентностного обеспечения деятельности организаций сферы здравоохранения как наиболее сложных с точки зрения создания и результативного использования данных о состоянии здоровья и динамике его показателей населения страны в целом, а также каждого отдельного пациента, в основе которого лежат процессы управления знаниями — от их создания до распространения, сохранения и использования [5, 6]. Инновационная модель деятельности организаций в таких условиях характеризуется тем, что интеллектуальный потенциал становится доминирующим ресурсом, а генерация новых знаний превращается в основной катализатор экономического прогресса, особенно в социально ориентированных областях [7]. Глобализация, перенесенные пандемии и переток знаний коренным образом повлияли на структуру мирового рынка специалистов, методы управления и организацию труда в медицинских учреждениях [8], при этом неадекватные способы выявления релевантной информации и элиминации избыточных данных могут существенно осложнить организационные процессы [9, 10].

Многоуровневый анализ особенностей процесса управления знаниями в медицинской организации позволяет создать эффективную интеллектуальную модель, отражающую сложные взаимосвязи между всеми компонентами корпоративной системы [11]. Взаимодополняющие элементы этой системы формируют единый интеллектуальный капитал учреждения, где координация

действий управленческого состава и медицинского персонала, рациональное использование профессиональных компетенций и формирование стратегических активов направлены на достижение приоритетных целей развития организации. При этом система управления знаниями выступает как комплексный механизм, обеспечивающий целенаправленное воздействие на все уровни организационной структуры для оптимизации лечебно-диагностического процесса и повышения качества медицинской помощи [12]. Часто системы управления знаниями недостаточно эффективно внедряются в организациях государственного сектора [13].

## Основное исследование

Современная система управления в здравоохранении имеет сложную структуру, объединяющую множество профессиональных участников, институциональных субъектов и ресурсных составляющих. Главная задача взаимодействия всех участников системы здравоохранения — обеспечение качественной медицинской помощи и непрерывной маршрутизации пациента [12, 14]. Здравоохранение представляет собой взаимосвязь сложных систем, где эффективное управление знаниями преобразуется в важную составляющую, которая помогает оптимизировать использование ресурсов, повысить качество и улучшить координацию между системами [15, 16]. В системе здравоохранения сложно проводить и выявлять различия в отдельных подразделениях и учреждениях, поскольку каждое из них обладает своими уникальными характеристиками и задачами, связанными прежде всего с ключевыми компетенциями конкретной организации, источниками которых являются знания и способы их создания и передачи [17]. В квазиструктурных системах, таких как здравоохранение, управление знаниями представляется систематическим и динамичным процессом, охватывающим весь жизненный цикл организации, и рассматривается как сочетание внутренней экспертизы и внешних стандартов [18].

С точки зрения персонала, в основной (лечебно-диагностический) процесс вовлечены специалисты различного профиля: врачи общей практики и узкопрофильные специалисты, средний медицинский персонал, специалисты диагностического профиля, а также социальные работники, клинические психологи и медицинские консультанты [19]. Параллельно функционирует инфраструктура менеджмента медицинских учреждений: специалисты в области финансового менеджмента и кадрового обеспечения, представители органов здравоохранения, фармацевтические предприятия, страховые организации, общественные объединения, образовательные и научно-исследовательские институты [20]. При этом все участники системы здравоохранения, распределенные по рынку, должны координировать свои действия в интересах конкретного пациента, используя информационный потенциал колоссального объема [18].

Любая информация, генерируемая одним участником процесса, имеет критическое значение для эффективной работы всей системы и напрямую влияет на качество оказываемой медицинской помощи [21]. Внедрение систем управления знаниями в организациях здравоохранения имеет особую актуальность и высокую ожидаемую социально-экономическую значимость, главной целью которой является сохранение качества жизни и здоровья каждого конкретного человека [17, 22].

Значительный вклад в увеличение расходов на медицинское обслуживание вносит растущая распространенность хронических заболеваний, среди которых сердечно-сосудистые патологии существенно преобладают: среди причин смертности на первом месте — болезни системы кровообращения (566,8 на 100 тыс. населения), новообразования (191,6 на 100 тыс. населения), некоторые инфекционные и паразитарные заболевания — 1,3 % (12,4 случая на 100 тыс. населения)<sup>1</sup>. Одним из решений проблемы оптимизации расходов является внедрение информационных технологий, таких как электронные медицинские карты, системы дистанционного мониторинга пациентов, телемедицинские сервисы, удаленные диагностические услуги, цифровые платформы общественного здравоохранения. Несмотря на их активное развитие в последние годы, отсутствует системная интеграция и обмен знаниями между различными проектами в сфере электронного здравоохранения [23], что связано с региональным разнообразием медицинских электронных систем (МИС), когда каждый субъект РФ имеет несколько МИС, но при этом отсутствуют регламентирующие нормативно-правовые документы. Актуальность данной проблемы подчеркнута в национальном проекте «Активная продолжительная жизнь», который включает в себя 11 федеральных проектов, важнейшими среди которых являются «Старшее поколение», «Модернизация первичного звена здравоохранения», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Сахарный диабет»<sup>2</sup>.

Процессы функционирования организаций сферы здравоохранения базируются на знаниях и интеллектуальных ресурсах [24]. Их операционная деятельность неразрывно связана с процессами аккумуляции, систематизации и эффективного использования интеллектуального капитала, сталкивается с необходимостью организовывать полный технологический цикл управления знаниями, при этом максимально уделяя внимание выявлению новых и передаче знаний [16, 25]. Кадровая политика — еще один критический аспект: без непрерывного обучения врачей система управления знаниями теряет смысл [26], в том числе с использованием больших баз данных для машинного обучения искусственного интеллекта (ИИ) с последующей разработкой стандартов

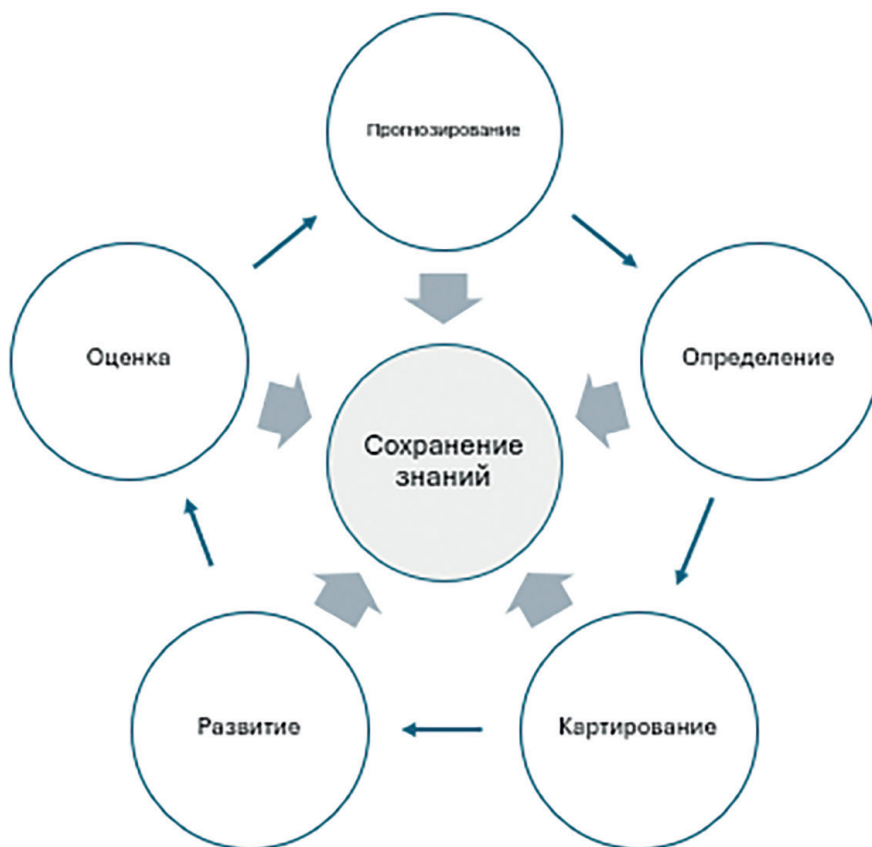
<sup>1</sup> Основные показатели здравоохранения в Российской Федерации // Федеральная служба государственной статистики (Росстат). 2023. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/313/document/217533> (дата обращения: 06.04.2026).

<sup>2</sup> Перечень приоритетных направлений развития здравоохранения Российской Федерации // Правительство России. URL: <http://government.ru/rugovclassifier/917/about/> (дата обращения: 06.04.2026).

оказания медицинской помощи (СОП) и клинических рекомендаций, эффективность чего была подтверждена в период пандемии COVID-19 [27].

В широком смысле слова система управления знаниями в учреждениях здравоохранения может быть определена как целенаправленный комплекс организационных процедур, направленных на развитие и сохранение компетенций/знаний на каждом уровне оказания медицинской помощи [28]. Эти мероприятия включают прогнозирование, определение, картирование, развитие и оценку [13]. Прогнозирование и определение включают выявление будущих потребностей и компетенций, необходимых для выполнения задач на каждом организационном уровне. Картирование направлено на систематическую оценку уровня компетенций сотрудников с последующим предоставлением возможностей развивать свои навыки с помощью новых эффективных моделей и методов обучения [13]. В то же самое время оценка компетенций участников процесса должна быть одной из главных компетенций самой организации.

Сохранение знаний и информации на каждом этапе является циклическим управленческим процессом, позволяющим распространять знание и тем самым увеличивать его ценность для организации [29] (рис. 1).



Источник: [29].

**Рис. 1.** Цикл менеджмента знаний в учреждениях здравоохранения

Данный цикл позволяет отслеживать в режиме реального времени процесс управления знаниями в организации здравоохранения, при этом возможна конкретизация знаний, например выявление организационных, клиническо-ориентированных или коммуникационно-культурных знаний.

Узкоспециализированные медицинские знания занимают главную позицию в сфере оказания медицинской помощи населению. Рассмотрим этапы цикла на примере клинических знаний.

На первом этапе проводится *оценка знаний*, выявление неявных знаний из клинической работы, чаще данные знания являются обратной связью исхода — завершения медицинского процесса, например завершение лечения пациента и разбор клинического случая, учет ошибок, отзыв пациента, командная разработка СОПов и др. На этом этапе знания оцениваются и выявляются. Если они соответствуют уровню приоритетности, значимости, морально-нравственным и юридическим нормам, то они сохраняются и используются на следующем этапе — *планирования*.

На этом этапе разрабатываются новые регламенты, протоколы, стратегические программы с учетом оценки уровня достоверности и доказательности на настоящий момент с учетом постоянного совершенствования и развития научных фундаментальных и клинических знаний в сфере медицине.

*Этап определения* оценивает качество знаний, значимость, их релевантность и возможные последствия их применения, которые в здравоохранении соответствуют исходам процесса, например выздоровление наступило либо не наступило, качество жизни потеряно или снижено, трудоспособность сохранена или полностью восстановлена. Для этого применяются аудиты, экспертное мнение и разработанные метрики, которые также используются на следующем этапе — *картирования*.

На данном этапе вводятся критерии оценки эффективности применяемых знаний, оценивается область применения и показатели безопасности, что может выражаться, например, в оптимизации терапии и профилактики антибиотикорезистентности, снижении частоты осложнений или количества инфицированных лиц.

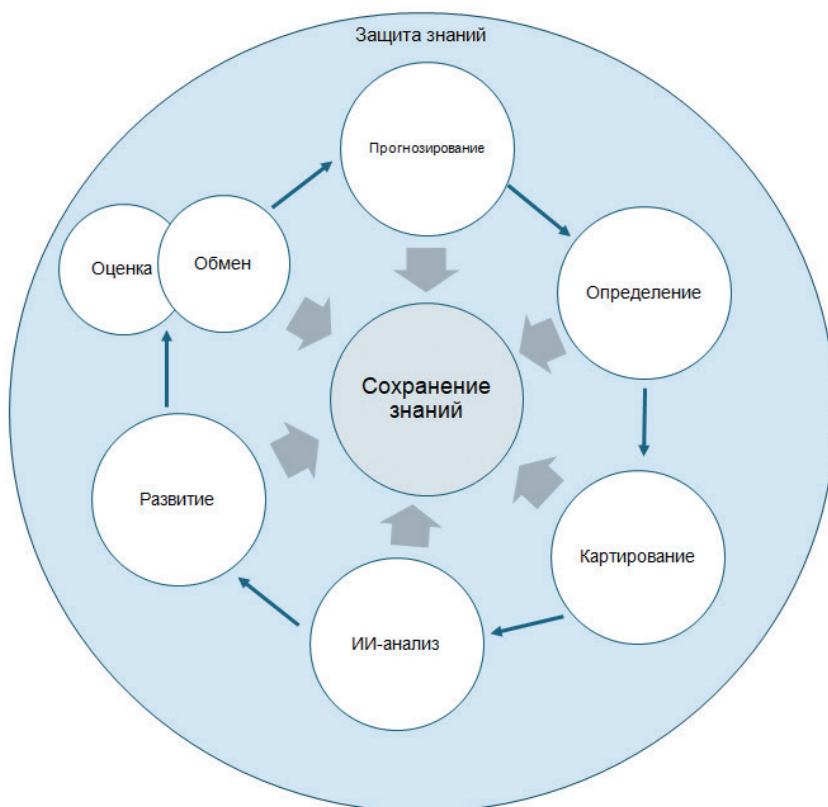
Эффективные знания получают свое дальнейшее развитие на *этапе развития*, что ведет к обновлению локальных протоколов, а в ряде случаев — к изменению федеральных клинических рекомендаций до изменения на уровне государственной и мировой политики, например открытие правил асептики и антисептики Н. И. Пироговым или открытие звуковых феноменов — тонов при неинвазивном измерении артериального давления Н. С. Коротковым.

Центральный блок *сохранения знаний* включает в себя базы данных и стандартизированные метрики: Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), регистры, KPI (Key Performance Indicator — ключевые показатели эффективности) качества и безопасности и др.

Данный цикл *менеджмента знаний* в организации здравоохранения имеет базовую основу и в зависимости от уровня важности знаний и их конкурентоспособности может иметь дополнительные этапы или подэтапы, такие как *защита знаний* (после этапа *определения*) для обеспечения безопасности данных и интеллектуальной собственности или как постоянный персистирующий процесс

на всех этапах; этап *оценки* может быть расширен до *оценки и обмена знаний* с применением социальных моделей интеграции неявных знаний; после этапа *картирования*, учитывая современные тенденции, может быть отдельный этап *ИИ-анализа*, в ходе которого могут прогнозироваться все возможные варианты применения знаний и их исходы, а также выявляться новые неявные знания из полученной информации.

Все знания в системе здравоохранения ориентированы на фундаментальные основы и доказательную медицину с высоким уровнем безопасности и в соответствии международным стандартам оценки. В связи с этим включение в данный цикл этапа *долгосрочной оценки* — обратной связи в долгосрочном аспекте с использованием современной системы ЕГИСЗ, регистров пациентов и мониторинга для оценки долгосрочных исходов — позволит выявить новые направления знаний, повысить уровень достоверности и эффективности. Примером долгосрочной оценки может служить анализ привитых и непривитых пациентов или пациентов с избытком массы тела и без него после пандемии COVID-19, с более глубокой проработкой всех медико-социальных и клинических показателей. Такие изменения сохраняют замкнутость цикла, при этом оптимизируя процессы управления знаниями (рис. 2).



Источник: составлено авторами.

**Рис. 2.** Дополненный цикл менеджмента знаний применительно к организациям здравоохранения

Процесс *защиты знаний* обеспечивает безопасность данных и интеллектуальной собственности на каждом этапе, при этом безопасность обеспечивается не только от внешних, но и от внутренних воздействий, до тех пор пока интеллектуальная собственность через знание не получит широкое организационное распространение. При этом направление защиты знаний в системе здравоохранения приобретает критический характер, так как клинические протоколы и новые методы исследования/лечения, разработанные на основе данных пациента, попадают под требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>3</sup>. Безопасность используемых информационных систем и механизмов трансфера знаний в здравоохранении являются обязательными условиями функционирования инфраструктуры системы управления знаниями. В настоящее время защита знаний реализуется через дифференцированное управление доступом в ЕГИСЗ, политику информационной безопасности МИС, а также через протоколы обезличивания данных при передаче в регистры, что имеет и свои ограничения для СУЗ (система управления знаниями):

- доступ по ролям и атрибутам ограничивает круг лиц, которые могут видеть персонифицированные данные;

- ограничение доступности модулей данных и разделение всех МИС на контуры для оказания помощи, для фондов медицинского страхования, для ЕГИСЗ, для вторичных целей (согласно приказу Минздрава от 24.12.2018 № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»<sup>4</sup>), в связи с этим доступность к полному объему информации и знаний ограничена.

Предлагаемый этап *ИИ-анализа* может использовать модели машинного обучения (общие или специализированные) и методы обработки информации для прогнозирования всех возможных исходов применения знания до его внедрения в клиническую практику и выявления новых неявных знаний из массивов данных, которые не поддались экстракции на этапе оценки. Интеграция ИИ с лечебным процессом и системами управления знаниями улучшает точность диагностики, позволяет персонализировать лечение и поддерживает принятие клинических решений в режиме реального времени. В настоящее время платформы на базе генеративного ИИ уже широко используются в практическом здравоохранении для оценки рентгенологических снимков и компьютерной томографии, формировании заключения по дополнительным методам лабораторного исследования, обновления протоколов, уведомления персонала об изменениях в клинических рекомендациях и выявления устаревших СОПов.

<sup>3</sup> КонсультантПлюс. URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_61801/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/) (дата обращения: 07.05.2026).

<sup>4</sup> КонтурНорматив. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=338271> (дата обращения: 07.05.2026).

В России возможности ИИ-анализа частично реализованы в рамках сервисов ЕГИСЗ, в частности в модулях анализа больших данных для популяционного мониторинга и предиктивного управления ресурсами. ИИ-помощник на базе платформы GigaChat (Сбербанк) прошел экзамен по направлению «Лечебное дело» в высшем медучреждении, набрав 82 % (итоговая оценка — «хорошо») в тесте из ста вопросов при проходном пороге 70 %, а также решив ситуационные задачи по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, что сопоставимо с уровнем выпускников вуза. Медицинский ИИ-помощник «СберЗдоровье» в эксперименте на 30 клинических случаях из *New England Journal of Medicine* (NEJM — «Новый английский журнал медицины») продемонстрировал 93 % точности диагностических заключений (28 из 30 верных) по методике, аналогичной тестированию Microsoft MAI-DxO, что гораздо выше средних показателей выпускников медицинских вузов<sup>5</sup>.

Этап *долгосрочной оценки* обеспечивает обратную связь с временными ограничениями, достаточным для оценки клинических исходов. Этот этап принципиально отличается от первичного этапа оценки тем, что оперирует не непосредственными результатами лечения, а отдаленными исходами — качеством жизни, выживаемостью, частотой рецидивов, социальной реабилитацией пациентов. Данные для данного этапа могут поступать из регистров ЕГИСЗ в персонифицированном или обезличенном виде. Именно долгосрочная оценка через обратную связь позволяет повысить специфичность и чувствительность принимаемых решений, особенно на популяционном уровне. Ретроспективный анализ исходов вакцинации от COVID-19, кори и менингококковой инфекции в различных демографических группах с использованием данных регистра иммунизации доказал свою эффективность и состоятельность.

Перенос знаний, преобразование профессиональных навыков и адаптация знаний к новым ситуациям создают предпосылки для трансформации имеющихся знаний в качественно новые компетенции, которые по результатам своего применения могут быть преобразованы в новые знания, непосредственно влияющие на качество оказания медицинской помощи [28, 30], что требует внедрения систематической образовательной деятельности с применением новых технологий [31]. Система управления знаниями представляет циклический процесс, а перенос знаний происходит, когда опыт или результаты выполнения одной задачи влияют на выполнение последующей задачи [32].

Процесс управления знаниями и их перенос может быть представлен схематично (см. рис. 3). В схеме показаны все основные компоненты данной системы (люди, процессы, технологии и метрики), актуальные для всех мероприятий цикла системы управления знаниями.

<sup>5</sup> Новые технологии искусственного интеллекта в медицине: основные тренды 2026 года // РБК Тренды. 2024. URL: <https://www.rbc.ru/life/news/65cc70d19a79476730f969be> (дата обращения: 06.04.2026).



*Источник:* составлено авторами.

**Рис. 3.** Схема процесса управления знаниями в рамках конкретной организационной задачи

Схема процесса управления знаниями представляет собой базовые основы модели управления знаниями в здравоохранении без детализации процессов и включает четыре основных компонента: персонал медицинского учреждения как носителя неявных знаний, процессы и организационные процедуры передачи знаний, использование технологий и применение метрик для формирования стратегии применения знаний.

Стандартная модель SECI (социализация – экстернализация – комбинация и интернализация), предложенная И. Нонака и Х. Такеучи [3], имеет ограничения применения в здравоохранении: полный цикл требует ресурсоемких процессов, модель не учитывает современный аспект знаний, в частности расширение применения ИИ-технологий и скрытых в них данных, организационно-культурные барьеры в рамках рыночной экономики и конкуренции между учреждениями и даже внутри одного учреждения, а также не принимает во внимание межпрофессиональную природу знаний (администратор – врач – медицинская сестра – специалист службы информационной поддержки – пациент).

Примером работы предложенного цикла может служить задача по снижению частоты антибиотикорезистентности и нозокомиальных инфекций.

Врачи, эпидемиологи, клинические фармакологи являются носителями неявного знания об основных паттернах развития антибактериальной резистентности в конкретном отделении. Они проводят разбор клинических случаев

и консилиумы, используя МИСы, аналитические модули ЕГИСЗ и ИИ-системы, разрабатывают новые СОПы, что приводит к снижению антибиотико-резистентных штаммов, количества нозокомиальных инфекций в отделении и показателя DDD (Defined Daily Doses) на 100 госпитализаций.

Практическое применение предложенных моделей управления знаниями в государственных медицинских учреждениях сталкивается с рядом препятствий. Среди ключевых барьеров можно выделить выраженное региональное разнообразие МИС, нехватку ресурсов, отсутствие приоритетов и систематической структуры для фиксации опыта сотрудников, слабую мотивацию и, самое главное, отсутствие межуровневого взаимодействия (внешняя среда – учреждение – врач). При этом МИС каждого региона делает межорганизационный и межрегиональный обмен невозможным, но создает техническую основу для сохранения и долгосрочной оценки знаний в конкретном регионе, что обеспечивает функциональную полноту цикла применительно к задачам доказательной медицины в российских реалиях. Процесс управления знаниями в медицинских организациях носит циклический характер, имеет свои ограничения и не сводится к однократному выявлению накопленного опыта: устойчивость системы определяется замкнутостью цикла и наличием механизмов долгосрочной обратной связи.

## Заключение

Система управления знаниями в медицинских организациях функционирует результативно только при полностью замкнутом цикле создания, передачи и применения знаний на всех уровнях: клиническая практика как индивидуальное знание проходит этапы определения, картирования и оценки достоверности на уровне организации; долгосрочный мониторинг подтверждает ее эффективность на межорганизационном уровне и возвращается как обновленный стандарт для конкретного сотрудника. Без системной инфраструктуры, метрик, технологий поддержки и защиты цикл будет незамкнутым, что приведет к потере профессионального знания при смене кадров.

## Список источников

1. Марков Е. А. Управление знаниями: современный взгляд на управление знаниями в организации // *Современные тенденции развития науки и технологий*. 2016. № 8 (5). С. 113–115.
2. *Управление знаниями в корпорациях* / под ред. Б. З. Мильнера. М.: Дело, 2006. 303 с.
3. Nonaka I., Takeuchi H. *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press, 1995. 284 p.
4. Стешин В. А. Управление знаниями как фактор повышения экономического и инновационного потенциала общества // *Инновационные технологии в науке и образовании*. 2015. № 1 (1). С. 357–359.

5. Riege A. Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider // *Journal of Knowledge Management*. 2005. Vol. 9. № 3. P. 18–35. <https://doi.org/10.1108/13673270510602746>
6. Enhancing sense-making through intellectual capital: evidence from a healthcare network / F. Schiavone [et al.] // *Journal of Innovation & Knowledge*. 2024. Vol. 9. № 4. Article 100619. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2024.100619>
7. Healthcare can't stop evolving: innovation as the catalyst for unleashing the managerial potential of value-based healthcare by stimulating intangible assets and enhancing organizational resilience / J. F. P. Gasparly [et al.] // *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. P. 1–21. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1438029>
8. Bate S. P., Robert G. Knowledge management and communities of practice in the private sector: lessons for modernizing the National Health Service in England and Wales // *Public Administration*. 2002. Vol. 80. № 4. P. 643–663. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00322>
9. Wang F., Preininger A. I. AI in health: state of the art, challenges, and future directions // *Yearbook of Medical Informatics*. 2019. Vol. 28. № 1. P. 16–26. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677908>
10. Knowledge management and digital innovation in healthcare: a bibliometric analysis / A. I. Stoumpos [et al.] // *Healthcare (Basel)*. 2024. Vol. 12. № 24. Article 2525. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242525>
11. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента / пер. с англ; общ. ред и вступит. ст. Л. И. Евенко. М.: Дело, 2015. 672 с.
12. Fadaie N., Lakbala P., Ghanbarnejad A. Impact of knowledge management on job satisfaction and organizational performance among healthcare employees: a structural equation modeling approach // *Health Science Reports*. 2023. Vol. 6. № 9. Article 1560. <https://doi.org/10.1002/hsr.1560>
13. Readiness and leadership in evidence-based practice and knowledge management: a cross-sectional survey of nurses' perceptions / A. Lunden [et al.] // *Nordic Journal of Nursing Research*. 2021. Vol. 41. № 3. P. 187–196.
14. Kosklin R., Lammintakanen J., Kivinen T. Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review // *Knowledge Management Research & Practice*. 2023. Vol. 21. № 4. P. 738–748. <https://doi.org/10.1080/14778238.2022.2032434>
15. Karamitri I., Talias M., Bellaly T. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review // *The International Journal of Health Planning and Management*. 2017. Vol. 32. № 1. P. 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
16. Knowledge management and sustainability performance of hospital organisations: the healthcare managers' perspective / M. Alboliteh [et al.] // *Sustainability*. 2023. Vol. 15. № 1. Article 203. <https://doi.org/10.3390/su15010203>
17. Hujala T., Lahti H. Effects of knowledge management on the management of health and social care: a systematic literature review // *Journal of Knowledge Management*. 2021. Vol. 25. № 11. P. 203–221. <https://doi.org/10.1108/JKM-11-2020-0813>
18. Sibbald S. L., Wathen C. N., Kothari A. An empirically based model for knowledge management in health care organizations // *Health Care Management Review*. 2016. Vol. 41. № 1. P. 64–74. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000046>
19. A knowledge management model: implications for enhancing quality in health care / A. J. Orzano [et al.] // *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 2008. Vol. 59. № 3. P. 489–505. <https://doi.org/10.1002/asi.20763>

20. Understanding complexities in collaborative management of knowledge on advance care planning for multi-morbid patients within personalized integrated care / F. P. Tulinayo [et. al.] // *Journal of Healthcare Informatics Research*. 2025. Vol. 9. № 2. P. 220–245. <https://doi.org/10.1007/s41666-025-00185-w>
21. A systematic literature review on knowledge management in healthcare: best practices and future directions / J. M. Mutua [et al.] // *Engineering and Technology Journal*. 2024. Vol. 9. № 10. P. 5338–5347. <https://doi.org/10.47191/etj/v9i10.13>
22. Bali R. K., Dwivedi A. *Healthcare knowledge management*. New York: Springer, 2007. 308 p.
23. Attitudes and perceptions of UK medical students towards artificial intelligence and radiology: a multicentre survey / C. Sit [et al.] // *Insights into Imaging*. 2020. Vol. 11. № 1. P. 14. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0830-7>
24. Pusenius P., Laihonon H. Intellectual capital management in public healthcare: a systematic literature review // *Journal of Intellectual Capital*. 2026. Vol. 27. № 7. P. 1–21. <https://doi.org/10.1108/JIC-06-2024-0196>
25. Шурупова А. С. Управление знаниями как фактор социально-экономического развития // *Креативная экономика*. 2013. № 12 (84). С. 133–143.
26. Wartman S. A., Combs C. D. Medical education must move from the information age to the age of artificial intelligence // *Academic Medicine*. 2017. Vol. 93. № 8. P. 1107–1109. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002044>
27. Рязанова С. В., Комков А. А., Мазаев В. П. Российский и мировой опыт применения новых технологий искусственного интеллекта в реальной медицинской практике // *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2021. № 6. С. 32–40. <https://doi.org/10.17513/srms.1215>
28. Shahmoradi L., Safadati R., Jimma W. Knowledge management implementation and the tools utilized in healthcare for evidence-based decision making: a systematic review // *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2017. Vol. 27. № 5. P. 541–558. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i5.13>
29. The implementation of knowledge management in health and social care organisations as assessed by managers: a descriptive cross-sectional study / E. Karsikas [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2025. Vol. 39. № 3. Article e70122. <https://doi.org/10.1111/scs.70122>
30. The effects of learning transfer on clinical performances among medical staff: a systematic review of randomized controlled trials / Yung-Chieh Tung [et al.] // *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Article 874115. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.874115>
31. Ayatollahi H., Zeraatkar K. Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review // *Health Information and Libraries Journal*. 2019. Vol. 37. № 3. P. 98–117. <https://doi.org/10.1111/hir.12285>
32. What should medical students know about artificial intelligence in medicine? / S. H. Park [et al.] // *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2019. Vol. 16. Article 18. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.18>

## References

1. Markov E. A. Управление знаниями: современный взгляд на управление знаниями в организации // *Современные тенденции развития науки и технологий*. 2016. № 8 (5). С. 113–115.

2. Upravljenje znanijami v korporacijax / pod red. B. Z. Mil`nera. M.: Delo, 2006. 303 s.
3. Nonaka I., Takeuchi H. The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press, 1995. 284 p.
4. Steshin V. A. Upravljenje znanijami kak faktor povy'sheniya e`konomicheskogo i innovacionnogo potenciala obshhestva // Innovacionny`e tehnologii v nauke i obrazovanii. 2015. № 1 (1). S. 357–359.
5. Riege A. Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider // Journal of Knowledge Management. 2005. Vol. 9. № 3. P. 18–35. <https://doi.org/10.1108/13673270510602746>
6. Enhancing sense-making through intellectual capital: evidence from a healthcare network / F. Schiavone [et al.] // Journal of Innovation & Knowledge. 2024. Vol. 9. № 4. Article 100619. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2024.100619>
7. Healthcare can't stop evolving: innovation as the catalyst for unleashing the managerial potential of value-based healthcare by stimulating intangible assets and enhancing organizational resilience / J. F. P. Gaspary [et al.] // Frontiers in Psychology. 2024. Vol. 15. P. 1–21. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1438029>
8. Bate S. P., Robert G. Knowledge management and communities of practice in the private sector: lessons for modernizing the National Health Service in England and Wales // Public Administration. 2002. Vol. 80. № 4. P. 643–663. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00322>
9. Wang F., Preininger A. I. AI in health: state of the art, challenges, and future directions // Yearbook of Medical Informatics. 2019. Vol. 28. № 1. P. 16–26. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677908>
10. Knowledge management and digital innovation in healthcare: a bibliometric analysis / A. I. Stoumpos [et al.] // Healthcare (Basel). 2024. Vol. 12. № 24. Article 2525. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242525>
11. Meskon M. X., Al`bert M., Xedouri F. Osnovy` menedzhmenta / per. s angl; obshh. red i vstupil. st. L. I. Evenko. M.: Delo, 2015. 672 s.
12. Fadaie N., Lakbala P., Ghanbarnejad A. Impact of knowledge management on job satisfaction and organizational performance among healthcare employees: a structural equation modeling approach // Health Science Reports. 2023. Vol. 6. № 9. Article 1560. <https://doi.org/10.1002/hsr.1560>
13. Readiness and leadership in evidence-based practice and knowledge management: a cross-sectional survey of nurses' perceptions / A. Lunden [et al.] // Nordic Journal of Nursing Research. 2021. Vol. 41. № 3. P. 187–196.
14. Kosklin R., Lammintakanen J., Kivinen T. Knowledge management effects and performance in health care: a systematic literature review // Knowledge Management Research & Practice. 2023. Vol. 21. № 4. P. 738–748. <https://doi.org/10.1080/14778238.2022.2032434>
15. Karamitri I., Talias M., Bellaly T. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review // The International Journal of Health Planning and Management. 2017. Vol. 32. № 1. P. 4–18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
16. Knowledge management and sustainability performance of hospital organisations: the healthcare managers' perspective / M. Alboliteh [et al.] // Sustainability. 2023. Vol. 15. № 1. Article 203. <https://doi.org/10.3390/su15010203>
17. Hujala T., Lahti H. Effects of knowledge management on the management of health and social care: a systematic literature review // Journal of Knowledge Management. 2021. Vol. 25. № 11. P. 203–221. <https://doi.org/10.1108/JKM-11-2020-0813>

18. Sibbald S. L., Wathen C. N., Kothari A. An empirically based model for knowledge management in health care organizations // *Health Care Management Review*. 2016. Vol. 41. № 1. P. 64–74. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000046>
19. A knowledge management model: implications for enhancing quality in health care / A. J. Orzano [et al.] // *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. 2008. Vol. 59. № 3. P. 489–505. <https://doi.org/10.1002/asi.20763>
20. Understanding complexities in collaborative management of knowledge on advance care planning for multi-morbid patients within personalized integrated care / F. P. Tulinayo [et. al.] // *Journal of Healthcare Informatics Research*. 2025. Vol. 9. № 2. P. 220–245. <https://doi.org/10.1007/s41666-025-00185-w>
21. A systematic literature review on knowledge management in healthcare: best practices and future directions / J. M. Mutua [et al.] // *Engineering and Technology Journal*. 2024. Vol. 9. № 10. P. 5338–5347. <https://doi.org/10.47191/etj/v9i10.13>
22. Bali R. K., Dwivedi A. *Healthcare knowledge management*. New York: Springer, 2007. 308 p.
23. Attitudes and perceptions of UK medical students towards artificial intelligence and radiology: a multicentre survey / C. Sit [et al.] // *Insights into Imaging*. 2020. Vol. 11. № 1. P. 14. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0830-7>
24. Pusenius P., Laihonon H. Intellectual capital management in public healthcare: a systematic literature review // *Journal of Intellectual Capital*. 2026. Vol. 27. № 7. P. 1–21. <https://doi.org/10.1108/JIC-06-2024-0196>
25. Shurupova A. S. Upravlenie znaniyami kak faktor social`no-e`konomicheskogo razvitiya // *Kreativnaya e`konomika*. 2013. № 12 (84). S. 133–143.
26. Wartman S. A., Combs C. D. Medical education must move from the information age to the age of artificial intelligence // *Academic Medicine*. 2017. Vol. 93. № 8. P. 1107–1109. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002044>
27. Ryazanova S. V., Komkov A. A., Mazaev V. P. Rossijskij i mirovoj opy`t primeneniya novy`x tekhnologij iskusstvennogo intellekta v real`noj medicinskoj praktike // *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2021. № 6. S. 32–40. <https://doi.org/10.17513/srms.1215>
28. Shahmoradi L., Safadati R., Jimma W. Knowledge management implementation and the tools utilized in healthcare for evidence-based decision making: a systematic review // *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2017. Vol. 27. № 5. P. 541–558. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i5.13>
29. The implementation of knowledge management in health and social care organisations as assessed by managers: a descriptive cross-sectional study / E. Karsikas [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2025. Vol. 39. № 3. Article e70122. <https://doi.org/10.1111/scs.70122>
30. The effects of learning transfer on clinical performances among medical staff: a systematic review of randomized controlled trials / Yung-Chieh Tung [et al.] // *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Article 874115. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.874115>
31. Ayatollahi H., Zeraatkar K. Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review // *Health Information and Libraries Journal*. 2019. Vol. 37. № 3. P. 98–117. <https://doi.org/10.1111/hir.12285>
32. What should medical students know about artificial intelligence in medicine? / S. H. Park [et al.] // *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2019. Vol. 16. Article 18. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2019.16.18>

*Информация об авторах / Information about the authors*

**Ольга Алексеевна Ломовцева** — доктор экономических наук, профессор, профессор департамента экономики и управления Института экономики, управления и права, Московский городской педагогический университет, Москва, Россия.

**Olga Alekseevna Lomovtseva** — Doctor of Economics, Professor, Professor of the Department of Economics and Management at the Institute of Economics, Management and Law, Moscow City University, Moscow, Russia.

lomovcevaoa@mgpu.ru

**Павел Вячеславович Бережанский** — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры детских болезней, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Москва, Россия.

**Pavel Vyacheslavovich Berezhanskiy** — Doctor of Medicine, Associate Professor, Professor of the Department of Childhood Diseases, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Sechenovskiy University), Moscow, Russia.

p.berezhanskiy@mail.ru