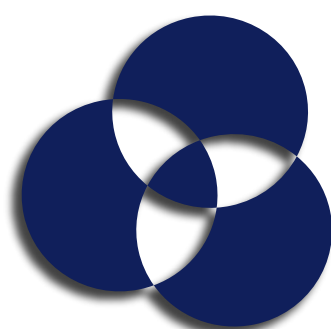


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

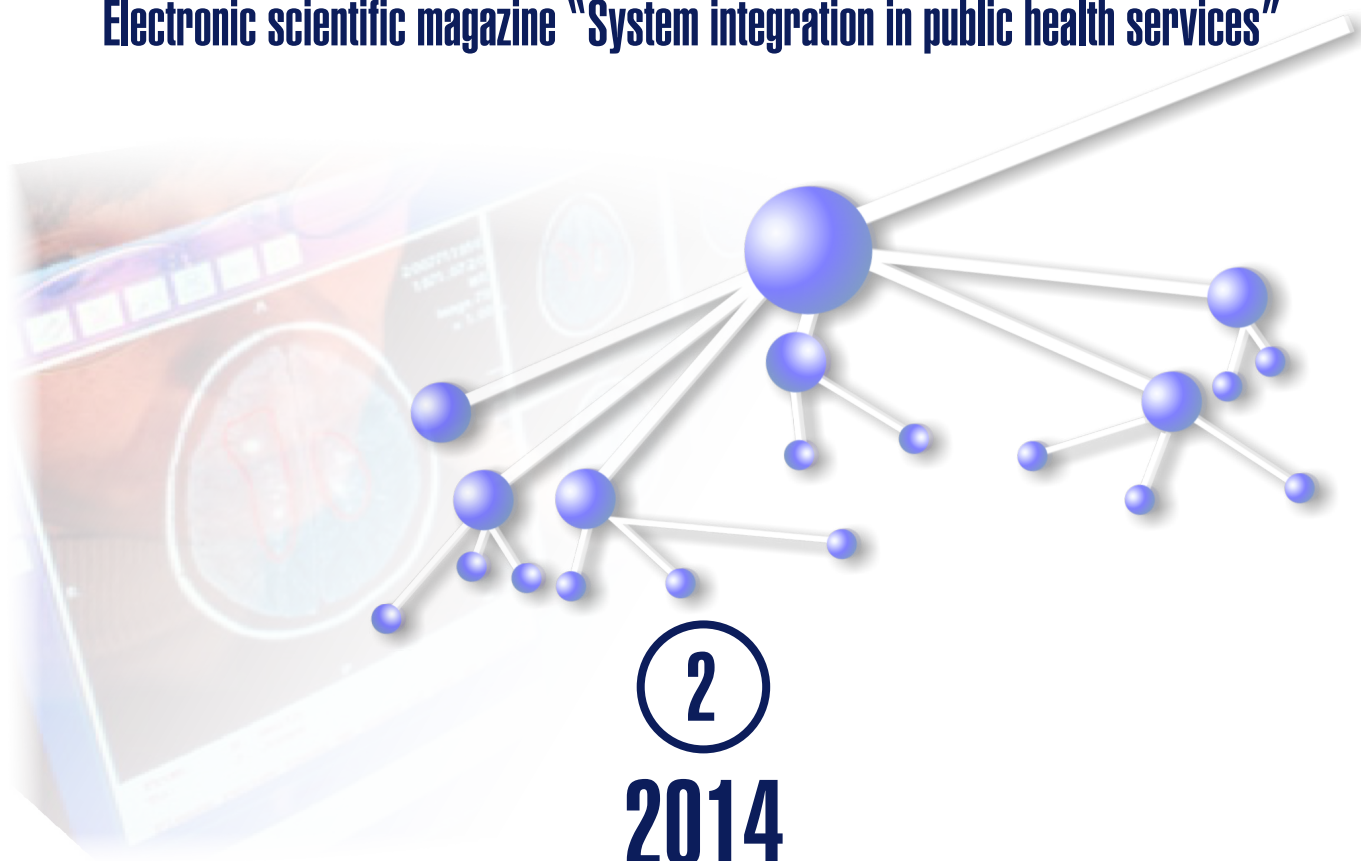
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
Свердловской области  
детская клиническая больница  
восстановительного лечения  
“Научно-практический центр  
“Бонум”

[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2877770, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГБУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2014



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 2 (24) 2014**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С.И.БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО  
Ответственный редактор Т.К.ЛУГОВКИНА  
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А.А.БАРАНОВ (Москва)  
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
Б.А.КОБРИНСКИЙ (Москва)  
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)  
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)  
В.Л.СТОЛЯР (Москва)  
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)  
А.В.СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

### Уважаемые коллеги! Уважаемые читатели и авторы нашего журнала!

Мы с вами осуществили 25 выпусков (2008 – 2014 гг.) научно-практического издания. Вместе с редакцией пройден путь совместного познания и обсуждения актуальных вопросов современного здравоохранения, представлены интересные исследования и инновационные решения проблем здоровья и системы комплексного подхода в решении задач медицинской практики.

Мы познали путь лидерства и интеграции опыта многих специалистов как единого коллектива, предлагая командный подход в многопрофильной исследовательской работе. «Системная интеграция» стала понятием всеобъемлющим, объединяя не только наши дела, но и наши интересы и мировоззрение.

Журналу «Системная интеграция в здравоохранении» быть и жить, работая над совершенствованием помощи пациентам, принося удовлетворение душе и обеспечивая содружество наших мыслей с читателями и авторами публикаций.

Редакция и наши читатели отмечают особую активность и преданность делу развития электронного научного издания глубокоуважаемого постоянного автора – профессора, доктора технических наук, заведующего кафедрой Уральского Федерального университета Сергея Людвиговича Гольдштейна. Желаем ему отменного здоровья, напористости в мыслях и делах!

С наступающим Новым 2015 годом и новым, 26-м, номером журнала!

*Главный редактор  
доктор медицинских наук, профессор,  
действительный член АИН РФ,  
Заслуженный врач РФ  
С.И.Блохина*



## **ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Блохина С.И., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М.  
МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАК СИСТЕМА В ПРОЦЕССЕ РЕИНЖИНИРИНГА С ПОЗИЦИИ  
ЭПИДЕМИОЛОГА.....4

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М.  
МОДЕЛИ И РАЗВИТИЕ ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ХРОНОМЕТРАЖА РАБОЧЕГО  
ВРЕМЕНИ НА ПРИМЕРЕ ВРАЧА-ЭПИДЕМИОЛОГА .....17

## **ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ**

Иванова Н.В., Иванов А.Ю.  
НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ КИСЛОМОЛОЧНЫМИ ПРОДУКТАМИ И СУХИМИ  
АДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ.....30

## **ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

Найданова Т.А., Кострова О. О.  
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ  
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРОФИЛАКТИКИ.....39

Петрова Л.Е., Кузьмин К.В., Ивачев П.В.  
ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....44

Чемезов С.А., Царькова С.А., Петрова Л.Е.  
ПЕРСПЕКТИВЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕДИАТРОВ  
НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИЙ E-LEARNING ПО ПИЛОТНОМУ ПРОЕКТУ НМО.....53

## **ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ**

Захарченко Н.М.  
УПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВЫМИ РИСКАМИ И ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.....59

## МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАК СИСТЕМА В ПРОЦЕССЕ РЕИНЖИНИРИНГА С ПОЗИЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГА

**Блохина С.И.<sup>1</sup>, Гольдштейн С.Л.<sup>2</sup>, Грицюк Е.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург

<sup>2</sup> ФАГОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

Представлена рабочая модель системы медицинского учреждения в виде кортежного формализма и детализация ее четырех составляющих: среды, структуры, системного эффекта, субъекта. Постановка задачи на ее адаптацию к специфике обеспечения эпидемиологической поддержки в условиях реинжиниринга.

**Ключевые слова:** рабочая модель системы медицинского учреждения, эпидемиологическая поддержка, реинжиниринг.

### **Medical institution as the system in the process of reengineering from the epidemiologist's position**

<sup>1</sup> *Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg*

<sup>2</sup> *Ural Federal University, Ekaterinburg*

**Blokhina S.I.<sup>1</sup>, Goldshtein S.L.<sup>2</sup>, Gritsyuk E.M.<sup>1</sup>**

The working model of system of medical institution is presented in the form of the cortege models and detailed description of its four components: environment, structures, system effect, subject. The task about its adaptation to the specifics of ensuring epidemiological support in reengineering conditions is set.

**Key words:** the working model of system of medical institution, epidemiological support, reengineering.

### **Введение**

Реинжиниринг медицинского учреждения – перманентная процедура, необходимая для обеспечения его конкурентоспособности. Теория и практика реинжиниринга [1] предполагают рассмотрение любого учреждения, прежде всего, как системы. Однако, существующие представления о системе не ориентированы на проблематику реинжиниринга и эпидемиологической поддержки деятельности больницы при неизбежном для такого сложного процесса росте рисков.

В данной статье поставлена и решена задача анализа проблематики обеспечения эпидемиологической поддержки деятельности системы медицинского учреждения за счет развития и адаптации его рабочей модели с учетом перманентного реинжиниринга.

### **О рабочей модели медицинского учреждения как системы**

Для уточнения представлений о рабочей модели медицинского учреждения как системы рассмотрим более подробно ответ на вопрос: что вкладывается в общепринятое определение системы?

Систему, в первом приближении, принято определять как реальность, представленную структурными элементами, их связями и избыточным (системным) эффектом, которого нет у элементов по отдельности. В целом же, за более чем 50-ти-летнюю историю развития термина «Система» накопилось множество определений [2] в различных сферах деятельности, в том числе и в эпидемиологии [3], в разной степени учитывающих элементы, их связи и свойства, а также среду, наблюдателя, его цели и т.д. Понятие же рабочей модели системы, как правило, включает лишь те элементы, которые требуются для работы с конкретной системой в конкретной разрешаемой ситуации. Определения системы представлены в разных формализмах (кортежных, теоретико-множественных, графических и т.п.), что затрудняет их восприятие специалистами незнакомыми с правилами системотехники. Кроме того, при формировании этих понятий не была заложена адаптация к специфике медицинского учреждения, функционирующего в условиях реинжиниринга, также в них не нашла отражения эпидемиологическая поддержка.

Модель системы медицинского учреждения в социально-экологической концепции [3] предполагается, по всей видимости, как часть «соцэкосистемы» (где осуществляются эпидемические процессы), но не определено ее положение, не описаны ее структура и свойства для организации профилактических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых осложняется в условиях реинжиниринга. Адаптация рабочей модели медицинского учреждения необходима для создания базы однозначно понимаемых терминов и представлений о системе в целом и ее подсистемах (службах медико-реабилитационной, в том числе эпидемиологической поддержки, организационно-управленческой, хозяйственно-технической), как участниках основной деятельности, осложненной реинжинирингом. При подготовке и принятии решений [4] по управлению учреждением или подразделением необходимо учитывать возможность роста рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и приложить все

усилия для их минимизации, в чем и заключается главная задача эпидемиологической поддержки.

По результатам литературно-аналитического обзора выявлено 4 наиболее часто рассматриваемых элемента системы, поэтому в основу гипотезы о составе рабочей модели медицинского учреждения было положено представление о необходимости и достаточности следующего кортежа:

$$S = \langle En, St, SE, Sb; R \rangle, \quad (1)$$

где  $S$  – система медицинского учреждения,  $En$  – среда,  $St$  – структура (службы),  $SE$  – системный эффект,  $Sb$  – субъект (организатор),  $R$  – матрица связи (таблица, отражающая наличие связей между составляющими модели).

В модели (1) предлагается считать, что система медицинского учреждения ( $S$ ) состоит из: внутренней среды ( $En$ ) организации; структуры ( $St$ ), отражающей ее устройство; системного эффекта ( $SE$ ), заключающегося в особом воздействии на здоровье пациента; субъекта или организатора ( $Sb$ ) какой-либо медицинской технологии; связь между всеми элементами модели осуществляется посредством матрицы связи ( $R$ ).

О необходимости четырех составляющих в модели (1) можно судить исходя из практики организации эпидемиологической поддержки, когда сложно систематизировать и реализовать адекватно специфике медицинского учреждения профилактические и противоэпидемические мероприятия без четкого определения среды (где проводится мероприятие), объекта действий (его границ, особенностей устройства и функционирования), системного эффекта учреждения или его подразделений (интегрированное воздействие медицинских технологий и социально-психолого-педагогической поддержки) и характеристик субъекта – эпидемиолога. С этих позиций очевидна недостаточная системность существующих нормативных документов. В них описываются только стандартные технологии профилактических и противоэпидемических мероприятий, не подразумевается их адаптация к специфике медицинского учреждения и учитываются только самые общие направления: роддом, хирургия, стоматология, эндоскопия и т.д. Однако, когда встает вопрос о том: что конкретно и каким образом надо делать в мельчайших подробностях (без чего не обходится практическая реализация), эпидемиолог вынужден полагаться только на свой личный опыт работы, так как в нормативах не приводится такой степени детализации мероприятий эпидемиологической поддержки, а алгоритмы, предлагаемые в методических разработках, вербальны и составлены лишь в общих чертах. Эти недостатки усиливаются в условиях перманентного реинжиниринга медицинского учреждения (проводимого при внедрении государственных

реформ в сфере здравоохранения, либо осуществляемого внутри больницы в целях ее развития, повышения конкурентоспособности и успешности) и часто встречаемого дефицита различных ресурсов.

Достаточность именно 4-х элементов модели (1) можно подтвердить ее универсальностью (каждая служба медицинского учреждения, вплоть до отдельных специалистов, может найти свое место в системе), более подробное представление об этом будет получено при адаптации данной модели к реальным условиям.

Далее проведем рассуждения о составляющих модели (1).

Деятельность каждого специалиста происходит в конкретной служебной среде, поэтому важно более подробно раскрыть это понятие. Представление о среде как о первом элементе модели (1) очень значимо, так как в ней реализуются жизненные циклы структур и субъектов медицинского учреждения, а также более полно раскрывается комплекс причин и следствий системного эффекта. При этом представление о среде ( $E_n$ ) может быть традиционным [5], т.е. образованным путем взаимодействия пространства ( $A_r$ ) и времени ( $T_m$ ):

$$E_n = \langle A_r, T_m; R_1 \rangle. \quad (2)$$

С позиции врача-эпидемиолога его рабочее пространство, физическое и виртуальное, обозначено, как правило, много шире, чем у других специалистов медицинского учреждения, выходят за рамки одной специальности и не ограничивается пределами одной организации. Для грамотной эпидемиологической поддержки необходимо адекватно оценить границы соответствующего рабочего пространства, которые зависят от масштаба поставленных задач. Кроме того надо изучить особенности этого пространства, обусловленные, в первую очередь, спецификой медицинского учреждения или его подразделений, как элемента среды, в которой будут осуществляться профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Что касается времени, то практическую полезность его изучения можно воспринимать двояко. С одной стороны – это хронометраж [6], как инструмент для отслеживания деятельности эпидемиолога (либо другого специалиста) с целью ее детализации, что может помочь в обучении и распространении определенного опыта работы, составлении технического задания на автоматизированное рабочее место [7], а также для оценки ее эффективности. С другой стороны, время можно рассматривать наравне с другими ресурсами и использовать для повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий путем повышения скорости реагирования и купирования рисков возникновения и распространения внутрибольничной инфекции, а



освобождающийся при этом временной ресурс можно употребить для более тщательного мониторинга, анализа ситуации с целью подготовки и принятия адекватных управленческих решений.

Структуру системы (St) медицинского учреждения предлагается задавать традиционно, через сочетание элементов (El) и связей (Cn), но с добавлением их зависимости от среды (пространства (Ar) и времени (Tm)) [5]:

$$St = \langle El(Ar, Tm), Cn(Ar, Tm); R2 \rangle. \quad (3)$$

Относительно понятия структуры необходимо пояснить, что для эпидемиолога очень важно отследить влияние изменений характеристик пространства (величины используемых площадей, параметров микроклимата, микробиологической обсемененности воздуха и многих других) на элементы медицинского учреждения (от крупных, таких как службы: медико-реабилитационная, организационно-управленческая, хозяйственно-техническая и др., до более мелких: технологии, методики, инструменты, расходные материалы и т.д.) и их связи (каналы и способы взаимодействия между подразделениями). Эти изменения могут возникать случайно или целенаправленно и вызывать ухудшение эпидемиологического благополучия, а упущенное время для реагирования и купирования может в геометрической прогрессии усугубить ситуацию. Ответные профилактические или противоэпидемиологические мероприятия должны проводиться, по возможности, с сохранением структуры больницы и взаимосвязей ее элементов.

Системный (избыточный) эффект (SE) будем описывать через свойства самой системы в статике (Prs) и при ее функционировании (Prf) в зависимости от энергии деятельности (Eg1):

$$SE = \langle Prs(Eg1), Prf(Eg1); R3 \rangle. \quad (4)$$

При отсутствии или остановке основной медицинской деятельности (например, перед запуском нового корпуса, ремонтных работах и др.) всего учреждения или его подразделения, предполагается самый низкий уровень риска возникновения и распространения внутрибольничной инфекций – это особенность эффекта статики. Нарастание риска наблюдается при повышении интенсивности лечебно-диагностического процесса и объясняется как особенность эффекта функционирования, что необходимо учитывать при обеспечении эпидемиологической поддержки.

Субъект (Sb) интересен целеполаганием (Tr), своими ролями (Rl), активностью (Ac) и компетенциями (Cm):

$$Sb = \langle Tr, Rl, Ac, Cm; R4 \rangle, \quad (5)$$

Субъектом может быть специалист, в интересах работы которого проводится исследование (мониторинг, анализ и т.д.) и готовятся управленческие решения. Имеется описание деятельности эпидемиолога с учетом его целеполагания, 7-ми ролей (врачебной, педагогической, научной, экономической, организаторской, проектировочной и интеграционной), а также активности и компетенций [8].

Таким образом, уже в самом поверхностном рассмотрении модель (1) может служить для специалиста медицинского учреждения подсказкой о позиционировании в своей памяти и отражении в соответствующей деятельности (например врача-эпидемиолога) четырех крупных смысловых блоков: об устройстве среды медицинского учреждения; о позиционировании его элементов структуры и их связей в этой среде; о значимости системного эффекта; о специфике субъекта.

Теперь рассмотрим составляющие моделей (2-5) более детально.

В рамках модели (2) пространство ( $Ar$ ) в трактовке [5] представим как суперпозицию физических ( $Arr$ ), перцептуальных ( $Arp$ ) и концептуальных ( $Arc$ ) пространств:

(6)

$$Ar = \langle Arr, Arp, Arc; R11 \rangle.$$

Физическое пространство – это часть окружающей нас физической реальности, которую можно исследовать с помощью органов чувств (видеть, слышать, осязать и др.). Перцептуальное пространство порождается ощущениями субъекта через его сенсоры с учетом индивидуального и социального аспектов, как отражение реального (физического) мира на уровне обыденных представлений с некоторой погрешностью, то есть то, что мы увидели, услышали, осязали и др., другими словами, наше (у каждого немного свое) представление о физической реальности. Концептуальное пространство – это модель, отражающая псевдовиртуальность и/или виртуальность [9], на уровне специальных абстракций, например, самых строгих из них - физико-математических. Полагаем, что специалистам медицинского учреждения, в том числе врачу-эпидемиологу, будет полезна иерархия этих понятий (рис.1).

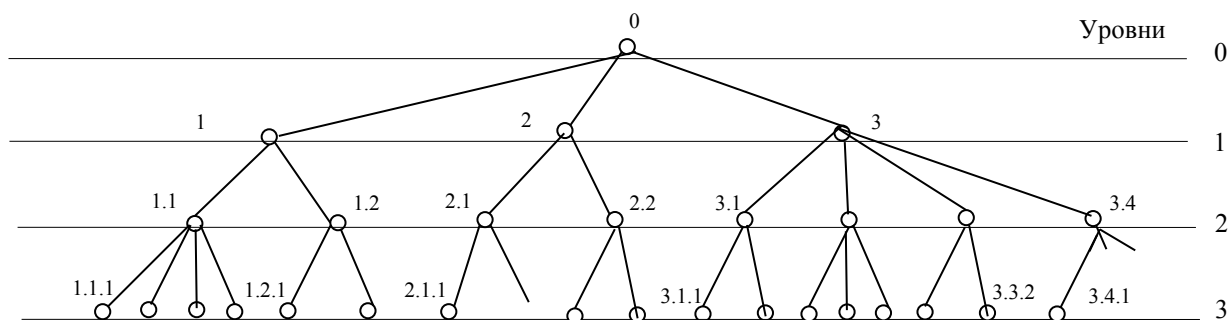


Рис. 1 Фрагмент иерархии понятий термина «Пространство-время» - вершин

(1 – реальное, как некая арена; 2 – перцептуальное, как восприятие арены; 3 – концептуальное, как договоренности об арене; 1.1 – жизненного цикла субстанций; 1.2 – деятельности, 2.1 – по масштабу; 2.2 – по соответствию реальному  $Ag-Tm$ ; 3.1 – по семантике; 3.2 – по математическому формализму; 3.3 – по типу концепции, 3.4 – по графическому представлению, 1.1.1 – материи, 1.1.2 – энергии, 1.1.3 – информации, 1.1.4 – живых существ (ноосферы), 1.2.1 – служебной, 1.2.2 – внеслужебной, 2.1.1 – индивидуальное; 2.1.2 – социальное-групповое; 2.2.1 – со смещением по сравнению с реальным пространством; 2.2.2 – с сжатием или растянутое по сравнению с реальным временем; 3.1.1 – служебные правила; 3.1.2 – внеслужебные нормы; 3.2.1 – тип; 3.2.2 – мерность; 3.2.3 – линейность; 3.3.1 – реляционная [10]; 3.3.2 – субстанциональная [11]; 3.4.1 – в виде системы координат).

В работе эпидемиолога часто возникает потребность взаимодействия одновременно с представителями нескольких подразделений (медицинским персоналом, экономистами, бухгалтерами, инженерами, хозяйственниками, юристами и др.). Однако, часть сотрудников не только незнакома со спецификой обеспечения инфекционной безопасности, но и в принципе не знает либо особенностей медицинских технологий (служба хозяйственно-технической поддержки), либо, наоборот, медико-реабилитационная служба имеет слабое представление о хозяйственно-технических. Поэтому для интегративного взаимодействия всех элементов медицинского учреждения с целью повышения оперативности подготовки, принятия, реализации и контроля управленческих решений необходима общность, однозначность понимания используемых терминов.

Помимо специфики деятельности путаницу вносит то, что есть явления физического мира, например, непосредственно заболевания (в том числе, внутрибольничной инфекцией) и есть информация, описывающая их симптомы и соответствующие меры профилактики (в том числе в нормативных документах). При этом реальное явление и понятие его описывающее могут не совпадать [9], и приходится додумывать, каким образом действовать. Например, в первые часы врачу-педиатру при наличии симптомов нарушения пищеварения и отсутствии повышения температуры у пациента сложно сделать дифференциацию диагноза в пользу инфекционной или неинфекционной его этиологии. Таким образом, специалист не уверен в том с каким явлением он столкнулся, а мероприятия надо назначать сразу же. Кишечная инфекция может протекать без

повышения температуры, и результаты лабораторного обследования будут готовы только через несколько дней. Поэтому в целях страхования риска возникновения и распространения инфекционного заболевания проводят профилактические и противоэпидемические мероприятия при любом подозрительном случае, если точно не установлена его этиология. Еще один пример: в нормативах указано ограничение числа коек в палате – не более 4-х, но не ясно: что подразумевается под этим понятием кровать, как мебель, или койко-место для пациента. Это становится актуальным в детских стационарах, когда спальным местом необходимо обеспечить и сопровождающего пациента (одного из родителей или др. родственника при его круглосуточном пребывании), осуществляющего за ним уход. Если рассматривать практическое решение этого вопроса, то получается два спорных варианта: либо маме и ребенку предоставляется одна кровать (госпитализация в детское отделение осуществляется до пятнадцатилетнего возраста), что доставляет определенное неудобство, либо необходимо уменьшить число койко-мест в пользу кроватей для сопровождающих пациентов, что снизит доступность медицинской помощи.

### **Практическая полезность моделей**

Модели (2) и (6) должны ориентировать специалистов медицинского учреждения, прежде всего, на оценку адекватности перцептуальных представлений о реальности. Так, например, в соответствии с рис.1 полезно соотносить явления реального пространства-времени, его сенсорного восприятия, т.е. субъективного восприятия, для адекватного изложения понятий в рамках концептуальных договоренностей (при обсуждении с коллегами, участии в выработке и принятии административных решений, понимания нормативных документов, составления инструкций, и др.). Дальнейшая детализация этих моделей направлена на однозначное понимание персоналом, в первую очередь его высшим звеном, представлений, терминов и соответствующих действий по концептуальному пространству и времени медицинского учреждения (вершина 3 на рис. 1). Так, например, недостаточно прописаны служебные правила (вершина 3.1.1), в том числе госпитального эпидемиолога. Математический и графический формализмы (вершины 3.3 и 3.4 соответственно) не рассматриваются вообще, хотя могут быть существенным резервом повышения качества организации деятельности за счет однозначной привязки многочисленных показателей к конкретным геометрическим образам (прямоугольные, сферические, тороидальные и т.п. системы координат), наглядно отражающим служебную деятельность специалиста.

Модель (3) призвана помочь врачу в части структуризации объектов и предметов своей служебной деятельности в виде надсистем, систем, подсистем, блоков, модулей и т.д. для выявления наиболее актуального из них и его причинно-следственных связей с другими элементами. В частности, без дальнейшей детализации этой модели вряд ли можно обоснованно говорить о доказательной медицине, о влиянии эпидблагополучия на результативность деятельности медицинского учреждения.

Относительно модели (4) заметим, что среди свойств системы в статике (Prs) особого внимания заслуживает двуполярность структурных элементов, выражающаяся в их упорядоченности/неупорядоченности и зрелости/незрелости. А среди свойств функционирования (Prf) выделим качества процесса (например, своевременность, технологичность, затратность) и результата-продукта и услуги (например, эффективность). Развитие этой модели полезно тем, что предоставит руководителям медицинского учреждения о пакет критериальных моделей качества служебной деятельности как подразделения, так и отдельного специалиста, например врача-эпидемиолога. Кроме того, она дает подсказки об использовании количественных мер для оценки всех показателей и характеристик.

Модель (5) направлена на привитие сотрудникам медицинского учреждения системного мышления, навыков управленческой деятельности, потребности в перманентном повышении квалификации, в т.ч. в области системной интеграции. Для реализации интеграционной роли эпидемиолога [8] необходимо далее детализировать эту модель.

В итоге, мы уточнили понятие «Рабочая модель системы», доведя ее до пакета кортежных моделей (1-6), что призвано обеспечить учет основных аспектов сложности медицинского учреждения как системы в процессе организации эпидемиологической поддержки в условиях реинжиниринга.

### **Рабочая модель системы и реинжиниринг**

Для связи рабочей модели системы с реинжинирингом рассмотрим эволюцию объекта во времени при известном управлении (рис.2). В этом случае под свойством (как проявлением системного эффекта – SE) системы будем понимать ее соответствие требуемому качеству - зрелости: недостаточная (–) и полная (+). Видно, что форма объекта эволюционирует при этом через виртуальную фигуру типа «гиперболоид». На рис.2 представлена простейшая система координат «пространство – время – свойство» (взяты из модели (3)) и рассматриваемый в процессе реинжиниринга объект – медицинское учреждение или его подразделение в виде двуполярного гиперболоида в состоянии: «зрелый» + / «незрелый» –.

Надо отметить, что медицинское учреждение или подразделение не может существовать одновременно и в состоянии «как есть» (синим цветом на рис.2), и – «как надо» (красным цветом).



Рис.2 Геометрический образ реинжиниринга медицинского учреждения (модель в виде однополостного двуполярного многослойного (энергия, информация, материя, люди) гиперboloида с самоподобной внутренней иерархией: надсистема, система, подсистема).

В этом образе отражено единство старой системы (низ гиперboloида, обозначено синим цветом, состояние «как есть») и, создаваемой путем реинжиниринга, новой системой (верх гиперboloида, обозначено красным цветом, состояние «как надо»). Соединение осуществлено через горловину с клапаном, выполняющую функцию контура «взрыва», связанного с проблемной ситуацией неудовлетворенности качеством функционирования старой системы.

Переход из «как есть» в «как надо» осуществляется постепенно в процессе реинжиниринга под управленческим воздействием организатора (субъекта Sb) и является серьезным препятствием для обеспечения эпидемиологической поддержки. В случае «как есть» неизбежно накопление недостатков вплоть до их критических значений, при дальнейшем росте которых наступает положение «точки невозврата» – далее необратимое разрушение объекта. При этом риск возникновения и распространения внутрибольничной инфекции – крайне высокий, затраты на обеспечение эпидемиологической поддержки функционирования такого объекта – очень велики. Оценить «предкритическое» состояние достаточно сложно.

Для эпидемиолога необходимо иметь в качестве инструмента шкалу разнообразных критериев и их граничных значений, формирующих интегральный показатель для оценки тяжести сложившейся на объекте ситуации по факторам риска. Так, например, в каком случае недостатки отделки процедурного кабинета ощутимо повлияют на качество текущей и генеральной уборки, а, следовательно, и на микробный пейзаж и создадут высокий риск возникновения инфекции: в случае дефекта одной плитки, или нескольких общей площадью около 1 кв м, или при обрушении всей стены? Процесс реинжиниринга оказывает неблагоприятное в плане обеспечения инфекционной безопасности воздействие. Однако его конечный планируемый результат – состояние «как надо» характеризуется низким риском и невысокой затратностью для проведения профилактических мероприятий на усовершенствованном, обновленном объекте. Достигается такое состояние при значительном превосходстве благоприятных факторов над факторами риска и формирует зону рабочего комфорта для всего объекта – медицинского учреждения или его подразделения. Факторы риска, хоть и в общих чертах, без граничных количественных значений, обозначены в литературе и нормативах. А благоприятные факторы, их способы оценки и противодействие факторам риска нигде четко не прописаны. Например, для генеральной уборки однократно было использовано некачественное дезинфицирующее средство (с низкой концентрацией действующего вещества), что выяснилось при его химическом исследовании, но значительного ухудшения микробного пейзажа не последовало потому, что в кабинете недавно сделан ремонт, стоит солнечная сухая погода, тщательно соблюдается режим кварцевания и хлорное таблетированное средство для текущей уборки качественное и очень эффективное. Достаточно ли воздействия благоприятных факторов, чтобы подавить факторы риска, можно оценить только на практике. А сформировать прогноз по анализу данных мониторинга эпидемиологической ситуации и своевременно выработать адекватные решения поможет рабочая модель медицинского учреждения как системы.

### **Результаты**

1. Поставлена задача на развитие и адаптацию модели системы к проблематике оказания эпидемиологической поддержки в условиях реинжиниринга медицинского учреждения.
2. Предложена в виде кортежного формализма рабочая модель системы медицинского учреждения и детализация ее четырех составляющих: среды, структуры, системного эффекта, субъекта.

3. Приведены примеры полезного применения и поставлена задача на развитие элементов рабочей модели системы медицинского учреждения.
4. Рассмотрена иерархия понятий пространства-времени, ее применение в рамках медицинского учреждения.
5. Определена и графически (в координатах «пространство-время-свойства») отображена роль реинжиниринга в эволюции системы медицинского учреждения.
6. На практических примерах показаны влияние всех составляющих рабочей модели медицинского учреждения на обеспечение эпидемиологической поддержки и важность изучения, систематизации и практического применения в деятельности врача-эпидемиолога выявленных закономерностей.

### **Выводы**

1. Рабочая модель медицинского учреждения как системы должна существенно расширить арсенал интеллектуальных средств эпидемиолога;
2. Затронутая тема требует дальнейшего развития в плане:
  - более глубокой детализации составляющих рабочей модели медицинского учреждения как системы,
  - упорядочивание понятий, используемых при организации эпидемиологической поддержки, в соответствии с иерархией пространства-времени,
  - изучения особенностей и предложения способов улучшения обеспечения эпидемиологической поддержки в условиях реинжиниринга медицинского учреждения на основе системного научного подхода.

### Список литературы

1. Калянов Г.Н. Теория и практика реорганизации бизнес-процессов, - М: СИНТЕТ, 2000, - 212 с.
2. Волкова В.Н. Теория систем, В.Н. Волкова, А.А. Денисов, - М: Высшая школа, 2006, - 511 с.
3. Черкасский Б.Л. Риск в эпидемиологии. – М.: Практическая медицина, 2007. – 480 с.
4. Блохина С.И. О системно-противоэпидемических средствах поддержки управления медицинским учреждением в условиях его расширения / С.И. Блохина, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк // Электронный научный журнал "Системная интеграция в здравоохранении". 2012. № 3. С.4-23. URL: [http://www.sys-int.ru/files/2012.3/sys\\_int\\_3\\_17\\_2012.pdf](http://www.sys-int.ru/files/2012.3/sys_int_3_17_2012.pdf)
5. Каменарович М.Б. Проблемы пространства и времени. Монография. – М: МГТУ им. Баумана, 2004. 432 с.



6. Гольдштейн С.Л. Модели и развитие программного обеспечения для хронометража рабочего времени на примере врача-эпидемиолога / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Якушева А.С. // Электронный научный журнал "Системная интеграция в здравоохранении". 2014. № 1. С.6-14. URL: <http://sys-int.ru/sites/default/files/sys-int-23.pdf>
7. Автоматизированный генератор технического задания для врача-проектировщика : пат. 2465646 Рос. Федерация. № 2011107371/08, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Д.А. Леонов ; заявл. 25.02.11 ; опубл. 27.10.12, Бюл. № 30. 8 с. URL: [http://www1.fips.ru/fips\\_serv1/fips\\_servlet](http://www1.fips.ru/fips_serv1/fips_servlet)
8. Грицюк Е.М. Развитие механизма компьютеризированной деятельности эпидемиолога в условиях реинжиниринга медицинского научно – практического центра: дис. ... канд. мед. наук, – Екатеринбург, 2013. – 34 с.
9. Гольдштейн С.Л. О принадлежности запросно-ответных потоков физической и/или виртуальной реальностям / С.Л. Гольдштейн, Н.А. Свинина // Сб. «Новые образовательные технологии в вузе». 2010. т.1. – Екатеринбург: ГОУ ВПО «УГТУ-УПИ», С. 227-232.
10. Светлова Р. Что такое время? Голографическая модель Вселенной. URL: [http://merkab.narod.ru/hologram\\_universe1/hologram\\_universe1.html](http://merkab.narod.ru/hologram_universe1/hologram_universe1.html)
11. А.П. Левич. Время-субстанция или реляция? // Философские исследования, №1, 1998, с. 6-23.

---

Грицюк Елена Михайловна, - к.м.н., врач-эпидемиолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 [bonum@bonum.info](mailto:bonum@bonum.info)

## К МОДЕЛИ ХРОНОМЕТРАЖА КАК ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ РАБОТЫ ЭПИДЕМИОЛОГА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕИНЖИНИРИНГА

Грицюк Е.М.<sup>1</sup>, Гольдштейн С.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», г. Екатеринбург

<sup>2</sup> ФАГОУ ВПО УрФУ, г. Екатеринбург

В статье поставлена задача развития и адаптации модели хронометража для улучшения организации деятельности врача-эпидемиолога медицинского учреждения в условиях реинжиниринга.

**Ключевые слова:** хронометраж, модели хронометража, повышение эффективности деятельности врача эпидемиолога, реинжиниринг в медицинском учреждении..

## To model of time-management as the tool for work of the epidemiologist of medical institution in the conditions of reengineering

<sup>1</sup> Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

<sup>2</sup> Ural Federal University, Ekaterinburg

Gritsyuk E.M.<sup>1</sup>, Goldshtein S.L.<sup>2</sup>

In article the task of development and adaptation of the time-management for improvement of activity the epidemiologist of medical institution in the conditions of reengineering is set.

**Keywords:** time-management, time-management models, increase of efficiency of activity of the epidemiologist, reengineering in a medical institution.

### Введение

Известно одно из общих определений хронометража (нем. Zeitermittlung, фр. chronometrie, англ. time study) – установление длительности рабочих процессов и составляющих их элементов с первоначальным и главным назначением – для обоснования норм выработки [1].

В гигиене труда хронометраж используют для оценки деятельности работника, влияния тяжести и напряженности выполняемых манипуляций на состояние здоровья трудящегося, риска возникновения профессиональных заболеваний [2]. Результаты нужны для составления нормативов и разработки комплекса мер профилактики: от применения средств индивидуальной защиты до лечебно-диагностических мероприятий.

В эпидемиологии хронометраж необходим для санитарно-эпидемиологических обследований и расследований [3]. При этом отмечают его недостатки: методическую

неполноту технологии; ее слабую привязку ко времени (касается лишь небольшой части мероприятий) и макро-временной диапазон (часы, дни) проводимых наблюдений (мезо- и микродиапазоны на практике не используют в связи с отсутствием соответствующих программных средств [4-8], которые могли бы облегчить детальную фиксацию и анализ хронометрируемых действий). При этом обратим особое внимание на то, как редко в качестве его объекта рассматривают деятельность самого врача-эпидемиолога [9]. Так, при проведении нами литературно-аналитического обзора не найдены примеры использования результатов хронометража для обучения, планирования, организации и контроля работы врача-эпидемиолога медицинского учреждения в условиях перманентного реинжиниринга. Предполагаем, что развитие и адаптация этой методики помогут расширить информационно-интеллектуальный инструментарий эпидемиолога, существенно повысить эффективность его деятельности путем выявления скрытых временных ресурсов и обеспечить непрерывный процесс повышения уровня компетенции этого специалиста.

### **Концептуальные модели хронометража**

Для развития методики хронометража и адаптации ее к деятельности эпидемиолога медицинского учреждения в условиях реинжиниринга необходимо, прежде всего, четко определить само понятие. Нами обнаружено более двух десятков определений термина «хронометраж» [10], все они отражают его как процесс, но не дают ответа на ряд вопросов. Например, не сформулировано четкое определение объектов хронометража, порядка действий, дальнейшего использования результатов. Смысловое содержание термина также зависит от литературного источника или сферы деятельности, где применяется этот метод. Общее в разных определениях хронометража: во-первых это процесс изучения какой-либо деятельности для тщательной фиксации затрат времени на выполнение трудовых операций путём замеров их продолжительности и, во-вторых, условий выполнения для нормирования и рационализации работы специалиста. Примеры различий в трактовке термина: в технических словарях объект изучения – ручные или машинные трудовые операции, т.е. варианты умственного труда здесь уже не рассматриваются, в медицинском словаре оценивается состояние работоспособности трудящегося, в экономическом – определяется понятие трудоемкости, т.е. эффективности труда. Для построения концептуальных моделей [11] понятие «хронометраж» предлагаем соотнести с деятельностью эпидемиолога медицинского учреждения по цепочке: лозунги, проблематика, проблемы, интересы, стимулы, цели и задачи (табл.1).

Содержание элементов цепочки целеполагания врача-эпидемиолога медицинского учреждения

№	Ключевые слова	Содержание
1	2	3
1	Лозунги	Необходимы однозначность трактовки санитарно-эпидемиологических требований и четкое детальное описание деятельности эпидемиолога медицинского учреждения
2	Проблематика	Оказание медицинской помощи с минимизацией риска возникновения внутрибольничных инфекций, обеспечиваемое всеми службами лечебно-профилактической организации, при опоре на специалистов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– лечебно-диагностического направления, в том числе медицинских сестер,</li> <li>– эпидемиологов,</li> <li>– управленцев-администраторов,</li> <li>– экономистов,</li> <li>– инженеров,</li> <li>– работников материально-технического обеспечения</li> </ul>
3	Проблема	Точная постановка задач, разработка алгоритмов действий в различных ситуациях, в том числе сложных, с целью профилактики возникновения инфекционных заболеваний, либо недопущения их распространения: стабилизация, а затем – ликвидация инфекционного очага
4	Интересы	Получить инструмент для повышения эффективности деятельности эпидемиолога
5	Стимулы	Профессиональный рост врача-эпидемиолога медицинского учреждения
6	Цели	Глобальная: устойчивое развитие деятельности эпидемиолога в благоприятных условиях и выживание в неблагоприятных условиях с передачей знаний в будущее. Локальные: <ul style="list-style-type: none"> <li>– получение новых знаний (разработка моделей),</li> </ul> практическая реализация этих знаний
7	Задачи	<ul style="list-style-type: none"> <li>– собрать имеющиеся понятия о деятельности эпидемиолога и формализовать их, дополнить полученные модели,</li> <li>– составить эмпирическую базу данных о применении хронометража для изучения деятельности эпидемиолога,</li> <li>– разработать четкое детальное описание деятельности эпидемиолога на основе теоретических и практических знаний,</li> <li>– спроектировать, испытать и внедрить программный продукт поддержки деятельности эпидемиолога,</li> <li>– оценить эффективность проекта,</li> </ul> предложить полученный программный продукт к массовому распространению

### Общая концептуальная модель хронометража.

Хронометраж – это процесс:

с функцией фиксации времени, затрачиваемого хронометрируемым на выполнение трудовых физических, информационных и/или интеллектуальных действий

путем замеров их продолжительности, анализа условий выполнения действий и документирования данных и результатов

на основе структуры, состоящей из исследователя – хронометражиста (time-manager) и устройств: регистрации времени, фиксации процесса, обработки результатов,

направленный на текущий (on-line) контроль процесса, последовательно и циклически переходящий в планирование будущих процессов, их нормирование с наилучшим

использованием ресурсов

с целью устойчивого развития деятельности хронометрируемого в благоприятных условиях и выживания в неблагоприятных условиях с передачей знаний в будущее

со свойством целесообразности.

Базово-уровневая концептуальная модель хронометража.

Хронометраж – это современный процесс:

с функцией фиксации, в том числе дистанционной, времени, затрачиваемого хронометрируемым на выполнение трудовых физических, информационных и/или интеллектуальных действий в современных производственно-технических и социально-экономических сферах

путем объективных замеров их продолжительности, анализа условий выполнения действий и электронного документирования, детализации и ранжирования данных и знаний

на основе структуры, состоящей из исследователя – хронометражиста, автоматизированного устройства регистрации времени, облачных платформ, телекоммуникаторов и средств мониторинга процесса в физическом и служебных информационных пространствах с формированием соответствующих хранилищ данных и знаний, связанных информационными каналами,

направленный на текущий (on-line) контроль процесса, последовательно и циклически переходящий в планирование будущих процессов, их нормирование с наилучшим использованием ресурсов, в том числе пространственно-временных,

с целью устойчивого развития деятельности (улучшения ее организации) хронометрируемого в благоприятных условиях и выживания в неблагоприятных условиях с передачей знаний в будущее,

со свойствами целесообразности, объективности, точности, достоверности, своевременности, технологичности, затратности.

Модификационная концептуальная модель хронометража.

Хронометраж в медицинском учреждении – лидере на примере НПЦ «Бонум» – это современный процесс

с функцией фиксации во времени предвестников события – наименьших изменений объекта деятельности, а именно санитарно-эпидемиологического благополучия, в производственно-технических и социально-экономических сферах медицинского учреждения,

путем электронного документирования фрагментов работы эпидемиолога – квантов

времени и действия

на основе автоматизированного регистратора времени и фиксатора состояния объекта в физическом и служебных информационных пространствах медицинского учреждения как системы с формированием соответствующих хранилищ данных и знаний, связанных информационными каналами с корпоративными информационными системами,

направленной на циклически и последовательно протекающие контроль (непрерывный или периодический) и планирование деятельности субъектов,

с целью повышения эффективности деятельности (улучшения ее организации) эпидемиолога медицинского учреждения при благоприятных условиях и обеспечения стабильности работы в неблагоприятных условиях (реинжиниринга) с передачей знаний в будущее

со свойствами целесообразности, объективности, точности, достоверности, своевременности, технологичности и минимальной затратности.

### Развитие методики хронометража в работе эпидемиолога

Наиболее перспективной разновидностью хронометража в плане изучения и поддержки деятельности врача-эпидемиолога представляется метод самофотографии [12] – изучение фактического содержания выполняемых функций. Для адаптации этой методики необходимо составить перечень (не указан в нормативных документах, требуется его разработка) наиболее часто выполняемых врачом-эпидемиологом действий и фиксировать во времени их проведение. Такая технология хронометража учитывает только длительность каждой манипуляции. Помимо этого, специфика обеспечения инфекционной безопасности требует отражения срочности и важности выполняемых мероприятий, поэтому предлагается дополнить этот метод ранжированием результатов по названным характеристикам. Предлагаемая карта-шаблон для врача-эпидемиолога приведена в табл.2.

Таблица 2  
Карта-шаблон самофотографии рабочего дня врача-эпидемиолога  
(по категориям затрат рабочего времени)

№	Наименование выполняемой работы	Текущее время,		Продолжительность, ч. мин	Индекс затрат (категория*)	Норматив, ч. мин	Срочность, баллы	Важность, баллы
		ч. мин	начало					

\* Индекс затрат (категория) – это буквенное обозначение определенной категории затрат рабочего времени исполнителя работ (функций):

Обс – обслуживание рабочего места (подготовка рабочего места и документов к работе, уборка в конце смены);

ПЗ – подготовительно-заключительное время (затраты времени на выдачу и получение заданий, инструктаж и т.п.);

ОП – оперативная работа (затраты времени на выполнение основных функций, процедур, операций согласно должностной инструкции);

ОТЛ – время на отдых и личные надобности (согласно нормативным материалам эти затраты составляют 5% ОП);

ПН – непроизводительные затраты времени (потери по вине работника, администрации и др. обстоятельств)

Как видно, количественные характеристики всех индексов затрат для врача-эпидемиолога не нашли отражения в нормативах, что также требует доработки в корпоративных внутренних документах. Вначале, согласно прототипной методике [12], необходимо отследить фактический баланс рабочего времени, затем выполнить его проектирование. При этом нужно обязательно учитывать, что все мероприятия инфекционной безопасности должны рассматриваться интегративно. Для этого предлагается провести квантование деятельности путем детектирования квантов времени и действия [13], что помогает зафиксировать минимальные изменения состояния объекта, по отношению к которому прилагаются усилия (например, санитарное состояние кабинета) во времени. Таким образом, разбивая деятельность на ее элементарные частицы – кванты времени и действия, мы получаем детальное описание хронометрируемых работ. Это поможет провести настройку на специфику врача-эпидемиолога, которая заключается в получении набора квантов, используемых в дальнейшем для проектирования баланса рабочего времени. Таким образом можно и нужно разработать нормы затрат времени на каждую манипуляцию, ранжированные с учетом важности и срочности мероприятий. Квантование также помогает отразить и зафиксировать особенности обеспечения эпидемиологической поддержки в условиях перманентного реинжиниринга медицинского учреждения. Для планирования, организации и контроля мероприятий инфекционной безопасности предлагаем использовать наборы квантов деятельности врача-эпидемиолога, ранжированных с учетом их важности и срочности (рис. 1)



Рис. 1 Схема взаимодействия сопряженных процессов хронометража и планирования по прототипу [14] и предлагаемому решению (обозначено штриховкой) посредством информационного обмена (стрелки).

Необходимо заметить, что постоянные изменения ситуации, в том числе и в эпидемиологическом плане, что характерно для условий реинжиниринга, требуют регулярной корректировки планируемых мероприятий согласно новой поступающей информации. Поэтому при формировании плана необходимо применять системный метод планирования [13] для внесения в план работ, адекватных изменяющейся ситуации, на следующий период (неделю, месяц, год). При организации профилактических и противоэпидемических мероприятий нужен контроль их выполнения и осуществление обратной связи с целью коррекции планов на будущее (см. рис.1). Очень актуальна как для эпидемиолога, так и для других специалистов медицинского учреждения (при переходе на эффективный контракт для формирования заработной платы), оценка их деятельности. Составление критериев оценки и сравнение их значений – очень сложная и важная задача, поставленная современными реалиями перед организаторами здравоохранения различного уровня. Имеются наработки и в этой области. Так, в качестве инструмента сравнения предложен метод компаратора [15]. Предлагается внедрять, развивать и адаптировать методы хронометража и компаратора для обучения, планирования, организации и контроля работы врача-эпидемиолога медицинского учреждения в условиях перманентного реинжиниринга, что существенно повысит эффективность его деятельности, позволит выявить скрытые временные ресурсы и обеспечить непрерывный процесс повышения уровня компетенции специалиста, что





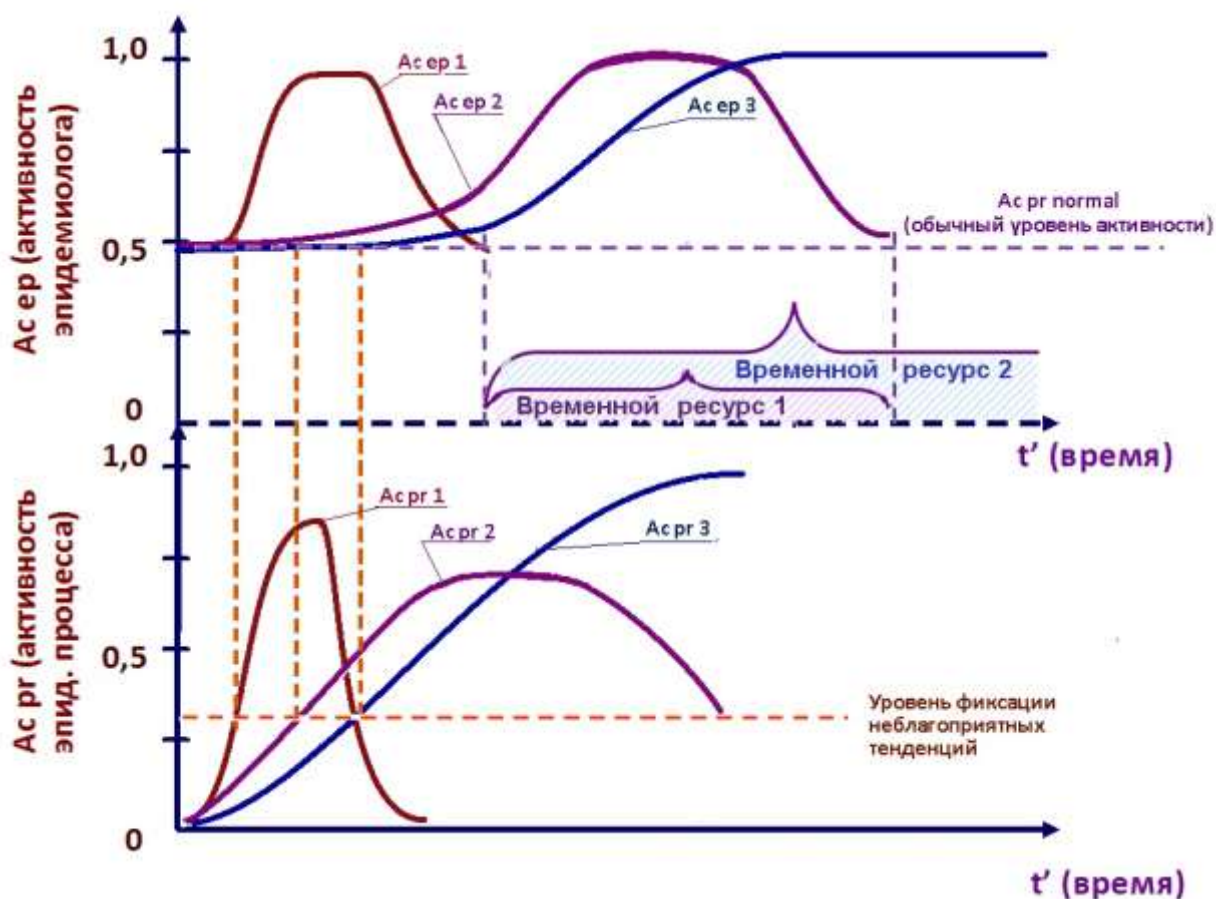


Рис. 3 Схема формирования временного ресурса при сокращении времени реагирования и купирования проявлений активности эпидемиологического процесса.

На схеме рассмотрены 3 ситуации проявления активности эпидемиологического процесса (Ас рг 1, 2, 3) и соответственно им 3 типа ответных реакций в виде нарастания активности деятельности врача-эпидемиолога (Ас ер 1, 2, 3). Предполагается, что в случае несвоевременной реакции (Ас ер 2, 3), эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий будет снижена, что приведет к нарастанию тяжести эпидемиологической ситуации в геометрической прогрессии (Ас рг 3). Такой вывод несложно сделать учитывая, что каждый больной, например, кишечной инфекцией, за время инкубационного периода (пока не обнаружены визуально или лабораторно признаки заболевания) может проконтактировать почти со всеми пациентами своего отделения (от 20 до 30 человек в среднем). Каждый контактный должен быть изолирован и обеспечен медицинским наблюдением, так как потенциально может оказаться инфицированным и также, как ранее выявленный и изолированный источник инфекции (самый первый заболевший), может заразить еще несколько десятков человек (пациентов и персонал). Таким образом, эффективность своевременной реакции в плане ограничения распространения и уничтожения очага инфекции – очевидна. И только анализ

результатов хронометража, хотя бы в макровременном диапазоне (часы, дни), может, показать, что своевременность ответной реакции эпидемиолога на какие-либо признаки эпидемиологического неблагополучия может дать существенную экономию временного ресурса (разницы продолжительности во времени мероприятий при своевременной – Ас ер 1 и затянутых реакциях – Ас ер 2, 3), что можно, в свою очередь, направить на более тщательный мониторинг, анализ и организацию профилактических и противоэпидемических мероприятий. Такой подход поможет успешно справляться с критическими состояниями и предотвращать их появление. Способы и методы поиска временного ресурса могут быть развиты по результатам анализа данных хронометража.

### **Хронометраж и реинжиниринг**

Согласно предлагаемому геометрическому образу реинжиниринга, отражающему пакет кортежных моделей, представляющих медицинское учреждение как систему [16], можно рассматривать (рис.4) этот процесс как постепенный переход из состояния «как есть» (с недостатками) в состояние «как надо» (с новыми положительными качествами – достоинствами) с учетом свойств пространства в течение определенного времени. При анализе эмпирических данных [17] получено представление, что реинжиниринг – это не одномоментное событие (может занимать годы). При этом медицинское учреждение или его подразделения проходят через несколько промежуточных состояний, определяемых разным соотношением положительных (обозначено розовым цветом на рис.4) и отрицательных (обозначено синим) качеств по мере его эволюции. Реинжиниринг усложняет протекание обычных процессов, в том числе обеспечения инфекционной безопасности, но если его не проводить, начинается обратный процесс – разрушения, деградации, при котором риск возникновения и распространения инфекции неизбежно нарастает и обеспечение эпидемиологической поддержки в таких условиях стоит очень больших усилий.

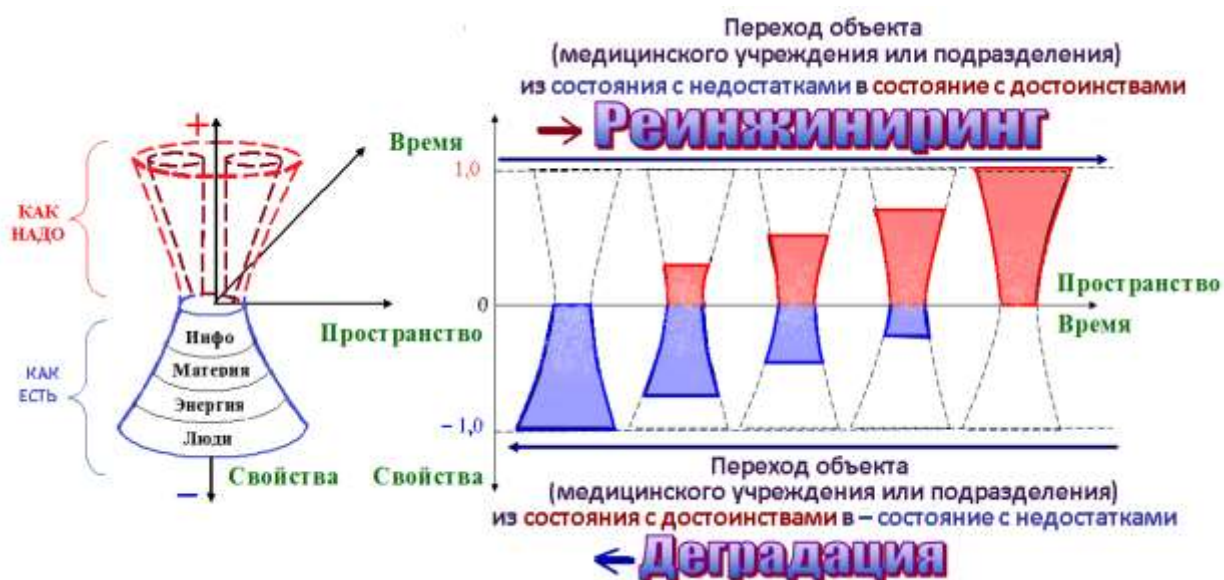


Рис. 4 Схема изменения свойств медицинского учреждения (или его подразделений) при реинжиниринге или обратном процессе – деградации.

С помощью хронометража можно отследить не только изменения в работе специалиста, но и отразить изменение объекта деятельности и его свойств, что необходимо для изучения особенностей откликов, в том числе эпидемиологических, на управленческие воздействия [15].

### Результаты

1. Поставлена и решена задача анализа и развития модели хронометража как инструмента для работы эпидемиолога медицинского учреждения в условиях реинжиниринга.
2. Создан пакет концептуальных моделей такого хронометража.
3. Для адаптации методики хронометража с учетом специфики деятельности врача-эпидемиолога развита известная карта - шаблон самофотографии рабочего дня.
4. Приведены 3 схемы: взаимодействия сопряженных процессов хронометража и планирования, совершенствования деятельности врача-эпидемиолога, а также формирования временного ресурса.
5. Представлена схема реинжиниринга и его хронометража.

### Вывод

На основании этих результатов, можно сделать вывод, что хронометраж предоставляет намного больше возможностей в плане организации деятельности специалиста, в том числе врача-эпидемиолога медицинского учреждения, чем это принято считать в традиционном плане, и может значительно расширить возможности в случае применения его как инструментария с целью повышения эффективности эпидемиологической поддержки.

Список литературы

1. Большая медицинская энциклопедия [Словари и энциклопедии на Академике] URL: [http://big\\_medicine.academic.ru/8146/ХРОНОМЕТРАЖ](http://big_medicine.academic.ru/8146/ХРОНОМЕТРАЖ)
2. Малая медицинская энциклопедия. – М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг.
3. Федеральный закон N 52-ФЗ от 30.03.1999 (ред. от 25.11.2013) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
4. Программное средство «ManicTime». URL: <http://www.manictime.com/>
5. Программное средство «RescueTime». URL: <https://www.rescuetime.com/>
6. Программное средство «ProjectHamster». URL: <http://www.projecthamster.wordpress.com/>
7. Программное средство «Grindstone 2». URL: <http://www.epiforge.com/>
8. Программное средство «EfficientPIM». URL: <http://www.efficientsoftware.net/pim/>
9. Протокол семинара эпидемиологов филиалов ФБУЗ и специалистов территориальных отделов Управления Роспотребнадзора по актуальным вопросам эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными заболеваниями от 24-25 октября 2013г., г. Иркутск.
10. Хронометраж. Словари и энциклопедии на Академике] URL: <http://dic.academic.ru/searchall.php?SWord=%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6&from=ru&to=ru&did=bse&stype=0>
11. Гольдштейн С.Л.. Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера. – Екатеринбург: ИД «ПироговЪ», 2006. - 392 с.
12. Суетина Л. М. Нормирование труда работников кадровых служб // Справочник кадровика. [HR-Portal HR -Сообщество и Публикации] 2006. URL: <http://hr-portal.ru/article/normirovanie-truda-rabotnikov-kadrovyh-sluzhb?page=0>
13. Гольдштейн С.Л. Модели и развитие программного обеспечения для хронометража рабочего времени на примере врача-эпидемиолога / С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк, Якушева А.С. // Электронный научный журнал "Системная интеграция в здравоохранении". 2014. № 1. С.6-14. URL: <http://sys-int.ru/sites/default/files/sys-int-23.pdf>
14. Хронометраж / [Энциклопедии&Словари Коллекция энциклопедий и словарей] URL: <http://enc-dic.com/ushakov/Hronometrazh-84150.html>
15. Горских Д.С. Разработка информационно-интеллектуального компаратора и его применение в эпидемиологических методах исследования. / Д.С. Горских, Е.М. Грицюк, С.Л. Гольдштейн / Первая Международная молодежная научная конференция, посвященная 65-летию основания Физико-технологического института, 2014. С. 101. URL: <http://conference.фти-урфу.рф/tesis>

16. Блохина С.И. Медицинское учреждение как система в процессе реинжиниринга с позиции эпидемиолога / С.И. Блохина, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк // Электронный научный журнал "Системная интеграция в здравоохранении". 2014. № 2. URL: <http://sys-int.ru> (одновременно публикуется в этом же выпуске журнала, что и настоящая статья)
17. Блохина С.И. О системно-противоэпидемических средствах поддержки управления медицинским учреждением в условиях его расширения / С.И. Блохина, С.Л. Гольдштейн, Е.М. Грицюк // Электронный научный журнал "Системная интеграция в здравоохранении". 2012. № 3. С.4-23. URL: [http://www.sys-int.ru/files/2012.3/sys\\_int\\_3\\_17\\_2012.pdf](http://www.sys-int.ru/files/2012.3/sys_int_3_17_2012.pdf)

---

Грицюк Елена Михайловна, - к.м.н., врач-эпидемиолог ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 [bonum@bonum.info](mailto:bonum@bonum.info)

## НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ КИСЛОМОЛОЧНЫМИ ПРОДУКТАМИ И СУХИМИ АДАПТИРОВАННЫМИ СМЕСЯМИ

**Иванова Н.В., Иванов А.Ю.**

*Общество с ограниченной ответственностью «Лев»*

В статье обсуждается роль социально-ориентированного маркетинга в реализации проекта по обеспечению детского населения кисломолочными продуктами и сухими адаптированными смесями.

**Ключевые слова:** социальный маркетинг, питание, дети.

### **New organizational forms to ensure the child population of the Sverdlovsk region with sour milk products and dry adapted mixtures**

**Ivanova N.V., Ivanov A.Y.**

*Ltd. "The Lion" «Lev»*

Socio-ethical marketing concept is characteristic of the current level of our civilization, based on a new philosophy of business, aimed at implementing reasonable and healthy needs representatives of solvent population. The Health Department of the city of Yekaterinburg has proposed to implement the project "Milk kitchen", which the Group of companies "Kirovskiy", trading operator LLC "Lev" responded.

**Keywords:** Social marketing, nutrition, children.

### **Введение**

Социально-этическая концепция маркетинга, явление нашего времени, характерна для современного уровня развития нашей цивилизации, основывается на новой философии предпринимательства, направленной на реализацию разумных и здоровых потребностей представителей платежеспособного населения. Цель социально-этического маркетинга состоит в обеспечении длительного благосостояния не только конкретной компании и удовлетворение наиболее эффективным способом нужд и потребностей целевых рынков, но и общества в целом [1].

В рамках концепции социально ответственного маркетинга компания, наряду с исследованием потребностей потенциальных и реальных покупателей, выявляет общественные интересы и стремится к их удовлетворению.

Социально ориентированный маркетинг является объектом внимания теоретиков, специалистов самых разных сфер, бизнес-сообщества.

По мнению Ассоциации менеджеров России, «социальная ответственность бизнеса — это добровольный вклад бизнеса в развитие общества в социальной, экономической и

экологической сферах, связанный напрямую с основной деятельностью компании и выходящий за рамки определенного законом минимума».

Профессор М. ван Марревиик из Эразмус Университета (г. Роттердам, Нидерланды) дает следующее определение: «корпоративная социальная ответственность — это включение социальных и экологических вопросов в процесс бизнеса и его взаимодействие с заинтересованными сторонами» [2].

Ф. Котлер и Дж. Зельтман определяют социальный маркетинг следующим образом: «социальный маркетинг — это разработка, реализация и осуществление контроля над программами, которые заключают в себе два важных компонента: способность оказывать воздействие на актуальные социальные идеи и наличие таких аспектов как планирование продукта, расчет его стоимости, выбор каналов коммуникации и дистрибуции и проведение маркетинговых исследований».

Ф. Котлер отметил, что: «Компании рассматривают маркетинг как возможность улучшить свою корпоративную репутацию, повысить осведомленность о торговой марке, добиться освещения в прессе. Считается, что покупатели желают видеть в деятельности компаний не только рациональные и эмоциональные выгоды, но и признаки социальной ответственности» [3].

Современные концепции социальной ответственности бизнеса представлены следующими основными теориями: корпоративного эгоизма; корпоративного альтруизма; разумного эгоизма; социально-ответственного поведения; корпоративного гражданства.

Ярким представителем теории корпоративного эгоизма является Милтон Фридман, утверждающий, что прибыль и выгода акционеров остаются главной функцией бизнеса: «Существует одна и только одна социальная ответственность бизнеса: использовать свои ресурсы и энергию в действиях, ведущих к увеличению прибыли, пока это осуществляется в пределах правил игры» [4].

Теория корпоративного альтруизма прямо противоположная теории М. Фридмана, согласно которой компании обязаны вносить существенный вклад в повышение качества жизни населения страны. Она поддерживается Комитетом по экономическому развитию США. Исследователи жестко характеризуют состояние бизнеса, игнорирующего социальную ответственность: предприятия, производящие продукты и услуги, которые не способствуют процветанию общества, занимаются морально сомнительным бизнесом, а те, кто предлагает продукты и услуги, пагубные для процветания человека и общества, занимаются аморальным бизнесом [5].



Сторонники теории разумного эгоизма утверждают, что социальная ответственность бизнеса — это просто «хороший бизнес», поскольку сокращает долгосрочные потери прибыли. Социально ответственное поведение — это возможность для корпорации реализовать свои основные потребности в выживании, безопасности и устойчивости.

Автор теории социально ответственного ведения бизнеса Джозеф Галаскевич полагает, что основная его мотивация заключается в борьбе за социальный статус, который приобретается в процессе дарения [6].

В рамках теории корпоративного гражданства бизнес рассматривается как ключевой участник системы общественных отношений. Фундаментом корпоративного гражданства является корпоративная социальная ответственность.

Несмотря на противоречия в концепциях социально ответственного бизнеса, все подходы едины в том, что социальная ответственность — это ответственность компании перед людьми и организациями, с которыми связана ее деятельность. Основными составляющими концепции социальной ответственности бизнеса являются минимизация бизнес-рисков, т.е. идентификация и заполнение всех пробелов, которые существуют во взаимоотношениях компании и общества; превращение проблем, существующих в общественной жизни и окружающей среде, в возможности для бизнеса.

Основными принципами корпоративной социальной ответственности являются добровольность, направленность внепроизводственных мероприятий на решение проблем в различных сферах жизнедеятельности общества, сопряженность мероприятий корпоративной социальной ответственности с основной деятельностью компании и больший по сравнению с действующим законодательством спектр социально ответственной деятельности.

Преимущества, которые дает компаниям реализация стратегий корпоративной ответственности, включают в себя возросшее удовлетворение персонала, сокращение текучести кадров и увеличение ценности бренда. Неприсоединившиеся компании упускают возможности в бизнесе, теряют конкурентные преимущества и отстают в управлении.

Важными составляющими концепции социальной ответственности являются минимизация бизнес-рисков, то есть идентификация и заполнение лакун, которые существуют во взаимоотношениях компании и общества; превращение проблем, существующих в общественной жизни и окружающей среде, в новые возможности для бизнеса.

Использование принципов корпоративной социальной ответственности предприятиями повышает их адаптивность и эффективность. К основным принципам политики социальной ответственности на предприятии относятся:

- выполнение обязательств перед потребителями;
- предложение специальных этических продуктов или услуг;
- маркетинг «добрых дел» как один из способов продемонстрировать свои ценности, сделать их более очевидными. Это основанная на общих интересах коммерческая деятельность, при помощи которой бизнес и благотворительные организации формируют партнерства для продвижения продукта или услуги. Кроме того, это дополнительный инструмент в решении социальных проблем, отвечающий маркетинговым потребностям компании.

Миссия социально ответственной компании — это официально сформулированная позиция компании в отношении своей социальной политики, в основных направлениях реализации социальных программ компании [4].

Социальные программы — добровольно осуществляемая компанией деятельность по охране природы, развитию персонала, созданию благоприятных условий труда, поддержке местного сообщества, благотворительная деятельность и добросовестная деловая практика. При этом главным критерием является соответствие программ целям и стратегии развития бизнеса. Социальная активность компании выражается в проведении разнообразных социальных программ как внутренней, так и внешней направленности. Отличительными особенностями программ социальной активности являются добровольность их проведения, системный характер и связанность с миссией и стратегией развития компании.

Типы социальных программ могут быть следующие: собственные программы компаний; программы партнерства с местными, региональными и федеральными органами государственного управления; программы партнерства с некоммерческими организациями; программы сотрудничества с общественными организациями и профессиональными объединениями; программы информационного сотрудничества со СМИ.

Инновации, внедренные в рамках стратегий корпоративной социальной ответственности, становятся важным маркетинговым инструментом, дающим возможность развивать новые продукты и направления, создавать эмоциональную связь между брендом и потребителем, способствуя тем самым росту лояльности [7].

В социальном отчете «Нестле» 2007 года была впервые представлена концепция «Нестле» в области корпоративной социальной ответственности. Согласно этой концепции «бизнес может быть успешным в долгосрочной перспективе только тогда, когда он создает ценности не только для акционеров, но и для общества». Новая концепция «Нестле» получила название «Создание общих ценностей» (Creating Shared Value). Она также была представлена мировой общественности на форуме с одноименным названием, который прошел в Нью-Йорке в апреле 2009 года: «Мы понимаем «Создание общих ценностей» не как филантропию или дополнительную функцию, а как основополагающую часть стратегии нашего бизнеса. Развитие возможно только в том случае, если компания действует социально ответственным образом. Только ответственное отношение к производству продуктов, бережное отношение к окружающей среде и улучшение качества жизни людей обеспечивают бизнесу рост и развитие».

Основные преимущества политики социальной ответственности для развития торгового предприятия:

- увеличение прибыли;
- доступ к социально ответственным инвестициям, при распределении которых инвесторы принимают во внимание показатели, характеризующие деятельность компании в социальной и этической сферах;
- улучшение бренда и репутации, что помогает развивать и открывать новые рынки и направления бизнеса;
- рост продаж, повышение лояльности клиентов;
- повышение производительности и качества продукта или услуги;
- улучшение управления рисками;
- рост конкурентоспособности.

Одним из направлений социальных программ супермаркета «Кировский» является развитие местного общества (социальные программы и акции поддержки социально незащищенных слоев населения, оказание поддержки детству и юношеству, поддержка сохранения и развития жилищно-коммунального хозяйства и объектов культурно-исторического значения, спонсирование местных культурных, образовательных и спортивных организаций и мероприятий, поддержка социально значимых исследований и кампаний, участие в благотворительных акциях).

В 2012 году Управление здравоохранения города Екатеринбурга предложило внедрить проект «Молочная кухня». Суть проекта в том, что детское питание, которое получают дети в возрасте от 0 месяцев до 3-х лет, выдавать через сеть супермаркетов

«Кировский». Министерство здравоохранения Свердловской области по Постановлению Правительства № 167-ПП от 2 марта 2011 года «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области беременных женщин, кормящих матерей, детей в возрасте до 3-х лет по обеспечению полноценным питанием, детей, страдающих фенилкетонурией, адренолейкодистрофией, тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с экстремально низкой массой при рождении специализированными продуктами лечебного питания за счет средств областного бюджета» передало эти функции Управлению здравоохранения г. Екатеринбурга.

Согласно Постановлению Министерство здравоохранения Свердловской области определяет специальные пункты питания и магазины, через которые осуществляется обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет, обеспечивает доведение данной информации до населения.

Согласно законодательства, Министерство здравоохранения Свердловской области закупает детское питание, распределяет закупленное между учреждениями здравоохранения.

Учреждения здравоохранения принимают питание в магазине, с которым заключен договор безвозмездного оказания услуг по хранению, выдаче продуктов.

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с Управлением здравоохранения Екатеринбурга разработало Положение о порядке отбора торговой организации (магазина) на право заключения договора безвозмездного оказания услуг по приему, хранению, распределению продуктов детского питания.

Нескольким торговым сетям было предложено участвовать в данном проекте. Положительно отозвалась только Группа компаний «Кировский», торговый оператор ООО «Лев».

1 июля 2012 года в связи в аварийным состоянием раздаточного пункта ДГБ № 13 на ул. Хрустальной начался пилотный проект по выдаче детского питание через сеть супермаркетов «Кировский» на ул. Хрустальная, 35а.

Перед этим была проведена большая работа по разработке и написанию программы, которая позволяла бы выдавать детское питание, вести учет, в режиме он-лайн передавать сведения в лечебные учреждения и информационный центр Министерства здравоохранения Свердловской области.

По этой программе родители получают молоко, кефир, творог. До начала проекта было 7 пунктов выдачи детского питания в городе Екатеринбурге:

1. Молочная кухня Верх-Исетского района ДГБ №11;
2. Молочная кухня Железнодорожного района ДГБ №16;
3. Молочная кухня Кировского района ДГБ №10;
4. Молочная кухня Ленинского района ДГБ №5;
5. Молочная кухня Октябрьского района ДГБ №13;
6. Молочная кухня Орджоникидзевского района ДГБ №15;
7. Молочная кухня Чкаловского района ДГБ №8.

С 1 сентября 2012 года в проект вступила ДГБ № 5 и три супермаркета «Кировский», с 1 января 2013 года в проекте участвовало 28 супермаркетов и 7 районных детских больниц Екатеринбурга, с 1 января 2014 — 30.

В ходе реализации проекта растет количество детей, получивших питание: 1 сентября 2012 года — 100 детей, 1 января 2013 года — 10 000, 1 января 2014 — 12 500. С 1 июля 2014 года к проекту присоединилось 9 магазинов, которые выдают адаптированные сухие смеси. Таким образом, детским питанием обеспечивается еще 5 200 детей.

Для этого совместно с Управлением здравоохранения Екатеринбурга разработана программа для выдачи сухих молочных смесей, программное обеспечение, проведено тестирование.

Инструментами реализации данной программы являются:

- делегирование сотрудников компании — добровольное вовлечение сотрудников компании в социальные программы внешней направленности через безвозмездное предоставление получателям времени, знаний, навыков, информации, контактов и связей сотрудников;
- корпоративное спонсорство — предоставление компанией «Кировский» различных ресурсов для создания объектов или поддержка организаций или мероприятий, как правило, носящих публичный характер, в целях своей рекламы;
- социальные инвестиции — форма финансовой помощи, выделяемой компанией для реализации долгосрочных совместных партнерских социальных программ, направленных на снижение социального напряжения в регионах присутствия компании и повышение уровня жизни различных слоев общества.

Внедрение политики социальной ответственности признано фактором, увеличивающим прибыльность компаний. Так, в результате реализации проекта «Молочная кухня» в супермаркете «Кировский» стал рост продаж (рис. 1), рост количества покупателей и увеличение средней покупки (рис. 2) в магазинах, участвующих в проекте.

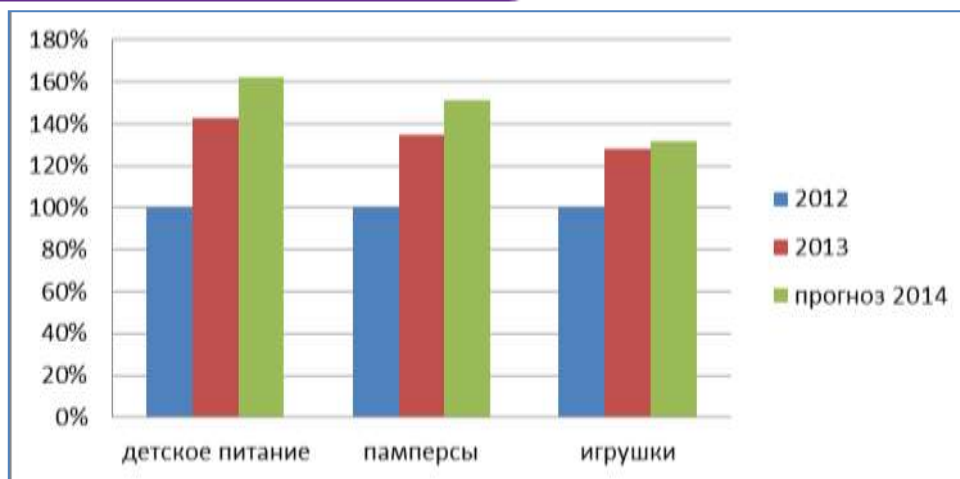


Рис.1. Динамика продаж детского питания и сопутствующих товаров

Закономерно, что покупатели, пришедшие за молочной продукцией, совершают покупку других товаров.

Руководители сети супермаркетов «Кировский», наряду с решением важных задач бизнеса — получение прибыли и расширение производства, осуществляют целевое финансирование благотворительных программ, информируют население о социально значимых проектах, взаимодействуют с местными общественными организациями и властями с целью поддержки здравоохранения, отдельных категорий населения [8].

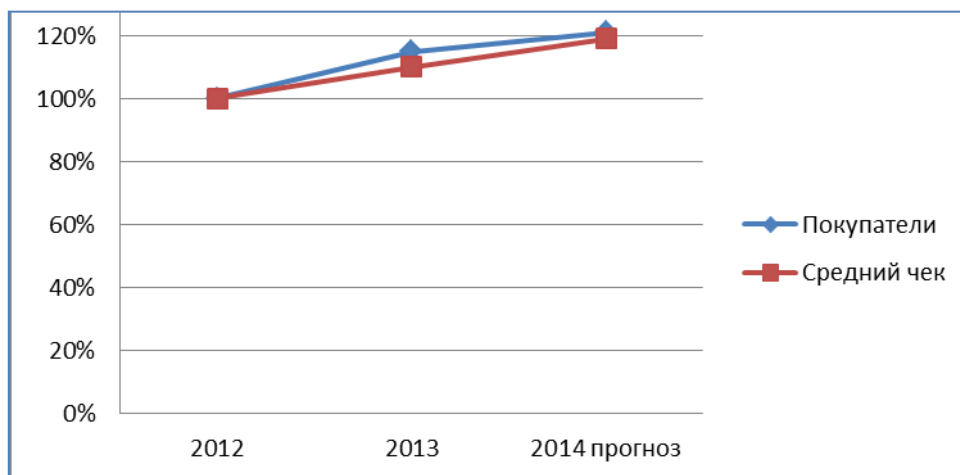


Рис.2 Динамика количества покупателей и величины среднего чека

Таким образом, действия компании, выполнение социальной функции маркетингом направлено на решение актуальных социальных вопросов, приближение интересов потребителей и клиентов, на повышение уровня качества жизни общества в долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Синяева И. М. Маркетинговый подход к социализации бизнеса / И. М. Синяева // Российское предпринимательство. — 2012. — № 4. — С. 43–48.Верхунова М. С. Маркетинговое партнерство в олимпийском контексте / М. С. Верхунова // Маркетинг и маркетинговые исследования. — 2013. — № 5. — С. 324–337 : рис.
- 2.Гудилина Е. А. Насколько эффективен социально ориентированный маркетинг / Е. А. Гудилина // Маркетинг в России и за рубежом. — 2012. — № 6. — С. 30–34.Грекова Г. И. Взаимодействие предпринимательских структур, власти и населения в системе социального партнерства / Г. И. Грекова, М. В. Киварина, А. В. Кузьмин, К. А. Руденко. — Великий Новгород, 2010. — 242 с.
- 3.Котлер Ф. Маркетинг менеджмент. Изд. 11-е. СПб: Питер, 2005г.
4. Грекова Г. И. Взаимодействие предпринимательских структур, власти и населения в системе социального партнерства / Г. И. Грекова, М. В. Киварина, А. В. Кузьмин, К. А. Руденко. — Великий Новгород, 2010. — 242 с.
5. Стратегия PR корпоративной социальной ответственности // Служба PR. — 2012. — № 6.
6. Котляревская И.В., Романова С.А. Маркетинг: учебное пособие: в 2 ч. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2009. Ч.1. –С. 35–37
7. Верхунова М. С. Маркетинговое партнерство в олимпийском контексте / М. С. Верхунова // Маркетинг и маркетинговые исследования. — 2013. — № 5. — С. 324–337 : рис.
8. Ковпак И.И. Заряжающий магазины: [интервью с предпринимателем] / И. Ковпак; [беседу вел М. Старков] // Деловой квартал. — 2013. — № 29. — С. 22–24.

---

Иванова Наталья Валентиновна - генеральный директор ООО «Лев», Екатеринбург, Сиреневый бульвар, 2; e-mail: [prod1@kirmarket.ru](mailto:prod1@kirmarket.ru)

## ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОРПОРАТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

**Найданова Т.А., Кострова О. О.**

*ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет  
Минздрава России», кафедра сестринского дела*

Статья посвящена совершенствованию организации обучения среднего медицинского персонала в поликлинических отделениях медицинской профилактики путем развития корпоративного обучения. Корпоративное обучение позволяет специалистам среднего звена адаптироваться к изменениям среды. В статье дается обзор основных понятий и раскрывается суть подходов в корпоративном обучении среднего медицинского персонала.

**Ключевые слова:** отделение медицинской профилактики, корпоративное обучение, сестринский персонал.

### **Prospects for the development and improvement of corporate training paramedical personnel department of medical prevention**

Urals State Medical University

**Naydanova T.A., Kostrova O.O.**

The article is devoted to improve the organization of training nurses in outpatient departments of medical prevention through the development of corporate training. Corporate training allows mid-career professionals to adapt to changes in the environment. The article provides an overview of basic concepts and reveals the essence of approaches in corporate training nurses.

**Keywords:** department of medical prevention, corporate training, nurses.

### **Введение**

Стоящие перед отечественным здравоохранением задачи, особенно по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» изменяют функции и организационные формы деятельности медицинских сестер [1]. Для работы с пациентами им необходимо осваивать все более сложные знания и овладевать новыми навыками, а также совершенствовать уже приобретенные. В деятельности именно сестринского персонала особое место занимает работа по профилактике заболеваний, воспитанию у населения ответственного отношения к своему здоровью с использованием современных технологий профилактики, организации школ различной направленности. В связи с этим возрастают требования к подготовке специалистов среднего звена, которые должны обладать



глубокими знаниями и практическими навыками в области профилактической медицины [2; 3].

На сегодняшний день в нашей стране реализуются все уровни подготовки медицинских сестер – от младшей медицинской сестры по уходу за больными до менеджера с высшим сестринским образованием. Последующее профессиональное развитие предполагает система повышения квалификации один раз в пять лет. В то же время даже в существующей системе повышения квалификации отсутствует преемственность между различными ее видами [4; 5].

Создание эффективной системы практико-ориентированного корпоративного обучения специалистов, работающих в сфере медицинской профилактики, является одной из важнейших задач. Оптимизация процесса корпоративного обучения сотрудников послужит одним из направлений повышения эффективности профилактической работы медицинской организации.

**Цель работы** – оценка системы обучения среднего медицинского персонала в отделении медицинской профилактики Муниципального Автономного Учреждения Здравоохранения Центральной Городской Больницы № 3 г. Екатеринбурга (МАУЗ ЦГБ№3) и разработка рекомендаций по ее совершенствованию.

### **Материалы и методы**

Исследование организации обучения среднего медицинского персонала в отделении медицинской профилактики МАУЗ ЦГБ№3 проводилось путем изучения инструкций, методических указаний, алгоритмов и др., разработанных в основном специалистами учреждения. Также была исследована отчетно-учетная документация, ведущаяся в отделении и отражающая характер и качество обучения персонала: журналы, протоколы, вопросники, тесты, оценочные критерии.

Для проведения исследования нами была разработана анкета из 14-ти вопросов. Целью опроса явилась оценка респондентами отношения к обучению, а также их осведомленность о существующих и инновационных методах получения профессиональных знаний.

### **Результаты и обсуждение**

В анкетировании приняли участие 18 человек среднего медицинского персонала отделения профилактики МАУЗ ЦГБ№3: 1 фельдшер; 1 фельдшер-лаборант; 1 акушерка; 2 гигиениста стоматологических; 13 медсестер различного профиля (из них 2 оптометриста). Из опрошенных 8 человек (44%) – пенсионного возраста. Половина респондентов имеет высшую квалификационную категорию.

По результатам анкетирования было выявлено, что большая часть респондентов считает необходимым обновлять свои теоретические и практические навыки чаще, чем один раз в пять лет: ежедневно - 6% ответов; один раз в месяц – 39%; ежегодно – 28%; а один раз в пять лет – лишь 28% опрошенных.

Основными источниками получения профессиональной информации респонденты отметили: профессиональная литература – 20%; советы и информация от коллег – 16%; от руководства отделения – 16%; по 15% респондентов - конференции и совещания; 13% опрошенных выделяют интернет ресурсы, а телевидение предпочитают 5% респондентов.

Наиболее предпочтительными формами получения профессиональных знаний считают: индивидуально направленное обучение – 19%; презентации – 16%; технические учебы и видеофильмы - по 12%. Особый интерес проявляется к комбинации различных форм обучения, к примеру, техническая учеба в сочетании с презентацией либо фильмом, т.к. информация в данном случае подается кратко, точно, визуально понятно. Другими предпочтительными формами получения профессиональной информации являются лекции и самостоятельная работа – по 9%; семинары и работа с наставником – по 6%. Дистанционное обучение также интересно для респондентов, но в силу отсутствия данных форм обучения, выбор на них остановили меньшее количество сотрудников: по 5% опрошиваемых выбрали интернет и обучающие компьютерные программы, а 3% отметили вебинар. Деловыми играми заинтересованы 3% респондентов, самостоятельной работой 9%.

С новыми методами образования (накопительная система, непрерывное обучение) знакомы 50% респондентов, из них хорошо знакомы лишь 11%. Около 67% респондентов считают, что действующая в настоящее время система подготовки медицинских кадров требует кардинальных изменений, 78% опрошенных считают необходимым применение информационных технологий и нестандартных методов повышения квалификации специалистов среднего медицинского персонала.

Необходимость в знаниях законодательной и правовой базых выделили 28% респондентов; медицинской этики и деонтологии не хватает 23% опрошиваемых. Необходимость в изучении медицинской психологии и медицинской информатики испытывают – по 13% респондентов соответственно. Информации по инновационным технологиям в организации труда не достаточно 15% специалистам; по инновационным технологиям в инфекционной безопасности – 7%.

Большая часть респондентов предпочитает получать профессиональные знания и отрабатывать навыки на рабочем месте – 38%, по 21% разделились предпочтения к

выездным циклам и дистанционному обучению через интернет; в колледже предпочитают получать профессиональную информацию 19% респондентов.

Ввиду активного участия специалистов отделения в работе по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» было важно выяснить, как повлиял данный проект на их деятельность и квалификацию. Так, 31% респондентов отметили, что им представилась возможность изменить профессиональную специализацию; также 31% респондентов указали на представленную возможность работать на новом оборудовании, у 20% опрашиваемых появилась возможность повысить квалификацию.

По итогам проведенного исследования можно отметить следующее:

1. Большая часть среднего медицинского персонала отделения профилактики считает необходимым обновлять свои знания и практические навыки чаще, чем один раз в пять лет, предпочтительнее на рабочем месте;

2. Сотрудники с богатым опытом и стажем работы меньше заинтересованы в обучении и получении квалификационной категории, отмечается недостаточность практико-ориентированного получения профессиональной информации;

3. Для совершенствования организации обучения в отделении медицинской профилактики следует использовать *андрагогический подход* [6; 7; 8].

Основа андрагогической модели обучения – превратить сотрудника из объекта обучения в активного участника процесса собственного обучения, что поможет сформировать позитивное, конструктивное отношение к обучению, высокую заинтересованность в результатах обучения, включенность во все мероприятия, связанные с обучением. Все это, безусловно, повлияет на повышение эффективности корпоративного обучения и позволит связать систему корпоративного обучения с целями медицинской организации в целом и задачами ее конкретных подразделений.

Рекомендации по совершенствованию системы обучения сотрудников следует разрабатывать с учетом следующих положений андрагогической модели обучения:

- поощрять и поддерживать стремление взрослых к обучению и саморазвитию;
- определять цели и разрабатывать программы обучения в соответствии с интересами взрослых слушателей;
- создавать благоприятные условия для индивидуализации обучения;
- учитывать в процессе обучения различные профессиональные, социальные, бытовые и временные факторы.

Таким образом, полученные результаты позволили нам объективно оценить необходимость создания эффективной системы корпоративного, практико-

ориентированного обучения специалистов среднего медицинского персонала отделения медицинской профилактики МАУЗ ЦГБ № 3 и разработать рекомендации по совершенствованию корпоративного обучения. В ходе их реализации и организации в отделении учебно-методического кабинета позволят усовершенствовать систему непрерывного профессионального развития специалистов со средним медицинским образованием, обеспечить их высокий профессиональный уровень без отрыва от производственного процесса.

Изучение технологий обучения взрослых людей, используемых современных методов поможет совершенствовать корпоративное обучение среднего медицинского персонала отделения медицинской профилактики. Рекомендации по повышению качества организации обучения сотрудников отделения позволят улучшить эффективность профессиональной деятельности специалиста, обеспечат непрерывность и поступательность развития его личности.

#### Список литературы

1. Иванова О.В. Перспективы совершенствования и развития сестринского дела./ О.В. Иванова // Главная медицинская сестра. – 2010. – №3 – С 9 – 13.
2. Медицинская профилактика. Современные технологии. Руководство / Под ред. А.И. Вялкова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 232 с.
3. Национальный проект «Здоровье» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.astracardio.ru/about/federal/>
4. Скребушевская А.А. Инновационные технологии в системе непрерывного профессионального развития персонала. / А.А. Скребушевская // Сестринское дело. – 2011 – № 8. – С 34 – 36.
5. Вершловский С.Г. Непрерывное образование: Историко-теоретический анализ феномена / С.Г. Вершловский. – СПб.: СПбАИПО, 2008. – 152 с.
6. Змеёв С.И. Андрагогика. Основы теории, истории и технологии обучения взрослых. / С.И. Змеёв. – СПб.: СПбАИПО, 2007. – 272 с.
7. Кулюткин Ю.Н. Психология обучения взрослых. / Ю. Н. Кулюткин. – М.: Просвещение, 1985. – 128 с.
8. Сухобская Г.С. Современные социально-психологические и андрагогические подходы к образованию взрослых. / Сухобская Г.С. // Новые знания. – 1997. – № 4. – С. 8–12.

---

Найданова Татьяна Анатольевна – к.м.н, доцент кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, 620028 г. Екатеринбург, ул. Репина,3, отдел ВСО, e-mail: [vso.usma@mail.ru](mailto:vso.usma@mail.ru), тел. служ. 8(343)214-86-75

## ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**Петрова Л.Е., Кузьмин К.В., Ивачев П.В.**

*ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России*

Компенсация количественного и качественного кадрового дефицита в здравоохранении предполагает поиск инновационных решений в профессиональной биографии выпускников медицинских вузов. Опрос студентов первого и выпускного курсов медуниверситета (n=618), проведенный в 2014 году, показал, что большинство опрошенных демонстрируют принятие содержания профессиональной роли врача. Принадлежность студента к семье, в которой есть врачи, медработники, влияет на более реалистичные и искренние оценки. Студенты из семей медиков имеют более оптимальные образовательные позиции: чаще учатся на условиях целевого финансирования, на более престижном факультете, раньше делают профессиональный выбор.

**Ключевые слова:** межпоколенная мобильность, студенты-медики, ценности профессии врача

### **Influence of family on the formation of values in the profession medical university students**

Petrova L.E., Kuzmin K.V., Ivachev P.V.

*Urals State Medical University*

Solving the problem of quantitative and qualitative shortage of human resources in health care involves the search for innovative solutions in professional biography medical graduates. Survey of students of the first and final courses Medical University (n = 618), conducted in 2014, showed that the majority of respondents demonstrate acceptance of the content of the professional role of the doctor. A student of a family in which there are doctors, health workers affects more realistic and honest assessment. Students from families of physicians have a more optimal educational gap: study on the conditions of the target funding at a prestigious faculty, before making a professional choice.

**Keywords:** intergenerational mobility, medical students at the university, the value of the medical profession

#### **Введение**

Одной из острых проблем российского здравоохранения является кадровый дефицит. Причем его характеристики как количественные (по данным Правительства Свердловской области, показатель укомплектованности врачебных должностей физическими лицами по Свердловской области составляет 51%, коэффициент совместительства среди врачей – 1,8), так и качественные (укомплектованность участковыми терапевтами – 60%, педиатрами – 61%, анестезиологами – 39%). За рамками статистики остаются другие показатели персонала ЛПУ – отношение к работе, профессиональное выгорание и пр. Государство предпринимает меры по увеличению числа студентов медвузов, но

расширение группы профессионалов может не решить всех проблем в здравоохранении. Представляется эвристичным поиск альтернативных вариантов мотивации и формирования установок на профессию обучающихся по медицинским специальностям. В данном случае мы обращаемся к семейному профессиональному капиталу – наличию в семье студента медуниверситета врачей, медиков.

Прием в медвуз происходит так же, как и на другие специальности – по результатам ЕГЭ. Абитуриенты медвузов – элита: в медвузы зачисляются 92% отличников (с баллами ЕГЭ больше 70) по сравнению с 31% на всех специальностях. Профессиональные установки, ценности не измеряются в начале медицинской образовательной карьеры, однако можно утверждать, что они формируются до и во время учебы [1]. В частности, инструментом профессиональной социализации и формирования ценностей профессии является волонтерство [2; 3]. Объективные детерминанты – в том числе, принадлежность к семье медиков – могут играть определенную роль в успешности обучения и в трудоустройстве выпускников [4]. Высшее профессиональное образование потеряло позиции значимого социального лифта, в российском обществе важнее – межпоколенная преемственность [5]. Социальная и профессиональная компетентность студентов – результат сложной системы взаимодействий [6]. Самообучение в вузе можно представить с позиции универсальной структурно-функциональной модели социально-культурной деятельности, которая включает в себя субъектов, цели, средства, результаты, функции и условия социально-культурной деятельности [7].

Интерес к семейному социальному капиталу студентов мы уже реализовали в одном из проектов [8]. Гипотеза о связи между принадлежностью студента к семье медиков и мотивацией учебы подтвердилась. В этот раз гипотеза касалась интериоризации профессиональных установок.

### **Материалы и методы исследования**

В феврале-марте 2014 года авторы осуществили комплексное социологическое исследование в Уральском государственном медицинском университете. Методом аудиторного анкетирования были опрошены студенты первого и выпускного (5-го или 6-го) курсов лечебно-профилактического, педиатрического и стоматологического факультетов (n=618). Анкета включала 19 содержательных вопросов и блок объективной информации о респонденте – пол, возраст, место (населенный пункт) получения среднего образования, религиозная идентичность, наличие в семье студента медицинских работников, форма обучения в вузе (целевая, бюджет, внебюджет). Каждый объективный индикатор был направлен на проверку гипотезы об его влиянии на профессиональные

ценности, оценку ситуации в здравоохранении. В данном тексте обсуждается гипотеза о влиянии профессионального семейного окружения (наличие в семье студента УГМУ врачей, медицинских работников) на оценку здравоохранения и заявляемый профиль ценностных установок.

С методологической точки зрения, гипотеза обоснована следующими утверждениями. Профессиональная социализация в медицине – длительный процесс, начало которого – в вузе, продолжение – в среде профессионалов, на рабочем месте. Но интериоризация профессиональных ценностей, установок на профессию начинается еще до начала профессионального образования – при выборе образовательной программы, в период получения среднего образования. И здесь агентами влияния на формирование ценностного профессионального профиля являются и средства массовой коммуникации, и среднее образовательное учреждение, и семья. А если в семье есть медицинские работники, то реализация этой социальной роли не может не повлиять на выбор профессии. Неформальная информация, полученная от родственников-медиков, явно отличается от официальной, предъявляемой в профориентационной логике.

Возможно, влияние является двусторонним – отказ от преемственности или, наоборот, более определенный выбор в пользу медицины. Данные нашего опроса проверяют только один вектор – влияние семьи на демонстрируемые ценности профессии студентов медуниверситета.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Для оценки профессиональных установок студентам был задан вопрос «Что Вас лично привлекает в профессии врача?» с тремя вариантами ответа – «имеет сильное значение», «имеет слабое значение», «не имеет значения». Подавляющее большинство респондентов (83-85%) ответили, что для них сильное значение имеет возможность реализовать свой личный потенциал, стать профессионалом высокого качества, оказывать помощь тому, кто в ней нуждается, «обезопасить» себя, родных и близких в случае болезни, так как профессия врача дает знания, а также связи в медицине. Для значительной части студентов (57-76%) большое значение имеет возможность работать среди образованных, интересных людей, интерес, связанный с изучением такого сложного объекта, каким является человеческий организм, возможность иметь нормальный материальный доход, а также полезные для себя связи и знакомства с людьми из разных сфер общества. Половина опрошенных назвала престиж профессии врача в обществе и хорошие условия работы (большой отпуск, возможность выбирать режим работы). Только 16% опрошенных указали, что возможность ощущать зависимость

других людей от себя имеет сильное значение. Таким образом, указанные мотивы профессионального выбора вполне соответствуют предъявляемым обществом требованиям к исполнению роли врача. Но в то же время фиксируются личные мотивы, возможность влияния на качество жизни.

В данном вопросе (см. табл. 1) наличие в семье студента медиков, врачей существенного влияния на ответы не оказало. С учетом объема выборки и сплошной методики опроса можно указать лишь на то, что выходцы из обычных семей несколько чаще указали на большое значение возможности иметь материальный доход, оказывать помощь нуждающимся, реализовать личный потенциал. Данные указывают на то, что студенты – выходцы из семей медиков более реалистично оценивают те или иные возможности, предоставляемые работникам здравоохранения. Так, студенты, в чье семье есть медики, скептически оценивают хорошие условия работы, возможности завести полезные связи, зато чаще заявляют об интересе к особенностям человеческого организма.

Таблица 1  
Ответы на вопрос «Что привлекает вас лично в профессии врача?»  
в зависимости от наличия в семье медиков, % ответов «имеет сильное значение»

	Есть медики в семье	Нет медиков в семье	Общий массив
Возможность иметь нормальный материальный доход	60	64	62
Возможность оказывать помощь тому, кто в ней нуждается	81	86	84
Возможность работать среди образованных, интересных людей	76	75	75
Возможность "обезопасить" себя, родных и близких в случае болезни, так как профессия врача даёт знания, а также связи в медицине	82	84	83
Престиж профессии врача в обществе	50	50	50
Возможность реализовать свой личный потенциал, стать профессионалом высокого качества	83	87	85
Хорошие условия работы (большой отпуск, возможность выбирать режим работы и др.)	45	46	46
Возможность ощущать зависимость других людей от тебя	17	16	16
Интерес, связанный с изучением такого сложного объекта, каким является человеческий организм	60	65	62
Возможность заводить полезные для себя связи и знакомства с людьми из разных сфер общества	53	59	56

Принадлежность к «медицинской семье» не связана статистически значимо с оценкой ситуации в российском здравоохранении. Здесь принципиальных различий не было обнаружено. Студенты низко оценивают уровень доверия людей врачам и российскому здравоохранению: только 2% считают его высоким, 38% ответили «скорее доверяют», а



46% – «скорее не доверяют», 8% студентов заявили о полном недоверии. Оценивая ситуацию в российском здравоохранении, 2% считают ее в целом нормальной, а 62% ответили «есть проблемы, но они вполне преодолимы», 26% оценили ее как «ситуацию глубочайшего кризиса».

В ответах на вопрос «С каким настроением Вы смотрите в будущее российского здравоохранения?» обнаружилось различия между двумя анализируемыми группами студентов. Так, среди студентов из «медицинских семей» 27% ответили «спокойно, без особых надежд» по сравнению с 22% другой группы (не имеющих родственников врачей, медработников). В общем массиве – 24% ответов. Половина студентов в обеих группах указала на «надежду и оптимизм», 17% испытывают тревогу и неуверенность, 5% – страх и отчаяние, а 2% указали на безразличие.

Таким образом, студенты первого и выпускного курсов медуниверситета оценивают уровень доверия людей врачам и медицинской институции как «средний», хотя и с оптимизмом смотрят в будущее своей профессиональной отрасли.

Респондентам было предложено прокомментировать дилемму современной медицины – соотношение технократизма и гуманизации. Ответ предполагал дихотомичный выбор между двумя этими трендами, что вызвало много затруднений. На наш взгляд, это объясняется естественной установкой профессионалов (а затруднения в дихотомическом выборе были в опросе и у врачей) на сочетание, совмещение технократизма и гуманизации. Это – нормативный подход и всем ясно, что оба тренда должны быть совмещены, дополнять друг друга, сочетаться. Одно без другого в современной медицинской практике невозможно. Но предложенная в анкете искусственная ситуация выбора представляется интересной как определение ценностных ориентиров. И показательно, что именно в ответе на эти вопросы фиксируется связь между оценками и наличием в семье студента врачей, медработников.

Таблица 2  
Оценка соотношения технократизма и гуманизации в зависимости  
от наличия в семье студента медработников, % от количества ответивших

	В семье есть медработники	В семье нет медработников	Общий массив
Технократизм важен для меня как для будущего врача	33	38	35
Гуманизация важна для меня как для будущего врача	56	51	52
Технократизма больше в здравоохранении	64	59	61
Гуманизации больше в здравоохранении	22	19	20
Технократизм важен для пациентов	15	14	14
Гуманизация важна для пациентов	76	78	76
Технократизм важен для ЛПУ	74	74	73
Гуманизация важна для ЛПУ	10	10	10
За технократизмом - будущее медицины	71	67	68
За гуманизацией - будущее медицины	14	16	15

Как видно, в целом студенты считают более востребованной для профессии врача и для пациентов гуманизацию, но показывают, что в реальном здравоохранении больше технократизма. Такое диспозиционное противоречие вполне объяснимо структурными и культурными особенностями и истории российского здравоохранения, и сегодняшнего ее состояния.

Обращает на себя внимание тот факт, что студенты – выходцы из семей медработников в меньшей степени доверяют технократизму, чаще высказываются в пользу гуманизации как ориентира в медицинской помощи.

Мы описали содержательные вопросы исследования и ясно, что принципиальной разницы между ответами двух описываемых групп студентов нет. Незначительные, но явные и интересные для интерпретации различия есть в фиксации статусной позиции студента-выходца из медицинской семьи или семьи, где медиков нет. Прежде всего, в выборке 43% студентов указали, что в их семье есть врачи, медицинские работники. На стоматологическом факультете группы наполнены синхронно (18 и 19% соответственно), на педиатрическом 30% студентов – из медицинских семей, 39% – из других. Больше всего «династийных» медицинских студентов – на лечебно-профилактическом факультете (52% по сравнению с 43% респондентов из «немедицинских» семей).

Также значима связь между формой обучения в медуниверситете и наличием медработников в семье студента. Студентов из медицинских семей больше на целевой форме обучения (40 и 31% соответственно, в общей выборке – 35%), сопоставимо – на внебюджетной форме (по 17%, в общей выборке – 16%), а на бюджетной форме

обучения выходцев из семей медиков меньше – 43% по сравнению с 51% студентов из немедицинских семей и 47% в общей выборке.

Семейный профессиональный капитал связан и со временем выбора медицинской специальности: студенты, в чьих семьях есть медработники, принимают решение о будущей профессии раньше. Так, в 9-10 классе 18% выходцев из медицинских семей решили стать врачами, в то время как в группе «немедицинских» семей 24% таких респондентов. Студенты из семей медиков приняли это решение раньше.

Наконец, еще один объективный признак – место получения среднего образования. Вопрос формулировался так – «Где вы получили среднее образование?» с предложенными вариантами ответа. Важно было фиксировать именно родительский тип поселения. Оказалось, что студенты из медицинских семей – в основном из крупных населенных пунктов. Так, из Екатеринбурга в общем массиве – 34% студентов, из екатеринбургских медицинских семей – 38%. В общем массиве каждый десятый студент получил среднее образование в селе, поселке, и 12% студентов из немедицинских семей – оттуда, по сравнению с 8% студентов из семей, где есть медработники.

### **Заключение**

Таким образом, гипотеза о существенном влиянии семейного статуса студента на демонстрируемые ценности профессии подтвердилась частично. Семейный медицинский капитал (наличие в семье студента профессионалов из здравоохранения) связан с более реалистичной оценкой возможностей врачебного труда, ситуации в здравоохранении. Можно говорить о преемственности семейного капитала в наборе объективных показателей профессиональной социализации студентов медуниверситета. Это выражается в том числе в более ранней профориентации. Среди выходцев из медицинских семей мы обнаруживаем больше студентов, имеющих более выгодные условия учебы – целевая форма финансирования обучения, более престижный факультет (на лечфаке больше, чем на педиатрическом).

Скажется ли «медицинское происхождение» студента на его профессиональных планах? Проблемой можно считать уход из профессии выпускников медвуза. И здесь можно предположить, что семейный капитал повлияет на обретение более выгодных условий работы. Связи родных наверняка повлияют и на компетентность в определении места работы, и на условия последней. Возможно, это повысит шансы на продолжение профессиональной медицинской карьеры. Однако все это – очередные гипотезы, которые планируется проверить в ходе лонгитюдного исследования на собранных массивах. В числе прочих студентам в анкетировании был задан вопрос о дате рождения, а при

фиксации других социально-демографических, объективных характеристик имеется возможность сопоставить полученные ответы с личными характеристиками обучающихся. И тогда появится возможность проследить профессиональную биографию студента: для первокурсников через 5 лет вернуться к измерению профессиональных ценностей, оценке ситуации в российском здравоохранении. А для выпускников – оценить начало трудовой карьеры. Поиск финансирования для реализации такого проекта уже ведется.

В качестве практических рекомендаций можно указать на важность в воспитательной работе в медвузе идентификации студентов из «династийных» семей. Эта группа может стать источником сведений о реальном труде работников здравоохранения, такие студенты могут быть целевой группой конструирования престижа профессии и – в конечном счете – формирования ориентации на работу в здравоохранении.

#### Список литературы

1. Тимченко Н. С. Роль высшего медицинского образования в воспроизводстве гуманистических ценностей профессии // Высшее образование в России. 2008. № 2. С. 111-116.
2. Гончарова А.С., Ярунина Т.Е., Насыбуллина Г.М. Волонтерство студенту, врачу, здравоохранению // Системная интеграция в здравоохранении. 2011. Том 14. № 4. С. 33-38.
3. Старшинова А.В. Волонтерская деятельность в детском здравоохранении и профессиональное развитие студентов, обучающихся социальной работе // Системная интеграция в здравоохранении. 2011. Том 14. № 4. С. 70-79.
4. Семья и медицинская профессия: источник проблем, объект внимания, кадровый резерв // Семья в современном социуме: междисциплинарные связи. Под ред. Носковой М.В., Шиховой Е.П. Екатеринбург: УГМУ, 2014. С. 110-133.
5. Бурлуцкая М.Г. Высшее образование как лифт социальной мобильности: ожидания выпускников и реалии современного общества // Социология образования. 2012. № 9. С. 87-96.
6. Прямикова Е.В. Компетентностный подход в современном образовательном пространстве: функциональное и структурное содержание. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук / Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. Екатеринбург, 2012.
7. Беляева Л.А., Беляева М.А. Социально-культурная деятельность: структурно-функциональная модель // Вестник Челябинской государственной академии культуры и искусств. 2013. № 1 (33). С. 68-74.

8. Петрова Л.Е. Установки студентов-медиков на приобретение общекультурных компетенций как индикатор их социальной компетентности // Педагогическое образование в России. 2013. № 5. С. 70-75.

---

Петрова Лариса Евгеньевна – к.с.н., доцент кафедры социальной работы ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3, e-mail: docentpetrova@gmail.com;

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕДИАТРОВ НА ОСНОВЕ ТЕХНОЛОГИЙ E-LEARNING ПО ПИЛОТНОМУ ПРОЕКТУ НМО

Чемезов С.А., Царькова С.А., Петрова Л.Е.

*ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России*

Рассматривается опыт участия ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России и врачей педиатров Свердловской области (СО) в пилотном проекте по непрерывному медицинскому образованию (НМО), предусматривающему использование дистанционных технологий для проведения дополнительного профессионального обучения врачей первичного звена.

**Ключевые слова:** дополнительное профессиональное образование, дистанционное обучение, непрерывное медицинское образование в России.

### Prospects for additional education pediatricists technology-based E-learning for pilot project CME

Chemezov S.A., Tsarkova S.A., Petrova L.E.

*Urals State Medical University*

The article describes experience the Ministry of Health of Russia and UGMU and pediatricians Ural region in a pilot project for continuing medical education using e-learning to conduct undergraduate and continuous professional medical education of primary care physicians in Russia.

**Keywords:** Russia, medical education, continuous professional development, e-learning.

#### Введение

Модернизация российской системы высшего и дополнительного профессионального медицинского образования подразумевает сегодня использование информационно-коммуникационных технологий с внедрением электронного обучения, дистанционных технологий. Перспективы использования электронного обучения заложены в ряде нормативных документов, принятых в ближайшие годы: Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014 г. N 2 "Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ" [1, 2, 3].

Создание систем дистанционного обучения в медицинских вузах, занимающихся ДПО, с одной стороны создает дополнительные возможности для врачей в повышении квалификации (особенно из отдаленных от областных центров регионов – прохождение курсов в выбранном вузе без отрыва от работы; с другой стороны, может повысить качество преподавания за счет использования новых обучающих технологий, а также за счет привлечения квалифицированных преподавателей из других медицинских вузов по сетевому взаимодействию.

По инициативе Минздрава России, Национальной Медицинской Палаты и профессиональных медицинских обществ с 01.12.2013г. реализуется федеральный пилотный проект по непрерывному медицинскому образованию (НМО) в 2014 г. для врачей первичного звена трех специальностей: участковых педиатров, участковых терапевтов, врачей семейной медицины [4]. Предпосылки появления НМО были заложены приказом Минздрава РФ и РАМН №344/76 от 27.08.2001г. в виде "Положения по организации дистанционного повышения квалификации врачей" [5]. Уральский государственный медицинский университет (УГМУ) Приказом МЗ РФ № 837 включен в число 15 медицинских вузов-участников проекта [4]. Пилотный проект первоначально должен был завершиться итоговой аттестацией слушателей в декабре 2014 г., объем подготовки при реализации модели НМО 144 часа, 72 часа обеспечивается вузами в форме дистанционного обучения (ДО), 36 часов очно, на базах кафедр медвузов и 36 часов будут набраны врачами-участниками проекта за освоение учебных модулей на сайте [www.sovetnmo.ru](http://www.sovetnmo.ru) в виде 20 тем, самостоятельно выбираемыми педиатрами и помещаемыми в "личный портфель" и в виде кредитов за посещение конференций, проводимых с участием общественных профессиональных организаций.

### **Материалы и методы**

Для реализации Пилотного проекта в 2013 г. в УГМУ была создана рабочая группа, включающая преподавателей-кураторов 3-х кафедр и сотрудников деканата факультета повышения квалификации. Рабочей группой в сжатые сроки были разработаны электронные учебно-методические комплексы (ЭУМК) программ ДПО и договора сетевого сотрудничества УГМУ с НПО, сетевого обучения врачей, далее согласованные МЗ Свердловской области (СО) и утвержденные в НПО. После утверждения ЭУМК, с января 2014 г. кураторы циклов приступили к их представлению на сайт дистанционного обучения УГМУ <http://do.teleclinica.ru>, формированию групп слушателей из врачей области и заключение договоров сетевого обучения. При реализации проекта НМО как у преподавателей УГМУ, так и врачей Свердловской области возникли проблемы

организационного и методического характера. Так, например, электронные образовательные модули на сайте [www.sovetnmo.ru](http://www.sovetnmo.ru) пока что представляют собой переведенные на русский язык и отредактированные ведущими специалистами ОПО РФ материалы компании BMJ Publishing Group Limited (издательства Британского общества врачей для дистанционного НМО врачей). Аналогичные российские разработки в начале реализации проекта на сайте [sovetnmo.ru](http://sovetnmo.ru) не были представлены.

Набор врачей для участия в проекте был поручен региональным министерствам здравоохранения (ЗО), но реально образовательные организации, в том числе и УГМУ, столкнулись с непониманием сути ДО как со стороны руководителей ЛПУ, так и органов управления ЗО, что вызвало необходимость набора врачей, имеющих навыки работы с ресурсами Интернет и имеющих доступ к нему силами сотрудников кафедр факультета повышения квалификации вуза, так как первоначально сформированные по спискам МЗ СО группы слушателей или не имели доступа к сети или не обладали навыками работы с ресурсами Интернет.

И это в то время, когда по данным многочисленных социологических исследований от 47 до 86% россиян являются активными пользователями Интернета, в том числе – социальных сетей. Медицинское сообщество в России располагает как минимумом десятью крупными российскими профессиональными Интернет-сообществами и в мире проведено множество исследований, доказывающих эффективность НМО для качественного повышения квалификации врачей [6].

При разработке материалов электронных модулей кураторы циклов в УГМУ столкнулись с тем, что квалифицированные преподаватели, ранее не преподававшие дистанционно, предоставляли избыточный материал для электронных лекций с большим количеством классификаций, что привело большому объему работы по коррекции и адаптации авторских материалов сотрудниками отдела ДО. Так, сотрудниками отдела ДО только на первом этапе создания учебных модулей, было загружено на сайт ДО УГМУ 430 страниц текстовых документов, а в течение последующих двух месяцев еще 450 страниц, не считая загрузку презентаций и выставление модулей тестов и их отладку. Федеральная, ведомственная и локальная нормативная база по расчету и оплате такой дополнительной нагрузки на преподавателей, при работе с сайтом ДО в настоящее время не разработана. Короткие сроки также стали существенной проблемой обеспечения качества образовательного контента.

Проблемой для ДО врачей является относительно низкий уровень информационно-коммуникационной культуры описываемой группы. Относительно, так как феномен



цифрового разрыва вообще актуален для России – чем дальше от мегаполиса, тем меньше пользователей Интернета, чем старше россиянин, тем менее вероятно его «продвинутость» в Интернете. Российские врачи в массе своей – лица среднего и старшего возраста. В 2010 году средний возраст врачей в Свердловской области составлял 46 лет, в 2005 г. – 45 лет. По данным проведенного сотрудниками УГМУ по целевой квотной выборке в СО в 2014 году анкетного опроса врачей (n=472) продвинутыми пользователями компьютера считают себя только 2,5% опрошенных, уверенными пользователями – половина респондентов, начинающими пользователями – 37%. Нельзя сказать, что для ДО требуются продвинутое навыки, но этот индикатор косвенно связан с опытом и мотивацией использования Интернета, в том числе – в профессии, на рабочем месте.

На вопрос «Какие из перечисленных ниже ресурсов Интернета Вы используете в своей профессиональной деятельности?» опрошенные нами врачи дали такие ответы: поисковые системы – 67%; программы для общения – 61%; специализированные сайты по медицинской проблеме – 51%; профессиональные сообщества и группы в социальных сетях – 45%; ЭМБ – 37%; сайты периодических медицинских изданий – 36%; Интернет-версии справочников лекарственных препаратов – 34%; специализированные сайты профессиональных медицинских сообществ – 28%; специализированные социальные сети для врачей – 24%. Ничего из перечисленного не используют в своей профессиональной деятельности 6% опрошенных. Данные исследования показывают, что частота использования профессиональных Интернет-ресурсов российскими врачами практически не отличается от таковой их европейских и американских коллег [7, 8].

К использованию ДО без отрыва от работы, опрошенные нами врачи СО отнеслись без энтузиазма: считает, что это скорее возможность каждый третий, считают это значимым – еще треть, негативно оценивают – 17%, затруднились с ответом 16%. Для 6% опрошенных ДО не значимо совсем.

В настоящее время врачи, участники пилотного проекта освоили материалы электронных модулей на сайте ДО УГМУ, более, чем на 50%, успехи в освоении материалов сайта [sovetsmo.ru](http://sovetsmo.ru) меньше, до 20% от необходимого у ряда слушателей. Такое отставание объясняется, в том числе тем, что, получив персональные коды доступа на сайт НПО, слушатели не заходили на него в первые месяцы обучения, а после летних отпусков, коды оказались неактивными, из-за их неиспользования. Часть педиатров, активировав код доступа, не сразу справились с навигацией на сайте, правилами набора

тем в "личный портфель", что потребовало помощи как со стороны кураторов кафедры, так и сотрудников деканата ФПК и ПП УГМУ.

### **Выводы**

В число основных проблем при реализации проекта НМО входят: необходимость совершенствования учебных модулей на сайтах НПО, вопрос о введении Министерством образования и науки РФ «Примерных нормативов нагрузки на преподавателей при разработке программ ДПО, с применением ДО», развитие системы электронного обучения в медуниверситетах, повышение знаний о Пилотном проекте НМО и о его необходимости среди участковых педиатров, практических врачей других специальностей, и руководителей ЛПУ, повышение компетентности в области использования современных информационных технологий у руководителей здравоохранения.

### Список литературы

1. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ. - Режим доступа: <http://www.rg.ru/obrazovanie-dok.html>. - 30.12.2012.
2. Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам. [Электронный ресурс]: Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. N 499 г. Москва.- Режим доступа: <http://www.rg.ru/2013/08/28/minobr-dok.html>
3. Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ [Электронный ресурс]: Приказ Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014 г. N 2 г. Москва.- Режим доступа: <http://www.rg.ru/2014/04/16/obuchenie-dok.html>
4. Портал [www.sovetnmo.ru](http://www.sovetnmo.ru) [Электронный ресурс]: - Режим доступа: [http://www.sovetnmo.ru/pages/pilot\\_project.html?SSr=290133531e10ffffff27c\\_\\_07de081e0a1d31-39655](http://www.sovetnmo.ru/pages/pilot_project.html?SSr=290133531e10ffffff27c__07de081e0a1d31-39655)
5. Об утверждении концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации. [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и РАМН от 27.08.2001 г. № 344/76 - Режим доступа: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=26161>
6. Davis D.A, Thomson M.A, Oxman A.D, Haynes R.B. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. JAMA. 1992, 268(9):1111-7.

7. Kritz M., Gshwantner M., Stefanov V., Hanbury A., Samwald M. Utilization and perceived problems of online medical resources and search tools among different groups of European physicians. *J Med Internet Res.* 2013, 15(6):e122.
8. Masters. K. For what purpose and reasons do doctors use the Internet: a systematic review. *International J of Med Informatics*, 2008, 77, 4-16.

---

Чемезов Сергей Александрович – к.м.н., заместитель декана Факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов по ДОТ ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3, (343) 214-86-71, e-mail: tutor\_06@mail.ru

## ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из нового сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию начальника управления анализа, прогноза и развития здравоохранения Департамента здравоохранения Тюменской области, ассистента кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПП и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ Захарченко Натальи Михайловны, посвященную управлению страховыми рисками и формированию социальной защиты медицинского персонала.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.

## УПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВЫМИ РИСКАМИ И ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

### Захарченко Н.М.

В конце XX века в теории и практике управления качеством медицинской помощи возникло новое направление - управление рисками, которые могут оцениваться с позиции вероятности наступления различных случайных событий (рисков) и ущерба (физического, морального, экономического) как для пациента, так и для медицинского работника вследствие некачественного оказания медицинских услуг. При этом, учитывая многообразие профессиональных и морально-этических особенностей клинической деятельности врачей, риски возникновения ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны. Вопрос заключается в тяжести последствий данных ошибок для здоровья пациента, а также возможностей контролирующих технологий не только активно их предупреждать, но и совершенствовать организацию оказания медицинской помощи с целью повышения здоровья населения, а также осуществлять социальную защиту медицинского персонала.

Профессиональная деятельность в здравоохранении постоянно сопровождается рисками, как для медицинского персонала, так и для пациентов. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи для пациента.

Риск - это возможность возникновения неблагоприятной в медицинской практике вплоть до летального исхода.

В соответствии со статьей 9 Закона Российской Федерации от 27.11.1992г. №4015-11 – «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – «страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления».

О наличии довольно высоких рисков в медицине свидетельствуют данные Канадского института медицинской информации. На основе обработки статистической информации о неблагоприятных исходах в медицине было

установлено: один из 9 взрослых пациентов в больнице инфицируется; один из 9 пациентов получает неправильное назначение лекарства или неправильную дозу препарата; у каждой из 20 женщин в родах отмечаются серьезные повреждения родовых путей; у каждого из 229 пациентов, которым переливались компоненты крови, развивались побочные реакции; у каждого из 6667 оперированных хирурги оставляют в организме инородные тела (инструмент, тампоны и проч.)\* (Ошибки врачей стоят канадцам 750 миллионов долларов // Медицинские новости. 2004. 10 июня).

По данным прозектур крупнейших городов России (Москва, Санкт-Петербург) непосредственной причиной летального исхода у 3-6% умерших в многопрофильных стационарах явились ятрогенные последствия диагностических и лечебных вмешательств. Ятрогенные осложнения были причиной смерти 120 из 568 (21,1%) пациентов, умерших в специализированной кардиологической клинике, из них: после кардиологической операции – 85%, диагностических и лечебных мероприятий – 7,5%; назначения лекарственных препаратов – 7,5%. По наблюдениям патологоанатомов, каждый третий случай ятрогении обусловлен неадекватными действиями медицинского работника<sup>†</sup>.

По оценкам ВОЗ около 20% врачебных ошибок связано с неполнотой данных или невозможностью оперативного получения необходимой информации<sup>‡</sup>.

Существует большое количество определений понятия «врачебная» ошибка. Под ним понимается добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности медицинского невежества<sup>§</sup>.

В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. Неблагоприятный исход лечения как наиболее вероятная причина

\* Ошибки врачей стоят канадцам 750 миллионов долларов // Медицинские новости. 2004. 10 июня.

† Пристанское В. Д. Ятрогенные патологии и правовые аспекты проблемы // В сб. Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции, Москва, Российский Новый университет, 26 марта 2004г. / под редакцией Стеценко С. Г. М., «Юрист», 2004.

‡ Лапрун И. А. Эффективность внедрения медицинских систем // Медэксперт. 2009. № 4 (6). С. 12-13.

§ Давыдовский И. В. // Современная медицина. 1941. № 3. С. 3-5.

обращения пациента (либо его родственников) с жалобой или судебным иском может наступить вследствие дефектов оказания медицинской помощи, противоправных действий врача, несчастного случая. Под дефектом оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу при оказании медицинского вмешательства<sup>\*\*</sup>.

Во взаимоотношениях медицинских работников и пациентов усматривается двойственность и определенные противоречия. С одной стороны, медицинские работники должны защищать интересы пациентов, но с другой — они сами требуют защиты от пациента, особенно в случаях возникновения дефекта оказания медицинской помощи, жалобы или судебного иска. Данное противоречие во всех цивилизованных странах является неизбежным спутником развития современной медицины, внедрения новых технологий, роста правосознания пациента<sup>††</sup>.

Опасения судебного преследования (почти 40% австралийских врачей видят в каждом пациенте потенциального жалобщика) заставляют специалистов заниматься «оборонительной медициной». В частности, 55% опрошенных врачей заявили, что из подобных опасений стали чаще заказывать анализы, отправлять пациентов на консультацию узкого специалиста, выписывать больше лекарств<sup>††</sup>.

В России действующие в настоящее время законодательные акты в сфере охраны здоровья закрепляют в основном права пациентов как потребителей медицинских услуг на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи, обязанность медицинских организаций возмещать этот вред, а также осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациентов. При этом право медицинских работников на страхование риска своей профессиональной ответственности до сих пор остается лишь законодательной декларацией.

<sup>\*\*</sup> Линденбратен А. Л., Савельев В. Н., Дунаев С. М., Виноградова Т. В. Качество медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики на современном этапе. Ижевск: изд-во ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет», 2011. 98 с

<sup>††</sup> Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. - 2007. - № 13. - С. 32 - 39.

<sup>††</sup> URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news>

Рост числа судебных исков, предъявляемых к медицинским организациям, неизбежен. Данный процесс связан не столько с реальным качеством медицинских услуг, сколько с активной работой организаций, специализирующихся на защите прав пациента, а также общим кризисом доверия к медицине.

Вялков А. И. с соавт. (2009)<sup>§§</sup>, указывают, что возникновение врачебных ошибок рассматривается через призму качества профессиональной деятельности врача. На профессиональное развитие человека оказывают влияние субъективные и объективные факторы. Если объективные факторы - это в основном цели и средства, связанные с профессиональной подготовкой врача, то субъективные факторы - это социально-экономические условия жизни, психологические и эмоциональные факторы (включая межличностные коммуникации). При негативных условиях жизни ни один врач не застрахован от профессиональных ошибок. Предупреждение врачебных ошибок - это основное звено в системе управления качеством медицинской помощи.

Предметом дискуссии учёных во всём мире является разработка теоретических и методических подходов к формированию механизма защиты экономических и правовых интересов лиц, оказывающих медицинскую помощь. Пути разрешения проблемы при этом различны. Но во многих странах они практически нашли свою реализацию.

Безопасность и качество - важнейшие компоненты медицинской помощи, которые определяются многими факторами, в том числе уровнем современных медицинских технологий и профессиональных знаний медицинских работников. С 1989 г. в США были учреждены Агентство по политике и исследованиям в здравоохранении (АНСРР) для поддержки фундаментальных научных исследований, посвященных качеству, эффективности и доступности медицинской помощи и продвижения их результатов в клиническую практику; консультативная комиссия при президенте по защите потребителей и качеству медицинских услуг (АССР&QHCI); Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA); Сеть для измерения качества (QMNet) для выявления, апробирования и распространения новых методов оценки качества медицинской помощи<sup>\*\*\*</sup>. В США созданный на федеральном уровне Центр по

<sup>§§</sup> Вялков А. И., Хальфин Р. А., Никонов Е. Л. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении на современном этапе // Главврач. 2009. № 4.

<sup>\*\*\*</sup> Комаров Ю. М. Качество медицинской помощи: оценка и обеспечение // Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России. М.: НПО «Медсоцэкономинформ», 1998.



повышению качества и безопасности пациентов (Center for Quality Improvement and Patient Safety, CQaIPS) сосредоточил свои усилия на деятельности по координации мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов, профилактику страховых рисков.

Разработаны индикаторы качества оказания медицинской помощи, на основании которых аккредитационные учреждения США установили ориентиры для развития программ качества в больницах. Таким образом, профилактика нежелательных событий обеспечивается достижением необходимого уровня безопасности, без которого осуществление медицинской деятельности будет незаконным. Важными элементами профилактики являются: ликвидация перегрузки медицинских специалистов, информирование пациентов и членов их семей о предотвратимых медицинских ошибках, использование электронных средств поддержки принятия решений для назначения лечения; обеспечение преемственности на этапах лечебно-профилактического процесса и регулярный пересмотр получаемого пациентом лечения вместе с ним или с другими специалистами, участвующими в оказании помощи.

Национальный фонд безопасности пациентов (National Patient Safety Foundation) аккумулирует примеры передового опыта и результаты исследований по проблеме безопасности пациентов, а также апробирует подходы, применяющиеся в ряде отраслей для снижения риска возникновения нежелательных событий<sup>†††</sup>.

При Американском обществе анестезиологов (ASA) организован Институт качества в анестезиологии (AQI), который обеспечивает работу Национального реестра клинических исходов при анестезии (NACOR). В эту базу данных поступает информация от 5000 анестезиологов и их объединений, работающих в 1000 ЛПУ. Помимо сведений о показателях качества медицинской помощи (далее КМП) в штатах и стране в целом, пользователи NACOR получают регулярные отчеты о КМП в их лечебно-профилактических учреждениях с автоматически проведенными внешними и внутренними сравнениями, помощь в составлении отчетов в вышестоящие организации и в процедуре аккредитации/лицензирования, а также доступ к материалам по повышению КМП<sup>†††</sup>. В зарубежной практике продолжается

---

<sup>†††</sup> Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения // Медицинские новости. 2011. № 11. С. 31-38.

<sup>†††</sup> Balusta J., Macario A. Can anesthesia information management systems improve quality in the surgical suite? // Current Opinion in Anaesthesiology 2009; 22: 215-222

переход к комплексной оценке адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарт лечения». Соответствие действий врача этим стандартам освобождает его от ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения.

В 1986г. было организовано Международное общество по обеспечению КМП с центром в Австралии; позднее образовалось Европейское общество по обеспечению качества в общей практике. Активно работает Национальная организация по обеспечению качества в Нидерландах. Во многих врачебных ассоциациях и страховых организациях были созданы подразделения, занимающиеся КМП.

В некоторых странах существует практика заключения между врачом и пациентом медицинского контракта, где предусматриваются конкретные меры, которые будут применены в случае причинения вреда пациенту или неисполнения заключенного контракта. Многие развитые страны мира (ФРГ, Австрия, США, Франция, Италия, Испания и др.) имеют в своем национальном законодательстве о здравоохранении так называемые медицинские, или врачебные кодексы, нормы которых регулируют отношения между медиками, пациентами и их родственниками, профессиональные отношения медиков между собой, с администрацией и государственными органами.

Особого внимания заслуживает инициатива группы крупных страхователей Learfrog Group, которая с 1998 г. выступает в роли независимого аудитора КМП, влияя на финансовые отношения между страховщиками и производителями медицинских услуг. Эта группа внедрила оплату за качество (pay for performance), что подразумевает стимулирующие выплаты производителям медицинских услуг, результаты работы которых соответствуют согласованным критериям эффективности и КМП<sup>§§§</sup>. Эта доктрина опирается на данные психологических исследований, в которых было показано, что положительная мотивация при достижении цели эффективнее, чем страх перед наказанием за неудачу.

В Европе тоже стала распространяться «мода» на судебные процессы по возмещению ущерба медицинскими клиниками. Во Франции 4 марта 2002 г. был принят Закон о правах пациентов и качестве медицинской помощи. Этот закон был призван дать пациентам реальное право голоса в системе здравоохранения, что отражено во вступительной части Закона, озаглавленной «Демократия в системе здравоохранения». Основное внимание уделено личным правам пациента,

<sup>§§§</sup> Clergue F. What next targets for anaesthesia safety? // *Curr. Opin. Anaesth.* 2008. 21: 360-2.

возможности прямого доступа больного к своей медицинской документации, укреплению статуса ассоциаций больных, созданию во всех больницах комиссий с участием представителей больных и развитию информации для потребителей. Закон предусматривает выплату компенсации пациенту в случае врачебной ошибки. Важно, что закон направлен на улучшение КМП, развитие непрерывного образования медиков и оценку профессиональной деятельности\*\*\*\*.

Наиболее распространенными видами врачебных ошибок в Великобритании являются неправильно выписанные рецепты, небрежно проведенные операции, неверные диагнозы и утрата медицинской карты больного. Для облегчения медикам бремени растущих взносов за полисы по страхованию профессиональной ответственности правительство Великобритании в 1990 г. ввело государственную систему страхования ответственности, которая охватывает врачей (за исключением семейных) и стоматологов, работающих в больницах и других медицинских учреждениях общественного сектора здравоохранения. Согласно этой системе, компенсацию за ущерб, причиненный при медицинском вмешательстве, выплачивают те медицинские учреждения, в которых работают врачи, виновные в причинении ущерба. Это усилило контроль со стороны руководства медицинских организаций за работой персонала<sup>++++</sup> (Шарабчиев Ю. Т., 2007).

В Канаде работу по сбору аналогичных данных осуществляет Ассоциация защиты медицинских работников Канады (Canadian Medical Protective Association). Такая информация представляет собой уникальный источник медико-юридического опыта, используемый членами СМРА в своей практике как с целью улучшения качества обслуживания пациентов, так и для защиты собственных интересов. Указанные сведения помогают страховым компаниям отслеживать тех субъектов медицинской деятельности, уровень знаний и навыки которых не позволяют им качественно осуществлять свои профессиональные обязанности. Результаты такой деятельности доводятся до сведения административных органов.

В мировой практике профессиональная ответственность врачей, как правило, подлежит обязательному страхованию. Потребность в страховании профессиональной ответственности медицинских работников (далее СПОМР)

\*\*\*\* Сандье С., Пари В., Полтон Д. Системы здравоохранения: время перемен. Франция. ВОЗ, 2004. 138 с.

++++ Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости. - 2007. - № 13. - С. 32 - 39.

продиктована тем, что они объективно оказывают влияние на состояние здоровья пациента через диагностические исследования, терапевтические процедуры, хирургические вмешательства, и если пациент докажет, что действиями медицинского работника его здоровью нанесен ущерб, виновник должен его возместить. Естественно, обычный практикующий врач не в состоянии выплачивать компенсации, достигающие достаточно больших сумм. Поэтому в развитых государствах широкое распространение получили различные системы СПОМР.

Страховая защита распространяется на непреднамеренные профессиональные ошибки медицинского работника, имевшие место при выполнении им профессиональных обязанностей и повлекшие причинение вреда здоровью пациента. В США, например, ни один врач не сможет начать профессиональную деятельность без приобретения страхового полиса, стоимость которого составляет от нескольких десятков тысяч долларов для терапевта и до нескольких сотен тысяч для нейрохирурга. Деятельность врачей страхуется страховыми компаниями, и они берет на себя оплату предъявляемых ему исков и судебную защиту его интересов. При наличии у врача страхового полиса страховая компания оговаривает ограничение либо размеров выплат из расчета на одну жалобу, например, до 10 или 100 тыс. долл., либо общей суммы выплат за период действия страхового полиса. Степень риска оценивается на основании анализа данных о количестве поступивших жалоб и о числе и размерах произведенных выплат за предшествующие годы в том регионе, где действует данная страховая компания. В США федеральное законодательство обязывает страховые компании направлять информацию по каждому страховому случаю в Национальный банк данных о деятельности профессионалов (National Practitioner Data Bank). Сообщаемые сведения должны содержать данные о медицинском работнике, об основаниях удовлетворения требований о возмещении вреда здоровью, о размере выплаченных страховых сумм. Если профессиональная деятельность врача явилась основанием для более чем двух страховых выплат либо хотя бы одного негативного судебного решения, указанные сведения должны быть отражены и в личных делах специалистов.

Страхование профессиональной ответственности врача оформляется специальным полисом, в котором подробно формулируются основные и дополнительные условия страхования. Приобретение полиса по страхованию профессиональной ответственности гарантирует врачу, что страховая компания берет на себя защиту

его интересов в судебных процессах и выплату компенсаций по тем искам, которые могут быть ему предъявлены.

Одними из наиболее удачных и перспективных нововведений в этой области, для облегчения пациентам доказательства того, что причиной ущерба является именно медицинское вмешательство, за рубежом широко используется система компенсации понесенного пациентом ущерба, не требующая поиска конкретных виновников и доказательства их вины, что особенно затруднительно для пострадавшего. Она основывается на концепции ответственности без вины (*no fault liability*). Впервые такая система была введена в Новой Зеландии в начале 70-х годов, где она действует как разновидность социального страхования. Страхования профессиональной ответственности медиков она не подменяет, но дополняет его, способствуя удовлетворению интересов пациента. Концепция исходит из того факта, что определенная часть случаев причинения ущерба пациенту в ходе медицинского вмешательства не связана с проявлениями халатности, преступной небрежности или с ошибочными действиями медицинского персонала, но может быть объяснена неблагоприятным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, вследствие чего понесшего ущерб пациента можно считать пострадавшим от несчастного случая.

В новозеландских законах о компенсации лицам, пострадавшим при несчастных случаях, оговорено, что к ним относятся и жертвы несчастных случаев при медицинском вмешательстве, включая хирургическое и стоматологическое обслуживание и оказание первой медицинской помощи. Жалобы пациентов по поводу понесенного ущерба рассматривает Новозеландская корпорация по компенсации при несчастных случаях. Если она отклоняет жалобу, считая, что речь идет не о несчастном случае, а о преступной халатности со стороны врача, то пациент может обращаться за компенсацией в судебные органы, поэтому врачам необходимо сохранять членство в организациях, обеспечивающих их защиту на судебных процессах. В этом случае будет задействована практика страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Если же корпорация по компенсации при несчастных случаях признает, что удовлетворение данной жалобы входит в ее компетенцию, то она предоставляет подателю жалобы компенсационную выплату. Пострадавшему выплачивается компенсация за утрату трудоспособности, получение инвалидности, возмещается моральный ущерб,

расходы на лечение и реабилитацию, а при летальном исходе родственникам возмещаются расходы на похороны<sup>\*\*\*\*</sup>.

В Европе концепцию ответственности без вины при компенсации ущерба, понесенного пациентом, первой стала применять на практике Швеция; ее примеру последовали Финляндия и Норвегия.

Система СПОМР в здравоохранении за рубежом не поддается однозначной оценке - с одной стороны, она облегчает медикам осуществление компенсаторных выплат в случае предъявления пациентом иска за нанесенный ему ущерб, с другой - создает серьезные проблемы из-за постоянно растущих расходов на медицинское обслуживание и вынужденное перепрофилирование отдельных специалистов, которые стремятся заниматься теми видами медицинской деятельности, где риск совершения врачебной ошибки ниже и, соответственно, предъявление исков со стороны пациентов реже.

Система СПОМР постоянно совершенствуется, выдвигаются различные альтернативные предложения:

- настоящее время популярны общества взаимного страхования за счет членских взносов ее участников;
- разрабатываются механизмы внесудебного урегулирования претензий пациентов.

**Методические подходы по формированию социальной защиты медицинского персонала при профессиональной деятельности.** ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» имеет высшую юридическую силу и требует приведения в соответствие всей нормативной иерархии: законов и подзаконных актов федеральных органов и субъектов РФ (приказов, инструкций, положений), внутриучрежденческих нормативных правовых актов, коллективных договоров и функциональных обязанностей. В любой медицинской организации должны быть локальные нормативные акты, определяющие меры по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской помощи. Ответственность персонала за обеспечение качества и безопасности медицинской помощи должна быть в приказе и функциональных обязанностях сотрудников.

Анкетирование врачей в РФ показало, что каждый второй респондент (57 %) отмечает в своей практике случаи, которые могли, по их мнению, закончиться

---

<sup>\*\*\*\*</sup>World Congress on Medical Law, 9th. Gent (Belgium), 1991

обращением пациентов в суд, но лишь у 6% врачей они решались в судебном порядке, у 30 % подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21 % остались без внимания со стороны пациентов<sup>§§§§</sup>.

В Тюменской области с 2009г. были разработаны нормативно-правовые акты, определяющие необходимые управленческие технологии по созданию условий для максимального рассмотрения жалоб на досудебном уровне, непосредственно в медицинских организациях, разработана модульная интегральная система «Пациент-врач» (рисунок). Система включает два основных модуля, которые подразделяются на подсистемы мониторинга и организационные направленные адекватные решения изменений в управлении качеством оказания медицинской помощи. Модули равноценно фиксируют реакцию пациентов на организацию и качество оказания медицинской помощи, отношение медицинского персонала на реакцию пациентов.

Изучать результаты общественного мнения в динамике, отслеживать изменения оценки показателей эффективности системы здравоохранения позволяют: ежегодные мониторинги результатов социологических исследований, анкетирование и интервьюирование пациентов и медицинского персонала.

С целью уменьшения очереди в регистратуру в медицинских организациях рекомендуется осуществлять мероприятия по разделению потоков пациентов до обращения их в регистратуру, работа должна строиться на:

- внедрении и совершенствовании элементов осведомленности пациентов вопросам доступности медицинской помощи (информационные стенды, создание сайтов ЛПУ, «горячая линия руководителя», «почта главного врача», введение должности администратора);
- информационно-просветительской работе (интернет, «единый социальный телефон», активное участие в сходах граждан, выступления для СМИ);
- межведомственном взаимодействии, направленном на формирование мотивации к созданию унифицированной системы управления качеством медицинской помощи, активизации работы с обращениями граждан, их внутриучрежденческое рассмотрение.

---

<sup>§§§§</sup> Сергеев В.В. Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. - № 1. – С. 7 – 9.

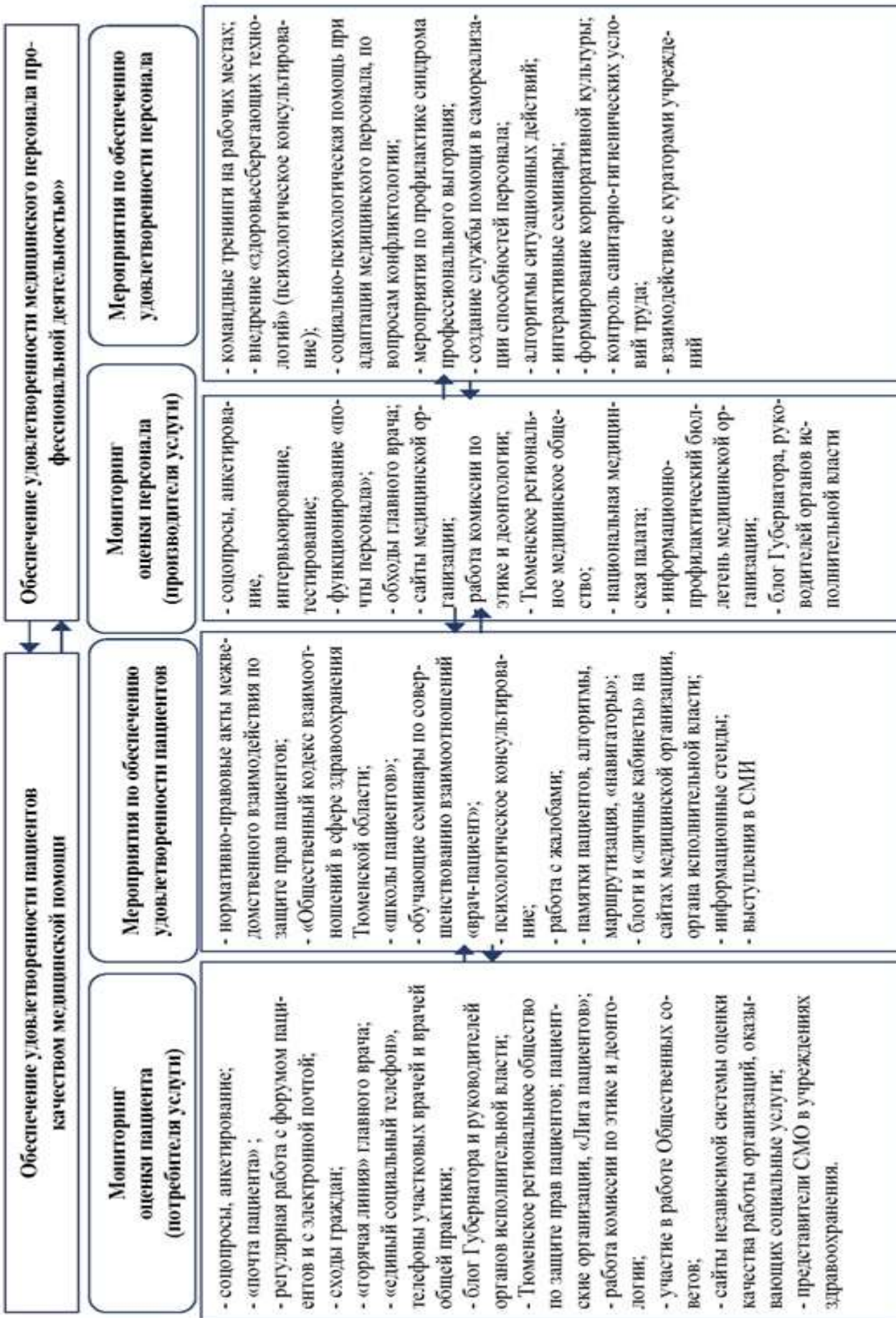
С целью изменения психологии, тактики общения, формирование новых ценностей и установок, как медицинских работников, так и пациентов, а также организации максимальной оперативности при рассмотрении обращений непосредственно в медицинских организациях целесообразно подготовить приказ «О создании комиссии по этике и деонтологии», а также Положение о комиссии, основанное на принципах объективности и открытости. В соответствии с Положением заседания комиссии проводятся с участием заявителя и медицинских специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи, результаты заседания комиссии ежемесячном режиме анализируются, при необходимости принимаются управленческие решения, разрабатываются планы мероприятий по устранению и недопущению выявленных замечаний.

Каждая медицинская организация должна иметь сайт, на котором открыты «личные кабинеты», располагается информация о видах медицинской деятельности, в соответствии с лицензией, о квалификации специалистов, графиках личного приема администрации, контролирующих организаций, материал по здоровому образу жизни, профилактике заболеваний.

Для улучшения работы регистратуры осуществляется дополнительное материальное стимулирование сотрудников с учетом качества и объемов работы, повышение требований к базовой подготовке при приеме на работу, регулярное обучение, в том числе, по вопросам соблюдения этики и деонтологии сотрудниками регистратуры.

Непрерывная профессиональная подготовка медицинского персонала – базовое направление при формировании социальной защиты. На первом национальном съезде врачей России, который состоялся 5 октября 2012г., вопросы качества оказания медицинской помощи и качества медицинского образования были отнесены к фундаментальным вопросам развития современной медицины. Министр здравоохранения РФ В.И.Скворцова в своем выступлении подчеркнула, что «вопросам качества оказания медицинской помощи в системе отечественного здравоохранения уделяется пристальное внимание». Ею было отмечено, что в последнее время увеличилось количество жалоб от населения на низкое КМП, а эксперты отмечают снижение профессионального уровня по целым группам медицинских работников.





Согласно Федеральному Закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», медицинские работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя, в соответствии с трудовым законодательством РФ; прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации. Главная причина неудовлетворительной квалификации медицинских кадров – несовершенство системы повышения квалификации. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 11.11.2013 №837 от «Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей – терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участие общественных профессиональных образований» определены пилотные территории и порядок для отработки в них основных принципов непрерывного медицинского образования. Непрерывное медицинское образование – это образование медицинских и фармацевтических работников, которое начинается после получения специальности и продолжается непрерывно в течение всей жизни. В терминах существующей нормативно-правовой базы – это дополнительное профессиональное образование, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки. Для расчета объема подготовки водится термин «кредиты». Кредиты – единицы измерения трудоёмкости учебной нагрузки по программам повышения квалификации (таблица 1).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика профессионального образования**

	<b>Сегодня</b>	<b>Должно быть</b>
Объем и периодичность	144 часов 1 раз в 5 лет	250 часов (кредитов) за 5 лет, 50 часов ежегодно
Учет знаний	1 раз в 5 лет	Постоянно в режиме on- line
Контроль	1 раз в 5 лет	1 раз в год
Преподавание	Аудиторно	Дистанционно на рабочем месте
Технологии обучения	Лекции, практические знания	Электронное обучение. Обучение в симуляционных центрах
Участие	ГОУ ДПО и ФУВы	Профессиональные общества по специальностям и главные внештатные специалисты Департамента

Преимущества непрерывного профессионального образования:

1. Дистанционное обучение на рабочем месте.

## 2. Учет всех видов образовательной активности:

- наставничество;
- участие в патологоанатомических разборах;
- обучение в симуляционных центрах;
- выступления на конференциях;
- научная работа и другая активность.

Обучение должно быть актуальным и интересным, с применением информационных и дистанционных форм обучения для его реализации необходимо оснащение рабочих мест врачей современными информационно образовательными материалами и доступом к электронной медицинской библиотеке, посещения ими конференций и семинаров.

По данным Улумбековой Г. Э. (2011) <sup>\*\*\*\*\*</sup>, в Германии и США публикуются реестры или списки врачей с указанием часов образовательной активности или кредитов, которые врач накопил ежегодно для того, чтобы повысить свою квалификацию (National Healthcare Quality Report., 2010). Дополнительно в этих списках может указываться, сколько этот врач выполнил за год сложных практических манипуляций или хирургических вмешательств, поскольку, если они делают их меньше установленного числа, есть риск, что квалификация врача будет падать.

По мнению зарубежных специалистов для повышения эффективности обучения медицинского персонала важно, чтобы обучение было интерактивным. Превосходящая эффективность проблемно-ориентированных командных тренингов на рабочих местах, в которых участвуют врачи различных специальностей и средний медицинский персонал, по сравнению с традиционными дидактическими лекциями для определенной группы специалистов доказана в сравнительных исследованиях <sup>†††††</sup>. Также установлено, что, принимая активное участие в процессе обучения (работая в малых группах, участвуя в ролевые играх и др.), участники получают больше знаний. Совместные обсуждения и обучение различных специалистов помогают лучше понять проблемы, стоящие перед организацией, и разработать системный подход к повышению качества и безопасности медицинской помощи. Для проведения интерактивных семинаров необходимы

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Улумбекова Г.Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами. // Менеджмент качества. - 2011. - №4(10) – С. 36-44

<sup>†††††</sup> Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care. Internal Medicine Journal 39 (2009), 389-400

квалифицированные подготовленные специалисты-тренеры, не только владеющие знаниями по тематике семинара, но и умеющие использовать методы интерактивного обучения. Другими важными качествами преподавателя являются: умение сформировать хорошие отношения с аудиторией, энтузиазм, доступность и общительность, заинтересованность во мнении учащихся, организованность и приветливость. Обучение практикам, особенно инвазивным, должно проводиться с помощью манекенов. Использование симуляционных тренажеров значительно улучшает практические навыки медицинских работников, не нанося вреда пациентам. Переход от тренажеров к пациентам должен осуществляться под руководством наставников — более опытных сотрудников. Наставничество требует поддержки руководителей медицинской организации, признания частью рабочего времени и дополнительной нагрузкой сотрудника.

По данным Филатова В.Б. и соавт. (2001)<sup>\*\*\*\*</sup> по результатам проведенного социологического исследования: более 50% опрошенных врачей указывают на необходимость повышения знаний по правовым основам их деятельности. Минимизация оснований для исковых заявлений граждан по поводу некачественно оказанной медицинской помощи – одно из положительных экономических следствий правильно организованной правовой подготовки медицинских работников. Врач, не знающий правовых основ своей профессиональной деятельности, является недостаточно квалифицированным и даже опасным специалистом.

Профессиональные медицинские саморегулируемые организации – основа формирования социальной защиты медицинского персонала. Сегодня имеются серьезные предпосылки к смене государственной модели управления здравоохранением в России на европейскую – общественную модель. Комитет Госдумы по здравоохранению в рамках реформы системы здравоохранения планирует передать функции по допуску медиков к профессиональной деятельности объединению врачей, созданному на базе Национальной медицинской палаты. При этом все практикующие врачи должны будут пройти переаттестацию. Кроме того, по замыслу авторов концепции, профессиональному объединению врачей будут переданы и функции, связанные с правом разбирать споры между медиками и пациентами. Если по итогам разбирательств действия врача будут признаны непрофессиональными, то коллегия

\*\*\*\*Филатов В.Б., Коротких Р.В., Лукова Н.Х. Этические и правовые основы во взаимодействиях врача и пациента // Здравоохранение. 2001. № 3. – С. 174

лишит его права на работу. Таким образом, в ряде случаев профессиональное сообщество будет действовать наравне с судом. В целом, на сегодняшний день, в России взят официальный курс на сокращение вмешательства государства в экономику, предполагая постепенную передачу ряда полномочий квалифицированным институтам профессионального сообщества. В связи с этим, допускается привлечение к регулированию в области экономики объединений общественного свойства – саморегулируемых организаций.

В соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» «медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе профессиональных некоммерческих организаций». Основные задачи этих организаций - поддержать высокую профессиональную репутацию врачей, обеспечить благоприятные экономические условия их работы. Положительный эффект развития саморегулируемых систем — объединение профессионалов (докторов, медицинских работников), направленное на то, чтобы продвигать коллективную ценность собственной профессиональной деятельности. Это в ряде случаев эффективный сигнал, который обеспечивает повышение спроса на услугу, производители которой известны тем, что гарантируют качество услуги.

У саморегулируемых организаций есть и такая важная функция, как рассмотрение жалоб потребителей и внесудебное разрешение конфликтов, возникающих между участниками саморегулирования и потребителями. Высокая степень защищенности пациента и врача при конфликтных ситуациях достигается не столько работой судебных органов, сколько активной деятельностью различных общественных (внесудебных) институтов, обладающих широкими полномочиями в силу их легитимности. При организации саморегулирования как раз предусматривается создание третейских судов, которые будут разрешать возникающие споры<sup>§§§§§</sup>. В настоящее время основными задачами современного здравоохранения являются эффективное управление системами здравоохранения при активном участии общественных организаций (пациентских и профессиональных медицинских) и защита прав всех социальных групп населения.

В Тюменской области профессиональное медицинское общество (ТРМО) было создано 16 октября 2009 года на принципе добровольного участия. Учредителями

---

§§§§§ Борисов Д. А., Лазарев С. В., Мисюлин С. С. Саморегулируемые организации в здравоохранении // Вестник Росздравнадзора. 2010. №1. - С.35-37

общества стали девять крупнейших медицинских организаций области. ТРМО является одним из учредителей Национальной медицинской палаты.

На начало 2014г. членами ТРМО являются 69 лечебных учреждений Тюменской области, 16 профессиональных объединений медицинских работников, 4 894 врача. Благодаря ТРМО в области создана и функционирует система социальной защиты медицинского персонала, которая позволяет постоянно повышать квалификацию специалистов как в вопросах законодательства, так в области охраны здоровья, создано единое, информационное пространство, возрождается идеология общественного управления.

За три года деятельности ТРМО стало активным участником общественной жизни региона, входит в региональный Координационный совет по вопросам профилактики и формирования культуры здорового образа жизни, в Согласительную комиссию по обязательному медицинскому страхованию, в межведомственную комиссию по вопросам реализации региональной программы модернизации здравоохранения, Общественного совета при департаменте здравоохранения. Велика роль ТРМО для междисциплинарных взаимодействий специалистов разных направлений в интересах пациентов и лечебного процесса в целом. В состав Партнерства входят 14 профильных медицинских ассоциаций. Подписаны соглашения между Партнерством и ассоциациями.

Одним из направлений деятельности ТРМО стала аттестация медицинского персонала учреждений здравоохранения Тюменской области. В настоящее время аттестация медицинских работников по многим специальностям проводится в профильных ассоциациях, создание, юридическое и бухгалтерское сопровождение которых осуществляет ТРМО. Главная идея заключается в том, что аттестовать профильного специалиста должны коллеги, знающие его самого и его работу, это стимулирует профессиональный рост медицинских работников. На сайте ТРМО запущено On-line тестирование в рамках аттестации медицинских работников. Размещено 150 тестовых заданий по различным специальностям и категориям. Введение тестирования это еще один шаг к системе непрерывного профессионального образования. Специалисты, используя информационные ресурсы, самостоятельно дают оценку своим знаниям, определяют потребность в повышении квалификации, в том числе и в вопросах законодательства в области охраны здоровья. По новой системе проведена аттестация 3 346 специалистов,

работающих в системе здравоохранения Тюменской области. С 2013 года на сайте Партнерства создан Электронный медицинский журнал для публикации научно-аналитических материалов специалистов медицинских организаций. Была проведена первая On-line аттестация для медицинских сестер из Тобольска. Проведенная работа свидетельствует о создании единого, информационного пространства и возрождении идеологии профессионального общественного управления.

Юридическая помощь и страховая защита медицинского персонала, связанные с риском ответственности по обстоятельствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности, являются одними из приоритетных направлений в деятельности ТРМО. В 2011 году был заключен договор со страховой компанией о страховании работников медицинских учреждений, связанных с риском ответственности по обстоятельствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности. На 2013 год застраховано 74 учреждения здравоохранения юга Тюменской области. Общее количество рассмотренных страховых случаев 14, из них 9 были урегулированы в досудебном порядке. Решен вопрос по формированию финансового резерва для покрытия морального ущерба, с 2013 года формируется финансовый резерв для его покрытия. Реализуется Концепция создания Некоммерческого Партнерства «Тюменское медицинское общество взаимного страхования», разработано положение об обществе взаимного страхования.

На сегодняшний день ТРМО является не только общественной организацией созданной по профессиональному признаку и призванной защищать права медицинских и фармацевтических работников, но и организацией, обладающей признаками публичной корпорации, которая интегрирована в структуру органов государственного управления и профессиональное медицинское сообщество, с четкой социально-ориентированной позицией и регламентацией деятельности.

С целью совершенствования социальной защиты медицинских работников и пациентов, повышения качества медицинской помощи населению и уменьшения количества профессиональных дефектов необходимо осуществить комплекс мероприятий, включающий:

- совершенствование правовой базы оказания медицинской помощи населению, введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников;
- повышение правосознания и уровня правовых знаний у медицинских работников и населения, доступности нормативных правовых актов в сфере здравоохранения;
- создание саморегулируемых профессиональных общественных организаций, призванных защищать права медицинских и фармацевтических работников, обладающих признаками публичной корпорации, которая интегрирована в структуру органов государственного управления и профессиональное медицинское сообщество, с четкой социально-ориентированной позицией и регламентацией деятельности;
- создание системы открытого обсуждения и регистрации дефектов оказания медицинской помощи, анализа их причин; формирование баз данных и системы мониторинга профессиональных дефектов.

Действующее законодательство РФ, наделяя медицинские организации правом застраховать работников от риска причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате профессиональной ошибки, не определяет источники финансирования и порядок осуществления страхования профессиональной ответственности медицинских работников (СПОМР), вследствие чего данный вид страхования чрезвычайно слабо развит. Соответственно, необходима экономическая и юридическая поддержка со стороны государства.

Обязательное СПОМР позволит, в равной степени, обеспечить защиту прав и законных интересов всех субъектов медико-правовых отношений, предупредить, в определенной степени, нарушение медицинскими работниками профессиональных обязанностей и обеспечить пациентам возможность безвозмездной коррекции ущерба, причиненного их здоровью. Это, в свою очередь, даст возможность проводить реформирование отечественного здравоохранения менее болезненно и добиться наилучших результатов с меньшими потерями для всех субъектов медико-правовых отношений<sup>\*\*\*\*\*</sup>.

---

\*\*\*\*\* Пищита А.Н. Совершенствование правового обеспечения медицинской деятельности в условиях реформирования Российской Федерации. М.: ЦКБ РАН. – 2007. – С. 58