

УДК 614.2:378

ББК 51.1

Под редакцией
Заслуженного врача Российской Федерации,
доктора медицинских наук, профессора Н.Б. Найговзиной

Всероссийское совещание заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения: Сборник научных статей «Современные образовательные технологии в деятельности кафедр общественного здоровья и здравоохранения». - 2017. - М. : Издательство «Либри Плюс», 2017. — 234 с.

В сборнике представлены научные статьи участников Ежегодного совещания по актуальным вопросам развития образовательных технологий к формированию профессиональных компетенций на уровне высшего медицинского и дополнительного профессионального образования (Москва, 13 декабря 2016).

ISBN 978-5-906282-18-7

УДК 614.2:378

ББК 51.1

Московский государственный
медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Федеральный научно-практический центр
подготовки и непрерывного профессионального
развития управленческих кадров здравоохранения

Уважаемые коллеги!

Проводимая с 2006 года модернизация здравоохранения требует подготовки высококвалифицированных, прежде всего, управленческих кадров. Это, в свою очередь, требует от преподавателя высшей школы непрерывного обновления знания отрасли здравоохранения, ее региональных особенностей, происходящих и планируемых изменений, а также развития навыков педагогического мастерства, разработки и использования инновационных технологий и интерактивных методов обучения. Надеюсь, настоящий сборник научных трудов, обобщивший исследования участников совещания в сфере педагогики, управления, организации здравоохранения, станет основой обмена знаниями и опытом для выработки новых подходов и методов преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», отвечающих меняющимся запросам отрасли.

Нам бы очень хотелось, чтобы совещания заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения вузов России стали основой системной работы по модернизации преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» и вызывали интерес специалистов практического здравоохранения, руководителей медицинских организаций, экономистов, специалистов в сфере информационных технологий, инженеров. Это позволит реализовать те задачи, которые ставит перед высшей школой и здравоохранением руководство страны.

С уважением и пожеланиями успехов,
Заслуженный врач России,
доктор медицинских наук, профессор,
зав. кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения МГМСУ
им. А.И. Евдокимова Минздрава России

Н. Б. Найговзина

Найговзина Н.Б.

**КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ**
Традиции и новации подготовки управленческих кадров
здравоохранения

*Федеральный центр подготовки и непрерывного профессионального
развития управленческих кадров здравоохранения на базе кафедры
общественного здоровья и здравоохранения*

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России**

На современном этапе организация системы подготовки и профессионального развития административно-управленческих кадров медицинских организаций должна отвечать на вызовы, которые формируются в системе здравоохранения, и по темпам развития должна опережать процессы модернизации здравоохранения. В настоящее время к основным вызовам системы здравоохранения мы относим:

- изменение парадигмы здравоохранения от отраслевой на человекоцентристскую, которая была закреплена в Основных направлениях деятельности Правительства Российской Федерации на 2008 — 2012 гг., утвержденной распоряжением №1663 Р от 14 декабря 2008 года, которой предусмотрено, что развитие здравоохранения будет ориентировано на реализацию прав и потребностей человека в этой сфере;

- модернизацию организационно-экономической модели здравоохранения с формированием 2-х уровневой системы с централизацией полномочий по выполнению базовой части Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на федеральном уровне с закреплением института переданных полномочий от ФОМС территориальным фондам, с закреплением субъектами Российской Федерации собственных полномочий за выполнение бюджетной части программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи с институтом переданных

полномочий по решению органов государственной власти субъектов Российской Федерации;

- высокая технологическая емкость медицинской помощи и ускорение технологического цикла и одновременно сегмента здравоохранения с отстающими технологиями;

- дисбаланс в системе стандартизации структуры, процессов и результатов в здравоохранении, поскольку недостаточно стандартизирована структура ресурсов, используемых при оказании медицинской помощи, не развита стандартизация процессов оказания медицинской помощи, требуют переосмысления стандарты результатов оказания медицинской помощи;

- сохраняющиеся дисбалансы и кадровых ресурсов, несмотря на комплекс принимаемых мер;

- динамичность системы и экстренный характер принятия решений, обусловленный повышением заболеваемости, прежде всего инфекционными заболеваниями, требующими неотложной разработки упреждающих мер.

Таким образом, современная система здравоохранения России отличается, с одной стороны, многомерностью составляющих элементов, с другой стороны — сменой парадигмы на человекоцентристскую, что, в свою очередь, предъявляет особые требования к уровню квалификации отраслевых управленческих кадров. В настоящее время образовательные технологии, используемые при подготовке управленческих кадров, устарели и не отвечают на запросы отрасли. Вместе с тем модернизация программ подготовки управленческих кадров для здравоохранения, разработка современных технологий обучения требует особых подходов. Это обусловлено тем, что их невозможно заимствовать, так как разработка контента образовательного процесса должна основываться на отечественной нормативной правовой базе и модели организации отечественной системы здравоохранения с учетом региональных особенностей.

Назрела необходимость создания имитационной среды обучения, моделирующей деятельность медицинской организации, и обеспечивающей формирование необходимых профессиональных компетенций руководящих кадров.

В связи с изложенным работа Федерального центра на базе кафедры в целях повышения уровня профессиональных компетенций управленческих кадров была направлена на создание новой модели

их подготовки, включающей формирование методологической базы разработки инновационных образовательных технологий и методологической базы обучения разработке инновационных образовательных продуктов.

На кафедре формируется пространство для интеллектуальной деятельности и профессионального развития административно-управленческих кадров, включающее в себя создание мотивирующей интерактивной среды подготовки специалистов, использование активных технологий обучения и разработку современных инструментов оценки компетенций. Активные технологии обучения реализуются на кафедре через имитационные практики (игра, тренинг как имитация управленческой деятельности), проектное обучение как исследование и создание практикоориентированных проектов.

Особое место в профессиональной подготовке и оценке квалификации управленческих кадров здравоохранения занимает первая в России версия симуляционного конструктора «Виртуальная поликлиника» — имитационная модель медицинской организации, максимально приближенная по содержанию и форме к её реальной деятельности (виртуальная среда профессиональной деятельности руководителя).

Основная цель инновационной разработки кафедры заключается в формировании умений и закреплении навыков принятия управленческих решений. Игровой симулятор предоставляет новые возможности в обучении за счет создания квестов на основе использования математического моделирования, методов бизнес-анализа, опыта лучших организационных практик, включения базы статистических данных, нормативных правовых актов и другой необходимой информации.

Квесты виртуальной поликлиники направлены на повышение эффективности принятия управленческих решений и предназначены для различных руководителей медицинских организаций, их заместителей и руководителей подразделений медицинской организации.

Симуляционный конструктор нацелен на формирование навыка выработки алгоритма принятия управленческого решения через прохождение квестов, включающий:

1. Погружение в смоделированную ситуацию, изучение внутренних и внешних состояний, документов, отчетов, проведение расчетов и их анализа.

2. Определение необходимых заданий и точек приложения руководящих усилий.

3. Выход на принятие управленческих решений.

Симуляционное обучение в управленческом образовании направлено на снижение негативного влияния человеческого фактора и в большей степени связано с формированием «нетехнических навыков» эффективного руководителя.

Совместный результат использования ИТ-технологий в научно-педагогической деятельности — создание нового знания, что является доказательством синергетического эффекта групповой работы в условиях кросскультурного и межпрофессионального взаимодействия.

Применение современных образовательных технологий позволяет формировать активную позицию руководителя, обучая слушателей навыкам командной работы, коммуникации, управлению проектами, генерации идей путем включения их в партнерские отношения с преподавателем и между собой с возможностью самостоятельного создания продукта.

На кафедре создана творческая атмосфера совместной деятельности, позволяющая максимально раскрыть интеллектуальный потенциал каждого сотрудника на основе взаимопомощи, взаимообогащения знаниями и опытом, ответственности за общий результат работы по совершенствованию подготовки специалистов здравоохранения.

Разработка инновационных технологий обучения стала возможна благодаря формированию междисциплинарной команды сотрудников Федерального центра на базе кафедры, обладающих экспертными знаниями в области организации здравоохранения и общественного здоровья, экономики, права, информатизации, программирования, практическим опытом работы и креативным мышлением. Вовлеченность педагогического и инженерного состава команды специалистов обеспечивается объединением общей целью, наличием системного мышления, инициативностью и креативностью в решении проблем, готовностью к командной работе и склонностью к эффективной коммуникации, обеспеченных необходимым уровнем эмоционального интеллекта (EQ).

Алексеевская Т.И., Софронов О.Ю.

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УЧЕТА И
РЕГИСТРАЦИИ ОБРАЩЕНИЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ
И ОРГАНИЗАЦИИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Бурное развитие информационных технологий в здравоохранении открывает возможность радикального повышения результативности сбора и анализа статистической информации. В этом аспекте остается важным совершенствование образовательных технологий по подготовке будущих специалистов в медицинских вузах. Очевидно, что наращивание объема инвестиций в новые образовательные технологии и оборудование не означает автоматического, соответствующего темпу роста затрат на повышение доступности и качества оказываемых услуг будущими специалистами: лечебного, педиатрического, стоматологического и медико-профилактического профилей. Это обеспечивает поиски эффективных современных методических и информационных технологий для подготовки будущих специалистов.

В рамках дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» значительный удельный вес отводится на медико-профилактическом факультете анализу деятельности органов и организаций Роспотребнадзора в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Как пример рассмотрим изучение студентами темы: «Учетно-отчетная документация в деятельности Роспотребнадзора. Современные методики регистрации информации». Это направление является ключевым в освоении профессиональной компетенции **ПК–36** — способность и готовность к научно-обоснованному применению современных методик сбора и обработки информации о состоянии здоровья населения, деятельности различных типов медицинских организаций и их подразделений, анализу информации в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и

сохранению здоровья. В рамках обучения на аудиторном практическом занятии студент осваивает часть профессиональной компетенции ПК-36: способности и готовности к научно-обоснованному применению современных методик сбора и обработки информации.

Формирование и применение методического обеспечения для освоения навыков профессиональной компетенции должно быть связано со следующими знаниями: перечня исполнения государственных функций и государственных услуг, предоставляемых органами и организациями Роспотребнадзора; законов и иных нормативно-правовых актов Российской Федерации, регулирующих сферу государственных услуг и функций Роспотребнадзора; понятийного аппарата; методики учета и регистрации обращений потребителей; аппаратного и программного обеспечения для сбора статистической информации; методики шифровки обращений потребителей и группировки статистических данных в таблицы; метода описательного анализа.

Вместе с тем студент должен уметь: заполнять регистрационную карточку и электронное обращение потребителя; распределять обращения по причинам и значимости их рассмотрения; применять методы шифровки обращений и группировки в статистические таблицы. Владеть: навыками работы с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией в пределах будущей профессиональной деятельности; выделять единицу наблюдения, учетные признаки; методикой оформления электронного обращения потребителя; методикой распределения обращений по причинам и значимости; методами шифровки и группировки обращений потребителей и анализом полученных данных.

В первой части практического занятия преподаватель разъясняет нормативно-правовые акты Российской Федерации, применяемые в сфере предоставления государственных услуг и исполнения функций Роспотребнадзора. Знакомит студентов с разработанным нами алгоритмом учета и регистрации обращений потребителей государственных услуг в Управление Роспотребнадзора (Рис. №1).

При теоретическом разборе темы практического занятия преподаватель акцентирует внимание на этапах учета и регистрации обращений, как-то: устное, письменное, электронное обращение потребителя, перевод их в электронную форму. Студенты учатся классифицировать обращения по причинам, выделяя нарушение

санитарно-эпидемиологического благополучия, нарушение прав потребителей, действия должностных лиц. Шифровка и группировка материала по данной теме предусматривает умение студентов выделять учетные признаки случая обращения такие, как-то: вид, источник обращения; периодичность поступления и сроки рассмотрения обращения. В продолжении темы студенты знакомятся с правилами составления статистических таблиц и сводки. В завершении теоретического разбора темы занятия преподаватель проводит текущий контроль усвоения темы.

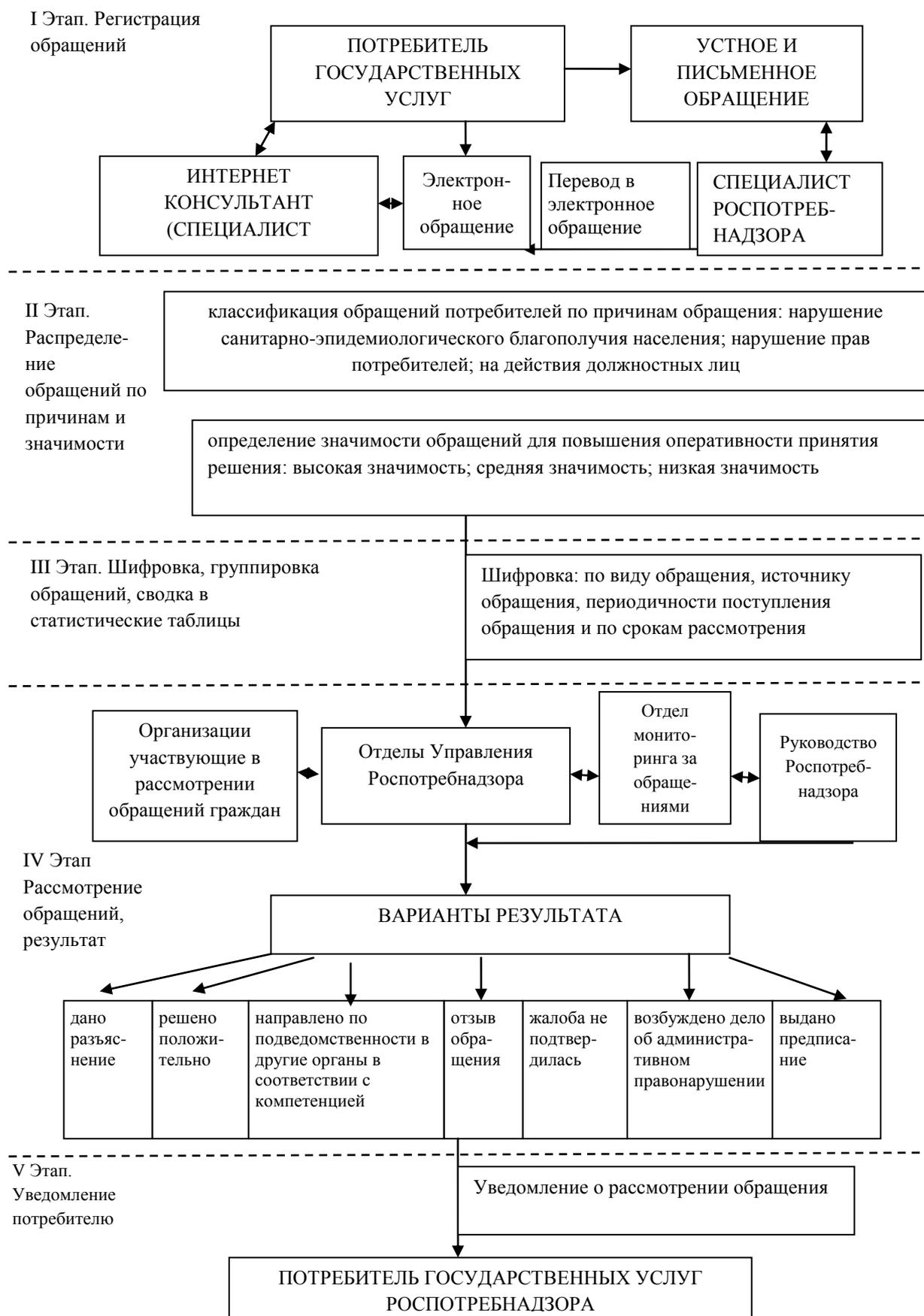
Вторая часть практического занятия проходит в компьютерном классе, где преподаватель консультирует студентов по вопросам аппаратного и программного обеспечения и раздает задания для самостоятельной работы. Обучающиеся получают статистическую информацию в виде файла, включающую в себя 500 «регистрационных карточек».

В ходе решения ситуационного задания студенты самостоятельно формируют выборку в 100 электронных обращений потребителя. Отрабатывают практический навык шифровки обращения по причине, по значимости рассмотрения обращения и вариантов результатов принятых решений по обращениям.

С помощью MS Excel строятся статистические таблицы, в которые группируют зашифрованные статистические данные. Рассчитываются экстенсивные и интенсивные показатели, строятся статистические диаграммы, проводится описательный анализ результатов, статистические данные формируют в группы по принятым решениям (результатам). По каждому решению пишется шаблон уведомления потребителю государственных услуг. В ходе выполнения практического задания преподаватель консультирует студентов, обсуждает проблемные вопросы.

Таким образом, в рамках федерального государственного образовательного стандарта нами был сформирован компетентностно-ориентированный образовательный подход, заключающийся в освоении студентами алгоритма учета и регистрации обращений потребителей государственных услуг в Роспотребнадзор.

Рис. 1. Алгоритм учета и регистрации обращений потребителей государственных услуг в Управление Роспотребнадзора



Белик Ю.Е.

БОЛЬШИЕ ДАННЫЕ (BIG DATA) В ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ: ВОЗМОЖНОСТИ, БАРЬЕРЫ, ОТКРЫТИЯ

*Факультет социальных наук Департамента
государственного и муниципального управления
Кафедра управления и экономики здравоохранения*
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»

Современные технологические возможности и большие массивы данных изменили существующие способы сбора, хранения и обработки информации. Тотальный переход общества в цифровое поле значительно увеличил количество данных, которыми мы оперируем. Специалисты в сфере здравоохранения, в том числе в секторе медицинского образования, столкнулись с потребностью качественного использования разнообразных, порой неструктурированных данных, объем которых постоянно растет. Новейшие методики позволяют значительно упростить процессы извлечения, управления, анализа и интерпретации огромного массива данных, а также повысить эффективность работы с ними. Такие возможности в настоящее время вызывают подлинный интерес у специалистов в области профессионального медицинского, в том числе сестринского, образования.

Большие данные важны для педагогов и учащихся, потому что они позволяют кардинально изменить подход к образовательной политике, научным исследованиям и применению в практике. Использование подобного подхода способно привести к улучшению форм обучения: если десятилетие назад работа с таким объемом данных (медицинской информацией, данными исследований, в том числе и зарубежных) считалась невозможной, то сейчас картина изменилась благодаря новейшим программным средствам [2]. За рубежом возможность применения практик работы с большими массивами данных в нише высшего сестринского образования широко обсуждается в профессиональном сообществе. Подобный опыт будет полезен и для отечественного здравоохранения. Работа с большими данными подразумевает оперативный сбор, обработку, анализ разнообразных, неструктурированных данных.

Опробованные методики позволяют студентам медицинских вузов проводить углубленные исследования, что делает полученные результаты достоверными.

Таким образом, медсестры получают возможность объединять данные о конкретном пациенте с информацией о научных исследованиях, в том числе зарубежных. Это позволит медсестрам лучше диагностировать, интерпретировать, предсказывать и влиять на результаты реальной медицинской практики.

Важно также отметить пользу использования больших данных для административного персонала высших учебных заведений. Успеваемость, посещаемость, стипендии и другая персональная информация о студентах подлежит постоянному сбору, обработке, анализу. Работа с таким объемом данных требует значительных трудозатрат. Автоматизация ставшей уже рутинной работы приведет к сбережению финансовых и кадровых ресурсов как в отдельных образовательных организациях, так и в организациях здравоохранения в целом.

Методики больших данных позволяют сформировать связку между видами образования и оценить прогресс и потенциал студента на протяжении всей его учебной истории от средне-специальной ступени до получения квалификации. Подобный подход в том числе может облегчить формирование индивидуального образовательного маршрута с учетом особенностей каждого обучающегося.

Многие авторы полагают, что персонифицированный подход приведет к большей приверженности студентов к учебному процессу и повышению общего уровня удовлетворенности обучением.

Однако существуют некоторые барьеры, которые тормозят внедрение методов больших данных в образовательный процесс. Во-первых, это рассредоточение данных и непоследовательный доступ к ним (данные могут быть защищены паролем, храниться на личных компьютерах и, следовательно, быть недоступными для агрегации). Во-вторых, это страх потери данных, споры о длительности их хранения, проблемы с обучением персонала. В-третьих, конфиденциальность (проблемы безопасности данных и неправильное использование общих дисков) [3].

Важность развития обработки больших данных подчеркнута в работах Майер-Шенбергера и Кукьера, которые считают, что анализ больших данных и их всесторонняя оценка может привести к новым

открытиям в различных областях науки [1]. К подобным выводам в своих работах приходит Эллавей [4].

Как уже отмечалось выше, образовательные организации могут использовать большие данные с целью адаптации программ высшего сестринского образования и профессиональной подготовки для более полного удовлетворения потребностей студентов, включая оптимизацию управления и инфраструктуры.

Методики больших данных имеют огромный потенциал революционного изменения медицинского профессионального образования, в том числе и сестринского. Возможности применения этой методики безграничны и зависят только от смелости участников процесса. Тем не менее, проблемы, связанные с конфиденциальностью и безопасностью, наряду с возможностью неправильного толкования и неправильного использования данных, должны учитываться при внедрении подобной методики. Это позволит минимизировать проблемы, связанные с моральными, правовыми и этическими рисками для учащихся и преподавателей.

Будущие исследования должны сосредоточиться на подходах по устранению вышеописанных барьеров-проблем, поскольку внедрение больших данных в процесс подготовки врачебных и сестринских кадров — это выход на принципиально новую ступень подготовки специалистов здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майер-Шенбергер В., Кукьер К. *Большие данные. Революция, которая изменит то, как мы живем, работаем и мыслим*. М.: Манн, Иванов и Фербер. 2014.

2. Ellaway R., Pusic M., Galbraith R., Cameron T. *Developing the role of big data and analytics in health professional education*. Med. Teach. 2014; 36 (3): 216–222.

3. Harper E.M., Parkerson S., *Powering big data for nursing through partnership*. Nurs. Adm. Q. 2015; 39 (4): 319–324.

4. Sensmeier J. *Big data and the future of nursing knowledge*. Nurs. Manag. 2015; 46 (4): 22–27.

Белик Ю.Е.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

*Факультет социальных наук Департамента
государственного и муниципального управления
Кафедра управления и экономики здравоохранения*
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»

Функционирование современной системы здравоохранения невозможно без участия медицинских сестер. Эта категория специалистов обладает значительными потенциалом для удовлетворения предполагаемых потребностей общества в своевременной, качественной и доступной медицинской помощи.

Эффективное развитие системы здравоохранения, а также сестринского дела зависит от таких аспектов, как: профессиональный уровень подготовки и качество полученного медицинскими сестрами образования, рациональное распределение медицинских кадров и исполнение ими должностных обязанностей.

Особое внимание следует уделять методологии подготовки медицинских сестер, так как от их квалификации во многом зависит успех кадровой модернизации здравоохранения. Одной из главных задач профессионального образования — обеспечение разносторонней подготовки сестринских кадров. Специализация и набор дисциплин развиваемых навыков должен быть вариативным и соответствовать потребностям рынка труда и возрастающим запросам населения в качественной и доступной медицинской помощи. Перед образовательными организациями стоит важная задача — обеспечить качественное образование, высокую квалификацию и владение компетенциями [1].

В настоящее время российская система высшего сестринского образования нуждается в значительных изменениях. Качественный и проработанный переход к новой ступенчатой системе на основе бакалавриата может значительно улучшить сложившуюся ситуацию за счет увеличения квалифицированного среднего медицинского персонала в медицинских организациях. Реалии таковы, что практически во всех регионах нашей страны не хватает медицинских

работников, подготовленных по специальности «сестринское дело». Такое положение вещей формирует особую значимость и внимание к проблеме подготовки квалифицированных медицинских сестер со стороны гражданского общества и профессионального сообщества.

Переход к системе бакалавриата, а также формирование преемственности между школами, средними специальными и высшими учебными заведениями - это перспективный подход к развитию будущих кадров по этой специальности [2].

Также большое внимание уделяется проблеме сохранения имеющихся специалистов со среднеспециальным образованием в медицинских организациях за счет возможности их переподготовки или повышения квалификации на базе сокращенных программ. Формирование подобных возможностей для специалистов является драйвером, предоставляющим возможность развития и усовершенствования своих знаний и навыков, так и формирует пул высококвалифицированных кадров. Таким образом, эти кадры будут в дальнейшем привлекаться для управления на разных уровнях медицинских организаций.

Бакалавриат по направлению «Сестринское дело» расширяет перспективы трудоустройства подготовленных работников. Медицинская сестра, получившая степень «бакалавра», может выбрать такие направления деятельности, как: лечебно-диагностическая, медико-профилактическая, реабилитационная, организационно-управленческая, исследовательская и педагогическая [3].

Качественный переход к новой системе бакалавриата должен сопровождаться внедрением инновационных методик образования, которые позволят улучшить учебный процесс и получить на выходе более квалифицированных специалистов с глубоким пониманием своей роли, целей и перспектив дальнейшего развития. Новый подход к высшему сестринскому образованию должен, в первую очередь, сформировать у выпускников знания и навыки для комплексного анализа процессов, в которые они активно вовлекаются, повысить их роль, готовность принимать собственные решения и влиять на работу медицинской организации.

Такой подход подтверждается положительным опытом зарубежных коллег, которые активно привлекают медицинских сестер к процессу повышения качества медицинской помощи, при этом сестры самостоятельно оценивают и вносят предложения по их

изменению. В настоящее время от медицинских сестер все чаще требуется освоение сложной информации, обладание диверсифицированным опытом, умение оценить потенциальный результат ухода, а также оказания квалифицированной помощи пациентам, что требует разработки специальных программ обучения.

Все это стимулирует развитие сестринского образования. Зарубежные коллеги решают данный вопрос через подготовку нового типа медицинских сестер – сестер-лидеров. Их обучение включает в себя необходимость овладения рядом основных навыков и умений, которые формируют принципиально новый тип сотрудника. Среди них можно выделить:

- обеспечение качества предоставления медицинской помощи и непрерывного ухода за пациентами любой возрастной категории;
- способность мыслить и без усилий вырабатывать максимально персонифицированную стратегию ухода за пациентом;
- понимание того, как оценивать изменения в процессах и каким образом реагировать на них;
- знание информационных систем и их активное применение в ежедневной практике;
- умение быть частью кросс-функциональной команды и, при необходимости, привлекать ее членов к решению задач;
- сильное стремление искренне ухаживать за больными и соблюдение профессиональных норм и ценностей.

Специалисты, подготовленные в рамках подобной парадигмы, будут крайне востребованы как в государственных, так и частных медицинских организациях. Это подтверждается опытом Американской ассоциации колледжей медицинских сестер. Эта ассоциация реализует программу подготовки сестер-лидеров, получая положительную обратную связь от различных медицинских учреждений США [4].

Значительную роль в успехе реализации новых подходов к обучению медицинских сестер играют сами образовательные учреждения и факультеты, которые внедряют и реализуют подобные программы. Потребность в кадрах отрасли здравоохранения еще не является гарантией успеха в подготовке и распределении новых специалистов. Главным фактором остается приверженность факультета и преподавателей, их вера в новый подход и стремление к последовательному развитию и улучшению практик.

Это предполагает инициативность и принятие на себя ведущей роли в разработке и внедрение инноваций в области высшего сестринского образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 040600 — Сестринское дело (утвержден Министерством образования Российской Федерации от 15.03.2000 г. № 239 МЕД/СП).

2. Двойников С.И., Бражников А.Ю., Камынина Н.Н. *Перспективы высшего сестринского образования в России*. Мед.образование и проф.развитие. 2011; 1: 48-52

3. Колесников П.И. *Результаты общественного обсуждения вопроса «Какие должности могли бы занимать бакалавры сестринского дела?»*

http://nursemanager.ru/images/stories/files/news/4_Kolesnikov_rezultaty_obsuzhdeni_ia_itogovaia.pdf

4. Hicks F.D., Rosenberg L.,. *Enacting a Vision for a Master's Entry Clinical Nurse Leader Program*. Rethinking Nursing Education. Prof Nurs. 2016; 32: 41–47.

Борщук Е.Л., Бегун Д.Н.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМАТИКИ И МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ» АСПИРАНТАМ ОРЕНБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России*

Начиная с 2012 года, кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 ОрГМУ приступила к преподаванию обязательной дисциплины «Прикладные аспекты информатики и медицинской статистики» основной образовательной программы высшего образования по направлениям подготовки кадров высшей

квалификации (аспирантура) по медицинским и биологическим наукам. Дисциплина направлена на формирование базовых общепрофессиональных компетенций в соответствии с ФГОС.

Обоснованием необходимости обучения явился также тот факт, что любой аспирант, вне зависимости от научной специальности, неминуемо сталкивается с необходимостью овладения современными методами медицинской статистики в связи с потребностью в рамках своей работы планировать, собирать, разрабатывать и анализировать собственные данные, иметь возможность критически оценить результаты других публикаций. Однако большинство аспирантов-медиков имеют слабую базовую математическую подготовку и плохо (вопреки общераспространенному мнению о всеобщей информатизации молодежи) использует возможности инфокоммуникационного пространства для своей научной деятельности. Погружаясь в самостоятельное освоение статистики, молодой ученый теряет в обилии и «сложности» информации, возникает ощущение того, что он никогда не сможет это освоить.

До 2012 г. сотрудники кафедры читали для аспирантов единичные лекции по медицинской статистике, в которых можно было представить лишь «дорожную карту» основных положений и методов статистического анализа. С 2012-2013 уч. года мы приступили к преподаванию по разработанной нами авторской рабочей программе, которая предполагает общую трудоемкость дисциплины в 2 з. е. (72 часа), из которых 24 ч. приходятся на лекции (12 ч.) и практические занятия (12 ч.); 48 ч. — на самостоятельную работу.

По окончании обучения аспиранты сдают аттестационную работу, являющуюся, по сути, готовой статьей для направления в рецензируемые журналы. Лучшие работы заслушиваются на итоговой конференции. Для обеспечения преподавания учебной литературой мы опубликовали монографию «Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0» [1], подготовили учебное пособие для аспирантов [2], монографию по моделированию в медицине и здравоохранении [3]. Однако уже за короткий период времени появились и проблемы в преподавании, о которых стоит говорить.

Изначально преподавание велось на первом году обучения в аспирантуре. Как следствие, многие аспиранты еще не имели собственных данных для работы с ними. Практические занятия

проводились на предлагаемых нами материалах. Ввиду этого у части обучающихся снижалась мотивация освоения дисциплины. С 2016 – 2017 уч. года преподавание было перенесено на второй год прохождения аспирантуры. В ходе практических занятий обучающиеся используют собственный набранный материал, на котором они отрабатывают навыки статистического анализа. Заинтересованность в обучении, безусловно, повысилась так же, как и понимание необходимости освоения статистического инструментария.

Однако, ввиду существенного различия в выполняемых темах и разного начального уровня подготовки, практические занятия часто превращаются в индивидуальное консультирование каждого аспиранта, в то время, как остальные ожидают своей очереди.

Другой проблемой является одинаковое обучение как очных, так и заочных аспирантов. Однако заочные аспиранты являются преимущественно работающими, а некоторые проживают за пределами г. Оренбурга. Следствие — не посещают лекции и занятия. Обучение становится формальным.

Имеет место и недостаточность ресурсного обеспечения реализации программы. Для индивидуального эффективного обучения кафедре необходим компьютерный класс, оснащенный персональными компьютерами в количестве не менее 15 штук, с установленным лицензионным программным обеспечением (ПО). На данный момент кафедра предоставляет обучающимся мобильный компьютерный класс, включающий в себя 12 рабочих станций (современные ноутбуки), приобретенных за счет средств по гранту Правительства Оренбургской области. Проблема предустановки лицензионного и, в первую очередь, специализированного учебного ПО решается за счет внутренних резервов кафедры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боев В.М., Борщук Е.Л., Екимов А.К., Бегун Д.Н. *Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0*. Оренбург: ОАО «ИПК «Южный Урал». 2014.

2. Бегун Д.Н., Борщук Е.Л., Екимов А.К., Баянова Н.А. *Введение в статистический анализ медицинских данных*. Учебное пособие для аспирантов. – Оренбург. 2014.

3. Борщук Е.Л., Горбачев Д.В., Боев В.М., Зайцева Н.В., Бегун Д.Н., Баянова Н.А. *Моделирование процессов в медицине и здравоохранении*. Оренбург: ИПК «Газпресс» ООО «СервисЭнергоГаз». 2015.

Волнухин А.В.

**ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В СЕТИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИК**

Кафедра семейной медицины
ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

Совершенствование системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала (НПР) признается всеми исследователями как основное условие повышения конкурентоспособности негосударственных учреждений на рынке медицинских услуг. В качестве основных управленческих механизмов реализации системы НПР нами предлагается комплекс мер, предусматривающих создание и внедрение трехуровневой системы НПР, организацию корпоративного Учебного центра (УЦ), оптимизацию системы материального и нематериального стимулирования НПР и создание государственно-частных партнерств медицинских и образовательных организаций.

Трехуровневая система НПР включает следующие уровни «Адаптация» (1 уровень), «Коррекция» (2 уровень) и «Развитие» (3 уровень)

Преимуществами трехуровневой системы НПР являются последовательность и преемственность учебного процесса, а также возможность коррекции его содержания, в зависимости от результатов работы Сети и стратегии ее развития.

Целью обучения на уровне «Адаптация» является создание оптимальных условий для максимальной реализации профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала в конкретных условиях труда. При этом решаются такие

задачи, как: введение медицинского работника в должность; интеграция медицинского работника в трудовой коллектив поликлиники.

Задачи обучения включают устранение дефицита знаний, умений, навыков (ЗУН): а) в области диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний; б) касающегося работы с электронной медицинской картой (ЭМК); в) связанного с использованием медицинского оборудования и инвентаря; г) связанного с работой с программами медицинского обслуживания; д) в области организации ПМСП, обеспечения и контроля ее качества.

Целью уровня НПР «Развитие» является повышение профессионально-квалификационного потенциала медицинского персонала для непрерывного улучшения КМП и инновационного развития.

Задачами обучения являются: обеспечение соответствия ЗУН современному уровню медицинской науки; приобретение ЗУН, необходимых для использования в работе инновационных методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации; приобретение ЗУН, необходимых для использования в работе инновационных организационных подходов; приобретение ЗУН, необходимых для работы с новым медицинским оборудованием и компьютерными программами; приобретение ЗУН, необходимых для работы с новыми программами по совершенствованию медицинского обслуживания; а также подготовка к аккредитации специалиста через тематическое усовершенствование и профессиональную переподготовку.

В трехуровневой системе НПР медицинского персонала Сети наиболее предпочтительным является использование форм обучения, позволяющих минимизировать или полностью исключить отрыв от производства и методов обучения, максимально учитывающих специфику труда. Такой подход имеет ряд преимуществ: удобство для медицинских работников в связи с отсутствием необходимости ездить в учебное заведение; не наносится ущерб производственному процессу; не требуется замены или увеличения нагрузки на других сотрудников; приобретаемые ЗУН актуальны, имеют практическую значимость и могут сразу использоваться в рабочем процессе.

К таким формам обучения относятся: очная, очно-заочная и дистанционная. Очная форма предполагает обучение в УЦ Сети или непосредственно на рабочем месте; очно-заочная подразумевает обучение в учреждениях профессионального медицинского

образования или других ЛПУ в виде коротких циклов с периодическим отрывом от работы на несколько дней (основное время отводится самоподготовке); дистанционное обучение (ДО) реализуется с помощью специальной учебной программы — системы дистанционного обучения (СДО).

Максимально учитывать специфику труда в Сети при организации учебного процесса позволяют методы профессионального обучения — стажировка на рабочем месте, рабочая ротация и активные методы обучения — клинический разбор, тренинги. При необходимости могут использоваться и традиционные методы обучения — лекции, семинары, практические занятия.

В рамках организационного эксперимента в работу Сети были внедрены и апробированы отдельные элементы трехуровневой системы ННР.

Обучение медицинского персонала Сети негосударственных поликлиник на уровне «Адаптация» включало 2 этапа: 1) введение в должность; 2) интеграцию в трудовой коллектив. Общая продолжительность обучения составляла 1 месяц и соответствовала испытательному сроку. Первый этап занимал три дня и осуществлялся в УЦ и на рабочем месте в поликлинике. Второй этап обучения начинался с 4-го дня, включал четыре недели и проводился в поликлинике. Было использовано внутрисетевое обучение. Обучение проходило в очной форме с использованием таких методов, как: лекция, семинар, практическое занятие на первом этапе и стажировка на рабочем месте — на втором. В конце обучения проводилась итоговая оценка.

Целевую аудиторию обучения представляли все медицинские работники, принятые на работу. Они объединялись в группы: обучение медицинских сестер, врачей и административного персонала проводилось отдельно.

Методы обучения включали лекции, семинары, практические занятия проводились в течение двух дней в Учебном центре Сети.

Третий день обучения на первом этапе был посвящен специальной ориентации медицинского работника на рабочем месте в поликлинике непосредственным руководителем. Специальная ориентация подразумевала представление коллективу; знакомство с административной и организационной структурой поликлиники; режимом ее работы; лечебно-диагностическими возможностями;

порядком внутренних рабочих коммуникаций. Кроме того, непосредственный руководитель сообщал основные требования к организации труда и критерии оценки его результатов; порядок действий в различных рабочих и внештатных ситуациях; о правилах техники безопасности; о санитарных требованиях; разъяснял основные положения должностной инструкцией; знакомил с рабочим местом и медицинской документацией. По итогам завершения обучения в УЦ на первом этапе в качестве зачетного задания медицинские работники заполняли тестовую ЭМК вымышленного пациента с заданными (в зависимости от специальности) клиническими параметрами. Для этого руководителем УЦ был специально разработан «банк» таких пациентов по каждой специальности.

На втором этапе проводилась стажировка на рабочем месте под руководством наставника-руководителя стажировки, целью которой являлась интеграция в трудовой коллектив. Во время стажировки медицинский работник приступал к выполнению своих функциональных обязанностей, имея возможность в реальных условиях труда отрабатывать и закреплять ЗУН.

Организация обучения на уровне «Коррекция».

Отбор участников обучения основывался на индивидуальной диагностике дефицита ЗУН с использованием следующих методов: аттестация медицинского персонала; экспертиза качества оказанной им медицинской помощи. Эти методы позволяют оценить профессионально-квалификационный потенциал медицинского персонала с разных позиций: аттестация — теоретическую подготовку; экспертная оценка — практическую.

Руководителем УЦ определялся индивидуальный учебный план, включающий содержание, форму, методы, механизмы и сроки обучения. Учебные планы сотрудников доводились до сведения администрации поликлиник методистом УЦ по электронной почте.

В целях внедрения системы обучения на этом уровне были разработаны и использовались следующие технологии: аттестация ВОП и терапевтов в условиях УЦ с использованием корпоративной СДО и специально разработанных тестов и автоматизированной системы их оценки; выборочная экспертная оценка законченных случаев обращения к ВОП и терапевтам, клинических разборов. Предметом экспертизы были состояние лечебно-диагностического процесса и качество заполнения ЭМК. Проведенный анализ также

позволил выявить наиболее проблемные области медицинских знаний и структуру дефектов ЗУН. Для оценки эффективности ДО ВОП и терапевтов был апробирован выходной тестовый контроль в СДО.

Организация обучения на уровне НПР «Развитие». Диагностику потребности в обучении определял руководитель УЦ. Основанием для этого была информация о новых клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи и протоколах ведения пациентов, а также сведения о сроках действия сертификатов. Руководитель УЦ определял контингент для обучения; содержание, механизмы, формы, методы обучения и его сроки; составлял индивидуальный учебный план. Индивидуальные учебные планы рассылались методистом УЦ администрации поликлиник по электронной почте. Использовались комбинированный и внесетевой механизмы обучения, очная форма, такие методы, как: лекции, семинары и практические занятия в УЦ или ВУЗе. Для оценки эффективности обучения применялся выходной тестовый контроль в СДО.

Использование трехуровневой системы непрерывного профессионального развития медицинского персонала, включающей уровни «Адаптация», «Коррекция» и «Развитие», способствовало повышению эффективности образовательного процесса, что отразилось на повышении итоговых показателей тестирования врачей (с 21,7% до 68, 2% - 73,3% положительных результатов). Функционирование в одной из поликлиник Сети корпоративного учебного центра с собственным штатом и материально-технической базой обеспечило возможность целевого обучения медицинского персонала без отрыва от производства с минимальными экономическими затратами. Внедрена система дистанционного обучения медицинского персонала, позволяющая проводить учебный процесс и оценку результатов обучения на рабочих местах.

Гайдаров Г.М., Алексеевская Т.И.

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ
МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Научно-исследовательская работа — это исследование в прикладном аспекте актуального направления проблемы, требующее изучения первоисточников, периодической научной литературы, сбора и анализа фактологического материала и статистических данных, их обобщения и систематизации. Научная работа должна показать критическое осмысление автором существующего положения дел и возможность генерирования на этой основе новых идей и предложений.

Научно-исследовательская деятельность студентов должна способствовать пониманию возможностей современных научных методов, интерпретации накопленного опыта, умению приобретать новые знания, постоянно находиться в инновационном поиске. Научный характер работе должны придавать: научная логика, технологии исследования и плана изложения материалов; научная аргументация, опирающаяся на объективные законы, закономерности, зависимости; формулирование выводов и предложений.

В рамках Федерального государственного образовательного стандарта 3 поколения на медико-профилактическом факультете предусмотрена учебная дисциплина — научно-исследовательская работа студента в объеме 144 часов. Она является неотъемлемой частью подготовки специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора). При этом подготовленные специалисты должны рассматриваться, с одной стороны, как потребители информации, с другой стороны — как поставщики собственных знаний и умений работодателю.

Вследствие проведения бюджетной, административной реформы, реформы государственной службы, деятельность Роспотребнадзора осуществляется в новых правовых, организационных и финансово-экономических условиях, приоритеты которой определяются, прежде всего, состоянием здоровья населения и санитарно-эпидемиологической обстановкой.



Рис. 1 Разделы направлений научно-исследовательской работы студентов кафедры общественного здоровья и здравоохранения на базе территориальных органов и организаций Роспотребнадзора

В связи с этим одна из главных задач учебного процесса на медико-профилактическом факультете — разработка форм преподавания, обеспечивающих активное участие обучающихся в учебном процессе. На рис.1 представлены направления научно-исследовательской работы студентов на базе территориальных органов и организаций Роспотребнадзора. Тематику работ проектируют преподаватели совместно со специалистами Роспотребнадзора, с учетом ее значимости в прикладном аспекте. Студенты учатся решать конкретные производственные задачи и вопросы того ведомства, на базе которого они проводят научное исследование.

В современных условиях актуальными научными направлениями являются: экономические аспекты профилактической

медицины, социально-экономическая эффективность применения программно-целевого планирования деятельности Роспотребнадзора, оценка качества предоставления государственных услуг органами Роспотребнадзора, результативность выполнения ведомственных целевых программ. Для освоения данных направлений научно-исследовательской деятельности заключен договор взаимодействия ВУЗа и его кафедры общественного здоровья и здравоохранения с территориальными органами и организациями Роспотребнадзора Иркутской области.

Сотрудниками кафедры разработаны учебные, учебно-методические пособия: «Программно-целевое планирование в деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», «Анализ деятельности органов и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», «Оценка качества предоставления государственных услуг Управления Роспотребнадзора», «Экономическая эффективность вакцинопрофилактики и снижение инфекционной заболеваемости в рамках программно-целевого планирования», «Анализ инфекционной заболеваемости населения».

Выполнение работы студентами предусматривает выработку умения выявлять проблемные ситуации, выражать свою точку зрения на поставленные вопросы и предлагать управленческие решения. Защита работы проходит публично на студенческой конференции. Такой подход в освоении учебной дисциплины обеспечивает глубокую проработку студентами изучаемой проблемы с учетом максимально возможного спектра вопросов и разделов предмета на примере научно-практических результатов.

Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В.

**СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

Подготовка специалистов в сфере управления здравоохранением в настоящее время является объектом повышенного внимания. В сложившейся к настоящему времени системе дополнительного профессионального образования (ДПО) в сфере общественного здоровья и здравоохранения существуют проблемы и противоречия, которые продиктованы растущими темпами накопления информации и требуют обновления содержания образовательного процесса, изменения форм его организации.

Непременным условием решения вышеназванных проблем является оценка эффективности существующей системы ДПО по данной специальности и поиск новых подходов, направленных на ее повышение. При этом необходимо принимать во внимание, что применение с этой целью объективных методов оценки эффективности может оказаться недостаточным, в то время как адекватная реализация социологического метода способна помочь в решении проблемы.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (далее — кафедра ОЗ и ЗО ИГМУ) осуществляется организация и проведение профессиональной переподготовки в объеме 576 и повышения квалификации в объеме 144 часа по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». С целью оценки эффективности данных форм ДПО нами было проведено социологическое исследование, в котором приняли участие 65 слушателей соответствующих циклов, проходивших обучение на кафедре за период с сентября 2015 г. по июнь 2016г. С этой целью нами была разработана «Анкета оценки эффективности дополнительного профессионального образования по специальности

«организация здравоохранения и общественное здоровье», содержащая 14 вопросов.

Из общего числа опрошенных большинство составили женщины — 78,5% (51 слушатель), мужчины — 21,5% (14 слушателей). Анализ возрастной категории слушателей показал, что три четверти опрошенных руководителей (75,4%) имеют возраст от 41 до 60 лет, при этом 47,7% — от 41 до 50 лет и 27,7% — от 51 до 60 лет. К возрастной группе от 31 до 40 лет относится 18,5% обучающихся руководителей здравоохранения. В равном количестве приходится на долю слушателей в возрасте до 30 лет и старше 60 лет — соответственно по 3,1%. Среди анкетированных 87,7% слушателей проходили ДПО с целью обучения на цикле профессиональной переподготовки в объеме 576 часов и получения сертификата специалиста соответствующей специальности и только для 12,3% целью обучения на кафедре явилось продление уже имеющегося сертификата специалиста в рамках обучения на сертификационном цикле в объеме 144 часа. Более половины опрошенных слушателей (55,4%) заняты в государственных медицинских организациях и, соответственно, 44,6% — в медицинских организациях частного сектора здравоохранения. Помимо уже имеющегося сертификата только 2 слушателя (3,1% от опрошенных) не имели другой специальности. Стаж работы на руководящей должности у 69,2% опрошенных слушателей составил от 5 до 20 лет, в том числе слушатели со стажем работы 5-10 лет составили 23,1%, 11-15 лет — 24,6%, 16-20 лет — 21,5%. Равный удельный вес пришелся на слушателей, имеющих стаж работы на руководящей должности менее 5 лет и более 25 лет (по 10,8% от общего числа опрошенных). Чуть менее 10% слушателей (9,2%) имели руководящий стаж от 21 до 25 лет.

Из всех слушателей, опрошенных в рамках обучения на кафедре, только 10,8% на момент обучения не являлись руководителями медицинских организаций (структурных подразделений), однако целью обучения ставили получение необходимых знаний и сертификата специалиста в связи с предполагаемым переходом на руководящую должность или/и открытием частной медицинской организации. Более трети обучающихся (38,5%) уже занимали пост руководителя медицинской организации, 32,3% — пост заместителя руководителя медицинской организации. Заведующими клиническими отделениями являлись

18,5%, при этом более половины данной категории слушателей в ближайшем будущем планировали перейти на более высокие руководящие должности или являлись кадровым резервом на руководящие посты.

Наличие опытных руководителей, имеющих большой объем практических знаний по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» и «Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы» свидетельствует о необходимости тщательного и глубокого подхода к материалу, предлагаемому слушателям для изучения на кафедре в рамках проводимых циклов последипломной образования.

Анализ территорий, откуда прибыли на обучение слушатели циклов ДПО, демонстрирует значительную географическую разбросанность. Практически половина слушателей (49,2%) не являлись жителями г. Иркутска, при этом 26,2% проживали на территории Иркутской области с достаточно длительным временем доезда до места обучения, 12,3% слушателей являлись жителями других субъектов РФ (Республика Бурятия, Читинская область, Забайкальский край, Красноярский край, Краснодарский край, Республика Саха Якутия и др.). Учитывая широкую географию проживания слушателей, можно принять во внимание, что значительную роль в выборе слушателями базы обучения сыграл высокий рейтинг кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ.

Наличие на циклах последипломной подготовки слушателей с различной территориальной отдаленностью от базы обучения и особенностями профессиональной деятельности не влечет за собой негативных последствий в качестве обучения во многом благодаря внедрению института кураторства. Определение персонального куратора, прежде всего, позволяет не только учитывать особенности профессиональной деятельности слушателей, но и максимально повысить заинтересованность и ориентацию курируемых на высокий результат в процессе ДПО, а также обеспечить оперативность решения вопросов, возникающих у слушателей в процессе обучения. Именно эти факторы как ключевые были отмечены слушателями, большинство из которых (93,8%) поддерживают «кураторство». Не определились со значимостью данного института и не поддерживают его лишь 4,6% и 1,5% из опрошенных соответственно.

Одной из главной составляющих ДПО по специальности

«Организация здравоохранения и общественное здоровье» является выполнением учебно-исследовательской работы слушателя (УИРС). Из общего числа опрошенных лишь 7,7% слушателей высказали мнение о необходимости жесткой регламентации тематики выполняемой работы со стороны кафедры. Большинство слушателей (89,2% от общего числа) предпочтительным назвали вариант, при котором тема УИРС непосредственно связана с профессиональной деятельностью обучающегося, а в качестве базы исследования выступает медицинская организация, в которой работает слушатель. При этом данная группа слушателей отметила достаточно скептический настрой к выполнению УИРС на первоначальном этапе и высокую оценку ее необходимости и важности на заключительном этапе представления и защиты работы. Многие выводы и предложения, сформулированные в рамках УИРС, ложатся в основу реальных мероприятий по улучшению деятельности медицинской организации, выступившей в роли базы исследования. Более того, многие слушатели после окончания обучения на кафедре продолжили начатую научную работу, представляя результаты УИРС в виде научных статей. Затруднились ответить на вопрос относительно предпочтительных тем УИРС 3,1% опрошенных.

В рамках анкеты слушателям был задан вопрос, касающийся привлекательности и эффективности применяемой на кафедре модульной структуры обучения с формированием обладающих определенной степенью автономности образовательных модулей. Данный подход позволяет принимать слушателей различных специальностей и объемов подготовки на обучение ежемесячно в течение всего учебного года и предполагает начало обучения в рамках текущего модуля. Минусом такого подхода является нарушение хронологической последовательности образовательных модулей для слушателей, приступивших к обучению позднее сентября и января. Тем не менее большинство опрошенных слушателей (92,3%) считают «модульный» подход к обучению целесообразным, удобным и не менее эффективным, чем схему обучения, предполагающую набор слушателей с периодичностью в четыре месяца. Столь высокая оценка, конечно, объясняется и отсутствием продолжительного периода ожидания начала нового цикла.

Предлагаемый на кафедре подход к максимально полному обеспечению слушателей необходимыми материалами для

самостоятельного освоения, а также постоянная на протяжении всего цикла обучения работа слушателя с куратором позволяют абсолютно нивелировать возможные неудобства восприятия информации в случае нарушения хронологии изучения образовательных модулей.

Немаловажным вопросом является и широкое привлечение к процессу ДПО «внешних» по отношению к кафедре лекторов. Необходимо отметить, что ценовая политика, реализуемая в отношении слушателей соответствующих циклов, во многом продиктована потребностью в максимальном удовлетворении образовательных запросов слушателей. При этом направленное на решение этой задачи привлечение «внешних» преподавателей находится в прямой зависимости от стоимости обучения на соответствующем цикле. Несмотря на этот немаловажный факт, практически всеми опрошенными слушателями (93,8% от общего числа) было высказано мнение о пользе и целесообразности широкого привлечения «внешних» лекторов для ведения преподавания на циклах ДПО.

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенного социологического исследования, в качестве важнейших элементов, направленных на повышение эффективности дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», слушатели соответствующих циклов считают применение модульной структуры обучения, реализацию института кураторства, широкое привлечение к образовательному процессу преподавателей, имеющих большой практический опыт, и другие современные образовательные технологии, применяемые на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета.

**ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Дополнительное профессиональное образование (ДПО) в сфере управления здравоохранением в настоящее время требует к себе повышенного внимания. В государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» указывается на необходимость существенного пересмотра идеологии и подходов к организации кадрового обеспечения отрасли здравоохранения квалифицированным персоналом, включая выход за рамки совершенствования образовательного процесса. В документе также признается потребность в смене парадигм подготовки медицинских работников, внедрения модели непрерывного профессионального образования.

Потребность в совершенствовании форм организации учебного процесса также обусловлена проблемами в системе ДПО организаторов здравоохранения. Важнейшим из подобных противоречий является потребность обеспечить значительный удельный вес аудиторной нагрузки специалистов в соответствии с утвержденными рабочими программами профессиональной переподготовки и повышения квалификации. Большие объемы «контактной» работы с организаторами здравоохранения, реализованные с отрывом от производства, сопряжены с большими сложностями, т.к. несмотря на отсутствие «незаменимых», отрыв руководителя от его деятельности всегда чреват сбоями в работе медицинской организации. В ряде случаев руководители вынуждены проходить обучение вместе со своими заместителями, что еще больше усугубляет данную проблему.

Другой важной проблемой является сложность в подборе квалифицированных лекторов и в целом педагогов для слушателей, в числе которых зачастую оказываются руководители медицинских организаций и чиновники высокого ранга.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (далее – кафедра ОЗ и ЗО ИГМУ) осуществляется организация и проведение всех видов дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка и повышение квалификации в объеме 576, 144 часа и менее) по специальностям: «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы» и «Управление сестринской деятельностью». К настоящему времени кафедрой накоплен достаточный опыт организации дополнительного профессионального образования. В результате разработаны соответствующие подходы, направленные на совершенствование образовательного процесса по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов в сфере управления здравоохранением.

1. Реализация модульной структуры обучения с формированием «универсальных» модулей (обязательных к освоению в рамках различных специальностей и форм последиplomной подготовки).

Основу в организации соответствующих циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации, реализуемых на кафедре, составляет понятие «образовательного модуля», обладающего в известной степени автономностью и универсальностью. В качестве примера подобного универсального модуля можно привести модуль «медицинская статистика и анализ здоровья населения», материалы которого в равной степени востребованы организаторами здравоохранения различных специальностей и форм подготовки, проходящих обучение на кафедре. Использование модульной структуры обучения позволяет решить сразу несколько проблем.

Во-первых, слушатели, приходящие на обучение в объеме 576 часов (4 месяца), имеют возможность приступить к обучению в рамках освоения текущего модуля, в результате чего прием новых слушателей на обучение происходит ежемесячно, а не раз в четыре месяца, что также положительно сказывается на возможности кафедры регулировать поток слушателей.

Во-вторых, при изучении универсальных модулей возникает возможность объединять в процессе их освоения слушателей различных специальностей и объемов подготовки. Здесь нужно сделать существенную оговорку. Конечно, подобное объединение

возможно далеко не всегда. Однако никто не запрещает дробить учебные модули таким образом, чтобы сформировать как более универсальные модули, подходящие широкому кругу слушателей, так и специальные, используемые в процессе преподавания одной-двух когорт слушателей (слушателей одной специальности и одного объема обучения). Все не вошедшие в универсальный модуль сведения слушатели получают уже в рамках «специализированного» модуля и индивидуальных занятий со своими кураторами.

В-третьих, обладающий автономностью образовательный модуль предоставляет больше возможностей в плане контроля текущего уровня знаний и промежуточной аттестации по итогам освоения модуля.

Еще одним важнейшим плюсом подобного подхода является также то, что концентрация слушателей, изучающих универсальный образовательный модуль, позволяет приглашать для его преподавания «внешних» лекторов, что само по себе представляет еще один принцип, реализуемый кафедрой ОЗ и ЗО ИГМУ в процессе последиplomной подготовки слушателей.

2. Широкое привлечение «внешних» по отношению к кафедре преподавателей к процессу последиplomной подготовки.

Преподаватели, не являющиеся штатными сотрудниками кафедры, представляют другие кафедры и ВУЗы, а также, что самое немаловажное, являются представителями практического здравоохранения, среди которых — руководители медицинских организаций и служб, представители органов управления здравоохранением, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования, а также специалисты отдельных подразделений медицинских организаций (юристы, экономисты, работники кадровой службы и бухгалтерии) и другие, чей опыт работы представляет интерес для слушателей.

Нет необходимости объяснять полезность такого подхода в процессе последиplomного обучения. В современных условиях лишь широкое привлечение представителей практического здравоохранения способно в полной мере насытить потребность слушателей и удовлетворить их образовательные запросы.

3. Выполнение учебно-исследовательской работы слушателя (УИРС) каждым из обучающихся на циклах профессиональной

переподготовки и повышения квалификации.

УИРС представляет собой исследование, большую часть которого слушатели совмещают со своей профессиональной деятельностью. При этом базой исследования выступает, как правило, та медицинская организация, в которой работает слушатель. Тема УИРС выбирается слушателем из списка предложенных, кроме того, существует возможность предложить и свой вариант темы. В любом случае, тема исследовательской работы посвящается одному из основных разделов нашей специальности, представляя собой либо анализ здоровья проживающего на конкретной территории или обслуживаемого медицинской организацией населения, либо посвящена вопросам организации медицинской помощи, либо — экономическим вопросам в сфере охраны здоровья (медицинское страхование и реализация программы государственных гарантий, формирование цен на медицинские услуги, оплата труда медицинских работников и т.п.). Тема УИРС обязательно согласовывается с куратором, который оказывает помощь слушателю и контролирует выполнение исследовательской работы на всех этапах ее выполнения. К завершению обучения каждая УИРС должна быть представлена на защиту. Важный момент — куратор не может входить в состав комиссии, принимающей УИРС к защите. Выполнение и защита УИРС предоставляют ряд преимуществ.

Прежде всего, они являются очень эффективной формой образовательного процесса и способствуют повышению профессионализма слушателей. Выполнение УИРС во многих случаях способно заинтересовать слушателей, зачастую перед началом работы относящихся к вопросу скептически.

Кроме того, УИРС — отличная площадка для получения слушателями ответов на давно интересующие их вопросы и реализации собственных идей. Многие из предложений, указанных в УИРС, в скором времени находят реализацию на практике уже в процессе профессиональной деятельности слушателей — организаторов здравоохранения.

Наконец, выполнение УИРС слушателями без отрыва от своей профессиональной деятельности позволяет эффективно реализовывать очно-дистанционную форму обучения, при которой все общение слушателя с куратором может быть реализовано дистанционно посредством электронной почты и других современных форм коммуникации с использованием интернета

(видеоконференции, вебинары и т.п.).

4. Применение института кураторства.

Каждому слушателю, проходящему обучение в объеме более 100 часов, назначается свой куратор, в роли которого выступает один из преподавателей кафедры. Как и при анализе проблем, рассмотренных выше, можно выделить несколько преимуществ, которые предоставляет подобный подход.

Самым важным является то, что внедрение кураторства позволяет реализовать персональную ответственность преподавателей кафедры за результаты последипломного обучения. Еще одним преимуществом данной модели является удобство для слушателей, которые в течение всего процесса обучения могут обратиться к своему куратору как по вопросам, возникающим в процессе выполнения УИРС, так и по любым другим учебным вопросам. Очень важно также и то, что тесное взаимодействие слушателей с кураторами, выбор которых производится с учетом примерной тематики планируемых УИРС и научного «профиля» кураторов, в результате приводит к взаимному повышению профессионализма тех и других. Во взаимодействии с кураторами не только слушатели быстрее постигают теоретические аспекты специальности, но и кураторы в то же время обогащают свои знания о практическом здравоохранении. Так реализуется один из фундаментальных принципов современной медицины — единство науки и практики. Нередко возникают ситуации, когда выполненная под руководством куратора УИРС ложится в основу подготовленных в соавторстве публикаций, или даже, со временем, вырастает в полноценное диссертационное исследование.

Таким образом, опыт, накопленный кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ в процессе организации дополнительного профессионального образования, включает в себя комплекс проверенных на практике подходов, направленных на совершенствование подготовки профессионалов в сфере управления здравоохранением. Предложенные подходы рекомендуются к применению при процессе дополнительного профессионального образования как для организаторов здравоохранения, так и для врачей других специальностей.

Гацура О.А., Кочеткова И.О.

«МУКИ И РАДОСТИ» СТУДЕНТОВ-ЛЕЧЕБНИКОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Успешное освоение разделов дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» студентами лечебного факультета медицинского вуза подразумевает их готовность к профессиональной деятельности в части решения организационно-управленческих и научно-исследовательских задач.

Студенты должны овладеть знаниями и приобрести навыки, необходимые для формирования компетенций по применению основных принципов организации медицинской помощи населению, ведению медицинской документации, организации медицинской экспертизы, оценке качества оказания медицинской помощи и др., а также уметь анализировать статистические данные и решать отдельные научно-прикладные задачи в области здравоохранения (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 г. № 95 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело» (уровень специалитет)). Следует отметить неоднозначное отношение к дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» в студенческой среде, причем мнения расходятся кардинально: от непонимания, раздражения, полного неприятия до заинтересованности, глубокого погружения, мотивированного овладения предметом. Вместе с тем практически все студенты считают предмет непростым, отмечая ключевые проблемные точки на «дорожной карте» формирования соответствующих компетенций.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А.И. Евдокимова в 2015 г. было проведено исследование, целью которого было выяснить отношение студентов к дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» в свете

воспринимаемых ими текущих трудностей и интегральной пользы для практической деятельности в будущем.

Таблица 1

Внешние и внутренние препятствия при изучении предмета «Общественное здоровье и здравоохранение» (мнение студентов)

Ранг	Категории трудностей	Абс. (%)
1	Восприятие и усвоение учебного материала: (расчет средних величин, достоверность различий между средними и относительными величинами, корреляция, динамический ряд, метод стандартизации и статистика в целом, заболеваемость, ЭВН, управление МО, реформирование здравоохранения, контроль качества)	34 (24,7)
2	Соблюдение внутреннего распорядка кафедры (приходить без опозданий, соблюдать требования к внешнему виду, поведению, не курить)	28 (20,4)
3	Объем материала	25 (18,1)
4	Тестовые задания	18 (13,0)
5	Язык и термины законодательных документов	15 (10,9)
6	Контроль, фронтальный опрос, задачи	4 (2,9)
	Сохранение продуктивного внимания в течение 6-часового учебного дня	4 (2,9)
7	Собственная лень	3 (2,8)
	Не могу сформулировать, даже если понимаю	3 (2,8)
8	Отсутствие мотивации	2 (1,5)
Всего		138 (100)

Студентам, завершившим обучение на кафедре, предлагалось в свободной форме сформулировать одну, на их взгляд, самую значительную трудность, с которой им пришлось столкнуться в процессе освоения нашего предмета. В опросе приняли участие 140 студентов четвертого курса лечебного факультета, успешно сдавших экзамен, однако обработке подверглись только 138 ответов, «сложно было все» не учитывались). Отметим, что более половины опрошенных (53,7%) самым трудным для себя признали собственно усвоение учебного материала (1,3,5 ранговые места в таблице № 1); соблюдение требований внутреннего распорядка оказалось наиболее проблематичным для 20,4% студентов (2 ранговое место); регулярный контроль успеваемости проблематичен для 15,9%

респондентов (4,6 ранговые места). Остальные 10,0% опрошенных (6, 7, 8 ранговые места) отметили свои личностные особенности как основной фактор, мешающий освоению материала.

Таблица 2

**Осознанная польза от изучения предмета
«Общественное здоровье и здравоохранение»
(стилистика ответов респондентов сохранена)**

Ранг	Категории мнений респондентов	Абс. (%)
1	Знакомство с правовыми основами здравоохранения, релевантным законодательством РФ	35 (25,0)
2	Систематизация информации по реформам здравоохранения, структуре, организации медицинской помощи населению	30 (21,4)
3	Расширение кругозора, дополнительные знания, моральное удовлетворение от полученных знаний	24 (17,1)
4	Освоение статистики (<i>с интересом слежу за статистическими данными, понимаю материал научных статей, смогу работать медицинским статистиком</i>)	14 (10,0)
5	Осознание смысла страхования для пациента и для лечащего врача	8 (5,7)
	Стали организованней, здесь учат, как надо делать	8 (5,7)
6	Экспертиза временной нетрудоспособности	7 (5,0)
7	Навык расчета показателей в работе врача	5 (3,6)
	Захотелось заниматься научной работой	5 (3,6)
8	Осознание важности роли врача в здравоохранении	4 (2,9)
Всего		140 (100)

Если студенты осознают трудности, которые им приходилось преодолевать на протяжении цикла «Общественное здоровье и здравоохранение», то смогут ли они вербализовать пользу от полученных знаний и приобретенных умений для настоящей академической и/или будущей профессиональной деятельности?

Такой вопрос был задан этой же группе респондентов, получены 140 ответов (рейтинг мнений представлен в таблице №2).

Из приведенных в таблице №2 данных следует, что 70,7% опрошенных самыми полезными и важными для себя сочли материал «тела» дисциплины (1,2,4,5,6,7 ранговые места); для 20,7% студентов изучение предмета «Общественное здоровье и здравоохранение» стало побудительным фактором к занятиям научно-

исследовательской работой и мотивировало их к получению новых знаний и дальнейшему расширению кругозора (3 и 7 ранговые места); приобретенные на кафедре навыки самоорганизации оказались наиболее ценными для 5,7% студентов (5 ранговое место).

Таким образом, усвоение нашего предмета потребовало со стороны респондентов значительных усилий, связанных не только с объемом и сложностью учебного материала, но и с требовательностью преподавателей кафедры при регулярном контроле успеваемости и соблюдения студентами правил внутреннего распорядка и этического кодекса нашего Университета.

Тем более отраднo осознавать, что после обучения на нашей кафедре студенты МГМСУ им. А.И. Евдокимова приобретают не только предусмотренные образовательным стандартом профессиональные компетенции, но и укрепляют мотивацию к практической и научной деятельности вместе с навыками столь необходимой для будущего врача самодисциплины.

Гильманов А.А.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

Многолетний опыт работы кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Казанского государственного медицинского университета по подготовке и непрерывному профессиональному образованию управленческих кадров позволяет нам говорить о высокой актуальности методического обеспечения преподавания раздела «Организационно-экономические аспекты деятельности медицинских организаций». Участие в 2015 году по поручению Министерства здравоохранения Российской Федерации в реализации профессиональной программы повышения квалификации заместителей руководителей медицинских организаций по финансово-экономическим вопросам подтвердило наше мнение. У практического здравоохранения отсутствовали единые методические

подходы по оценке эффективности управления ресурсами медицинской организации. Это существенно осложняло слушателям подготовку выпускных работ и, главное, системных решений по повышению эффективности управления ресурсами медицинской организации. Проводя анализ использования отдельных видов ресурсов, слушатель пытался решать только узкие задачи, в ущерб системным решениям. Отсутствовала возможность сравнения показателей работы однотипных медицинских организаций. Органы управления здравоохранением не имели возможности обобщения материала и установления общих для медицинских организации региона проблем и, соответственно, выработки эффективных отраслевых управленческих решений.

Учитывая требования рабочей учебной программы повышения квалификации «Эффективное управление ресурсами медицинской организации», подготовленной авторским коллективом кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова», мы подготовили методику проведения исследования по оценке эффективности управления ресурсами медицинской организации при выполнении выпускной работы. Методика может быть использована руководителями медицинских организации и заместителями руководителей медицинских организации по финансово-экономическим вопросам для ежегодной оценки эффективности управления ресурсами медицинской организации в практической деятельности.

Структура работы включает: введение, цель, задачи, анализ деятельности медицинской организации в соответствии с задачами, выводы и предложения.

Во введении дается краткая характеристика медицинской организации. Проводится анализ медико-демографических показателей в районе (территории) обслуживания в динамике за 3 (5 лет) года. Проводится SWOT-анализ и дается оценка бизнес-плана медицинской организации.

Цель исследования определяется как: «Повышение эффективности управления ресурсами в медицинской организации».

В соответствии с целью формируются задачи:

1. Анализ и оценка кадрового ресурса

2. Анализ и оценка материальных ресурсов

3. Анализ и оценка финансовых ресурсов

4. Анализ и оценка информационных ресурсов.

Этап «Анализ и оценка кадрового ресурса» проводится за предыдущие 3 года (5 лет) отдельно по врачам, сестринскому и прочему персоналу и включает в себя: анализ обеспеченности кадрами, укомплектованность физическими лицами в динамике и их квалификация, текучесть кадров, повышение их квалификации. Оценивается работа по поэтапному устранению дефицита кадров медицинского персонала. Анализируются документы медицинской организации по нормированию труда медицинского и иного персонала. Дается характеристика системе оплаты труда, проводится оценка перехода на эффективный контракт. В динамике рассматривается средняя заработная плата и ее структура в целом по медицинской организации и по категориям персонала и оценивается выполнение дорожной карты по средней заработной плате.

Этап «Анализ и оценка материальных ресурсов» проводится за предыдущие 3 года (5 лет) и заключается в оценке стоимости основных фондов (ОФ) и оборотных средств в динамике. Проводится расчет коэффициента износа в процентах по формуле: $K = A/C$ где, А — сумма начисленного износа ОФ; С — первоначальная стоимость ОФ. Изучается фондоотдача (показатель использования ОФ в процентах). Φ (фондоотдача) = V/C где, В — стоимость валовой продукции в руб. и С — среднегодовая стоимость ОФ. Анализируется фондовооруженность (степень обеспеченности работников ОФ на 1 работающего в процентах). Φ (фондовооруженность) = $C/Ч$ где, С — среднегодовая стоимость ОФ и Ч — средняя численность сотрудников.

Подвергается анализу выполнение государственного задания по стационару, дневному стационару и поликлинике, в том числе по паллиативной и реабилитационной помощи. Дается оценка эффективности использования коечного фонда, в том числе по койкам дневного стационара, по показателям занятости, оборота и средней длительности пребывания больного на койке в динамике. При наличии поликлиники дается оценка выполнению функции врачебной должности (плановая функция сравнивается с фактической).

Анализ и оценка финансового ресурса проводится за предыдущие 3 года (5 лет). Дается оценка текущему финансовому состоянию медицинской организации, дебиторской и кредиторской

задолженности, если они есть. Проводится анализ платежеспособности и финансовой устойчивости. K (финансовая устойчивость) = $(O+D)/B$ где, Σ — общая сумма собственных средств, D — долгосрочные финансовые обязательства, B — валюта бухгалтерского баланса. Подвергаются анализу постоянные и переменные затраты (затраты на материалы и медикаменты, оплата труда). Проводится отдельный анализ доходов по средствам обязательного медицинского страхования (ОМС) и от платных медицинских услуг. Изучается цена услуги по ОМС и на платные медицинские услуги с позиции покрытия издержек и обеспечения рентабельности. Дается оценка формированию стабильного потока пациентов и обеспечению оптимальной загрузки персонала и оборудования. Проводится расчет точки безубыточности по отдельным услугам: пролеченный больной, посещения и коэффициента эффективности использования коечного фонда. На данном этапе желательно проведение ABC — анализа по лекарственным препаратам.

Анализ и оценка информационных ресурсов проводится за предыдущие 3 года (5 лет). Изучается наличие в медицинской организации локальной сети, введение электронного паспорта медицинской организации. Дается наименование используемых в медицинской организации программных средств и планируемые к внедрению программные средства. Дается оценка внедрению программы электронной очереди на амбулаторно-поликлиническое посещение, плановую госпитализацию, программы электронной медицинской карты и историй болезни, организации обучения медицинского персонала для работы с новыми программными средствами.

Выводы формируются по каждой задаче.

Работа завершается разработкой **предложений**, которые должны логично вытекать из выводов и быть направлены на повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЕДИНЫХ НОРМАТИВОВ ЗАТРАТ
НА ОКАЗАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
УСЛУГ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

¹ - ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России

² - *Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития
управленческих кадров здравоохранения*
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России

Вопрос о внедрении единых нормативов затрат на оказание государственных услуг по реализации образовательных программ по специальностям и направлениям подготовки в сфере высшего профессионального образования является предметом большинства дискуссий, предлагающих новые способы финансирования учреждений высшего профессионального образования.

Учитывая тот факт, что изначально практически все вузы существенно различаются по уровню фактических затрат на обучение одного студента, что связано, прежде всего, с региональными особенностями и материально-технической оснащённостью учреждения, то переход на нормативное подушевое финансирование ориентирован на повышение эффективности бюджетного финансирования, повышение качества бюджетной образовательной услуги общего образования в сочетании с мерами недопущения снижения фактически сложившегося финансирования отдельных образовательных учреждений.

Так 2010 год является началом разработки системы индивидуальных нормативных затрат на оказание государственных образовательных услуг и уже в 2012 году при расчете субсидий на выполнение государственного задания использовался порядок определения индивидуальных нормативных затрат, утвержденный приказом Минобрнауки России от 27 июня 2011 г. № 2070.

В 2013 году по мере продолжения внедрения единых нормативных затрат в системе высшего образования и в целях разработки единой для всех вузов методики установления нормативных затрат по направлениям подготовки (специальностям) Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 599 были обозначены сроки перехода к нормативно-подушевому финансированию образовательных программ высшего профессионального образования.

В результате поэтапного перехода на единые нормативы затрат по специальностям к 2017 году были сформированы основные подходы и принципы нормативно-подушевого финансирования, и каждый вуз смог перестроиться на новые принципы расчета субсидий на выполнение государственного задания.

Так приказом Минобрнауки Российской Федерации от 20 июля 2016 г. № 884 определены три стоимостные группы, включающие в себя различные направления подготовки по реализации образовательных программ высшего образования: бакалавриата, специалитета, магистратуры, подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), ординатуры и ассистентуры-стажировки, в свою очередь, сгруппированные по следующим основным принципам:

- трудоемкость обучения;
- требования к квалификации профессорско-преподавательского состава;
- необходимость дополнительного учебно-вспомогательного персонала для некоторых специальностей;
- необходимость различного рода лабораторного оборудования;
- особенности прохождения практической подготовки обучающихся.

Вместе с тем вышеуказанным приказом Минобрнауки России утверждены итоговые значения и величина составляющих базовых нормативов затрат на оказание государственных услуг по реализации образовательных программ в разрезе стоимостных групп.

Так минимальная стоимость обучения программ подготовки бакалавриата и специалитета по направлениям подготовки первой стоимостной группы определена на уровне 64,84 тыс. руб., второй группы на уровне 76,77 тыс. руб. и третьей группы на уровне 126,57 тыс. руб. соответственно.

Законодательно определены следующие составляющие базового норматива затрат:

- затраты, непосредственно связанные с оказанием образовательных услуг, включая оплату труда основного персонала, приобретение материальных запасов и особо ценного движимого имущества, потребляемого (используемого) в процессе оказания государственной услуги, приобретение учебной литературы, организацию учебной и производственной практики;
- затраты на общехозяйственные нужды, включая затраты на коммунальные услуги, содержание объектов недвижимого и особо ценного движимого имущества, резерв на полное восстановление состава объектов особо ценного движимого имущества и услуги связи, а также затраты на оплату труда вспомогательного персонала, повышение квалификации работников, прохождение периодических медицинских осмотров, культурно-массовую работу.

Вместе с тем законодательно учтены индивидуальные особенности образовательных организаций, их региональные и отраслевые особенности, путем применения корректирующих коэффициентов к базовым нормативам затрат. В их число входят:

- коэффициент, отражающий право ведущего вуза самостоятельно разрабатывать и утверждать образовательные стандарты по всем уровням высшего образования;
- корректирующий коэффициент, отражающий особенности реализации государственной услуги в отношении студентов, являющихся инвалидами, детьми-инвалидами, и студентов с ограниченными возможностями здоровья, а также организации образовательного процесса в специализированных учреждениях;
- коэффициент, отражающий законодательно закрепленные особенности реализации государственных программ в образовательных организациях, являющихся уникальными научно-образовательными комплексами;
- коэффициенты, отражающие достижение целевых показателей эффективности деятельности ведущих вузов, в том числе средний балл единого государственного экзамена студентов, долю студентов, являющихся победителями и

- призерами заключительного этапа всероссийской олимпиады школьников и научный потенциал образовательной организации;
- коэффициенты, отражающие формы обучения, формы реализации образовательных программ, используемые технологии обучения;
 - коэффициенты, учитывающие соотношение численности работников профессорско-преподавательского состава и обучающихся;
 - территориальные коэффициенты, учитывающие средний уровень заработной платы в регионе и государственное регулирование цен (тарифов) на коммунальные услуги (Письмо Минобрнауки России от 25.07.2016 г. № АП-74/18вн).

Такая методика позволяет унифицировать процесс определения нормативов затрат на образовательные услуги, что повысит качество оказываемых государственных услуг и позволит использовать механизм финансового обеспечения образовательных услуг независимо от территориальной расположенности и ведомственной принадлежности образовательной организации.

По прогнозам Минобрнауки России, применение нормативного подушевого финансирования создаст условия для повышения заработной платы руководителей и работников образовательных учреждений, оптимизации учебной нагрузки, тем самым стимулируя их заинтересованность в проведении мероприятий по предоставлению равных условий осуществления образовательного процесса и положительно сказываясь на социальной ситуации.

Таким образом, применение единых нормативов затрат на оказание государственных услуг по реализации образовательных программ по специальностям и направлениям подготовки в сфере высшего профессионального образования становится инструментом процесса управления в современном вузе, который обеспечивает высокий уровень качества обучения и конкурентности на рынке образовательных услуг.

Данцигер Д.Г., Андриевский Б.П., Махов В.А.

ОСОБЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВРАЧУ – ОРГАНИЗАТОРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России*

Врач — лицо, посвящающее свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека, получившее в установленном порядке право на занятие врачебной деятельностью. Врач — лицо, получившее высшее медицинское образование по соответствующей специальности.

Практикующий врач занимается предотвращением (профилактикой), распознаванием (диагностикой) и лечением (терапией) заболеваний и травм.

Для врача — организатора, кроме того, надо решать еще две основных функции: ведь после распознавания того или иного заболевания нужно их упорядочить, согласно имеющейся классификации (патология), и после излечения больных не все болезни заканчиваются выздоровлением, а требуют долечивания (реабилитация).

Следовательно, можно считать, что существует пять основных функций врачевания: профилактика, диагностика, лечение и реабилитация. Для специалиста — организатора здравоохранения к каждой из выделенных функций следует добавить определение «общественная» (или социальная).

Общественная (социальная) профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Эффективность мер общественной профилактики во многом зависит от сознательного отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья других, от активного участия населения в

осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом возможности для укрепления и сохранения здоровья. Практическое осуществление общественной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, предприятий промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса и т.д.

Социальная профилактика в целом — важнейшая функция государства. Терапевтическая медицина и профилактика находятся в отношении обратной пропорциональности. Чем меньше профилактики, тем больше лечения.

Если правильно организовано первичное звено, то долю тяжелых и запущенных случаев заболеваний статистически можно существенно сократить, уменьшить количество оперативных вмешательств, дорогостоящих процедур. Уменьшение доли тяжелых стадий заболеваний, их осложнений, в конечном счете, ведет к снижению инвалидизации населения, смертности.

Можно сказать больше, что затраты на терапевтическую медицину, на лечение и на содержание многочисленных хроников, душевно больных и алкоголиков с народнохозяйственной точки зрения есть не что иное, как выплата ростовщических процентов по векселям профилактической задолженности.

Итак, профилактик по внутреннему своему смыслу должен быть социально-биологическим инженером, зорко следящим за жизненным потоком, измеряющим его ширину и глубину и охраняющим чистоту его течения от малейшего загрязнения. Не зря у древних народов, только начинающих формировать цивилизацию, эмблемой в руках врача-терапевта были часы, а в руках профилактика — компас.

Социальная диагностика. С 1966 г. кафедры организации здравоохранения стали переименовываться в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. В содержание социальной гигиены стало входить изучение здоровья населения: рождаемость, смертность, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие и др. Ранее они входили в дисциплину «демография» как раздел экономических наук. Все эти процессы изучаются санитарно-статистическим методом, и мы вправе называть его «Методом социальной диагностики».

Социальная патология. В последнее время, когда испытывался дефицит финансов на бесплатное лечение всех болезней, были выделены из всей совокупности таковых две группы заболеваний, пользующихся полностью бесплатным лечением, либо частично оплачиваемых пациентами. Эти две группы заболеваний носят название: «Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» и «Перечень социально значимых заболеваний».

В раздел о социальной патологии входит часть заболеваний, имеющие прямую связь с неудовлетворительными социально-бытовыми условиями жизни, поэтому их стали называть социально значимыми болезнями. Для лечения таких заболеваний созданы специализированные больницы, диспансерные отделения, санатории-профилактории, хосписы.

Социальная терапия. В клинической практике существуют следующие виды терапии: этиотропная, патогенетическая, симптоматическая, паллиативная.

Все это имеет отношение к клинической медицине. А что же можно предложить в качестве «социальной терапии» врачу-организатору здравоохранения?

Составной частью науки об общественном здоровье является ее нормативно-организационная сторона, которую можно назвать «социальной терапией» — это организация здравоохранения, планирование, финансирование, организация труда в деятельности отдельных служб.

Таким образом, современное состояние нормирования труда, определяющее роль отраслевых документов по труду как методических пособий, носящих рекомендательный характер, предполагает планирование численности персонала учреждений здравоохранения в зависимости от объема работы и конкретных местных условий.

Наконец, социальная реабилитация. Существуют различные виды реабилитации, так наряду с медицинской реабилитацией осуществляется социальная и производственная.

Реабилитация предусматривает два основных момента: во-первых, возвращение пострадавшего к жизни и труду и, во-вторых, создание оптимальных условий для активного участия его в жизни общества.

Социальная реабилитация в России остается сегодня важной социально-медицинской проблемой, характеризующей критический

уровень общественного здоровья населения. Социальная реабилитация — сложный многофакторный процесс, зависящий от лечебно-диагностической, профилактической деятельности лечебно-профилактических учреждений, социальных, гигиенических и экологических факторов, производственных и бытовых условий и многих других моментов.

Может ли врач — организатор здравоохранения охватить все аспекты изложенных нами функций?

Возглавляет медицинскую организацию главный врач — это, прежде всего, руководитель. Чем должен отличаться врач участка от главного врача? Если для врача первичного звена достаточно двух характеристик: его профессионального опыта и личностных данных, то для руководителя требуется еще дополнительно ряд качеств.

Попробуем подойти с практической стороны всех поднятых вопросов и попытаемся дать ответ на вопрос: как определить качества руководителя. Для этого начнем с самого простого, попробуем определить себя как личность. Положение любого человека определяется четырьмя составляющими: положением политическим, общественным, экономическим и организационным. Эти составляющие оказывают взаимное влияние друг на друга и в итоге формируют у каждой личности понятия авторитета и престижа.

Авторитет и престиж — многозначные термины, поэтому дадим свое определение каждому.

Под авторитетом будем понимать меру того, насколько окружающие считаются с его мнением, советами, приказами и т.д. Престиж — это мера того, насколько окружающие признают превосходство, способности, знания и др. качества личности.

Личность А, обладающая высоким уровнем авторитета и престижа, является полностью соответствующей своему положению и, если эта личность добьется тех же результатов среди других окружающих лиц, то она имеет полное право на положительную карьеру в общественной жизни и трудовом коллективе.

Личность Б, обладающая высоким авторитетом и низким престижем, является тем типом, который «правит» сослуживцами. В отношении с другими гражданами эта личность часто использует скрытый или явный нажим, стремясь таким образом компенсировать недостаток своей квалификации.

Личность В, обладающая низким авторитетом и высоким престижем, является типом «мягкого» человека. Эта личность не

любит контролировать ни себя, ни окружающих, уклоняется от принятия решений, склонна оправдывать промахи в работе. Для такой личности более подходящей является коллективная форма работы.

Личность Г, обладающая как низким авторитетом, так и низким престижем, находится не на своем месте. Окружающие на нее не обращают внимания. Своим вмешательством в работу подразделения эта личность только мешает. Если где-либо в другом месте она не добьется положительных результатов, то станет окончательно ясно, что этот человек не годится для руководящей работы.

Нами была проведена научно-исследовательская работа в Новокузнецке. Объектом изучения служили руководители (главные врачи) всех городских больниц, диспансеров, санитарно-эпидемиологических станций и других учреждений, которые оформляли специальные карты с заполнением примерно 20 учетных признаков, отражающих авторитет и престиж каждого участника. Результат показал, что руководителей типа А было 11 %, типа Б — 34%, типа В — 45%, типа Г — 10%.

Подводя итог, мы вынуждены признать, что медицинские кадры, особенно руководители учреждений и служб, являются главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения. Эффективное функционирование как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структурных подразделений обеспечивается именно кадровыми ресурсами. Это определяет кадровую политику как один из приоритетов в развитии здравоохранения.

Дербенев Д.П., Эхте К.А., Балашова Л.А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ПО
ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
ТВЕРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с
курсом менеджмента ФДПО, интернатуры и ординатуры
ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский
университет» Минздрава России*

В настоящее время в российском обществе предъявляются все более высокие требования к медицинским работникам, качеству медицинской помощи. Выполнение этих требований невозможно без знания врачами-специалистами вопросов организации здравоохранения. В связи с этим в Тверской области с 1989 года проводится обучение врачей всех специальностей, претендующих на получение квалификационной категории, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО, интернатуры и ординатуры Тверского государственного медицинского университета по программе объемом 72 часа. Программа постоянно корректируется в соответствии с требованиями времени.

В настоящее время врачи обучаются по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Управление и организационно-правовые вопросы в сфере здравоохранения». Программой предусмотрено изучение основных принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации, вопросов организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи населению. Отдельные разделы посвящены организации медицинской помощи детям, паллиативной медицинской помощи, организации гериатрической службы, медицинской реабилитации. Врачи изучают нормативные документы, регламентирующие порядки и стандарты оказания медицинской помощи.

В программу включен раздел, посвященный медицинской психологии, этике и деонтологии, биоэтике. Соблюдение этических норм является одним из важных показателей качества медицинской

помощи и необходимым условием удовлетворенности пациентов оказанной помощью.

В настоящее время большое внимание уделяется профилактическим осмотрам населения, диспансеризации. Еще один из разделов программы посвящен организации этой работы.

Одной из основных задач, поставленных перед врачами государством, является профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни населения. Программой предусмотрено изучение таких понятий, как: «образ жизни», «здоровый образ жизни», «стиль жизни», «уровень жизни», «качество жизни». На занятиях курсанты знакомятся с организацией медицинской профилактики и работы по формированию здорового образа жизни.

Нормативно-правовое обеспечение медицинской деятельности - следующий раздел программы. Он включает в себя основы законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, правовое обеспечение государственных гарантий гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Врачи изучают права и обязанности граждан (включая права отдельных групп населения) в сфере охраны здоровья, права и меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников, медицинских организаций. Особое внимание уделяется уголовным преступлениям и административным правонарушениям в сфере здравоохранения, уголовной и административной ответственности медицинских работников. Курсанты знакомятся также с правовыми основами лицензирования медицинской деятельности.

В программу обучения входят занятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, санитарное законодательство, правовая ответственность за нарушения законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия и защиты прав потребителей, организация работы по профилактике инфекционных заболеваний и внутрибольничных инфекций.

На цикле усовершенствования врачи знакомятся с основами теории управления: основными функциями управления, принципами и методами управления, вопросами разработки и принятия управленческих решений, психологическими аспектами управления.

Врачам необходимо знание документов, регламентирующих медицинскую экспертизу. Поэтому в программу обучения включены основы медицинской экспертизы в Российской Федерации: экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, экспертизы профессиональной пригодности, военно-врачебной, судебно-медицинской, судебно-психиатрической, независимой экспертизы.

Организация обязательного и добровольного медицинского страхования и организация работы медицинских организаций в условиях медицинского страхования, экономика и финансирование здравоохранения — следующие разделы программы. Знание этих вопросов необходимо врачам в условиях рыночных отношений.

В современных условиях активно осуществляется информатизация здравоохранения, развивается телемедицина. На курсах врачи знакомятся с возможностями использования информационных технологий в своей работе, медицинскими информационными системами, основными направлениями телемедицины.

Один из важнейших разделов программы — медицинская статистика: статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Курсанты изучают демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, статистические показатели деятельности медицинских организаций, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем Десятого пересмотра. Это необходимо им для грамотного заполнения учетной и отчетной медицинской документации, объективной оценки результатов своей работы.

Преподавателями кафедры используются разнообразные формы и методы обучения (проводятся лекции в различной форме: традиционные лекции, проблемные лекции, лекции-дискуссии, лекции-беседы, семинары, практические занятия). Обучающимся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам.

Особенностью дополнительного профессионального образования является то, что на курсах обучаются специалисты с разным опытом работы, со своим мнением по вопросам организации медицинской помощи населению. Преподаватели учитывают это при подготовке к занятиям, организуют свободный обмен мнениями по изучаемой проблеме, дают курсантам возможность высказать разные

точки зрения. Разнообразие форм обучения позволяет усилить их практическую направленность и актуальность, добиться более глубокого освоения и лучшего запоминания материала слушателями. Преподаватели, имея обратную связь с врачами, получают информацию о наиболее острых проблемах здравоохранения области, которая учитывается при проведении следующих циклов обучения по данной программе.

Дополнительная компетентность в области общественного здоровья и здравоохранения, полученная в процессе обучения на кафедре, позволяет врачам повысить эффективность своей работы и качество оказания медицинской помощи.

Результаты обобщения мнения обучающихся врачей, руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций о результатах реализации данной образовательной программы позволяют рекомендовать ее активное использование в рамках внедряемой системы непрерывного медицинского образования. Считаем целесообразным введение нормы, предполагающей обязательное наличие в портфолио каждого врача, претендующего на прохождение периодической аккредитации, не менее 36 кредитов, полученных по итогам повышения квалификации по вопросам общественного здоровья и здравоохранения.

Дерюшкин В.Г., Гацура О.А.

**УПРАВЛЕНИЕ ОБУЧЕНИЕМ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ:
ОТ РАЗРОЗНЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ К ЕДИНОЙ
ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ**

*Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития
управленческих кадров здравоохранения*

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России**

Современный образовательный процесс в медицинских вузах немислим без информационной системы, которая включает в себя программные средства, техническое обеспечение, сетевую

доступность и организационные возможности. Эффективность подготовки врачей во многом определяется уровнем внедрения информационных технологий в образовательный процесс высшей медицинской школы.

С другой стороны, всеобщая компьютеризация позволяет и преподавателям, и студентам как участникам образовательного процесса решать ряд технических задач, таких как: выход в интернет в любое время и в любом месте; создание и развитие единой информационной среды; управление компонентами обучения.

Система управления процессом обучения предназначена для обеспечения эффективного документооборота, контроля результатов освоения учебных программ, текущего управления по вертикали и горизонтали, а также для решения ряда других важных задач [1]. Собственно управление образовательным процессом в масштабе отдельно взятого медицинского вуза происходит на нескольких уровнях, а именно: стратегическом — управление университетом; тактическом — управление кафедрой; оперативном — управление студенческой группой. Этот ресурс позволяет оперативно и достаточно полно собирать и передавать необходимую информацию от самого «нижнего» управленческого уровня на все последующие, равно как и в обратном направлении.

Общие компоненты (функции), которые уже нашли свое место на основных платформах управления обучением, включают в себя:

- реестры (цифровые листы, фиксирующие факт присутствия на занятиях и повседневную успеваемость);
- оперативный доступ к информации, релевантной в отношении текущего учебного процесса, включая создание и размещение в локальной сети учебного расписания и сроков экзаменационных испытаний;
- возможность входа в локальную и глобальную сеть с использованием различных общедоступных устройств (настольные компьютеры, смартфоны или планшеты);
- электронные учебники и базы данных (учебный материал курса и ссылки на статьи, монографии и иные открытые источники в интернете);
- студенческое взаимодействие (обмен мгновенными сообщениями, электронной почтой и дискуссионные форумы, взаимодействие с преподавателем и учебной частью);

- тестирование студентов (создание и управление базой данных оценочных средств, проведение промежуточного контроля и комплексных экзаменов, а также всевозможных социологических опросов);

- скоринг и рейтинг (расширенный мониторинг ранговых показателей успеваемости студентов в течение всего периода обучения).

Уровень развития и оснащенности современного медицинского вуза уже сейчас позволяет внедрить функциональные возможности системы управления обучением (см. таблицу №1). Объединение представленных компонентов позволит в кратчайшие сроки перейти к созданию системы управления обучением как на уровне кафедры, так и по вузу в целом.

Разнообразие коммерческих систем управления обучением в настоящее время вполне доступно, предназначено для поддержки всех аспектов образовательного процесса и может удовлетворить потребности всех заинтересованных сторон, в том числе студентов, преподавателей, руководителей, администраторов и ИТ-специалистов [3].

Таблица 1

Функциональные возможности системы управления обучением в медицинском вузе

Компоненты	Преподаватели	Студенты	Руководство
Учебное расписание	✓	✓	✓
Электронная библиотека	✓	✓	✓
Электронный документооборот	✓	✓	✓
Зачетная книжка (журнал успеваемости)	✓	✓	
Контрольно-измерительные материалы	✓	✓	
Статистика успеваемости и посещаемости	✓		✓
Взаимодействие с руководством	✓		
Взаимодействие с преподавателями		✓	✓

В частности, система управления образованием «Blackboard Learn», с 2007 года использующаяся более, чем в 10000 учебных организаций не только на территории России, но и в странах СНГ,

дает очевидное преимущество в виде значительного снижения административной нагрузки на работников вуза [2]. Прогнозируемые результаты внедрения системы управления образованием представлены в таблице №2.

К сожалению, опыт внедрения систем управления обучением в ряде вузов РФ показывает, что ее использование зачастую приводит к нерациональному использованию сил и времени профессорско-преподавательского и технического персонала, а не к ожидаемой оптимизации управления учебным процессом.

Таблица 2

Прогнозируемые результаты внедрения системы управления образованием

СТУДЕНТЫ	Социализация учебного процесса	Заинтересованность в предмете повышается за счет того, что существует возможность обсуждать актуальные темы со студентами как своего курса, так и факультета в целом, и преподавателями
	Качество усвоения	Повышается уровень усвоения учебного материала за счет возможности получать актуальные и качественные учебные материалы. Доступность внешних источников актуальных данных в различных форматах
	Маршрутизация учебного процесса	Индивидуальные учебные траектории, особенно при получении второго высшего образования
ПРЕПОДАВАТЕЛИ	Качество учебных материалов	Использования ранее разработанных учебно-методических материалов, исключается повторение, стимулируется углубленная проработка дидактического материала. Вырабатывается навык использовать зарубежные источники актуальной информации, внедрение системы «антиплагиат»
	Социализация учебного процесса	Снижается риск «потери» студентов, контролируется нагрузка преподавателя, поддержка коллегами, снижается риск эмоционального выгорания. Взаимодействие с преподавателями других дисциплин и кафедр.
	Контроль знаний, формирование компетенций	Повышается объективность и точность оценки знаний обучаемых за счет использования разнообразных контрольно-измерительных материалов

	Индивидуальные учебные траектории	Учет индивидуальных особенностей студентов: личностных, психологических, когнитивных, возрастных
РУКОВОДИТЕЛИ	Контроль	Контроль всех уровней образовательного процесса
	Диагностика учебного процесса	Повышается удобство анализа учебной деятельности, в том числе за счет использования информации на базе общесистемных опросов

Переход от разрозненных компонентов к целостной системе управления процессом обучения является обязательным условием качественного и эффективного образования врача как на этапе высшего, так и на уровне дополнительного образования. Значительная стоимость программного обеспечения и технического сопровождения является одной из причин, которая останавливает руководителей, принимающих решения [3, 4].

Другим, субъективным, фактором, тормозящим внедрение подобных систем, является ригидность менеджмента и преподавательского корпуса медицинских вузов в отношении внедрения информационных систем в образовательный процесс. Тем не менее, именно переход к качественно новым формам и методам управления образовательным процессом сможет обеспечить надлежащее соответствие профессионального уровня подготовленных специалистов насущным требованиям реформируемого отечественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dias S.B. and Diniz J.A. and Hadjileontiadis L.J. *Towards an Intelligent Learning Management System Under Blended Learning: Trends, Profiles and Modeling Perspectives*. Springer International Publishing. 2013.

2. Vpgroup. Система управления обучением LMS «Blackboard Learn». http://vpgroup.ru/blackboard_learn.aspx (дата обращения 11.2016.)

3. Docebo. *E-learning market trends & forecast 2014-2016 report*. <http://www.docebo.com/landing/contactform/elearningmarket-trends-and-forecast-2014-2016-docebo-report.pdf> (дата обращения 11.2016).

4. Mindflash. *What is an LMS*. <http://www.mindflash.com/learning-management-systems/what-is> (дата обращения 11.2016).

Дерюшкин В.Г., Макарова Н.К., Мартынова Е.С.

САМООЦЕНКА ВЫПУСКНИКАМИ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ГОТОВНОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ДАННЫМ ПИЛОТНОГО ОПРОСА

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Частью 3 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены требования для лиц, допускаемых к медицинской деятельности на территории Российской Федерации. Таковых обязательных требований всего два — наличие у специалиста медицинского, фармацевтического или иного образования в соответствии с государственным образовательным стандартом и наличие свидетельства об аккредитации.

Действующие государственные образовательные стандарты уже несколько лет являются основой для подготовки кадров с высшим медицинским образованием. В то же время Положение об аккредитации специалистов утверждено Приказом Минздрава России N 334н лишь 02 июня 2016 г. Данным Положением регламентируются основные аспекты аккредитации, в том числе принципы формирования и организация работы аккредитационной комиссии, этапность аккредитации специалиста, а также процедура апелляции при несогласии с результатами аккредитации [1].

В 2016 году проведена первичная профессиональная аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов медицинских вузов страны. В настоящее время анализируются как позитивные, так и негативные аспекты процедуры аккредитации, акцентируются внимание на содержательном наполнении контрольно-измерительных материалов, которые призваны выявить готовность выпускников к самостоятельной работе с полной профессиональной и юридической ответственностью [2, 3, 4].

Как следствие, особую роль в данном контексте приобретает целенаправленное формирование у выпускников медицинского вуза уверенности в собственной профессиональной состоятельности, т.е. самоэффективности, которая позиционируется некоторыми авторами в качестве необходимого компонента компетентности врача [5].

В 2014 году на кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А.И. Евдокимова было проведено фокус-групповое исследование по заранее разработанному гайду о «болевых точках» подготовки врачебных кадров и профессиональной сформированности к концу обучения в медицинском вузе.

На основании полученных данных был составлен опросник для проведения пилотного анкетирования среди выпускников лечебного факультета очной формы обучения, в котором добровольно и анонимно приняли участие 43 респондента, что составило немногим менее четырнадцати процентов от выпуска 2014 года. Средний возраст респондентов — 23,8 года, из них мужчин — 11 (25,6%), женщин — 32 (74,4%).

Таблица 1

Профессиональная самооценка и профессиональное самоощущение выпускников лечебного факультета

№	Вопрос -позиция	Самооценка-самоощущение (абс./%)
1	Как Вы оцениваете свой уровень подготовки для практической деятельности?	Отличный — 2 (4,7%) Хороший — 24 (55,8%) Удовлетворительный — 15 (34,8%) Неудовлетворительный — 2 (4,7%)
2	Разочаровались ли Вы в профессии врача?	Да — 8 (18,6%) Нет — 22 (51,2%) Не могу ответить — 13 (30,2%)
3	Готовы ли Вы сменить профессию при более	Да — 8 (18,6%) Нет — 10 (23,3%)

	высокой оплате?	Не могу ответить — 25 (58,1%)
4	Определились ли Вы с будущей специальностью?	Специальность выбрана — 32 (74,4%) Не буду работать в медицине — 1(2,3%) Специальность не выбрана — 10 (23,3%)
5	Причина выбора специальности?	Воплощение мечты — 32 (74,4%) Не могу ответить — 4 (9,4%) Поможет заработать — 3 (6,8%) Продолжаю династию — 4 (9,4%)
6	Ваши планы по последипломному обучению?	Практическая работа — 5 (11,6%) Ординатура — 33 (76,7%) Аспирантура — 2 (4,7%) Зарубежная стажировка — 3 (7,0%)
7	Думаете ли Вы о втором образовании?	Да — 18 (41,9%) Нет — 25 (58,1%)

Из представленных в таблице №1 данных видно, что более 60% респондентов-выпускников лечебного факультета положительно (отлично и хорошо) оценили свою профессиональную подготовленность.

Вместе с тем только каждый десятый выпускник выразил готовность приступить к самостоятельной работе непосредственно после завершения основного образовательного курса — последипломная подготовка воспринимается обязательным этапом в профессиональной подготовке большинством опрошенных выпускников. В дополнение к этому, почти половина подготовленных врачей задумываются о втором высшем образовании (как правило, экономическом или юридическом), причем 18,6% готовы сменить род профессиональной деятельности при достойном материальном вознаграждении, а еще 58,1% респондентов, судя по неопределенному ответу, не исключают для себя такой возможности. В то же время, более половины опрошенных разочарования в медицине не почувствовали.

Таким образом, результаты проведенного пилотного исследования указывают на целесообразность более полного опроса студентов на разных курсах обучения для своевременной диагностики и коррекции отклонений в их врачебной самоидентификации и, в перспективе, профессиональной траектории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г N 334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов» (Зарегистрировано в Минюсте России 16 июня 2016 г. N 42550). <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/748684/>. (дата обращения 11.2016).
2. Итоги первичной аккредитации выпускников специальности «Фармация» КрасГМУ. Новости. http://krasgmu.net/news/itogi_pervichnoj_akkreditacii_vypusknikov_speci_ alnosti_farmacija_krasgmu/2016-07-15-1905 (дата обращения 11.2016).
3. Итоги первой аккредитации выпускников Санкт-Петербургской ХимФамАкадемии. <http://fa-spb.ru/faspbisz-2/news/1770-soobshchenie-29-ot-11072016-itogi-akkreditatsii> (дата обращения 11.2016).
4. Итоги первой аккредитации выпускников медвузов http://www.vademec.ru/article/minzdrav_podvel_itogi_pervoy_akkreditatsii_vypusknikov_medvuzov/ (дата обращения ноябрь 2016).
5. Гаура С.В., Гаура О.А., Майчук Е.Ю. *Самоэффективность как необходимый элемент формирования компетенций в медицинском образовании: взгляд врача-педагога.* Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2016; 3(16): 24 - 29.

Дехнич С. Н., Клыков А. И., Перегонцева Н.В., Филимонова О.Л.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ СИТУАЦИОННЫХ ТЕСТ–ЗАДАЧ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

В современных условиях реформирования системы образования в России особое внимание уделяется применению дистанционных технологий в образовательном процессе [1]. Дополнительное профессиональное образование по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» требует проведения

исследований по применению различных вариантов электронных форм обучения.

Целью данного исследования являлось изучение возможности применения ситуационных задач при реализации программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» для улучшения качества образовательного процесса.

Методы исследования. Сотрудниками кафедры были разработаны ситуационные тест-задачи по пяти темам программ дополнительного профессионального образования (ДПО) с применением их в дистанционном режиме. Для изучения социальной эффективности ситуационных тест-задач проводился опрос слушателей, проходивших обучение по программам ДПО в объеме 576 часов и 144 часов, по удовлетворенности качеством образовательного процесса. В течение 2015 — 2016 гг. было опрошено 195 организаторов здравоохранения Смоленской и Брянской областей. Экономическая эффективность оценивалась измерением затрат рабочего времени преподавательского состава на проверку выполнения слушателями ситуационных задач при традиционной форме обучения и с применением дистанционной технологии.

Результаты и обсуждение. При проведении практических занятий программ ДПО по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» существует традиционное решение ряда ситуационных задач, заключающееся в использовании обучающимися, исходя из условия ситуации, методики расчета показателей, получении числовых значений показателей, их индивидуальной оценки и оценки в целом предложенной ситуации.

Организация учебного процесса с применением ситуационных задач включает следующие обязательные этапы:

1. Решение обучающимся ситуационной задачи.
2. Проверка преподавателем правильности решения.
3. Оценка решения.
4. Фиксация результатов в журнале успеваемости (или другом учетном документе).
5. Доведение информации о результатах до обучающегося.

На проверку, оценку и фиксацию результатов каждого обучающегося требуется в среднем 15 минут. При обучении в группе

из 20 человек затраты времени преподавателя составляют 5 часов. Информация о результатах выполнения ситуационной задачи через электронную почту может быть доведена до обучающихся не ранее указанного срока, при очной форме обучения без применения электронных форм связи - не ранее, чем через 24 часа.

Для реализации программ ДПО по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» с применением дистанционных технологий в январе 2015 года был создан Интернет-сайт <http://dpoozsgmu.ru/> первоначальный вариант названия — <http://dpoozsgma.ru/>), расположенный на серверах хостинга «Спринтхост». Данный сайт создан с использованием языков PHP и JavaScript. База данных, связанная с сайтом, использует технологию MySQL. При решении ситуационных задач слушателю через Интернет-сайт предлагается самостоятельно решить один из вариантов задачи по изучаемой теме. При этом на сайте размещена on-line форма в виде фиксированных тестов. Слушатель отмечает в данной форме правильные ответы из решенной ситуационной задачи, указывая все возможные рассчитанные названия показателей, методику расчета, цифровое значение, оценку показателей и оценку в целом предложенной ситуации.

Оценка решения слушателем задачи осуществляется скриптом сайта в режиме реального времени.

Таблица 1

Критерии оценки ситуационной тест-задачи

Оценка/Баллы	Критерии
«Отлично»/ 5 баллов	Правильный ответ на не менее чем 90 % вопросов
«Хорошо»/ 4 балла	Правильный ответ на не менее чем 80 % вопросов
«Удовлетворительно»/ 3 балла	Правильный ответ на не менее чем 70 % вопросов
«Неудовлетворительно»/ 2 балла	Правильный ответ на менее чем 70 % вопросов

Информация о решенном задании автоматически вносится в базу данных и доступна для просмотра как слушателем, так и преподавателям кафедры. Исключаются субъективные ошибки преподавателя при проверке правильности решения.

Проведенное исследование свидетельствует, что применение ситуационных тест-задач позволяет улучшить образовательный процесс, проводя практическую часть обучения в дистанционном режиме. При этом достигается:

1) экономическая эффективность — затраты времени на проверку преподавателем правильности решения, оценки решения, фиксацию результатов сведены к нулю, т.к. эти этапы осуществляются автоматически.

2) социальная эффективность — проведенный опрос среди 195 обучающихся показал высокий уровень удовлетворенности (более 80%) качеством образовательного процесса с использованием дистанционных технологий, в том числе возможностью ознакомления с результатами работы в режиме реального времени.

Выводы. Применение ситуационных тест-задач в дистанционном режиме при реализации программ ДПО по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» позволяет улучшить качество образовательного процесса и является обоснованным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 29 ноября 2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Дмитриева Е.В., Францева В.О., Антоненко А.Д.

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА

*Кафедра управления и экономики здравоохранения
ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

Процесс разработки и утверждения профессиональных стандартов по профессиям и должностям, в том числе отрасли здравоохранения, применение которых для всех работодателей стало обязательным с 1 июля 2016 года (Постановление Правительства Российской Федерации от 27 июня 2016 года №584), ставит сегодня перед системой дополнительного профессионального образования новые задачи.

Согласно положениям Федерального Закона №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 года дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки, содержание которых должно учитывать профессиональные стандарты, квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям.

В Трудовом кодексе Российской Федерации указано, что профессиональный стандарт – это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Квалификация работника — уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы. Профессиональные стандарты предназначены для применения работодателями при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, разработке должностных инструкций и т.д.

В настоящее время квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» в рамках специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» определены Приказом МЗ РФ от 8 октября 2015 г. №707н. Перечень должностей и квалификационные характеристики определяются Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. №541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения".

Профессиональный стандарт — первостепенный нормативный документ, определяющий требования к специалистам. Проект профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения» активно обсуждался медицинским профессиональным сообществом и находится на стадии утверждения. Стандарт содержит требования к специалистам данной области, виды профессиональной деятельности по перечню должностей и уровням квалификации, обобщенные трудовые функции, трудовые функции и трудовые действия.

На наш взгляд, для должностей организаторов здравоохранения, перечисленных в профессиональном стандарте, целесообразно разрабатывать отдельные учебные программы. Например, программа для должностей 7-го уровня квалификации, то есть для врачей-статистиков и врачей-методистов, для должностей 8-го уровня квалификации — заведующий организационно-методическим отделом, заведующий лечебно-диагностическим подразделением и заместитель главного врача медицинской организации, для 9-го уровня — главный врач медицинской организацией. Разработанные по должностям программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки в соответствии с уровнем квалификации будут способствовать наиболее эффективному приобретению необходимых знаний и необходимых умений, обозначенных трудовыми функциями. Единые подходы к содержанию программ дополнительного профессионального образования, определенные профессиональным стандартом, позволят унифицировать их для всех образовательных учреждений.

Результатом освоения программ дополнительного профессионального образования является формирование у специалистов профессиональных компетенций (трудовых функций) в соответствии с квалификационным уровнем, указанным в профессиональном стандарте. Следует учитывать, что лица, обучающиеся по программам, имеют, как правило, стаж работы по одной из клинических специальностей и/или управленческий опыт. Это специалисты разных взрослых возрастных периодов, со сложившимися стереотипами мышления, выраженными лидерскими качествами, определенным социальным положением в обществе и сформированным уровнем профессиональных знаний, то есть сформировавшиеся в социальном плане личности. Повышая квалификацию, они стремятся в большей мере систематизировать имеющиеся знания, оценить эффективность своей профессиональной деятельности в сравнении со специалистами подобного уровня. Поэтому результаты обучения на циклах повышения квалификации (профессиональной переподготовки) должны в полной мере соответствовать их ожиданиям.

Учитывая основные принципы андрогогики, при реализации программ следует предоставлять обучающимся возможность выбора индивидуальной траектории обучения, то есть форму и содержания. По нашему мнению, не стоит отказываться от традиционных форм

проведения занятий, используя только дистанционное обучение. Несомненно, построение системы обучения в дистанционной форме открывает сегодня новые перспективы в системе подготовки кадров, в том числе и дополнительного профессионального образования, но и вызывает немало трудностей. С одной стороны, применение технологий дистанционного обучения позволяет организовать образовательный процесс таким образом, что у специалистов появляется возможность учиться без отрыва от работы в удобное для себя время и место, в удобном темпе. С другой, дистанционная форма подразумевает наличие оснащенного компьютерного места, доступа к интернету, требует от обучающихся определенных компьютерных навыков, строгой самодисциплины и планирования свободного времени. Не все обучающиеся готовы к самостоятельной работе, поэтому только сформированная мотивация на получение новых знаний и наличие четко обозначенной образовательной цели позволит им добиться желаемого успеха. Мы считаем, что оптимальным решением является сочетание аудиторных занятий с дистанционными технологиями, возможность выбора учебных модулей самим специалистом, с обязательным самоконтролем полученных знаний и рефлексией.

Для специалистов, работающих в сельской местности, проживающих в удаленных районах, для лиц среднего и старшего возраста, будет целесообразным проходить курс интенсивных занятий по определенной тематике в аудиторной форме с использованием лекций-обсуждений, деловых игр, круглых столов, проектных технологий, кейс-метода. Для более прогрессивных специалистов, свободно владеющих компьютерными технологиями — выбор профессионально значимых учебных модулей и обучение в дистанционной форме. Так для опытных руководителей будет интересен модуль «Стратегическое планирование и прогнозирование медицинской организации», а для начинающих управленцев — «Менеджмент качества процессов медицинской организации». Врач-методист со стажем, скорее всего, выберет модуль «Разработка и внедрение системы менеджмента качества медицинской организации», а его молодой коллега — модуль «Организация методической деятельности и статистического учета».

Использование информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе предъявляет особые требования и к уровню его организации, и к уровню подготовки педагогических

кадров. Учитывая трудовые действия, необходимые умения и необходимые навыки, содержащиеся в трудовой функции, следует разрабатывать электронные модули, оценочные средства, тщательно подбирать тематику вебинаров. Отдельного внимания и контроля требует организация самостоятельной работы в рамках циклов. Задача преподавателя — постоянно обновлять учебно-информационные материалы, ежедневно взаимодействовать с обучающимся, действительно быть тьютором, активным модератором конференций и вебинаров, то есть осуществлять мобильное взаимодействие с обучающимися. Эта мобильность должна характеризоваться не только ориентацией на удовлетворение образовательного запроса, но и постоянным поиском новых идей, технологий, методов и приемов обучения.

Таким образом, при разработке программ дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» следует руководствоваться профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения», что требует его официального утверждения. Для организаторов здравоохранения целесообразно планировать циклы повышения квалификации и профессиональной подготовки отдельно по должностям в рамках каждого из уровней квалификации. Реализация компетентного подхода подготовки специалистов возможна при сочетании традиционных форм организации образовательного процесса с информационно-коммуникационными технологиями, что создает перспективные возможности подготовки кадров.

Дьяченко Т. С., Грибина Л. Н.

**РАБОЧИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» ПРИ
РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
общественного здоровья и здравоохранения ФУВ
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

Одним из основополагающих элементов в системе подготовки врача являются учебный план и учебная программа, предусматривающие логику освоения специальности, преемственность дисциплин и курсов, которые призваны способствовать формированию грамотного и качественно подготовленного специалиста. Действующий в настоящее время Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» регламентирует понятия: «образование», «уровень образования», «образовательный стандарт», «примерная основная образовательная программа» и многие другие.

Непрерывное образование, или «образование через всю жизнь», не является чем-то особенным для системы медицинских знаний. Постоянное совершенствование и постижение нового — главная задача любого дипломированного медицинского работника, что нашло отражение в системе профессиональной подготовки и переподготовки, в оценке качества подготовки специалистов различного уровня образования.

В статье 82 «Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования» (Федеральный закон РФ №273-ФЗ от 29.12.2012) прописана возможность подготовки путем реализации следующих профессиональных образовательных программ: среднего профессионального образования (СПО), высшего образования (ВО) и дополнительного профессионального образования (ДПО).

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом общественного здоровья и здравоохранения ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ (далее — ВолГМУ) участвует в осуществлении преподавания основной дисциплины — общественное здоровье и здравоохранение — на следующих уровнях профессионального образования: СПО (медицинский колледж ВолГМУ); двум программам высшего образования: ВО — специалитет (специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело») и ВО — подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура, ординатура); ДПО — повышение квалификации организаторов здравоохранения, первичная специализация (курс ФУВ).

Очень важным элементом системы ВО является выработка единства образовательных программ, в том числе подготовка примерных (типовых) программ для нашей дисциплины. Поскольку, согласно статье 12 Федерального закона РФ №273-ФЗ от 29.12.2012, «образовательные организации высшего образования... разрабатывают соответствующие образовательные программы ВО на основе... образовательных стандартов» (п. 8), для устранения разночтений и диссонанса предлагается создание таких примерных основных образовательных программ, которые после экспертизы будут включены в реестр примерных основных образовательных программ, являющийся государственной информационной системой (пп. 9-10).

Федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения (ФГОС), действующий с сентября 2011 года, в отличие от Государственного образовательного стандарта второго поколения (ГОС), подвергается постоянным изменениям. Еще не вступив в действие в полном объеме, он был модернизирован (ФГОС ВО), что не дает возможность оценить его эффективность, проанализировать плюсы и минусы.

Указанное обстоятельство держит в постоянном напряжении профессорско-преподавательский состав кафедр, заставляет постоянно заниматься переделкой рабочих учебных программ, фондов оценочных средств и т.п. по формальным соображениям. Например, общекультурные (ОК) и профессиональные (ПК) компетенции, имеющиеся в ФГОС, были заменены на общекультурные (ОК), общепрофессиональные (ОПК) и профессиональные (ПК) компетенции в следующем ФГОС ВО, что потребовало переделки как рабочих программ, так и всего учебно-методического комплекса дисциплины.

С 2014-2015 учебного года, согласно новому ФГОС, на кафедре преподаются нескольких последовательных дисциплин. Для специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» — это «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», для специальности «Стоматология» — «Этика, право и менеджмент в стоматологии», «Общественное здоровье и здравоохранение».

Будущие специалисты медико-профилактического дела последовательно изучают «Общественное здоровье и здравоохранение» и «Экономику здравоохранения». В настоящее время кафедра полностью завершила работу по ГОС и перешла на преподавание по ФГОС ВО. В связи с этим получили подтверждение некоторые наши предположения, высказанные ранее [1].

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», согласно ФГОС, по специальностям «Лечебное дело» (3-4 курс), «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело» (4 курс) изучается раньше, чем это предусматривал ГОС (4-6 курсы). Студенты во многих случаях еще не побывали на клинических базах, не владеют медицинской терминологией, с трудом ориентируются в задачах и деятельности учреждений практического здравоохранения. Итоговая государственная аттестация по отдельной дисциплине упразднена. Изучение предмета на 3-4 курсах не способствует улучшению осознания важности социальных, организационных и экономических задач, стоящих перед медициной и здравоохранением на современном этапе.

Преподавание на 3 курсе лечебного факультета ведется по системе не циклового, а недельного расписания, что также снижает заинтересованность студентов в качественной подготовке к занятиям и, в конечном итоге, к изучению предмета в целом. Несколько лучше обстоят дела у студентов специальностей «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело», поскольку они приходят на цикловые занятия на 4 курсе (7 и 8 семестр). Это находит свое отражение, в частности, в оценке текущего среднего балла по семестрам и итогового результата экзамена по дисциплине в целом.

По специальности «Стоматология» не только осуществлен перенос занятий с 8-9 семестров на 5 семестр (3 курс), но и сокращено количество учебных часов, выделенных на изучение общественного здоровья и здравоохранения; обучение заканчивается

зачетом, экзамен не предусмотрен. В результате наблюдается прогнозирувавшееся снижение уровня подготовки студентов по вопросам общественного здоровья и организационной структуры системы здравоохранения, врачебной экспертизы нетрудоспособности и др. Изучение экономики здравоохранения не запланировано, однако кафедра выделяет на изучение этой темы одно занятие.

Предмет «Этика, право и менеджмент в стоматологии» является модулем комплексной дисциплины «Стоматология» и изучается на 2-ом курсе в 4 семестре до изучения организационных вопросов здравоохранения, что сводит результаты его освоения практически к нулю. Как можно учиться управлять, не зная того, чем управляешь? Знания по этому модулю, включенному в программу междисциплинарного экзамена государственной итоговой аттестации (5 курс, 10 семестр), быстро утрачиваются, требуется постоянная корректировка в связи с новыми законодательными актами и приказами, принимаемыми органами управления здравоохранения.

Одним из предметов, преподававшихся на кафедре до 2013 года, была «Медицинская информатика». Перенос ее изучения на 1 курс (с 3-4 курсов по ГОС) и объединение с предметом «Информатика» привели к изменению парадигмы преподавания. Главной целью стало изучение информатики, предмета школьной программы, поскольку невозможно объяснить студентам, не знающим медицины и организации здравоохранения, как и для чего они будут использовать автоматизированные системы управления в здравоохранении, автоматизированное рабочее место врача и т.д. Студенты совершенно не знакомы с медицинской терминологией, плохо воспринимают абстрактные для них понятия медицинской статистики. К моменту начала освоения дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» эти знания теряются, на практике все приходится объяснять сначала.

Таким образом, не отрицая необходимости перемен, мы считаем нецелесообразным переход к изучению дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» на раннем этапе подготовки студентов медицинского вуза, отмену государственного экзамена по предмету (а на стоматологическом факультете — и курсового экзамена). Все сказанное напрямую затрагивает вопросы качества подготовки и уровня знаний студентов по общественному здоровью и

здравоохранению, дисциплине, важность изучения которой неоспоримо возрастает в условиях реформирования здравоохранения.

Реформирование образовательного процесса в настоящее время вызывает вопросы у преподавателей вузов. Не успев завершить внедрение одного стандарта, мы переходим на следующий, что приводит к бесконечным переделкам рабочих программ, изменению содержания компетенций и, как следствие, увеличению бумажной работы для профессорско-преподавательского состава вузов. Не является исключением предполагаемое введение в 2017 году нового варианта ФГОС ВО («3++»). Вопросы, затронутые в статье, на наш взгляд, являются дискуссионными и требуют дальнейшего обсуждения и решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сабанов В.И. *Профессиональная образовательная подготовка по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» при реализации Федерального государственного образовательного стандарта третьего поколения. Общественное здоровье и здравоохранение. 2013; 4: 38-40.*

Засыпкин М.Ю.

ЕСТЬ ЛИ АККРЕДИТАЦИЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ САДОВОГО КОЛЬЦА?

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ЧУООВО «Медицинский университет «Реавиз»*

Принятый Федеральный закон N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года предусматривает переход от процедуры сертификации медицинских работников к механизму аккредитации. На это отводилось 4 года, поскольку соответствующая часть 1,2 статьи 69 должна была вступить в действие с 01.01.2016 года.

Это было объяснимо, поскольку на разработку и запуск нового механизма требовалось время. Однако время было упущено и только за две недели до вступления в силу Закона появилось письмо (?)

министерства здравоохранения РФ от 14 декабря 2015 г. N 16-5/10/2-7567 «... об этапном переходе к системе аккредитации», которая растянется до 2026 года.

Более того, позднее было заявлено о том, что аккредитация будет проводиться в рамках непрерывного медицинского образования (НМО) по системе 50 баллов в год (36 баллов — цикл повышения квалификации и 14 баллов — образовательные мероприятия профессиональных сообществ).

Идея хорошая, но насколько реально она осуществима? Во-первых, практикующие врачи о ней либо не знают, либо не придают ей значения. Во-вторых, многие из них не имеют возможности ежегодно проходить циклы и мероприятия (оцените наши просторы и сельскую глубинку).

Мы только что выпустили (аккредитовали) первых врачей-стоматологов и фармацевтов. Прошло полгода — из них никто не начал образование по НМО!

Предложение простое: разрешить, помимо НМО, осуществлять аккредитацию по традиционной схеме — 144 часа раз в пять лет с продлением сертификата специалиста. Тем более, что технологически аккредитация мало чем отличается от сертификации: проводится на базе образовательных учреждений, дистанционное обучение и симуляционные тренинги имеются, представителей профессиональных организаций пригласить не проблема.

Засыпкин М.Ю., Устинова О.И.

**КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ» ДЛЯ
СОПОСТАВЛЕНИЯ РЕЗЕРВОВ ЗДОРОВЬЯ И
ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО СЕЛЬСКОГО И
ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ЧУООВО «Медицинский университет «Реавиз»*

В статье 14 Политической декларации ООН (2002) указывается на необходимость обеспечения реализации права каждого человека на максимально высокий уровень физического и психического

здоровья. Этот постулат расценивается как социальная задача глобального масштаба. В настоящее время основной акцент для сохранения здоровья населения делается на раннее (своевременное) выявление и лечение заболеваний [1,2,3,4]. Крайне неисследованной темой остается проблема здоровья здорового населения [5,6,7,8,9,10,11,12,13]. Создана авторская компьютерная программа «Оценка здоровья населения. Дополнительная диспансеризация» как методология быстрого и качественного выявления возможностей индивидуального здоровья человека, а также групповых и популяционных резервов здоровья населения. С помощью разработанной программы произведена оценка и сопоставление резервов здоровья сельского и практически здорового городского населения для дальнейшего углубления представлений о здоровье современного человека.

В качестве объекта исследования взяты 2435 практически здоровых городских мужчин и женщин самого социально значимого возраста от 20 до 69 лет из разных городов РФ, обратившихся в физкультурно-оздоровительный «Центр восстановления здоровья» в селе М. Царевщина Самарской области (2012-2014). Из них 887 мужчин, 1548 женщин. Для возможности дальнейшего анализа мужчины и женщины распределены по пяти равномерным возрастным группам: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 лет.

Дополнительно в кабинете доврачебного приема районной поликлиники Красноярского района Самарской области РФ (2015) обследовано 918 человек, из них 342 мужчин, 576 женщин в возрасте от 18 до 90 лет. Для сопоставления результатов возможностей здоровья городского практически здорового и сельского населения из обследованных сельских жителей отобрана база данных на 862 человека от 20 до 69 лет. Из них 319 мужчин, 543 женщины.

Для сбора, накопления, оценки резервов здоровья сельского и городского практически здорового населения разработана и использована авторская компьютерная программа «Дополнительная диспансеризация. Оценка резервов здоровья населения». Программа решает двуединую задачу:

1. Выявление индивидуальных резервов здоровья с выдачей каждому обследованному рекомендаций по поддержанию здорового образа жизни.

2. Выявление групповых и популяционных резервов здоровья населения и определения процентного наполнения людей с высоким уровнем здоровья в каждой возрастной и гендерной группе.

Из наиболее значимых для выявления уровня здоровья населения замеренных и расчетных показателей автоматически формируется база данных. Программа статистически обрабатывает данные и автоматически обобщает полученные результаты в сводный Отчет в виде файла Excel 2003. Отчет формируется с учетом перечня возрастных групп, используемых для диспансеризации населения [1]. При формировании Отчета программа позволяет выбрать как отдельное предприятие или учреждение, на котором проводилась диспансеризация, так и все предприятия района, города, области и т.д.

Файл Отчета состоит из пяти листов. На первом листе представлена таблица, содержащая данные замеров всех обследованных людей согласно принадлежности их к возрастным группам по показателям: АП, ФД, МОК и ИМТ. На втором листе Отчета представлена обобщающая таблица, содержащая средние значения этих четырех показателей резервов здоровья населения с разбивкой по гендерному и возрастному принципу. На третьем листе Отчета информация со второго листа представлена в наглядном графическом виде. Графики средних показателей АП, ФД, МОК, ИМТ по возрастным группам мужчин и женщин, с выделением «допустимого нормального коридора» для каждого показателя здоровья, позволяют быстро оценить уровень здоровья обследованного населения и сравнить резервы здоровья мужчин и женщин в каждой возрастной группе. Это позволяет более целесообразно организовывать профилактическую работу с населением. На четвертом листе Отчета в виде таблицы представлено распределение обследованного населения по качеству резервов основных показателей (АП, ФД, МОК, ИМТ). На пятом листе Отчета выдается информация процентного соотношения относительно всего обследованного населения, людей с Высоким уровнем здоровья по возрастным и гендерным группам. Работа с программой достаточно проста и доступна даже для неподготовленного пользователя.

Таким образом, авторская компьютерная программа «Оценка здоровья населения. Дополнительная диспансеризация» удобна для выявления и выдачи рекомендаций по укреплению индивидуального здоровья человека, а также определения групповых и популяционных

резервов здоровья населения для обеспечения профилактической помощи по поддержанию здоровья населения с целью улучшения качества жизни и увеличения ее продолжительности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздрава РФ от 15 февраля 2013 года № 72н «*О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации*».

2. Приказ Минздрава РФ № 1344н от 21 декабря 2012 года «*Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения*».

3. Приказ Минздрава от 3 декабря 2012 РФ №1006н «*Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения*».

4. Приказ Минздрава РФ от 6 декабря 2011 года № 1011н «*Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра*».

5. Устинова О.И. *Здоровье здоровых. Оценка соотношения адаптационного потенциала, биологического возраста, физического здоровья практически здоровых мужчин и женщин разных возрастных групп и уровня выживания. Справочник врача общей практики.* 2015; 4:46-53.

6. Устинова О.И. *Здоровье здоровых. Оценка соотношения показателей гибкости крупных суставов, адаптационного потенциала практически здоровых людей разных возрастных и гендерных групп с возрастным уровнем выживания. Справочник врача общей практики.* 2015; 5-6: 61-70.

7. Чудинов В.Ф., Поддубный Д.В., Беспалов А.Г., Бойко Е.А., Клоц А.П. *Гиперкапнические-гипоксические тренировки на дыхательном тренажере «Карбоник» как средство повышения общей и специальной работоспособности у баскетболистов. Спортивная медицина.* 2011; 11(95): 22-26.

8. Ustinova O.I. *A review of reserve adaptive capabilities of the individual.* Biology and Medicine. 2014; 6(2): 2.

9. Ustinova O.I. *Assessment of the capability of organism's cardiorespiratory system for adaptation: A review.* Biology and Medicine. 2014; 6(2): 2.

10. Ustinova O.I. *Health of healthy people. Historical heritage of academician N.M. Amosov concerning the issues of nutritional and physical training and detraining of an organism.* World Applied Sciences Journal. 2014; 31(2): 227-231.

11. Ustinova O.I. Historical Heritage. I.V. *Davydovsky about the Adaptive Mechanisms of an Organism. Etiology of Health.* World Applied Sciences Journal. 2014; 31(2): 222-226.

12. Ustinova O.I. *Natural ways of health rehabilitation through health workshops.* Biology and Medicine. 2014; 6(2): 2.

13. Ustinova O.I., Pimenov Y.S., Ustinov Y.V., *Health achievement and integration of medical ontological East-West paradigms.* World Journal of Medical Sciences. 2014; 30(9): 1139-1144.

Злодеева Е.Б., Гудкова С.Б.

**ПРОЕКТИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СИСТЕМНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМИ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»**

Кафедра финансов и инвестиций

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России**

1. Необходимость проектирования и реализации программы дополнительного профессионального образования «Системное управление бизнес-процессами медицинской организации».

Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев в своей статье, опубликованной в журнале «Вопросы экономики», подчеркивает необходимость создания новых возможностей для инновационного развития отраслей человеческого капитала (образования, здравоохранения). Им отмечается, что в современных условиях непрерывность образования становится требованием, которое определяет успех и каждого человека, и общества в целом. [5]

По нашему мнению, важным инструментом воспроизводства человеческого капитала в медицинском университете может стать

повышение конкурентоспособности системы дополнительного профессионального образования, совместимой не только с внедрением инновационных медицинских технологий, но и с современными направлениями развития управленческой и экономической мысли.

Таким образом, на современном этапе развития общества эффективная деятельность медицинской организации предполагает не только формирование профессиональных компетенций у выпускников медицинских вузов, но и отвечающую внешним вызовам организацию дополнительного профессионального образования как для медицинских, так и для управленческих кадров, способствующую освоению современных методов системного управления бизнес-процессами. Для этого необходимо экономистам в сфере здравоохранения приобретать новые и постоянно совершенствовать уже имеющиеся знания, умения, навыки и компетенции в области анализа и администрирования экономических процессов в условиях ограниченности ресурсов отрасли.

Ярким проявлением этого тренда в Московском государственном медико-стоматологическом университете имени А.И. Евдокимова (МГМСУ) является целевая установка руководства на расширение программ дополнительного профессионального образования для подготовки врачей различных специальностей, а также управленческих кадров здравоохранения. Учитывая требования Федерального закона от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», распространяющего практику разработки и реализации образовательных программ на основе компетентностного подхода и на систему дополнительного профессионального образования, кафедра финансов и инвестиций Экономического факультета МГМСУ разработала ряд программных продуктов в сфере дополнительного профессионального образования для различных категорий врачей, направленных на формирование современных взглядов на комплекс управленческих и финансово-экономических вопросов деятельности медицинских организаций с позиций компетентностного подхода.

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

был обозначен вектор дополнительной профессиональной подготовки для действующих руководителей медицинских организаций.

Вместе с тем анализ требований к результатам освоения программы специалитета, закрепленных в Федеральном государственном образовательном стандарте высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» (уровень специалитета), утвержденном 09.02.2016 г. показал следующее: 1) из общекультурных и профессиональных компетенций выпускника (в частности, организационно-управленческая и научно-исследовательская деятельность) исключены требования к их экономической составляющей; 2) экономическая составляющая общепрофессиональных компетенций ограничена единственной компетенцией: способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ОПК-3).

Представляется, что на современном этапе развития науки и общества подходы к процессу формирования высокопрофессионального специалиста (в том числе в сфере здравоохранения) выходят за рамки только одной отрасли знаний. Во многих случаях только решения, принятые на стыке межотраслевых знаний, могут привести к эффективному (идеально — синергетическому, т.е. взаимоусиливающему) исходу. Поэтому отказ от формирования уже на первом этапе профессиональной подготовки врачей (университетском) основ экономического и управленческого мышления (наряду с клиническим) в значительной степени затруднит в будущем реализацию требований, предъявляемых современным обществом к эффективности деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом.

Устранение отмеченных недостатков представляется целесообразным по следующим направлениям совершенствования образовательных стандартов последующих поколений: 1) добавить экономические и управленческие составляющие общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных (в части организационно-управленческий и научно-исследовательской деятельности) компетенций, которые бы способствовали уже на этапе обучения в ВУЗе формированию базовых основ экономико-управленческих знаний, умений и навыков; 2) расширить спектр включенных в учебный план по неэкономическим направлениям подготовки («Лечебное дело», «Стоматология») прикладных экономических дисциплин на завершающем этапе обучения.

Реализация программы дополнительного профессионального образования для выпускников медицинского вуза «Системное управление бизнес-процессами медицинской организации» даст возможность получения актуальных знаний, умений, навыков и компетенций, способствующих дальнейшему профессиональному развитию и адаптации врачебных кадров к постоянно изменяющимся социально-экономическим условиям.

2. Цель и задачи, реализуемые в рамках программы дополнительного профессионального образования «Системное управление бизнес-процессами медицинской организации».

Целью реализации программы дополнительного профессионального образования является совершенствование общепрофессиональных компетенций выпускников медицинских вузов, их умений и навыков по сбору и анализу информации, необходимой для системного управления бизнес-процессами медицинской организации в рамках имеющейся квалификации.

Задачи программы:

- усиление экономико-управленческой составляющей подготовки выпускников медицинских вузов;
- мотивирование обучающихся на непрерывную образовательную деятельность, формирование системности экономического мышления и умения решать конкретные практические задачи медико-экономической направленности;
- развитие единого образовательного информационного пространства в научно-образовательной среде МГМСУ на основе использования новейших информационных и коммуникационных технологий;
- увеличение инновационного и внедренческого потенциала МГМСУ, а также механизмов поддержки его инновационной активности в экономико-управленческой сфере;
- поддержка и укрепление междисциплинарных связей и преемственности научных школ в процессе дополнительного профессионального образования;
- совершенствование инновационной составляющей деятельности выпускников медицинского вуза в сфере системного управления бизнес-процессами медицинской организации.

3. Структура программы дополнительного профессионального образования «Системное управление бизнес-процессами медицинской организации».

Предлагается общий подход к составлению примерной структуры программы дополнительного профессионального образования обозначенной тематики:

I. Бизнес-процессное управление в здравоохранении

1. Бизнес-процессы медицинской организации
2. Управлением проектами в медицинской организации

II. Экономико-статистическое управление процессами в здравоохранении

3. Основы экономики здравоохранения
4. Основы статистики отрасли
5. Логистический менеджмент медицинской организации

III. Методы и инструменты управления медицинской организацией

6. Основные подходы к методам принятия управленческих решений

7. Управленческий учет в медицинской организации

IV. Антикризисное управление медицинской организацией

8. Диагностика и распознавание признаков кризиса в медицинской организации

9. Конкурент-менеджмент медицинской организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 года №541н. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». www.garant.ru (дата обращения 27.10.2016).

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016 года №95 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)». <http://минобрнауки.рф/documents/8076/> (дата обращения 28.10.2016).

3. Гудкова С.Б. *Использование инновационных технологий для профессионального образования экономистов-менеджеров в медицинском вузе. Экономист лечебного учреждения. 2009; №8: 41-48.*

4. Гуськова М.Ф., Стерликов П.Ф., Стерликов Ф.Ф. *Экономические составляющие компетенций ФГОС ВО неэкономических направлений подготовки*. Экономические науки. 2016; 2(135): С. 23-26.

5. Медведев Д. *Социально-экономическое развитие России: обретение новой динамики*. Вопросы экономики. 2016; 10: 5-30.

Капитоненко Н.А., Солохина Л.В.

**ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВУЗОВ, СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ
УПРАВЛЕНИЯ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ В РЕГИОНЕ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом истории медицины и правоведения
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный
медицинский университет» Минздрава России*

Дальневосточным институтом управления — филиал Федерального бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», начиная с 2011 года, обеспечивается реализация Президентской Программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011 — 2014 годах». Программа реализуется в рамках исполнения Распоряжения Правительства Российской Федерации от 27 сентября 2011 года №1665-р. Программа подготовки была продлена и в 2015-2016 годах.

Целью Программы является обучение управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования современным технологиям управления.

Слушателями Программы являются выбранные в установленном порядке и направленные субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления на подготовку (обучение в форме повышения квалификации) главные врачи (заместители главного врача) учреждений здравоохранения.

С целью повышения качества подготовки организаторов здравоохранения Хабаровского края, Амурской и Еврейской автономной области образовательная деятельность осуществляется с начала реализации проекта совместно с профессорско-преподавательским составом кафедр Дальневосточного государственного медицинского университета, специалистами органов управления и учреждений Министерства Хабаровского края.

В рамках семинара «Управление в сфере здравоохранения» были представлены следующие темы:

- мировые тенденции развития здравоохранения;
- управление современным медицинским учреждением;
- планирование деятельности медицинской организации;
- инновационные формы развития медицинских организаций;
- эффективное управление качеством и безопасностью медицинской помощи;
- налоги и налогообложение в здравоохранении;
- федеральное законодательство об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации;
- развитие конкурентных отношений и ценообразование в здравоохранении;
- финансирование учреждений здравоохранения в связи с изменением их организационно-правовых форм;
- реализация региональных программ развития здравоохранения;
- федеральное законодательство о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг в сфере здравоохранения.

В рамках семинара было организовано посещение курсантами медицинских организаций Хабаровского края.

По итогам курса повышения квалификации врачами-управленцами были подготовлены проекты по совершенствованию оказания медицинской помощи в своем регионе. Ряд проектов был реализован в медицинских организациях регионов.

За эти годы десятки специалистов подготовивших наиболее качественные проекты приемной комиссией были рекомендованы для прохождения стажировки в зарубежных странах.

По результатам обучения все слушатели получили сертификаты установленного образца.

Опыт реализации Президентской программы показал ее эффективность в повышении качества управления медицинскими организациями руководителями медицинских организаций, повысивших свою квалификацию.

Киселев С.Н.

ПОРТФОЛИО СТУДЕНТА КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ НА РЫНКЕ ТРУДА

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины и правоведения*
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный
медицинский университет» Минздрава России

Новые условия российской действительности определяют необходимость более эффективного управления процессом формирования личной конкурентоспособности студентов в период обучения в высших учебных заведениях.

В последние годы отмечается рост интереса педагогического сообщества к возможностям комбинирования традиционных средств обучения и информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), что привело к появлению различных методик использования электронного портфолио в процессе обучения, в том числе как средства обучения и оценивания образовательных достижений студентов высших учебных заведений. Электронное портфолио в высшей школе является рационально отобранным собранием работ студентов, которое отображает усилия, приложенные ими для выполнения конкретных образовательных задач, процесс постепенного развития их знаний, умений и навыков, а также наглядно демонстрирует их учебные достижения [1].

Кроме того, одним из общесистемных требований к реализации образовательных программ, прописанных в ФГОС ВО (ФГОС 3+) является следующее: «7.1.2 ... Электронная информационно-образовательная среда образовательной организации должна обеспечивать формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на

эти работы со стороны любых участников образовательного процесса».

Таким образом, вопросы, связанные с разработкой электронного портфолио, порядком его формирования, использования при промежуточной и итоговой аттестации представляются весьма актуальными.

Электронное портфолио — это один из методов, который позволяет поддерживать студента в достижении учебных целей, фиксировать динамику роста за определенный период времени, поощрять студентов за результаты и направлять на достижение новых, раскрывать спектр потенциала выполняемых работ, обеспечивать непрерывность процесса подготовки и развития личности по этапам подготовки. Электронное портфолио направлено на то, чтобы сделать процесс подобного оценивания управляемым, целенаправленным.

Понятие «портфолио» с перевода итальянского означает «папка с документами», «папка специалиста», давно знакомо профессионалам из области искусства: многие художники и сейчас и в прежние времена создавали свое портфолио творческих работ. В таком контексте «портфолио» определяется как средство фиксирования, накопления и оценки индивидуальных достижений.

Согласно «Новейшему словарю иностранных слов и выражений», портфолио может представлять собой:

- визитную карточку, то есть совокупность сведений о человеке, организации;
- досье, то есть собрание документов, образцов работ, фотографий, дающих представление о предлагаемых возможностях, услугах фирмы или специалиста.

Пришедшее в образование и науку из политики и бизнеса понятие «портфолио» стало новинкой педагогического словаря. Идея применения портфолио в высших учебных заведениях возникла в 80-х годах в США. Портфолио стало популярной идеей в Европе и Японии.

Эффективность использования электронного портфолио была уже неоднократно отмечена, например, в 2001 году в Образовательной программе Квебека (QEP) были приведены следующие преимущества [2]:

1. Основные:

1.1. Возможность более активного включения студентов в образовательную деятельность с помощью рефлексии.

1.2. Развитие самооценки и умения концентрироваться на своих сильных сторонах (осуществление индивидуально-личностного подхода).

1.3. Развитие умения выбирать и принимать решения самостоятельно.

1.4. Активизация процесса обратной связи (рефлексия, основанная на комментировании работ другими студентами) и поиска путей самосовершенствования.

1.5. Развитие умения выстраивания индивидуальной образовательной траектории.

2. Интеллектуальные или развивающие (поощрение студентов к нестандартному решению проблемных задач, проявлению креативности и объективному оцениванию).

3. Методические (поощрение анализа всех средств обучения и демонстрации работ и достижений с точки зрения их эффективности в каждой отдельно взятой ситуации и их индивидуального отбора, рационально-критического подхода к оцениванию используемых подходов и методик).

4. Индивидуальные и социальные (поощрение обмена опытом и мнением с другими студентами, развитие умения социальной адаптации и повышение уровня толерантности).

Классическая структура портфолио представлена следующими разделами, с помощью которых можно конструировать и реализовывать индивидуальный маршрут обучения:

1. Портфолио достижений — включает результаты работы по конкретному блоку учебного материала, оформленного всеми возможными (доступными) способами.

2. Рефлексивное портфолио — включает материалы по оценке/самооценке достижения целей, особенностей хода и качества результатов своей учебной работы; по анализу особенностей работы с различными источниками информации; ощущений, размышлений, впечатлений и т.д.

3. Проблемно-ориентированное портфолио — включает все материалы, отражающие цели, процесс и результат решения какой-либо конкретной проблемы.

4. Портфолио для развития навыков мышления — включает материалы, отражающие процесс обучения учащегося работе на уровне анализа-синтеза-оценивания.

5. Тематическое портфолио — включает материалы, отражающие работу учащегося в рамках той или иной темы или модуля.

Содержание портфолио может быть связано с работой учащегося по конкретной проблеме, кроме того, с помощью портфолио легко проследить динамику развития студента на протяжении его обучения.

Электронное портфолио — это информационная система, основанная на клиент-серверной технологии. По своей сути, электронное портфолио — это традиционное портфолио, только формируемое не на материальных носителях, а в виде электронных документов в единой базе данных.

При всех потенциальных преимуществах использования электронного портфолио следует также отметить и возможные трудности внедрения его в процесс обучения.

Известный американский психолог Ли Шульман [3], занимающийся проблемами психологии образования, отмечал пять основных видов опасностей, связанных с использованием портфолио в процессе обучения:

1. «Ламинирование» — портфолио становится лишь средством демонстрации и саморекламы, теряя свою образовательную ценность;

2. «Неподъемный труд» — качественное и эффективное портфолио требует большой затраты сил и времени;

3. «Тривиализация» — в портфолио накапливаются документы и работы, не несущие образовательной ценности и не представляющие собой потенциальные предметы рефлексии;

4. «Искажение» — попытки стандартизировать оценивание студентов по их портфолио может привести к тому, что основная идея портфолио будет утрачена, превращая данную технологию в усложненную версию обычного тестирования;

5. «Ложная интерпретация» — акцент учителя на избранных лучших работах некоторых студентов превращается в рекомендацию для создания другими студентами аналогичных по структуре и содержанию работ, что уничтожает индивидуально-личностный подход.

В противовес данным опасностям Шульман приводит и пять положительных моментов использования портфолио:

1. Возможность хранения, расположения в хронологическом порядке и обращения к документам за более долгий срок, чем при традиционном процессе обучения.

2. Наличие выраженной связи между процессом обучения и его результатами, что позволяет студентам полностью осознавать цели и эффективность образовательного процесса.

3. Широкие возможности для сотрудничества между студентами и рефлексии.

4. Функциональность портфолио как портативного хранилища данных с возможностью индивидуальной структуризации.

5. Возможности портфолио по расширению взаимодействия между студентами, создающими наполнение, и преподавателями, организующими весь процесс и определяющими примерную структуру и содержание портфолио.

Создание портфолио — интересный и творческий процесс, позволяющий собрать в одном месте результаты, достигнутые студентом в разнообразных видах деятельности (учебной, творческой, общественной) за время обучения, систематизировать их и представить в выгодном свете (наиболее удачно). Для эффективного использования портфолио необходимо обеспечить его достоверность, прозрачность его наполнения и результатов оценивания, создание отработанной и единой критериальной базы и способов оценивания проектной, творческой, исследовательской деятельности студента, социальной активности, лидерских качеств и коммуникативных умений.

Электронное портфолио, формируемое в процессе обучения, позволяет в упорядоченном и удобном для использования виде представить работодателю документальные свидетельства целей и ценностей, способностей и талантов, навыков и компетенций, наград и достижений студентов, а также возможность сохранить и систематизировать информацию обо всех достижениях в процессе обучения. Электронное портфолио может служить основой для написания резюме.

Портфолио позволяет привлечь внимание работодателей не только для трудоустройства, но и для выполнения проектных работ, прохождения стажировок, практик, позволяет подчеркнуть свои

конкурентные преимущества по сравнению с другими претендентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. MacIsaac D., Jackson L. *Assessment processes and outcomes: Portfolio construction*. New Directions for Adult and Continuing Education. 1994; 62–72.

2. *Quebec Education Program: New directions for success together* (Approved ver.). Quebec, QC: MEQ. 2001; 13, 26, 35.

3. Shulman L. *Teacher Portfolios: A Theoretical Activity / With Portfolio in Hand*. Lyons N. (ed.). New York: Teachers College Press. 1998; 23–37.

Китикова Р.Я., Лебедева А.Ф.

«ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ» КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Одним из основных принципов охраны здоровья граждан в РФ является доступность и качество медицинской помощи. В соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами. Таким образом, пациент, страдающий от боли, должен получить обезболивание независимо от диагноза, гражданства, пола, возраста, финансового положения, времени суток на всей территории Российской Федерации.

В целях повышения доступности анальгезирующей терапии населению с 07 апреля 2015 года в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения была открыта «Горячая линия» для приема

обращений граждан о нарушении порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов.

Следует отметить, что «Горячая линия» по работе с обращениями граждан по соблюдению их прав в сфере охраны здоровья Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения помогает контролю за:

- своевременным обеспечением населения лекарственными средствами, обезболивающими препаратами;
- решением экстренных вопросов по предоставлению обезболивающих (наркотических) препаратов больным всех возрастных категорий;
- соблюдением прав граждан при назначении, выписке и получении лекарственных препаратов.

Принятие мер по обращениям, которые были связаны с нарушениями порядка назначения, выписки и предоставления обезболивающих препаратов контролируется должностными лицами центрального аппарата Росздравнадзора и Территориального органа Росздравнадзора до момента окончательного решения вопроса, обозначенного в обращении гражданина.

Операторами «Горячей линии» осуществляется «обратная связь» с обратившимися гражданами.

За девять месяцев 2016 года общее количество обращений уменьшилось на 7 % по сравнению с аналогичным периодом 2015 года.

По вопросам обезболивания количество обращений в 2016 году уменьшилось на 60 %. Это может свидетельствовать об эффективности работы «Горячей линии» по действенной помощи в защите прав граждан, нуждающимся в обезболивающих препаратах.

В период с 07 апреля 2015 года (дата создания «Горячей линии») по 31 декабря 2015 года на «Горячую линию» поступило 2659 обращения, из которых по вопросам обеспечения обезболивающими наркотическими препаратами – 710.

В период с 01 января 2016 года по 01 декабря 2016 года на «Горячую линию» поступило 3149 обращений, из которых по вопросам обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами — 334 обращения.

Актуальной проблемой при оказании паллиативной помощи остается осуществление контроля за своевременной подготовкой специалистов в области фармакотерапии хронического болевого

синдрома, а также соблюдение положений нормативных актов, регламентирующих обращение наркотических средств, ассортимента современных наркотических лекарственных препаратов, в том числе имеющихся в аптечных организациях и на аптечных складах.

Работа «Горячей линии» позволила отследить и устранить выявленные нарушения положений приказа Минздрава России №386н (о внесении изменений в Приказ от 20 декабря 2012 года №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»), вступившего в силу с 01 января 2016 года (Москва, Краснодарский край, Ростовская область, Ставропольский край). В частности, наблюдается положительная динамика сокращения количества обращений по таким вопросам, как:

- увеличение срока действия рецепта до 15 дней на наркотические средства;
- запрет на требование о возврате использованных первичных упаковок наркотических средств при выписке новых рецептов;
- предоставление права врачам самостоятельно выписывать рецепты на наркотические средства;
- предоставление право выдачи наркотических средств на 5 дней при выписке из стационара;
- увеличение нормы выписки наркотических средств на 1 рецепт;
- увеличение нормы выписки наркотических средств для пациентов, которым требуется длительная лекарственная терапия.

В период с 07 апреля 2015 года по 31 апреля 2016 года на «Горячую линию» поступило более 30 обращений, касающихся лекарственного обеспечения детей обезболивающей терапией, выявленные проблемы были устранены в самые короткие сроки.

Не лишним будет отметить, что операторы «Горячей линии» имеют возможность оперативно связаться с сотрудниками фондов помощи хосписам «Вера» и «Подари жизнь». По мнению коллег, взаимодействие с подобными фондами является действенным инструментом, позволяющим своевременно выявлять и устранять проблемы, связанные с оказанием паллиативной помощи детскому населению.

Кроме того, за все время работы «Горячей линии» около 1000 обратившихся получили разъяснения по вопросам обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами.

Таким образом, на сегодняшний день «Горячая линия» полностью оправдывает свои функции как эффективный инструмент по надзору в сфере здравоохранения, в том числе по такому «болезненному» для нашего общества вопросу, как качественное и своевременное обеспечение обезболивающими лекарственными препаратами. В настоящее время «Горячие линии» во всех субъектах РФ функционируют на постоянной основе, телефоны доступны на официальных сайтах Росздравнадзора и его территориальных органах и органах государственной власти в сфере здравоохранения регионов.

Кицул И.С., Селиверстова Л.В., Князюк Н.Ф.

**ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОГО
МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования» Минздрава России*

Современное преподавание менеджмента в здравоохранении возможно только при использовании всего наработанного в этой части российского и международного опыта и передовых практик. Следует отметить, что в последние годы наблюдается широкомасштабное внедрение в практику деятельности медицинских организаций методов системного менеджмента, доказавших свою эффективность в разных отраслях деятельности, преимущественно за рубежом. Это повлекло за собой необходимость учета таких тенденций в программах дополнительного профессионального образования при подготовке организаторов здравоохранения, по своей сути, являющихся менеджерами в своей сфере деятельности. Именно осознание себя менеджерами является важнейшим условием эффективной профессиональной реализации таких специалистов в

условиях быстро меняющейся внешней среды с учетом всех политических, социальных и экономических факторов.

Приходится констатировать, что все имеющиеся учебные программы пока еще слабо сориентированы на подготовку именно менеджеров. Наш опыт свидетельствует, что действующие руководители в здравоохранении в большинстве своем не владеют современными технологиями управленческой деятельности. Даже если такая специальная подготовка осуществляется по модульному принципу в структуре учебных программ, то оценить практический выход такого обучения достаточно сложно. Высокий уровень теоретической подачи учебного материала по менеджменту совсем не означает, что будущий руководитель способен его воспринять и реализовать в профессиональной жизни [1].

В настоящий момент подготовку управленцев можно считать глобальной проблемой в здравоохранении, так как качество управления остается низким на всех уровнях. Именно поэтому часто принимаются неадекватные управленческие решения, которые передаются на нижележащий уровень. Императивные требования их исполнения часто базируются на недостаточной информированности вышестоящих управленческих структур о реальных, в том числе ресурсных, возможностях системы. Все это требует постоянной мобилизации руководителей и проявление управленческой гибкости с одной стороны, и повышение своей грамотности в области менеджмента здравоохранения — с другой.

Учитывая эти обстоятельства, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования в учебные программы дополнительного профессионального образования (повышение квалификации и профессиональная переподготовка) был включен модуль, посвященный интегрированным системам менеджмента (ИСМ).

Под ИСМ понимается совокупность не менее двух систем (подсистем) менеджмента, ориентированных на интересы различных сторон, отвечающих требованиям/ рекомендациям (национальных, международных) стандартов на системы менеджмента, имеющих полностью или частично объединенные элементы, которые функционируют в медицинской организации как единое целое. Заинтересованными сторонами деятельности медицинской организации являются потребители (пациенты), их законные

представители, врачи лечебно-профилактических учреждений, направляющие пациентов на исследования, а также работники организации, участвующие в реализации производственных процессов. При проведении анализа внешней среды прямого воздействия нельзя не учитывать такие заинтересованные стороны, как: органы управления здравоохранения (Министерство здравоохранения), профсоюзные организации медработников, а также поставщики и конкурирующие организации, деятельность которых во многих аспектах связана с деятельностью медицинской организации. При разработке учебного модуля мы исходили из представления, что система управления любой медицинской организации, отвечающей лицензионным требованиям, уже состоит из ряда подсистем, на часть из которых распространяют свое действие международные стандарты. Для создания устойчивой системы управления медицинской организацией необходимо иметь отлаженную, эффективную систему управления своей деятельностью, для чего требуются новые методические и организационные подходы. Формирование научно-методических основ улучшения деятельности медицинской организации представляется нами на основе двух методов — проектирования и улучшения деятельности организации.

Международные стандарты представляют собой синтез и интеграцию лучшего опыта, доказавшего свою эффективность. Эта предпосылка явилась основанием для совершенствования преподавание раздела «Менеджмент в здравоохранении» с точки зрения развития знаний, умений и навыков по современному управлению.

При разработке учебного модуля были использованы международные стандарты:

- ISO 9001 «Система менеджмента качества. Требования» (включает все процессы организации). Базовые понятия и принципы, сформулированные в стандартах ISO серии 9000, в наибольшей мере соответствуют понятиям и принципам общего менеджмента;

- OHSAS 18001 (стандарт, включающий контроль и предотвращение возможных опасностей на рабочем месте);

- ISO 14001 (включающий процессы, направленные на снижение воздействия на окружающую среду);

- SA 8000 (требования в сфере социальной ответственности), ISO 26000:2010 «Социальная ответственность»;

- ISO 27001 (процессы управления информационной безопасностью).

Также использованы и российские версии указанных стандартов в системе ГОСТ Р ИСО.

Построение учебного модуля при обучении слушателей предполагает не только разбор содержания стандартов, но и выработку навыков проектирования ИСМ в медицинской организации, целью которой является создание системы управления, позволяющей результативно и эффективно использовать в интересах медицинской организации возможности внешней среды, активизируя собственные сильные стороны и сводя к минимуму влияние внешних угроз и собственных слабых сторон на результаты деятельности [2,4]. Практические занятия включают в себя следующую этапность:

- организация работ по созданию ИСМ (создание в медицинской организации предпосылок для разработки и внедрения ИСМ);
- непосредственное проектирование ИСМ (создание организационной структуры ИСМ);
- документирование ИСМ (создание организационно-методической и нормативной базы);
- внедрение ИСМ (обеспечение функционирования системы в соответствии с установленными требованиями);
- организационные вопросы подготовки медицинской организации к сертификации.

Учебный модуль содержит в себе лекционный материал, практические занятия и деловые игры. Использование различных образовательных технологий позволяет по ходу освоения учебного материала преподавать не только менеджмент с позиции международных стандартов, но различные управленческие методы и технологии, сопровождающие этот процесс. В конечном итоге такой подход дает более комплексное восприятие медицинской организации как объекта управления и расширяет диапазон возможностей применения управленческих методов и концепций в повседневной практической деятельности слушателей циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Наш опыт разработки и внедрения ИСМ в деятельность медицинских организаций и применения этих подходов в учебном процессе является уникальным, так как это долгие годы являлось предметом научных интересов сотрудников кафедры и подробно описан в первой стране монографии на эту тему [3].

В заключении необходимо отметить, что совершенствование преподавания менеджмента в здравоохранении в системе дополнительного профессионального образования по-прежнему является до конца не решенной и важной задачей всех образовательных организаций, занимающихся данной деятельностью. Использование в учебном плане модулей (разделов или отдельных занятий) по направлению ИСМ позволяет успешно решать эту задачу более эффективно и комплексно, о чем свидетельствует наш позитивный опыт в этой части.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кицул И.С., Таевский Б.В., Дудко А.Н. *К вопросу об эффективности современного руководителя в здравоохранении.* Организация здравоохранения. 2016;1: 22-26.

2. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. *Модель системы менеджмента профессиональной безопасности и охраны труда в соответствии с требованиями OHSAS 18001.* Сибирский медицинский журнал. 2012; 7: 78-81.

3. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. *Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций: монография.* М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения». 2013.

4. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. *Моделирование системы менеджмента информационной безопасности медицинской организации.* Врач и информационные технологии. 2015; 1: 62-70.

Корчуганова Е.А., Алешко Е.В.

**ИГРОВОЙ СИМУЛЯТОР — НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ
ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ.**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Образовательные технологии, равно как и любые другие технологии в условиях информационного насыщения, постоянно развиваются. Ученики, студенты и слушатели классическую лекцию в условиях отсутствия сильной мотивации воспринимают лишь благодаря вовлеченности в учебный процесс лектором [4]. К сожалению, далеко не все преподаватели обладают харизмой лидера и владеют мастерством ораторского искусства [2,3]. Новые технологии обучения в век компьютерных игр и виртуального пространства на основе достижений и перспективных направлений нейронауки [1] — это необходимость, продиктованная временем.

Перед создателями симуляционного комплекса была поставлена задача представить текстовые контрольные материалы в новой форме — компьютерной игры. Актуальность экономических знаний для современного руководителя медицинской организации обусловлена как традиционной необходимостью организации хозяйственных процессов, так и существенными преобразованиями в системе здравоохранения последних лет. С изменением законодательной базы у руководителя бюджетного учреждения появилось больше возможностей для принятия самостоятельных решений, применения инновационных методов организации деятельности. Вместе с этим увеличилась и ответственность за результаты деятельности медицинского учреждения. Поэтому, в числе первых тем были определены вопросы экономической тематики: расчёт функции врачебной должности, оценка обеспеченности медицинской организации необходимыми кадровыми ресурсами, выработка и оценка вариантов управленческих решений.

Одним из основных вопросов, который нужно было решить методологам игры, — это то, каким образом сухую обезличенную

информацию представить будущим игрокам. Сами экономические расчёты предполагают преимущественно работу с массивами цифр, показателей, характеризующих деятельность медицинской организации. Поиск ответа на этот вопрос привёл к идее формирования модели пространственно-временных отношений, интуитивно понятных слушателям, которым предстоит продемонстрировать свои навыки и компетенции на данном симуляционном комплексе. Было принято решение в основе названной модели использовать организационную структуру медицинской организации, оказывающей медицинские услуги амбулаторно в условном городе.

Таким образом, пространственные характеристики будущей игры были определены в форме виртуальной поликлиники. Исходя из этого решения, были разработаны графические материалы, которые визуально представляют модель медицинской организации. В составе виртуальной поликлиники были выделены: два профильных отделения, вспомогательные и административные подразделения. Такое представление напоминает большинству слушателей ту среду, в которой они осуществляют свою профессиональную деятельность каждый день.

В целях формирования единого методологического подхода при разработке квестов (заданий) был сформирован перечень вопросов, ответы на которые должны содержаться в описании проблемной ситуации:

- в чем состоит главная цель решения задачи;
- что мешает достижению цели;
- что нужно для устранения затруднения,
- мешающего фактора;
- что даст решение задачи для человека и общества;
- какова её актуальность.

Постановка проблемы для игрока осуществляется по ходу развития действия, действующими лицами которого являются виртуальные персонажи. Их взаимодействие между собой формирует систему причинно-следственных связей, на которые может оказывать непосредственное влияние человек, находящийся перед экраном компьютера.

Образы персонажей легко узнаваемы визуально, конкретизация их функций и возможных действий приводится в текстовых элементах игры. «Знакомство» с персонажами игры, их основными

функциями происходит в начале игры — до перехода к решению заданий.

Для более комфортного освоения пространства симуляционной модели виртуальной поликлиники введён персонаж под условным названием «Академик». Его основная функция — направлять действия игрока, предоставлять необходимую информацию, делать «подсказки» (т.е., указывать верные действия при совершении ошибок при решении заданий). В случае совершения ошибок (невозможности игроком совершить правильный выбор), предоставляет необходимые алгоритмы действий, дополнительную информацию — направляет игрока (по сути, делает подсказки, которые в отличие от «выдачи информации (условий)» могут снижать общую оценку).

Таким образом, пространственная модель виртуальной поликлиники и действующие в ней персонажи формируют условную реальность, в которой предстоит действовать игроку.

После постановки задачи, которую должен решить игрок, ему предоставляется возможность ознакомиться с информацией, характеризующей деятельность конкретного медицинского учреждения. Так, например, численность прикрепленного населения и количество штатных единиц врачей-терапевтов участковых — это данные, при помощи которых смоделирована проблемная ситуация. Она отражает имеющиеся место быть (т.е. типичные) медико-экономические показатели поликлиники.

Кроме информации о деятельности виртуальной поликлиники, игроку доступны нормативные документы, требования и положения которых влияют на принятие управленческого решения. Получив исчерпывающую информацию (описание проблемы, нормативные документы), игрок приступает к поиску решения. Он должен самостоятельно совершить выбор, произвести расчёты, определить способ и источник получения необходимой информации, распределить поручения между подчинёнными. В случае совершения ошибочного действия или принятия неверного решения игрок получает соответствующее сообщения от «Академика», в котором содержатся необходимые рекомендации. После этого появляется возможность решить предложенную задачу иначе.

Заключение

Преимущества игрового симулятора в обучении руководителей медицинских организаций заключается в возможности самостоятельно формировать запросы данных, необходимых для выполнения заданий, умении распределять условные задания между персонажами игры по функциональной принадлежности, формирующие среду, в которой проявляются компетенции, приобретённые во время обучения.

Игровой симулятор обеспечивает условия для демонстрации игроком (слушателем) приобретённых знаний и сформированных навыков. Этот продукт представляет собой многокомпонентный инструмент обеспечения контроля качества оказываемых образовательных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барабаш Н.С. *Непрерывное образование в России и мире: новые подходы, тенденции и технологии*. Инноватика и экспертиза: научные труды. 2015; 1(14): 260-270.

2. Суздальова М. А., Сушко А. В. *О необходимости владения навыками публичного выступления для современного успешного руководителя в условиях изменяющегося рынка труда*. Экономика и предпринимательство. 2014; 5(1): 603–606.

3. Чеботарева Е.Г. *Проблемы обучения ораторскому искусству на занятиях по русскому языку и культуре речи*. Сибирский педагогический журнал. 2015; 2: 139-144.

4. Юрьева О.В., Хазиев А.Р. *Профессиональная мотивация как фактор успешного обучения студентов в ВУЗе*. Вопросы экономики и права. 2015; 6: 69-73.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ «БЕРЕЖЛИВОГО
ПРОИЗВОДСТВА» В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- ¹ - Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
² - Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития
управленческих кадров здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России

Бережливое производство (Lean production, Lean manufacturing) – представляет собой подход к управлению организацией, направленный на повышение качества работы за счет сокращения потерь. Этот подход распространяется на все аспекты деятельности: от проектирования и производства до сбыта продукции.

Термин «бережливое производство» вошел в широкие круги в конце 80-х годов прошлого столетия. Этот принцип изначально появился в компании Toyota (**Toyota Production System**), когда возникла потребность в производстве, способном удовлетворять индивидуальные запросы клиентов, оперируя небольшими партиями различных продуктов, включая штучную продукцию. Целью такого производства стало создание конкурентоспособных товаров в необходимом количестве и качестве в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами.

Схожая ситуация складывается с задачами, которые стоят перед отечественным здравоохранением в части оказания медицинских услуг. Ведь медицинская услуга должна удовлетворить запросы конкретного пациента в наименьшие сроки в условиях ограниченности финансирования. Переход в недалеком будущем на персонализированную медицину должен уже сейчас заставить медицинские организации внедрить этот принцип в систему управления. Врачу необходимо будет оказывать большую часть времени пациенту, а не занимать его на заполнение документации, работой в ЕМИАС, устранением трудностей в организации процессов

взаимодействия с вспомогательными службами, проблем, связанных с нехваткой ресурсов и т.д.

Рабочее время врача не должна отнимать «борьба» с «непрофильными» проблемами, а пациент не обязан тратить свое время на переезды, чтоб попасть к врачу, ожидания в очередях, и, особенно недопустимо, на исправление врачебных ошибок, которые в большинстве своем обусловлены неэффективным управлением медицинской организацией. При организации оказания медицинских услуг действуют те же принципы бережливого производства: сократить действия, которые не добавляют «ценности» медицинской услуги и качества на всем ее жизненном цикле, а именно:

- потери из-за избыточных медицинских вмешательств;
- потери времени из-за ожидания;
- потери при нерациональной маршрутизации;
- потери из-за процессов при оказании медицинской услуги, не добавляющих ее ценности;
- потери из-за лишних запасов;
- потери из-за дефектов оказания медицинской помощи, которая повлекла ухудшение здоровья или смерть;
- потери из-за нереализованного профессионального творческого потенциала сотрудников.

Приведем несколько конкретных практических примеров бережливого производства из управленческой практики ГБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница» ДЗ г. Москвы в 2013-2014 году.

Потери времени из-за ожидания. До 2013 года очередь на лечение и оперативные пособия, которые можно провести амбулаторно, составляла более 2-х месяцев. В больнице функционировало 15 коек дневного стационара. В результате анализа данных об использовании коечного фонда больницы было выяснено, что пациенты проводили (в день) не более 3-х часов на койке. На основании данных, полученных в результате анализа использования коечного фонда, а также наличия кадровых ресурсов (высвободившихся при сокращении коек стационара на 30% в связи с капитальным ремонтом), принято решение организовать работу дневного стационара как полноценного отделения с графиком работы в 3 смены в соответствии с новым штатным расписанием. В итоге, пациентам оказывалась надлежащего качества медицинская помощь, полностью исключая нагрузку на поликлинику, в том числе

районную, удалось сохранить уникальные высококвалифицированные кадры, получить благодарные отзывы от пациентов, снизить **втрое** очередь нуждающихся в соответствующей медицинской помощи, а также обеспечить доходность дневного стационара от страховых компаний **вдвое**.

Потери при нерациональной маршрутизации. До 2013 года прием в поликлинике вел офтальмолог и медицинская сестра, имеющая сертификат по офтальмологии и владеющая необходимыми навыками проведения диагностических исследований. Причем далеко не все кабинеты были полностью оснащены необходимой для проведения поликлиниками 3-го уровня диагностическим оборудованием, полученным по Программе модернизации медицинских учреждений в г. Москве в 2010-2012 годы. Имелся также кадровый дефицит квалифицированных медицинских сестер, обслуживающих амбулаторный прием врача-офтальмолога. Ожидание в очереди по записи на первичный прием превышало 6 месяцев. Администрацией больницы было решено организовать «диагностическую линию». Аппаратуру, на которой работал средний медицинский персонал в кабинетах офтальмолога, выделили в отдельное помещение. Каждый первичный пациент сначала проходил скрининг-исследование, проводившееся медицинскими сестрами, а затем направлялся к врачу-офтальмологу. Таким образом, в медицинской организации были успешно применены методы концентрации и специализации при разработке технологии оказания медицинской помощи. Специализация среднего медицинского персонала на выполнении диагностических процедур позволила повысить эффективность использования трудовых ресурсов за счёт выполнения большого объёма однотипных (в данном случае – диагностических) медицинских услуг. Концентрация, предполагающая сосредоточение отдельных видов ресурсов (в частности, оборудования), позволила увеличить количество проводимых исследований в единицу времени и сократить потери от неэффективного использования материально-технической базы за счёт увеличения коэффициента параллельно (одновременно) проводимых исследований, а также снижения времени простоя медицинской техники.

Принятые управленческие решения, основанные на принципах специализации и концентрации, позволили повысить производительность труда, сократить длительность цикла

обслуживания пациента, увеличить пропускную способность поликлинических отделений, повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Изменение технологии оказания медицинской помощи позволило без привлечения дополнительных ресурсов (кадровых, материально-технических) увеличить объём оказываемых медицинских услуг с обеспечением надлежащего качества, соответствующего требованиям стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи. В итоге удалось не только повысить ответственность и компетентность имеющегося кадрового состава медицинских сестер, которые, по сути, работали в команде на результат всего отделения поликлиники, увеличить фонд оплаты труда за счет свободных ставок, а также использовать освободившиеся кабинеты для зоны отдыха персонала. Время ожидания в очереди на первичный прием пациентов сократилось в 3 раза.

Задача организации, внедряющей систему бережливого производства, заключается в сокращении действий, не приносящих ценности. А так как ценностью является здоровье человека, то бережливое производство необходимо внедрять во все процессы медицинской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухалков М.И., Кузьмин М.А. *Организационно-экономические основы бережливого производства*. Организатор производства. 2009.; 4: 63-68
2. Оно Т. *Производственная система Тойоты. Уходя от массового производства*. М.: 2008.

Кудинов Д.А.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ — ВЗГЛЯД С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИНЖЕНЕРА ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития
управленческих кадров здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Врач любой специальности ежедневно работает с помощью оборудования и технологий, созданием и усовершенствованием которых занимаются профессиональные инженеры. Две отрасли переплетены между собой: и представители здравоохранения, и инженеры самых разных специальностей в своей профессиональной деятельности решают задачи повышения качества жизни. Важно обратить внимание, что приоритетными являются задачи здравоохранения, в том числе те, решением которых занимаются специализированные инженеры. При этом в равной степени справедливо утверждение, что медицина, с точки зрения применения технологий, во многом базируется на технических решениях, являющихся результатом инженерных достижений. Однако такое положение дел актуально только для инструментов классической механики и в значительно меньшей степени для средств компьютеризации и робототехники.

Оценка современного состояния здравоохранения с точки зрения применимости актуальных информационных технологий показывает, что Россия нуждается в системной реализации мероприятий, направленных на внедрение инноваций, касающихся применения информационных технологий в процессах:

- оказание медицинской помощи населению;
- обучение действующих и будущих специалистов;
- научная деятельность;
- повышение общей эффективности труда специалистов;
- разработка и внедрение высокоэффективных системных процессов;

- усовершенствования функций мониторинга, анализа и прогнозирования статистических данных;
- обеспечение руководителей медицинских организаций современными инструментами принятия управленческих решений;
- поддержка институтов футурологии медицины и опережающая подготовка специалистов к технологиям будущего.

Задачи стоят по-настоящему масштабные, причём их актуальность подтверждается вниманием к проблематике на государственном уровне. В послании Президента России В.В. Путина Федеральному Собранию от 01 декабря 2016 года определено:

«...Нередки случаи, когда поликлиники оснащены новейшим оборудованием, а у медицинских работников элементарно не хватает квалификации, чтобы применить это оборудование...».

«...Нужно освободить врачей от рутины... дать им больше времени для непосредственной работы с пациентом...».

Здесь указываются две, пожалуй, самые срочные потребности здравоохранения в современных информационных технологиях. В реальности, системных запросов в отрасли намного больше, и один из главных – возможно, самый важный, с учётом необходимости смотреть в будущее – это подготовка специалистов к выполнению профессиональной деятельности в условиях и требованиях XXI века.

На сегодняшний день в отрасли можно сформулировать следующие проблемы:

- затруднённый доступ к современным информационным технологиям для значительного количества медицинских работников;
- участие в решении практических задач здравоохранения инженеров недостаточной квалификации;
- устранение проблем путём замены одной задачи другой (например, закупка дорогостоящего и не всегда эффективного программного обеспечения вместо обучения персонала);
- раздувание штата, чтобы скомпенсировать недостатки автоматизации.

Многие руководители организаций здравоохранения, понимая задачи по внедрению и совершенствованию информационных технологий, следуют путём привлечения к работе инженеров высокого уровня. Но инициатив и результатов деятельности отдельных руководителей и возглавляемых ими организаций недостаточно. Одна из причин

сложившейся ситуации заключается во взаимном недопонимании между представителями медицинского сообщества и инженерии.

Действительно, здравоохранение и как отрасль, и как сложившийся социальный институт отличается консервативностью. Инженеры же опасаются жестких рамок, предлагаемых специалисту медицинскими организациями, и предпочитают, как правило, делать карьеру в иных сферах, где их таланты и творческие стремления находят применение уже многие десятилетия. Условно назовем такие сферы высокотехнологичными. Но разве здравоохранение не высокотехнологичная отрасль? Сегодня, в XXI веке, в здравоохранении необходимо применять лучшие (доказавшие эффективность) достижения современных технологий, в том числе путём формирования необходимых запросов для научно-исследовательских работ.

Здесь необходимо внести важное дополнение: в медицине нет (и не должно быть в будущем) места для инженерных экспериментов, все предлагаемые решения должны сначала пройти проверку в безопасных условиях. К сожалению, сегодня можно встретить как инженеров, стремящихся реализовывать некоторые свои идеи и решения любой ценой, забывающих, что в здравоохранении цена ошибки – это человеческие жизни, так и отдельных представителей отрасли здравоохранения, воспринимающих новые технологии как угрозу своей профессиональной востребованности. Многие специалисты всерьёз опасаются, что внедряемые алгоритмы, механизмы и системы вытеснят их навыки. Поэтому при внедрении инноваций необходимо учитывать, что любые технологии в первую очередь должны помогать специалисту выполнять свои профессиональные обязанности, а не препятствовать этому.

Таким образом, общество обязано искать способы устранения междисциплинарных барьеров. Во многих странах, в том числе в России, такое движение (сближение здравоохранения и инженерии для решения общих задач) происходит. Происходит, несомненно, на пользу общества – причём как непосредственно, систематически предоставляя населению медицинскую помощь более высокого уровня, так и косвенно, путём создания новых рабочих мест и усовершенствования уже имеющихся. Врачи получают возможность избавиться от рутины, возможность применять современную технику (робототехнику, средства удалённого доступа и другие). Организаторы здравоохранения получают доступ к современным

инструментам развития методов управления и образовательных процессов, а также проведения актуальных научных исследований.

Итак, где находится грань, по которой нужно разделить ответственность между здравоохранением и инженерией за внедрение актуальных технологий?

Правильный подход заключается в том, что вместо неэффективного разделения ответственности (фактически – десистематизации) должны применяться методы координации, сотрудничества и взаимного обучения, обладающие системным междисциплинарным эффектом, который способствует процессам развития здравоохранения.

Кудрина В.Г.

РОЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кафедра медицинской статистики и информатики
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного
образования» Минздрава России

Использованные сокращения: НМО — непрерывное медицинское образование; ДОТ — дистанционные образовательные технологии; ЭОР — электронные образовательные ресурсы; АИС — автоматизированные информационные системы; ЭИБ/ЭАК — электронные история болезни и амбулаторные карты; БД — базы данных; ЭДО — электронный документооборот; ИКТ — информационно-компьютерные технологии.

В концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года отмечено, что «одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования» (Концепция утверждена Распоряжением Правительства России от 17.11.2008г. №1662-р).

Однако становление системы НМО проходило весьма небыстрыми темпами. Вместе с тем к настоящему времени она

приобрела, наконец, свои черты и базовые принципы: однозначный ориентир на непрерывность образовательного процесса, формирование разнообразных доступных форм обучения, выход на систему зачетных баллов, заметный рост качества и доступности образовательных модулей, развитие с использованием ДОТ и ЭОР контрольных механизмов многосторонней аттестации кадров, все большее ориентирование отдельных профессиональных компетенций по должностным обязанностям на формирование единого облика компетентного в своей сфере деятельности специалиста.

Способность/ готовность специалиста выполнять необходимые трудовые функции заложена в квалификационных требованиях к медицинским и фармацевтическим работникам по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденных приказом Минздрава России от 8 октября 2015 года №707н. Вместе с тем существует очевидная потребность в детализации профессиональных компетенций по направлениям деятельности, а также в конкретизации самих медицинских работников для эффективности учебного процесса по должностям и специальностям. От учета этой специфики зависят индивидуальные траектории НМО. Действующий ныне Приказ Минздрава России от 23 июля 2010 года №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» не удовлетворяет современным условиям формирования кадрового состава отрасли, поскольку в нем не конкретизированы профессиональные компетенции работающих.

Одной из немногих общих групп компетенций для всего врачебного сообщества является информационная: способность/готовность проявлять общекультурную, общепрофессиональную и профессиональную (предметно-функциональную) компетентность при работе с АИС, ведении ЭИБ/ЭАК, БД, регистров, реестров и других электронных массивов информации, участие в ЭДО медицинской организации на своем рабочем месте, а также способность/ готовность принимать меры по защите и безопасности медицинских и персональных данных.

Устоявшимся термином для обозначения ИКТ-подготовки является «компьютерная грамотность». Долговременный мониторинг на кафедре медицинской статистики и информатики РМАПО компьютерной подготовки врачей, занимающих организационные

должности, показал, что уровень их «компьютерной грамотности» неуклонно растет. Составив в 2001/2002гг. 22%, в 2007/2008гг. уровень вырос до 40,7%, в 2010/2011гг. до 59,1% и в 2013/2014гг. уже до 84,1%. В настоящее время требования рабочей среды практически исключают работу в организационных должностях здравоохранения лиц, не владеющих ИКТ.

Возможности объективного контроля достигнутого в ИКТ-подготовке уровня предоставляют ситуационные задачи и тестовые задания. На кафедре медицинской статистики и информатики РМАПО создан базовый банк тестов [1], который постоянно актуализируется и является доступным во все более широком диапазоне форм обучения и аттестации.

Сформированные у медицинских работников ИКТ-компетенции и расширенная за счет этого «глубина» обучения [2] использованы для определения перспективных путей повышения квалификации кадров [3] и поддержки реальных организационных проектов на практике [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрина В.Г., Дубинская Е.Л., Гончарова О.В., Андреева Т.В. *Тестовые задания по медицинской статистике и информатике (издание 3-е, переработанное и дополненное)*. М.: РМАПО. 2007.

2. Кудрина В.Г., Андреева Т.В., Дзеранова Н.Г. *Эффективность обучения медицинских работников информационным технологиям*. ИД «Менеджер здравоохранения». М: 2013.

3. Кудрина В.Г., Камардин В.В., Гончарова О.В., Кучин Н.Е. *Опыт формирования информационной основы для непрерывного медицинского образования медицинских работников*. Врач и информационные технологии. 2016; 5: 26-34.

4. Сапратлиева Д.О., Кудрина В.Г., Андреева Т.В. *Опыт индикативного планирования в здравоохранении региона*. ИД «Менеджер здравоохранения». М: 2015.

Кузьмин Ю.Ф., Чернова Т.В., Громова В.Л.

**ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ «КАДРОВОГО РЕЗЕРВА»
РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

ГБУДПО «НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем»

В современной системе здравоохранения без внедрения новых технологий управления невозможно повысить эффективность функционирования отрасли и обеспечить достаточное качество медицинской помощи. Одна из проблем российского здравоохранения — недостаточный уровень управленческих и экономических знаний в среде руководителей медицинских организаций. В этой связи требуется разработка эффективной кадровой политики для формирования резерва управленческих кадров здравоохранения, готовых решать сложные задачи модернизации здравоохранения и служить проводниками перемен.

Достижение этих задач связано с формированием и развитием у специалистов, зачисленных в резерв, профессионально необходимых знаний, деловых и личных качеств, обеспечивающих успешное выполнение функциональных обязанностей по руководящей должности.

Формирование «Кадрового резерва» происходило из числа квалифицированных специалистов, руководителей структурных подразделений, их заместителей, резерва на руководящие должности в медицинских организациях. При этом лица, зачисленные в «Кадровый резерв», должны были обладать следующими качествами: высокая профессиональная подготовка, организаторские способности, высокая требовательность к себе и подчиненным, умение работать с коллективом, инициативность и оперативность в работе.

Как известно, успешность обучения руководителя подтверждается получением документов об образовании в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья. Вместе с тем наличие документов еще не гарантирует достаточный уровень компетентности профессионала-управленца, готового руководить людьми и достигать совместно со своим коллективом намеченных целей. Именно поэтому компетентность, то есть наличие такого

объема знаний, который позволяет выносить обоснованные суждения по конкретному вопросу и принимать решения, зависит не только от внешних факторов (в том числе и от реализации программы обучения, но и от внутренних — потенциальных способностей конкретного слушателя. К сожалению, у некоторых руководителей (особенно с небольшим стажем работы) наблюдается слабое владение классическими управленческими технологиями. У них недостаточно, по-нашему мнению, сформированы, так называемые, базовые компетенции. Нашей задачей было формирование профессиональной компетентности у слушателей.

Обучение проходило в несколько этапов. На 1-м этапе формировался «психологический портрет» каждого потенциального руководителя, т.е. нашего слушателя. Для создания «психологического портрета» нами предлагалось тестирование слушателей по лицензированным методикам, которые позволили в полной мере охарактеризовать каждого кандидата и предоставить достоверную картину о нем как о руководителе медицинской организации.

В ходе первого этапа обучения был определен у слушателей уровень управленческих компетенций, необходимых для руководителей медицинских организаций: аналитические способности, стратегическое мышление, управление отношениями, лидерство, управленческие навыки, креативность, организационные способности, коммуникативные навыки, конфликтность, личные качества и психологические особенности, определение уровня профессионального выгорания, толерантность, ролевые предпочтения, мотивация.

На этом же этапе проводились психологические тренинги по развитию компетенций и возможность допуска к дальнейшему обучению по дополнительной образовательной программе, так как при обучении учитывались индивидуальные способности каждого слушателя.

Далее следовал второй этап — обучение по расширенной программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в объеме 600 учебных часов. Программа подготовки «Кадрового резерва» содержит несколько модулей:

1. Управление в здравоохранении, менеджмент в медицинских организациях.
2. Документирование управленческой деятельности.

3. Управление медицинскими кадрами.
4. Организационные технологии обеспечения прав пациентов.
5. Эффективность в здравоохранении.
6. Особенности организации медицинской помощи в современных условиях.
7. Использование статистических методов в практике руководителя медицинской организации, информационные системы.

На наш взгляд, очень важными обучающими лекциями и практическими занятиями стали такие направления, как: юридическая ответственность медицинских работников, уголовная ответственность медицинских работников, вопросы, связанные с эффективностью деятельности медицинских организаций. Кроме того в связи с введением новых организационных форм в деятельность лечебно-профилактических учреждений, нами введены занятия, на которых рассматриваются такие вопросы, как: организация паллиативной помощи, организация медицинской помощи больным хроническим алкоголизмом и другие. В наших планах — создание фильмов для демонстрации технологических схем отдельных видов медицинской помощи. Важной темой для включения в образовательную программу является, на наш взгляд, проблема возникновения конфликтов и способы их разрешения в медицинских организациях; вопросы, связанные с «Синдромом эмоционального выгорания» сотрудников и другие.

Конечно, мы понимаем, что даже такая специфическая образовательная программа может не дать требуемого эффекта. Но для достижения поставленной цели, нами постоянно дополнительно проводятся семинары для организаторов здравоохранения по актуальным проблемам современного здравоохранения. В частности, по организации бухгалтерского учета и отчетности, по вопросам эффективного контракта, использованию МКБ-10, составлению и анализу статистических отчетов и т.д.

На последнем, заключительном, этапе обучения проводилось заключительное психологическое тестирование слушателей, результаты которого сопоставлялись с первоначальными данными. Кроме того по традиционной схеме проводилось профессиональное тестирование по программе «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в количестве 100 вопросов, специально разработанных с учетом изменений, происходящих в здравоохранении. Каждый слушатель на завершающем этапе, на

открытом занятии, в присутствии аттестационной комиссии представлял свою дипломную работу. Темы дипломных работ выбирались совместно с куратором, слушателям предоставлялись индивидуальные консультации. Наиболее интересные темы дипломных работ: «Развитие информационных технологий в лечебно-профилактическом учреждении», «Актуальные проблемы лекарственного обеспечения медицинской организации», «Пути повышения эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения», «Организационные технологии деятельности руководителя медицинской организации», «Решение проблем формирования нормативов ресурсного обеспечения лечебно-профилактического учреждения», «Регулирование финансовых потоков в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения» и др.

Результатом обучения являлась выдача диплома о профессиональной переподготовке и сертификата специалиста.

Выпуск первого потока слушателей «Кадрового резерва» руководителей медицинских организаций показал высокую заинтересованность слушателей в обучении, их стремление узнать новые инновационные организационно-управленческие технологии, применяемые в практическом здравоохранении. Дальнейшее совершенствование программы обучения, по нашему мнению, будет способствовать подготовке профессионально компетентных руководителей медицинских организаций. Главным отличием данной программы от традиционных дополнительных образовательных программ является то, что, помимо рассмотрения современных актуальных вопросов здравоохранения, мы использовали и внедряли в учебный процесс инновационные образовательные технологии. Итоговое анкетирование слушателей о качестве реализуемой программы показало не только ее высокую оценку, но и необходимость ее дальнейшего совершенствования.

РАЗВИТИЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России*

На современном этапе отечественное здравоохранение решает основную стратегическую задачу — это повышение качества и доступности медицинской помощи. При реализации этой задачи в новых социально-экономических условиях большую ценность представляет всесторонне образованный врач, который будет способен эффективно направлять профессиональную деятельность в интересах здоровья человека и общества в целом. Современная система подготовки медицинских работников должна формировать у них потребность к совершенствованию профессиональных знаний, умений и навыков в течение всей жизни. Непрерывное профессиональное развитие стало определяться как главенствующий компонент национальной системы образования.

Одной из достаточно сложных и многогранных сфер общественных взаимоотношений является сфера охраны здоровья человека вообще и медицинской деятельности в частности. Бурное развитие высокотехнологичных методов диагностики, лечения, реабилитации, проведение биомедицинских исследований, возникновение и развитие новых отраслей медицины поставило перед специалистами практической медицины, организаторами здравоохранения, юристами-практиками, учеными медиками и правоведами ряд серьезных вопросов по проблемам правового регулирования медицинской деятельности [1].

Оказание медицинской помощи представляет собой специфическую сферу общественных отношений, в процессе осуществления которых реализуются разнообразные права личности, предусмотренные международными соглашениями и закрепленные в отечественном законодательстве, при этом подчеркивается, что надлежащая подготовка и обучение врачей является решающим элементом оказания качественной медицинской помощи. Первое требование к профессиональной подготовке заключается в обеспечении базового медицинского обучения. Общая практика

должна быть неотъемлемой составной частью программ додипломного обучения. Все студенты медицины должны проходить общую практику с тем, чтобы приобрести конкретные знания по этой специальности. Профессиональное последипломное обучение должно быть обязательным требованием и условием подготовки врача. Обучаемому должна предоставляться достаточная возможность для приобретения более широких умений и навыков в рамках последипломных образовательных программ. Для обновления навыков и умений, поддержания и улучшения качества оказываемой помощи очень важное значение имеет непрерывное медицинское развитие и постоянное повышение профессиональной квалификации. Основную ответственность за непрерывное медицинское развитие несут сами врачи практики, которые используют различные способы и возможности, позволяющие достичь и поддерживать надлежащий уровень своей компетентности.

В настоящее время непрерывная подготовка врачей большинства специальностей в Европе строится на трех базовых принципах: модульная структура учебных планов и программ, дистанционная технология обучения, внедрение кредитной системы, оценка непрерывного профессионального развития врача через накопительную систему учета баллов (очков). На каждый источник образовательной информации выделяется определенное количество баллов, которые учитываются в накопительной системе. Это позволяет формализовать систему учета процесса обучения и обосновать выдачу соответствующих документов для сертификации врачей.

Серьезным недостатком в системе вузовского медицинского образования, по мнению большинства специалистов, остается низкая практическая подготовка врачей. Недостаточный уровень практической подготовки выпускников медицинских вузов, к сожалению, не компенсируется на уровне последипломной подготовки. Выпускники медицинских вузов недостаточно хорошо выполняют основные врачебные манипуляции, мало знакомы со способами оказания неотложной помощи. Понятно, что медицинский вуз не может заниматься выпуском врачей «под ключ». Дальнейшее его становление в профессии должна обеспечивать эффективная система последипломной подготовки. Как всем известно, участковый врач, имеющий специальность «Лечебное дело», со стажем работы более 10-15 лет, не может расшифровать электрокардиограмму на

уровне скрининга, провести осмотр больного с нетерапевтической патологией, провести наружный осмотр уха или глаза, выписать простые очки, провести хирургическую обработку раны, пальцевое исследование прямой кишки и многое другое — то, что он должен делать в соответствии с приобретенной специальностью, прописанной в дипломе.

Умение работать на современной диагностической аппаратуре, ультразвуковой, эндоскопической и др. вообще недостижимое для участковых врачей, хотя во всем мире для любого врача это обыденное дело. Есть и объективные причины сложившемуся положению, связанные с недостаточной оснащенностью современным медицинским оборудованием, отсутствием стандартов диагностики и лечения. В большинстве лечебно-профилактических учреждениях нет возможности оснастить современной диагностической аппаратурой не только врачей первичного звена, но и узких специалистов.

В настоящее время проводятся серьезные преобразования в области высшего медицинского образования. Перед отечественными медицинскими вузами стоят важные задачи по реформированию образовательных процессов.

Новые требования определяют приоритетные направления развития медицинского образования, такие как:

- модернизация медицинского образования в русле общей стратегии развития и реформирования отечественного образования;
- сохранение академической автономии медицинских вузов, классических университетов с медицинскими факультетами;
- сохранение и развитие лучших традиций отечественных научных медицинских школ;
- развитие системы непрерывного медицинского образования;
- укрепление и модернизация материально-технической базы медицинских вузов, в частности, клинической.

Однако развитие и реформирование высшей медицинской школы сталкиваются с рядом проблем. Среди них:

- обучение студентов практическим навыкам на разных клинических базах;
- совершенствование нормативно-правовой базы непрерывного медицинского образования;
- изменение номенклатуры медицинских специальностей в соответствии с реалиями здравоохранения.

Важнейшая цель медицинских вузов — обеспечение системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами.

Обучение студентов практическим навыкам на клинических базах определяет профессиональную подготовку врачей: в образовательном процессе следует уделять особое внимание стимулированию клинического мышления обучающихся, междисциплинарным подходам при наделении их знаниями, умениями, навыками. Для этого необходимо развивать систему высшего образования как интегральный компонент образовательного процесса и научно-исследовательской деятельности.

В России лишь немногие из медицинских вузов имеют собственные клинические базы. Именно в этом состоит основная проблема развития медицинских вузов. Подавляющее большинство вузов использует базы муниципальных и государственных больниц на договорных условиях. Здесь сохранилась форма отношений, которая оправдывала себя в советское время. Но эта форма больше не соответствует сути отношений в условиях иных правовых и организационных форм и рыночной экономики.

Сегодня больницы-партнеры перестают быть заинтересованными в использовании их ресурсов вузами. В любой момент договорные отношения могут быть прерваны и кафедры окажутся без клинических баз. Тогда вузы не смогут обеспечить процесс клинического образования студентов, клинических ординаторов. Катастрофические последствия этого даже трудно себе представить.

Очевидно, здесь нужно искать формы социального партнерства. Но существующая правовая база не позволяет развивать сотрудничество в интересах обеих сторон.

С другой стороны, ратуя за обеспечение возможности обучения клиническим навыкам, нельзя забывать и о сложностях правового характера, связанных с участием студентов в процессе оказания медицинской помощи. Важно решить вопросы, касающиеся соблюдения прав пациентов при оказании медицинской помощи. Речь идет не только о гарантиях должного качества медицинской помощи, но и о соблюдении других прав, например, на конфиденциальность персональных данных пациентов.

Проблема совершенствования нормативной базы актуальна и в отношении других важных вопросов развития медицинских вузов.

Один из таких вопросов — изменение номенклатуры медицинских специальностей. Действующая номенклатура все еще не соответствует реалиям отечественного здравоохранения и международным, в частности, европейским стандартам. Между тем приведение врачебных специальностей в соответствие с международной номенклатурой считается одним из важных направлений.

С проблемой врачебных специальностей тесно связана система аккредитации специалистов. На сегодня вопрос аккредитации специалистов не отрегулирован. При возникновении каких-либо трудностей при прохождении процедуры аккредитации приходится руководствоваться общими положениями законодательства о здравоохранении и трудового законодательства.

Таким образом, много еще сложных проблем необходимо решить, чтобы обеспечить поступательное развитие отечественного медицинского образования и тем не менее высшее медицинское образование по-прежнему востребовано — число медицинских факультетов и, следовательно, студентов-медиков в нашей стране не уменьшается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальцев М.А. *Проблемы развития и реформирования высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования*. Ремедиум. 2008; 7: 5-9.

Лавлинская Л.И., Черных Е.А., Лавлинская Т.А.

ПРИНЦИПЫ МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России*

Подготовка высококвалифицированных кадров — актуальная задача в период бурной перестройки высшего образования и науки в Российской Федерации. Одна из форм ее решения — интеграция

образования и науки. Интеграция образования и науки является одной из глобальных международных проблем наряду с такими, как проблема здоровья, экологии и т.д. Российское образование в новой эпохе представляет собой одну из важнейших отраслей, обеспечивающих прочный фундамент развития общества в целом. Характерной чертой современного образования является поиск путей преодоления кризиса, причины которого скрываются, прежде всего, в «духовном обнищании общества», снижении авторитета знаний, остаточном принципе финансирования образования.

Отечественное образование, во-первых, должно стать принципиально иным. В первую очередь, реально востребованным, приобретенным и престижным. Именно востребованность образования со стороны экономики, социальной и культурной сфер позволит перейти от лозунгов и теоретических рассуждений к построению новых эффективных, образовательных систем, удовлетворяющих запрос как личности, так и общества, так и его экономики.

Во-вторых, образование необходимо рассматривать как средство продуктивного развития России, поддерживающее жизненно необходимые преобразования. Руководство страны обратило внимание на то, что «должен быть изменен сам подход к образованию. В эпоху глобализации и новых технологий — это не просто социальная сфера. Это вложение средств в будущее страны, в котором участвуют компании и общественные организации, все граждане без исключения, все заинтересованные в качественном образовании наших детей».

И в третьих, необходима модернизация самой системы образования.

Модернизация включает в себя усовершенствование, улучшение, обновление объекта, приведение его в соответствие с новыми требованиями и нормативами, техническими условиями, показателями качества. Сегодня Россия как новое сообщество выстраивает собственную иерархию целей и ценностей, определяющих новое понимание образования. Рассматривая процессы реформирования образования, выделяют основные принципы, идеи, методологические ориентиры, новые подходы, лежащие в основе данной деятельности. Основная идея образования — гуманизация, которая определяет переориентацию личности как

средство его социальной устойчивости и защиты в условиях рыночных отношений.

Принцип фундаментализации подразумевает углубление общеобразовательной, общенаучной, общепрофессиональной подготовки. Образование должно стать фундаментом материальной, духовной, теоретической и практической деятельности людей.

Когда мы говорим о гуманизации образования, следует рассматривать такой принцип, как национальный характер образования, при котором образование развивается в трех направлениях: национальной, общероссийской и мировой культуры. Однако гуманизация образования не достигнет желаемых результатов, если не будет демократизации в учебном процессе, учебных заведениях. В основе демократизации образовательного процесса можно выделить следующие принципы: самоорганизация, сотрудничество, открытость, регионализация, равные возможности, общественно-государственное управление.

Условия реализации принципа самоорганизации характеризуется переходом из позиции «преподаватель ведет за собой студента» в позицию обучающийся идет вперед. В процессе обучения личность в первую очередь становится способной обеспечить, спланировать, оперативно организовать, проконтролировать те или иные формы жизнедеятельности, формируется потребность к самореализации, самосовершенствованию, самодвижению. Все это способствует саморазвитию свободной личности.

Принцип самоорганизации и сотрудничества тесно взаимосвязаны, что особенно видно из условий их реализации, где меняются позиции обучающегося и преподавателя. Условием реализации принципа сотрудничества является изменение позиции преподавателя из позиции «над студентом» в позицию «вместе со студентом». Принцип сотрудничества направлен на совместную ценностную деятельность.

Условиями реализации принципа открытости образовательных учреждений являются развитие рыночных отношений в системе образования и развитие открытых связей с отечественными и зарубежными партнерами. Именно в этом видится преодоление замкнутого, корпоративного, ведомственного строя и духа образовательных учреждений.

Проблема принципа общественно-государственного управления наиболее актуальна в современном образовании и требует безотлагательного решения. Именно ее реализация на практике позволит усилить внимание сообщества к проблемам развития и нуждам образования, открывает новые пути повышения качества образования и управления.

Реализация принципа равных возможностей выполняется в демократическом обществе при условиях усиления роли государства в регулировании образовательных возможностей, предоставляемых каждому человеку.

Одним из главных направлений модернизации медицинского образования на основе информационно-коммуникационных технологий является создание системы управления качеством подготовки специалистов. Отбор, подготовка и воспитание будущего врача является сложнейшим образовательным и воспитательным процессом.

В современных условиях особые требования предъявляются к кафедре общественного здоровья и здравоохранения, так как реформирование касается, прежде всего, предмета изучения этой науки, подходов к оценке общественного здоровья, организационных форм его сохранения, методов управления и экономики здравоохранения. Происходит процесс переоценки ценностей, ранее сложившихся в прежней системе здравоохранения.

Реформы создали настоятельную необходимость коренного пересмотра теоретических основ системы здравоохранения, места общественного здоровья и здравоохранения в системе мер по охране здоровья, организационных форм сохранения и укрепления здоровья населения. Оказалось, что существующий уровень подготовки как врачей, так и руководителей здравоохранения не может обеспечить успешное поступательное движение реформ. Нужны новые знания. И эти знания, как показывает мировой опыт, наука управления (менеджмент), из которой здравоохранение должно взять, кроме терминологии, такие положения, такие законы, которые учитывают специфическое предназначение здравоохранения — сохранение и повышение уровня здоровья населения. Для этого надо изучить не просто основы менеджмента, а плюс к этому еще и его особенности в здравоохранении. Такую сложную и творческую, изыскательскую, аналитическую работу взяла на себя дисциплина общественное здоровье и здравоохранение.

В условиях рыночных отношений возросла роль экономической сферы здравоохранения. Медицинские организации поставлены в такие условия, что должны вписаться в большой рынок услуг здравоохранения в качестве самостоятельных хозяйствующих субъектов. Механизм действия экономических законов, их особенности также требуют серьезного научного исследования, медико-социального осмысления.

Таким образом, в новых экономических условиях дисциплина и наука общественное здоровье и здравоохранение выполняет те же задачи, которые она выполняла и ранее, но в них привнесено новое содержание. Она занимается изучением закономерностей общественного здоровья, деятельности учреждений здравоохранения, разработкой оптимальных управленческих, медицинских и организационных форм охраны здоровья, обоснованием государственной политики в области охраны здоровья населения и изучением обоснования оптимальных экономических моделей.

Пересмотр, переосмысление понятий общественного здоровья и здравоохранения приводят к настоятельной необходимости еще большей ориентации на более активное участие всего общества, главным образом государства, и работодателей в охране здоровья населения в целом и отдельных его контингентов. Руководители лечебно-профилактических учреждений ни в коей мере не могут оставаться вдали от понимания вышеназванных проблем.

В связи с этим кафедра общественного здоровья и здравоохранения коренным образом изменила свою рабочую программу и формы обучения. Рабочая программа составлена с учетом существующей модели специалиста и современными представлениями о предмете «Общественное здоровье и здравоохранение». Опыт подготовки врача подтвердил, что она должна носить системный характер с достаточным количеством отводимого для этого времени, включать изучение передового опыта и самообразования. Базой такой подготовки должна быть наука мировоззренческая, систематизирующая, обобщающая знания о здоровье и его охране.

Успешность будущей профессиональной деятельности обучающегося определяется не только комплексом приобретаемых и закрепляемых на протяжении обучения знаний, умений и навыков (профессиональных компетенций), но и системностью знаний. При этом особое внимание уделяется содержательной и методической

адаптации уже существующих педагогических технологий к контингенту обучающихся, обеспечивая выполнение требований ФГОС по учебной дисциплине. Отсюда практическая реализация реорганизации системы образования должна осуществляться на любом уровне управления подготовкой специалиста. Тем не менее в любом случае каждый отдельный обучающийся должен определяться организаторами учебного процесса как субъект учебной деятельности.

Однако перед любым высшим медицинским учебным заведением, как перед всей системой высшего профессионального образования, в целом стоит задача подготовить квалифицированного специалиста за определенный срок.

Важнейшим оценочным информационным элементом в высшем учебном заведении является контроль знаний, осуществляемый разными методами. Исходя из этого, высшее учебное заведение должно располагать возможностью прогнозировать вероятность успешности обучения и последующей профессиональной деятельности принятых абитуриентов, что обеспечит эффективное использование государственных средств и профессиональную пригодность обучаемого. Таким образом, разработка новой системы управления учебным процессом, включающей в себя современные методы обучения и инструментального контроля, управления элементами обучения профессии является важным условием развития и соответствия основных принципов организации здравоохранения и формирования медицинских кадровых ресурсов.

Ляшенко Т.С., Барскова Г.Н., Мирошникова Ю.В.

МОДУЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ РЕЗЕРВА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Подготовка резерва руководящих кадров здравоохранения, методологически обоснованная и методически обеспеченная, является важнейшим компонентом системы управления персоналом и

имеет особую значимость в решении проблемы повышения эффективности внутриотраслевого управления.

Подготовка управленческого резерва осуществляется в соответствии с комплексной программой, реализация которой должна гарантировать от стихийного продвижения по служебной лестнице, способствовать максимально быстрому и оптимальному заполнению образующихся вакансий, сокращению периода адаптации к новой должности.

Основная цель подготовки резерва руководящих кадров заключается в развитии управленческого потенциала претендентов на соответствующие должности посредством использования современных форм, методов и технологий обучения, в процессе которых происходит не только расширение теоретической базы знаний, но и практическое формирование профессионально значимых управленческих навыков организационно-личностного и командного взаимодействия (Веснин В.Р., Кибанов А.Я., Захарченко Н.Д., Сергиенко С.К.).

Наиболее перспективной моделью обучения резерва руководящих кадров признается модульная. Модульный формат современных программ обучающего развития отличается гибкостью, вариативностью (как в плане содержательности обучения, так и его продолжительности), учетом перспективных потребностей и личности резервиста, и организационной структуры, в рамках которой будет осуществляться профессиональная деятельность. Предполагает широкое использование таких методов обучения, как: тренинги, разбор практических ситуаций, дискуссии по наиболее актуальным отраслевым проблемам; дифференциацию программы обучения. Для каждого лица, включенного в резерв, разрабатывается и утверждается индивидуальный план развития. Обучение строится в зависимости от параметров компетентностной модели специалиста конкретного управленческого уровня. Модульный подход [3], ориентированный на вовлечение слушателей в активную поисковую деятельность, включает четкое описание методов и результатов обучения, инструментов контроля и оценки (в частности, проверочных тестовых заданий, ситуационных задач).

В настоящее время обучение кадрового резерва организуется в рамках системы последиplomного образования и непрерывного профессионального развития управленческих кадров и мало ориентировано на потребности резервистов, большая часть которых

осуществляет только первые шаги по служебной лестнице. Разработанная авторами **Модульная многоуровневая базовая программа подготовки резерва руководящих кадров здравоохранения по управлению здравоохранением** (для системы учреждений ФМБА России) обеспечивает базовую подготовку резерва на руководящие должности руководителей и заведующих отделениями медицинских организаций.

Цель программы: подготовка резерва руководителей здравоохранения нового типа, ориентированных на развитую систему здравоохранения, обладающих системой общекультурных и профессиональных компетенций, способных и готовых к самостоятельной профессиональной деятельности в условиях новой реальности развития экономической ситуации и инновационных методов управления системой здравоохранения для обеспечения более высокого качества предоставляемых медицинских услуг путем оптимального использования ресурсов.

Задачи программы: 1) сформировать объем базовых знаний теоретических основ организации, управления, планирования, экономики и финансирования, здравоохранения, формирующих компетенции руководителя здравоохранения, способного успешно решать свои профессиональные задачи; 2) сформировать объем базовых практических профессиональных знаний руководителя здравоохранения, способного и готового к эффективной практической деятельности, обладающего способностями перспективного видения проблем и способов их решения. 3) сформировать навыки анализа и оценки политических и экономических проблем, социально-экономических условий, демографических процессов и состояния здоровья населения, эффективности деятельности в сфере здравоохранения.

Руководитель здравоохранения должен обладать общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК).

Общекультурные компетенции характеризуются: способностью и готовностью использовать на практике методы гуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности; способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению педагогической деятельности, сотрудничеству и

разрешению конфликтов, способностью и готовностью использовать методы управления коллективной деятельностью, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции; способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

Профессиональные компетенции характеризуются способностью и готовностью к анализу политических, экономических, социальных, демографических, управленческих проблем, обеспечению оптимального использования ресурсов для предоставления медицинских услуг более высокого качества; способностью и готовностью применять современные методики сбора и медико-статистического анализа информации о демографической ситуации состоянии здоровья населения в целях разработки научно обоснованных мер по ее улучшению; способностью и готовностью использовать нормативно-правовую документацию сферы здравоохранения (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, действующие международные классификации), документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций; способностью и готовностью использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических и управленческих технологий при оказании медицинских услуг. Программа корректируется с профессионально-должностными требованиями к соответствующим специалистам.

Программа состоит из 13 модулей по актуальным проблемам здравоохранения. На практических занятиях отрабатываются навыки анализа и оценки социально-экономических условий жизни населения и состояния его здоровья, планирования и финансирования системы здравоохранения, статистического учета и отчетности, оценки эффективности деятельности системы здравоохранения и

разработки обоснованных решений по дальнейшему её развитию в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи.

По мере развития здравоохранения и появления новых, более совершенных, технологий управления для слушателей проводится повторный краткий курс обновления приобретенных знаний и навыков, получивший по международной технологии название refreshment (освежение).

При подготовке резерва руководящих кадров на уровне структурных подразделений медицинских учреждений (заведующих отделениями) обучение научным основам управления необходимо сочетать с изучением инновационных технологий оказания медицинской помощи больным и пострадавшим на курсах кафедр соответствующего клинического профиля.

В целях формирования профессиональных компетенций резерва руководящих кадров в рамках проведенного исследования был определен конкретный перечень знаний и навыков резерва руководящих кадров здравоохранения.

Для целей подготовки резерва на должности руководителей медицинских учреждений разработаны 13 образовательных модулей:

Модуль 1. Государственный строй

Модуль 2. Идеология и политика в сфере здравоохранения

Модуль 3. Социально-экономические условия жизни населения, качество жизни и национальная безопасность

Модуль 4. Демографическая ситуация и здоровье населения Российской Федерации

Модуль 5. Система здравоохранения

Модуль 6. Управление здравоохранением

Модуль 7. Планирование здравоохранения. Стратегическое планирование

Модуль 8. Экономика и финансирование здравоохранения

Модуль 9. Стандарт руководителя здравоохранения

Модуль 10. Конкурентные преимущества на рынке медицинских услуг

Модуль 11. Организационные структуры управления (менеджмент)

Модуль 12. Программно-целевой метод управления

Модуль 13. Социально-психологические аспекты управления

Высокая ответственность за результативность подготовки лежит на отраслевой кадровой службе, остро нуждающейся не только в

организационных изменениях деятельности, но и качественном обновлении собственного кадрового потенциала, отвечающего требованиям современной модели специалиста кадровой службы, обладающего высоким уровнем профессионализма, действующего в расширенной сфере ответственности и правовых полномочий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веснин В.Р. *Практический менеджмент персонала: пособие по кадровой работе*. М.: 2003.
2. Кибанов А.Я. *Управление персоналом организации*. М.: 2002.
3. Захарченко Н.Д. *Разработка и реализация комплексной программы подготовки руководителей учреждений здравоохранения: дис. канд.мед.наук: 14.00.33*. М.: 2005.
4. Сергиенко С.К. *Современные отечественные технологии оценки и развития управленческого персонала*. М.: 2004.

Манакова А.Г., Манаков А.М., Баянова Н.А.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
Университет» Минздрава России*

В настоящее время в медицинском обслуживании населения амбулаторно–поликлиническая помощь занимает приоритетное значение, в которой оказывается первичная медицинская помощь детскому населению. Детская поликлиника — это первичное звено, в котором оказывается комплекс профилактических и лечебно-диагностических мероприятий. В основе работы поликлиники лежит территориально-участковый принцип организации. Участковый врач-педиатр, обслуживающий определенный участок, владеет полной информацией о демографической ситуации, уровне заболеваемости, проводит профилактические мероприятия, так как «Здоровье» является приоритетом государственной политики страны. Поэтому

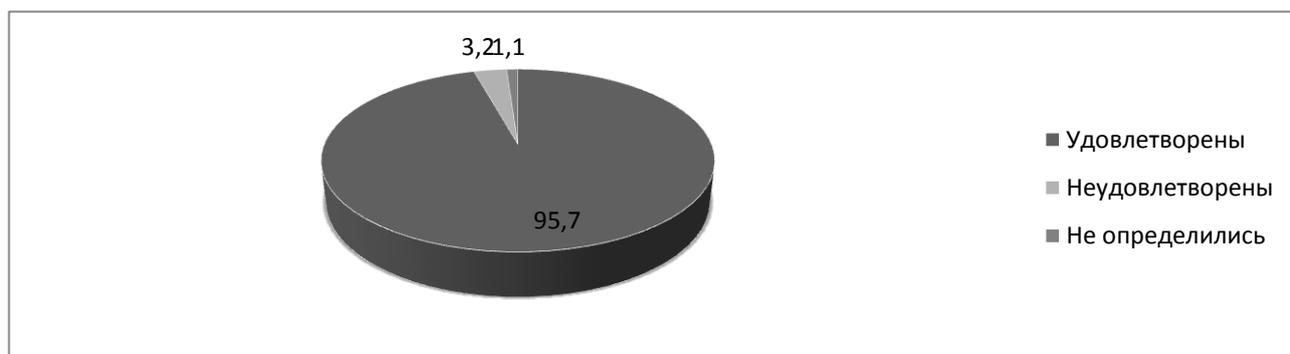
для полной оценки работы детской поликлиники и эффективности реализации национального проекта «Здоровье» необходимо определить именно социальную эффективность, что в дальнейшем повлияет на развитие амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению.

С целью анализа удовлетворенности родителей пациентов качеством оказываемых медицинских услуг нами было проведено анкетирование родителей пациентов нескольких участков детской поликлиники города Оренбурга.

В анкетировании приняли участие 185 человек. Анкета, разработанная студентами медицинского университета, включала вопросы: выбор возрастной группы ребенка, количество детей, посещаемое учреждение (ясли, детский сад, школа, колледж и т.д.), частоту обращаемости за помощью, причины обращения, удовлетворенность обслуживанием участкового педиатра и его компетентностью, волнующие вопросы оказания медицинской помощи, максимальный срок ожидания бесплатных диагностических исследований. У респондентов была возможность аргументировать свое мнение.

При проведении исследования было выявлено более половины респондентов (95.7%) удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг детскому населению, 3.2% респондентов недовольны качеством оказываемых медицинских услуг и 1.1% не смогли определиться с ответом (рис. №1).

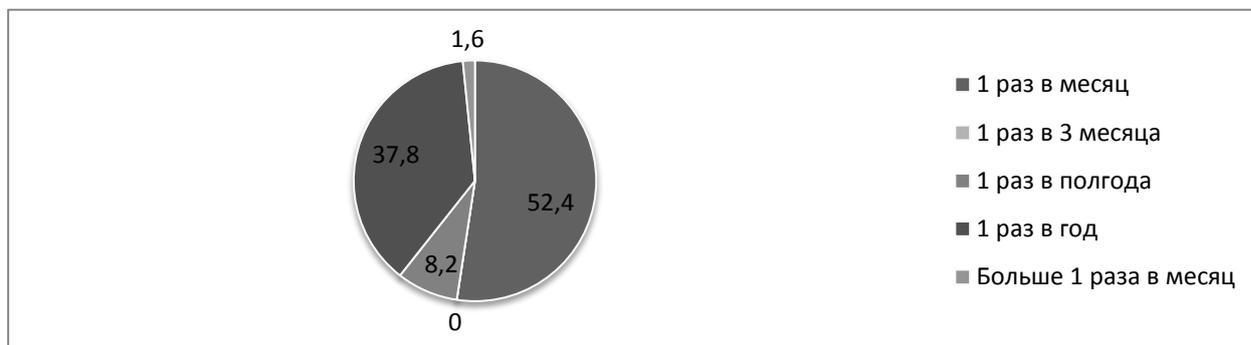
Рис.1. Степень удовлетворённости родителей в качестве оказываемых медицинских услуг



Большая часть пациентов обращаются за медицинской помощью к участковому педиатру 1 раз в месяц 52.4%. Около 37.8% — 1 раз в год, 8.2% обращаются 1 раз в полугодие, самый малый процент

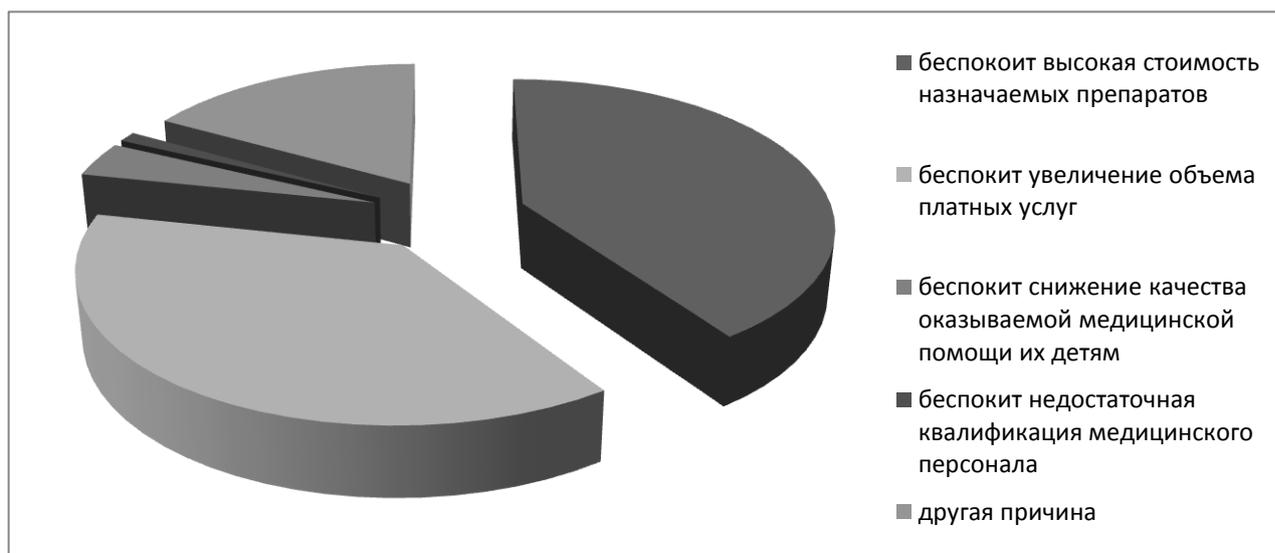
обращений приходится на частоту более 1 раза в месяц и составляет 1.6% (рис. №2).

Рис.2. Степень частоты обращаемости за медицинской помощью



При исследовании определили, что 40.5% из родителей беспокоит высокая стоимость назначаемых препаратов, 37.8% беспокоятся из-за увеличения объема платных услуг, 3.8% беспокоятся из-за снижения качества оказываемой медицинской помощи их детям, на долю родителей беспокоящихся из-за недостаточной квалификации медицинского персонала 1.1%, около 16.8% родителей указали другую причину беспокойства. Данные представлены на диаграмме (рис. №3).

Рис. 3. Причины беспокойства родителей при обращении за медицинской помощью



На основании проведенного анализа полученных данных можно сделать следующие выводы:

1) Больше половины пациентов удовлетворены оказанием медицинской помощи детскому населению, что связано с высокой квалификацией участковых врачей педиатров, постоянной работой их на участке и внимательным отношением к пациентам.

2) Обращаемость пациентов в большинстве случаев связана с заболеваемостью и закрытием больничного листа, что говорит о том, что профилактические мероприятия проводятся не на должном уровне.

3) Большое недовольство родителей пациентов связано с приёмом не по записи, но, как показало исследование, — это обусловлено тем, что многие родители опаздывают и приходят намного позже назначенного времени, поэтому многим приходится выстраивать очередь в порядке «живой очереди».

4) В целом проведенное исследование в детской поликлинике г. Оренбурга выявило удовлетворительную социальную эффективность, что связано с грамотной организацией работы поликлиники, высокой квалификацией и высоким потенциалом участковых педиатров. Однако необходимо обратить внимание на разработку и выполнение новых профилактических мероприятий, так как большая доля обращений граждан связана с заболеваемостью детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ *«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* (ред. от 03.07.2016).

2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ *«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»* (действующая редакция.2016)

3. Приказ Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года №294 *«Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» - подпрограмма I «профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»*

4. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения* / Под ред. В.З. Кучеренко. 2011.

5. Леонов С.А., Вайсман Д.Ш., Моранская С.В., Мирсков Ю.А. *Статистические методы анализа в здравоохранении. Краткий курс лекций*. М.: Менеджер здравоохранения; 2011.

6. *Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения* / Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

7. Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

Меньшикова Л.И., Санников А.Л.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СГМУ

*Кафедра общественного здоровья, здравоохранения
и социальной работы*

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Минздрава России

В течение 80 лет существования кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ в учебный план дисциплины включены результаты научных исследований, выполняемых сотрудниками кафедры. Это связано, прежде всего, с тем, что особые климато-экологические факторы, негативные социальные детерминанты (наличие потенциально опасных производств и промыслов, ограниченная транспортная доступность территорий), особенности жизнедеятельности отдельных субпопуляционных групп обуславливают специфический характер течения социально-экономических и демографических процессов на Европейском Севере России, население которого обеспечивается медицинской помощью выпускниками СГМУ.

С момента образования кафедры в 1936 году приоритетами научно-исследовательской работы (НИР) являлись такие темы, как: состояние здоровья детей, особенности смертности населения на

Севере, нормативы амбулаторно-поликлинической помощи (П.Л. Рабинович, Р.Б. Коган), санитарная статистика, физическое развитие населения и медико-демографические последствия Великой Отечественной войны, проблемы медицинской профилактики, диспансерный метод в работе врачей первичного звена (доц. А.Б. Шевелев, доц. З.А. Пожиткова, доц. В.М. Андросов). С 1957г. по 1995г. кафедрой возглавляла Р.В. Банникова, основавшая современную научную школу социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Европейского Севера России. В 1962 году она организовала первую санитарно-демографическую экспедицию в арктическую зону Крайнего Севера. Изучение состояния здоровья, демографических проблем и процесса воспроизводства поколений малых народов и всего населения Арктики стало ведущим направлением НИР кафедры на многие годы. С начала 90-х гг. XX века Россия оказалась в полосе затяжного социально-экономического кризиса, который крайне негативно сказался на состоянии популяционного здоровья населения. Результаты научных исследований по оценке группового здоровья беженцев, вынужденных переселенцев, безработных, лиц без определенного места жительства, инвалидов, осужденных активно используются при изучении студентами раздела «Социально-гигиенические проблемы здоровья населения» [1].

На современном этапе научные исследования сотрудников кафедры свидетельствуют о том, что в регионе наряду с позитивными результатами проводимой демографической политики (снижение смертности, рост рождаемости, снижение темпов естественной убыли населения) отмечается ухудшение состояния здоровья детей и подростков, особенно в критические возрастные периоды. Исследования сотрудников кафедры, посвященные состоянию здоровья детского населения, организации работы педиатрической службы, помогают обосновать междисциплинарное взаимодействие в решении вопросов охраны здоровья детей [5].

Одним из приоритетных направлений исследований сотрудников кафедры является анализ медико-социальных и демографических последствий злоупотребления алкоголем. Так, при преподавании раздела дисциплины «Общественное здоровье и факторы, его определяющие» используются материалы исследований по разработке научных подходов категории «алкоголь-атрибутивная смертность» [13].

СГМУ является пионером в комплексном изучении медико-социальных проблем в пенитенциарной системе России. Архангельская область — традиционное сосредоточение спецконтингента Федеральной службы исполнения наказаний (уровень осужденных на 100000 населения в нашем регионе в два раза выше, чем в целом по стране). В данной среде аккумулируется комплекс экстремальных факторов, что проявляется широким спектром «социальных» болезней, которые впоследствии «перетекают» в общество. Результаты ряда научных исследований дополняют обязательную учебную литературу, используемую обучающимися при подготовке к практическим занятиям [8].

Россия последние пятьдесят лет является одним из мировых «лидеров» по искусственным абортам. В Архангельской области их распространенность традиционно выше среднероссийской. Проводимое на кафедре уникальное лонгитудинальное социально-гигиеническое исследование позволило комплексно изучить региональные особенности искусственных аборт в динамике (1986, 1996, 2005, 2014 гг.) и предложить практическому здравоохранению современные технологии профилактики, что в конечном итоге снизило уровень аборт в территории за последние 20 лет более чем на 50% [2].

Результаты НИР сотрудников кафедры по изучению системообразующих параметров внешних причин смертности и травматизма в Архангельской области используются в педагогическом процессе в контексте лекций «Климат и здоровье. Актуализация проблемы, изменение климата и его последствия для населения», «Травматизм как проблема общественного здоровья», «Медико-экономические аспекты убыли населения», для проведения практических занятий «Методика изучения смертности населения» [9,11].

При изучении вопросов организации здравоохранения и общественного здоровья используется проблемно-ориентированный подход, особое внимание уделяется современным вызовам в системе здравоохранения. В лекционном курсе Национальный проект «Здоровье», Программа модернизации здравоохранения, майские Указы Президента, инновационные проекты с участием государственно-частного партнерства рассматриваются как этапы реформирования, направленные на повышение эффективности здравоохранения. При изучении наиболее сложных для восприятия

вопросов, в частности, связанных со стандартизацией, внедрением стационарозамещающих технологий, формированием трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению, используются публикации сотрудников кафедры, содержащие информацию, примеры из практики системы здравоохранения Архангельской области [3,4]. На современном этапе научные исследования сотрудников кафедры посвящены одной из приоритетных задач совершенствования системы здравоохранения — повышению качества медицинской помощи на основе эффективного использования ресурсов. Сотрудники кафедры с 2012 года принимают участие в независимой оценке качества медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями Архангельской области. При преподавании вопросов качества медицинской помощи используются данные комплексного анализа деятельности медицинских организаций, результаты их рейтинговой оценки [6,7,10,12].

Невысокий уровень правовых знаний медицинских работников негативно отражается на соблюдении учреждениями здравоохранения прав пациентов на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества [14]. На кафедре организовано обучение вопросам медицинского права интернов, ординаторов и врачей всех специальностей, проходящих первичную переподготовку в СГМУ, а также, в более углубленном формате, для организаторов здравоохранения, обучающихся на кафедре.

Таким образом, использование результатов научных исследований сотрудников кафедры в преподавании общественного здоровья и здравоохранения способствует формированию практико-ориентированного подхода у обучающихся в условиях модернизации здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банникова Р.В., Дегтева Г.Н., Санников А.Л. *Здоровье отдельных контингентов в условиях климато-экологической напряженности Севера*. Архангельск; 1998: 21 — 42.

2. Банникова Р.В., Санников А.Л. *Социальная детерминированность аборта*. Проблемы социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1998; 4: 13 — 16.

1. Белоусова И.Г., Меньшикова Л.И., Вязьмин А.М., Макарова В.И. *Особенности внедрения стандартов медицинской помощи при лечении подростков с язвенной болезнью в условиях дневного стационара.* Экология человека. 2012; 7: 24 — 28.

2. Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Пастбина И.М., Ефимова Н.В. *Медико-демографическая ситуация и трехуровневая модель оказания помощи детскому населению в Архангельской области.* Актуальные вопросы педиатрии: сб. материалов конф. Калининград. 2013; 5: 93 — 97.

3. Макарова В.И., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Ефимова Н.В., Макаров А.И. *Перспективы междисциплинарного подхода в решении вопросов охраны здоровья детей.* Междунар. журн. эксперим. образования. 2012; 12(1): 83 — 84.

4. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Вязьмин А.М., Светличная Т.Г., Мордовский Э.А. *Удовлетворенность пациентов Архангельской области первичной медико-санитарной помощью.* Социальные аспекты здоровья; 2013: 5. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/509/27/lang,ru> (дата обращения 11.2016)

5. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. *Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи.* Менеджер здравоохранения. 2014; 5: 18 — 25.

6. Санников А.Л., Кузнецов А.А. *Социальная характеристика больных туберкулезом в пенитенциарных учреждениях.* Туберкулез и болезни легких. 1998; 5: 11.

7. Санников А.Л., Варакина Ж.Л., Магомедов М.Г., Лутков В.П., Коробицын А.П. *Транспортные травмы как одна из внешних причин смертности населения Российской Федерации и Европейского севера России.* Экология человека. 2004; 4: 38 — 39.

8. Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Борчанинова Е.Л. *Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ.* Архангельск: Изд-во СГМУ; 2011.

9. Сидоров П.И., Меньшикова Л.И., Бузинов Р.В., Вязьмин А.М. (и др.) *Стратегия адаптации к воздействию изменения климата на здоровье населения для Архангельской области и Ненецкого автономного округа Российской Федерации.* Тверь: Триада; 2012.

10. Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А., Ясько Н.Н. *Совершенствование рейтинговой*

оценки как инструмент управления качеством медицинской помощи. Архангельск; 2016.

11. Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., Красильников С.В. *Алкоголь-атрибутивная смертность в оценках врачей стационарных отделений и врачей-патологоанатомов: анализ учетной медицинской документации*. Терапевт. 2014; 8: 94 — 98.

12. Цыганова О. А. *Система обеспечения и защиты прав пациентов: медико-правовой анализ*. Б.м.: LAP LAMBERT Academic Publishing; 2013.

Наваркин М.В., Аброськина О.Ю.

ДИНАМИКА САМООЦЕНКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО ОБУЧЕНИЯ

*Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития*

управленческих кадров здравоохранения

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Минздрава России

В условиях реорганизации здравоохранения, включающей фундаментальные преобразования финансирования, правовых основ, внедрение современных медицинских технологий, развитие конкуренции, инновационных методов подготовки врачебных кадров, центральное место отводится эффективности управления медицинскими организациями. Реализация основных направлений развития отрасли предъявляет особые требования к компетенциям административно-управленческого персонала медицинских организаций [1].

По-прежнему остро стоит задача системной подготовки руководящих кадров и формирования управленческого резерва [2]. Очевидно, что сегодня руководитель здравоохранением любого уровня обязан обладать специальной подготовкой в области управления, сформированными компетенциями, соответствующими требованиям отраслевого стандарта. При подготовке такого

специалиста система современного управленческого образования должна предусматривать не только создание условий по формированию и совершенствованию управленческих компетенций, но и мотивировать руководителей учреждений здравоохранения к регулярному пополнению знаний в процессе исполнения должностных обязанностей [3].

В любом случае высокое качество подготовки специалистов-управленцев является приоритетным направлением в современной образовательной политике России [4].

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А. И. Евдокимова за годы своего существования подготовила более 3000 руководителей медицинских организаций не только Москвы и Московской области, но и других регионов России. Внедрение учебно-методического комплекса и его постоянное обновление с применением инновационных информационных технологий позволяет нашей кафедре оставаться лидером в области подготовки управленческих кадров. Подтверждается это тем фактом, что более 50% слушателей, проходивших обучение на кафедре впервые, подают заявку на цикл повышения квалификации в дальнейшем.

Проведенный анализ анкетных данных слушателей цикла сертификационного усовершенствования (77 человек) за 2015 г. выявил почти равномерное распределение обучающихся по гендерному составу: доля женщин-руководителей составила 45,5%, а мужчин — 55,5%. Средний возраст слушателя составил 48 лет, клинический опыт — от 1 до 5 лет, и стаж работы на руководящих должностях — до 10 лет.

Средний возраст курсанта цикла первичной профессиональной переподготовки — 40 лет, при этом управленческий опыт полностью отсутствует у 40% слушателей, 30% курсантов имеют ученую степень кандидата и доктора медицинских наук по клиническим специальностям, дополнительное экономическое образование — лишь 0,6%.

С целью оценки эффективности обучения управленческим компетенциям нами было проведено исследование динамики самооценки слушателями собственных административных навыков до начала учебного цикла и по его завершении.

Использованный опросник был адаптирован и валидизирован ($\alpha=0,95$) на основе перечня компетенций руководителя

здравоохранения, разработанного международной организацией Healthcare Leadership Alliance [1]. В заданных рамках управленческих компетенций слушатели самостоятельно оценивали свой уровень подготовки по 5-балльной шкале — от неопытного специалиста (1 балл) до эксперта (5 баллов) по пунктам, объединенных в 5 блоков компетенций (см. таблицу №1) [1].

Результаты самооценки слушателей, представляющих государственные медицинские организации, на начальном этапе обучения и по ее окончанию представлены в таблице №1.

Таблица 1

**Самооценка управленческих компетенций слушателями
кафедры в начале обучения и по завершению
учебной программы**

№ п/п	Компетенции	Средний балл±s.d. (начало)	Средний балл±s.d. (завершение)
I	Коммуникация (выстраивание и управление взаимоотношениями по вертикали и горизонтали...) (3 компетенции)	3,01±1,12	3,21±0,91
II	Лидерство (способность вдохновлять персонал на достижение лучших результатов...) (4 компетенции)	2,95±1,09	3,22±0,89
III	Профессионализм (осуществление деятельности в соответствии с принятыми нормами...) (3 компетенции)	3,33±0,99	3,41±0,86
IV	Знание среды здравоохранения (понимание особенностей системы здравоохранения...) (4 компетенции)	2,63±1,10	3,23±0,81
V	Навыки делового администрирования (управление ресурсами, рисками, качеством услуг...) (7 компетенций)	1,89±0,91	2,83±0,91

Из представленных данных видно, что по завершении программы слушатели оценивали свои компетенции выше, чем в начале обучения.

Расположение по приоритетным компетенциям при повторной оценке изменилось незначительно. «Профессионализм» сохранил ключевую позицию и самый высокий средний балл владения; практически на одной позиции оказались 3 блока компетенций (коммуникация, лидерство, знание среды здравоохранения). Блок

навыков делового администрирования повысил показатель самооценки, но остался на последнем месте в иерархии компетенций.

Интересен тот факт, что по итогам обучения наблюдалось заметное, хотя и не достоверное статистически из-за малой величины выборки повышение самооценки курсантами собственных управленческих компетенций по всем анализируемым позициям.

Приведенные результаты нашего пилотного исследования имеют сугубо предварительный характер, но могут послужить убедительным обоснованием целесообразности проведения более масштабного опроса повышающих свою квалификацию организаторов российского здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гацура О.А., Кузнецов Д.В., Кочубей А.В., Конаныхина А.К., Гудкова С.Б. *Опыт оценки информативности интернет-сайтов образовательных учреждений, ведущих подготовку руководителей здравоохранения. Современные проблемы науки и образования.* 2014; 6.

<http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15949> (дата обращения: 05.12.2016).

2. Конаныхина А.К., Кочубей А.В. *Тренинг как технология симуляционного обучения при подготовке административно-управленческих кадров здравоохранения. Виртуальные технологии в медицине.* 2015; 2(14): 31 — 32.

3. Найговзина Н.Б., Зимина Э.В. *Развитие симуляционных технологий в подготовке управленческих кадров здравоохранения. Виртуальные технологии в медицине.* 2015; 2(14): 30.

4. Решетников В.А., Сквирская Г.П., Сырцова Л.Е., Косаговская И. И., Боярский С. Г. *Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. Здравоохранение Российской Федерации.* 2013; 6: 9 — 14.

**ПАРАДОКСЫ СИСТЕМЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА
В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Заработная плата как форма материального вознаграждения за труд наряду с оценочной, воспроизводственной, компенсирующей и распределительной имеет также стимулирующую функцию. Именно эта функция, с одной стороны, дает руководителю возможность дифференциальной оплаты труда с учетом не только объемов, но и качества выполненной работы, с другой стороны мотивирует персонал.

В настоящее время необходимость теоретической разработки и дальнейшего практического внедрения эффективных методов экономического стимулирования в здравоохранении обусловлена многими факторами. Выделим, на наш взгляд, главные: (1) отток квалифицированных кадров (врачей и медицинских сестер) из государственных медицинских организаций в частные; (2) несокращающийся дефицит кадров в сельском здравоохранении; (3) низкая эффективность использования современного оборудования в амбулаторном звене. Большинство авторов сходятся во мнении, что суть проблемы составляет недостаточный уровень реальной заработной платы медицинских работников.

Учитывая определенные успехи в разработке методов экономического стимулирования медицинского персонала, такие как: выравнивание заработной платы в государственных и частных медицинских организациях, внедрение методов оценки эффективности труда, — следует отметить и ряд недостатков, которые имеют место в системе оплаты труда. К ним относятся проблемы с выполнением «дорожной карты», разночтения в понятиях, отсутствие связи выплат стимулирующего характера с результатами труда, отсутствие данных выплат в тарифах ОМС.

В соответствии с «дорожной картой», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 года №2190-р

«О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 — 2018 гг.» к 2017-2018 годам уровень заработной платы работников здравоохранения должен увеличиться:

- у врачей до 200 % от среднего уровня заработной платы по региону;

- у среднего и младшего персонала до 100 % от среднего уровня заработной платы по региону.

Выполнение положений «дорожной карты» — увеличение заработной платы работников медицинских организаций приводит к увеличению заработной платы по региону. В следующем году возникнет необходимость вновь увеличивать уровень оплаты труда работников бюджетной сферы. Формирующаяся таким образом «спираль» имеет тенденцию раскручиваться год от года и отдалять достижение целевых показателей по заработной плате.

Не менее важной проблемой, по нашему мнению, являются сами выплаты стимулирующего характера, их регламентация представлена в ряде нормативных правовых документах РФ. В частности, выплаты стимулирующего характера утверждены в Приказе Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 года №818 «Об утверждении перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснение о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях», а также в Приказе Минтруда России от 26 апреля 2013 года №167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта». В последнем документе указывается, что к выплатам стимулирующего и компенсационного характера следует относить:

1) Выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:

- надбавка за интенсивность труда;
- премия за высокие результаты работы;
- премия за выполнение особо важных и ответственных работ.

2) Выплаты за качество выполняемых работ:

- надбавка за наличие квалификационной категории;
- премия за образцовое выполнение государственного (муниципального) задания.

3) Выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет:

- надбавка за выслугу лет;
- надбавка за стаж непрерывной работы.

4) Премияльные выплаты по итогам работы:

- премия по итогам работы за месяц;
- премия по итогам работы за квартал;
- премия по итогам работы за год [2].

Вместе с тем Трудовой Кодекс РФ к выплатам компенсационного характера относит те «выплаты, которые направлены на возмещение затрат сотруднику, связанные с его трудовой деятельностью» [1]. Поскольку эти выплаты нельзя отнести к выплатам компенсационного характера, то они являются только выплатами стимулирующего характера. Имеющиеся противоречия в понятиях требуют более точных, формализованных и однозначно интерпретируемых определений для всех отраслей и ведомств.

В дополнение следует отметить, что не все виды перечисленных выплат стимулирующего характера ориентированы на конечный результат.

Так, выплата «за интенсивность труда» нацелена на компенсацию затрат труда, а не на результат.

В то же время что стимулирует такие выплаты, как «выплаты за стаж и выслугу лет»? Очевидно, не результат труда.

«Премияльные выплаты по итогам работы», как правило, связаны с наличием дополнительных финансовых средств в организации по итогам отчетного периода и не имеют четкой связи с показателями результата труда персонала.

Очевидно, что ни уровень квалификации, ни продолжительный стаж работы, даже если медицинский работник будет работать очень интенсивно и много, никак не отразится на результате работы. Это, в свою очередь, не полностью ориентирует выплаты вознаграждения персоналу на конечный результат, а становится своеобразным рычагом удержания сотрудников в системе государственного здравоохранения.

По данным Краснорудской М.В., выплаты стимулирующего характера имеют значительный удельный вес в структуре заработной платы медицинского персонала [4] и составляют больше половины. Только 8 субъектов РФ выполнили решение трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 24 декабря 2014 г. об изменении структуры заработной платы на 2015 год [2]. Вероятная причина такого положения в номинальном дефиците

денежных средств. Тем более что средства на стимулирующие выплаты медицинским работникам не заложены в систему тарифов ОМС, в связи с чем медицинским организациям приходится самостоятельно изыскивать финансовые резервы для подобных выплат, в том числе и за счет приносящей доходы деятельности.

Актуальность данной проблемы еще раз была подчеркнута В.И. Стародубовым в публикации «Майские указы» в части зарплат врачам нужно корректировать» 18 апреля 2016 года на сайте www.zdrav.ru, в которой было подчеркнуто, что в случае выполнения нормативов по повышению заработной платы медицинских работников к 2018 году, то 90-95 % всех расходов в здравоохранении должно пойти на оплату труда [5].

Таким образом, принципы экономического стимулирования, представленные в законодательстве РФ, лишь отчасти ориентированы на результаты труда медицинских работников; стимулирующие возможности существующей системы оплаты труда имеют существенные ограничения.

Анализ систем оплаты труда в РФ показывает, что заработная плата каждого сотрудника, состоит из нескольких компонентов:

- основная часть;
- выплаты компенсационного характера;
- выплаты стимулирующего характера.

Если первые два компонента остаются относительно неизменными, то стимулирующие выплаты должны быть переменными и зависеть от полученного результата. Но в реальной работе такое сложно увидеть, так как часть стимулирующих элементов являются постоянными, а другие переменными. Таким образом, выплаты за непрерывный стаж работы можно отнести к фиксированным элементам, которые изменяются раз в несколько лет и то в большую сторону.

Не вызывает сомнения тот факт, что система оплаты труда медицинских работников, учитывающая результаты труда, нуждается в серьезной адаптации и выработке четких критериев оценки результатов деятельности персонала, транспарентных как для работников, так и для руководителей всех уровней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ.

2. Приказ Минтруда России от 26 апреля 2013 года №167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта». <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/75> (дата обращения 11.2016).

3. Распоряжение Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. №2190-р «О программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 — 2018 гг.»

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70169234/#ixzz45nfolxzS> (дата обращения 11.2016).

4. Краснорудская М.В. *Эффективный контракт в здравоохранении: назначения и условия оформления*. Заместитель главного врача. 2016; 1(116): 52-62.

5. «Майские указы» в части зарплат врачам нужно корректировать.

http://www.zdrav.ru/news/101679-qqn-16-m4-18-04-2016-mayskie-ukazy-v-chasti-zarplat-vracham-nujno-korrektirovat?utm_source=letternews&utm_medium=letter&utm_campaign=letternews_zdrav_19042016_weekly_readers_36109 (дата обращения 11.2016).

Павленко В.О.

ЗАДАЧИ ВНУТРИКОРПОРАТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В КДЛ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России

В специфике удаленности подразделений клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) деятельность руководителя

организации (вне зависимости от сферы ее деятельности) организация коммуникационных связей является наиважнейшей составляющей, т.к. эффективное управление невозможно без обмена информацией [1].

Коммуникация (от лат. Communicatio — сообщение) — специфический обмен информацией, процесс передачи эмоционального и интеллектуального содержания.

Внутрикорпоративные коммуникации включают в себя налаживание связей внутри организации, формируют единые стандарты поведения, построение системы информирования сотрудников, формирование положительного имиджа организация-работодателя, что сказывается на эффективности ведения бизнеса [2,3,4].

Оценка функционирования и взаимодействия подразделений любой организации, в том числе и в Независимой КДЛ позволяет выявлять причины неэффективной внутрикорпоративной коммуникации между ее подразделениями, установить скрытые различного рода организационные конфликты, функциональные ограничения и противоречия в системе управления. Оценка эффективности внутрикорпоративной коммуникации дает возможность выделить «слабые места» и установить области для улучшения.

Весьма значимую роль в организации корпоративной коммуникаций играют четыре составляющие информации: ценность, доступность, качество и скорость передачи. Важное звено в цепи внутрикорпоративных коммуникаций — это управление информацией [5].

Цель нашего исследования — это оценка внутрикорпоративной коммуникации между подразделениями Независимой КДЛ как фактора вовлеченности персонала клинической лаборатории в обеспечение качества лабораторной диагностики.

Применительно деятельности КДЛ, ценность информации заключается во внесении качественной и достоверной информации, важной как для врача, так и для пациента, что зависит от доступности информации — это возможность врача и пациента пользоваться данной информацией; качества информации — это несение достоверной информации; скорости — способность информации быстро поступать как в лабораторию, так и обратно к врачу или пациенту.

Методика: нами были специально разработаны анонимные анкеты сотрудников для оценки внутрикорпоративной коммуникации между подразделениями Независимой КДЛ и карты экспертного мнения руководителей лаборатории по данному вопросу. Анкеты персонала включали в себя открытые вопросы по изучаемым факторам.

В ходе социально-гигиенического исследования изучалось экспертное мнение руководителей и сотрудников клинической лаборатории по «комплексу предупредительных мероприятий» Независимой КДЛ, среди которых изучалась внутрикорпоративная коммуникация.

При изучении экспертного мнения руководителей клинической лаборатории (14 человек) большинство топ-руководителей считают необходимым применение «комплекса предупредительных мероприятий» для **своевременного выявления дефектов и их устранения**, включающий в себя такие обязательные позиции (табл. №1):

1. Налаживание работы между офисами и лабораторией.
2. Своевременное проведение внутреннего аудита.

Таблица 1.

Сравнение мнений руководителей и сотрудников

Категория работающих Необходимые меры:	Руководители клинической лаборатории	Ранг	Сотрудники клинической лаборатории	Ранг
	Для своевременного выявления дефектов и их устранения:			
1.Повышение профессионального уровня сотрудников лаборатории	-	V	31,9%	II
2.Налаживание работы между офисами и лабораторией	-	V	46,8%	I
3.Своевременное проведение внутреннего аудита	16.7%	II	17%	III
4.Все выше				

перечисленное - «комплекс	66,7%	I	4,3%	V
5. Другое (своевременное проведение внешнего аудита; транспор. био.материала)	16,6%	III	4,3%	V
6. Воздержались	-	V	4,3%	V

Таким образом, при изучении распределения предупредительных мероприятий нами было выявлено противоречие между мнениями непосредственных руководителей клинической лаборатории и мнениями сотрудников: почти половина сотрудников (**46,8%**) считают наиболее целесообразным налаживание работы между офисами и лабораторией, в то время как руководители выделяют важность всего комплекса мер, отдельно отдавая предпочтение своевременному внутреннему и внешнему аудиту.

При изучении мнения сотрудников клинической лаборатории по «комплексу предупредительных мероприятий» для **своевременного выявления дефектов и их устранения** в период с 2011 — 2014г. прослеживается сохранение тенденции нарушения внутрикорпоративной коммуникации между подразделениями Независимой КДЛ (табл. №2).

Таблица 2.

Оценка взаимодействия между подразделениями организации

Характеристики	Временные периоды		
	2011г.	2012г.	2014г.
В целом эффективно, нет сложностей в обмене информацией		49,2%	53,2%
Иногда происходит потеря информации, не хватает согласованности в совместной работе подразделений	46,8%	43,4%	38,6%
Взаимодействие неэффективно, часто возникает рассогласованность в выполнении общих задач		7%	4,6%
Другое		0,4%	1%

Практически половина сотрудников из клинической лаборатории, а это 46,8% респондентов в период проведения углубленного исследования (2011г.) в данной организации указали на существующую проблему — нарушение коммуникации между подразделениями, что свидетельствует о низкой вовлеченности персонала в деятельность организации. После анализа результатов анонимного анкетирования в 2012г. руководителями КДЛ была внесена корректировка в политику по управлению персоналом и, как следствие, наметилось снижение показателя несогласованности — 43,4%. А в 2014г. 38,6% респондентов отметили потерю информации, нехватку согласованности в совместной работе подразделений, что свидетельствует о верной стратегии, выбранной АУП Независимой КДЛ, направленной на выстраивание полноценного взаимодействия между подразделениями.

Отметили эффективное взаимодействие подразделений в 2012г. 49,2% сотрудников клинической лаборатории. При этом в 2014г. на согласованность в совместной работе подразделений указали 53,2% респондентов. Полученные результаты свидетельствуют о своевременной корректировке, произведенной в политике по управлению персоналом Независимой КДЛ и, как следствие, отмечается увеличение вовлеченности персонала.

В 2014г. показатель неэффективного взаимодействия подразделений по сравнению с 2012г. снизился, а показатель эффективного взаимодействия увеличился.

Выводы:

1. Выявлено несоответствие экспертного мнения руководителей лаборатории с мнением сотрудников по «комплексу предупредительных мероприятий».

2. Анализ данных и постоянный мониторинг в контексте фактора вовлеченности сотрудников влияет на снижение показателя «нарушения» внутрикорпоративной коммуникации между подразделениями Независимой КДЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добровольская Н. *Оптимизация внутрикорпоративных коммуникаций*. Справочник по управлению персоналом. 2015; 11: 27 — 31.
2. Зимина Э.В., Ермолин А.В., Артемова В.О. *Управленческий потенциал здравоохранения как условие эффективной модернизации отрасли*. Здравоохранение. Журнал для руководителя и главного бухгалтера. 2011; 9: 58 — 64.
3. Каймакова М.В. *Коммуникации в организации: текст лекций*. Ульяновск: УлГТУ; 2008.
4. Уткин Э.А., Кочеткова А.И. *Управление персоналом в малом и среднем бизнесе*. М.: АКАЛИС; 1996.
5. Феденко Е.И. *Внутрикорпоративные коммуникации — основа корпоративной идентичности*
<http://www.scienceforum.ru/2015/pdf/13581.pdf> (дата обращения 24.11.2016).

Павлович Т.П., Пилипцевич Н.Н.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

На протяжении всей истории развития человеческого общества специалистов в области медицины интересуют вопросы сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения, организации медицинской помощи. Еще Гиппократ в своих работах отразил естественнонаучные представления древнегреческих врачей о неразрывном единстве человека и окружающего мира, о причинной связи болезней с условиями жизни и целительных силах природы. Прошли тысячелетия и появилась дисциплина, взявшая на себя ответственность в разработке методологии и оценки здоровья населения, организационных мероприятий в области оказания медицинской помощи населению. Ее возникновение связано с

именем немецкого врача А. Гротьяна, издавшего журнал «Социальная гигиена» в 1903 году.

Становление дисциплины, науки началось на территории Республики Беларусь с организации кафедры «Социальной гигиены» в составе медицинского факультета БГУ в 1924 году по распоряжению народного комиссариата просвещения БССР. Вклад в организацию учебного процесса внес д.м.н., профессор Ленинградского медицинского института З.Г. Френкель, прочитавший студентам первые лекции.

В 1939 году открыта кафедра социальной гигиены в Витебском государственном медицинском институте (Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет), в 1945 году — курс организации здравоохранения и госсанинспекторов в институте усовершенствования врачей (ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»), с 1947 года кафедра организации здравоохранения. 1960 году ознаменовался возникновением кафедры истории и организации здравоохранения в Гродненском государственном медицинском институте (УО «Гродненский государственный медицинский университет»), а в 1993 году — в УО «Гомельский государственный медицинский университет».

На протяжении 113 лет дисциплина из предмета преподавания превратилась и в организационную науку, и область деятельности. В зависимости от требований времени, медицины, науки изменялась структура и название дисциплины. Первая программа дисциплины «социальная гигиена», утвержденная в 1922 году, включала четыре раздела: метод социальной гигиены, проблемы коллективной жизни, социальная патология, организационные проблемы здравоохранения. В программе практически отсутствовали вопросы организации медицинской помощи населению.

1-ое переименование осуществлено в 1941 году — в организацию здравоохранения. В программе дисциплины преобладали проблемы практического здравоохранения. Программа дисциплины в послевоенные годы в определенной степени отличалась от программ довоенного времени: уменьшился объем теории общественного здоровья (в частности, исключен раздел социальной гигиены, питания), больше внимание уделено вопросам организации отдельных отраслей здравоохранения, изучению структуры и форм деятельности ЛПО, организации оздоровительных

мероприятий, мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. 2-ое переименование в 1966 году приказом Министра здравоохранения СССР академика Б.В. Петровского дисциплины и кафедры организации здравоохранения переименованы в социальной гигиены и организации здравоохранения. 3-е переименование произошло РФ в 1991 году в социальной медицины и организации здравоохранения. В РБ дисциплина не переименовывалась, но при кафедрах были организованы курсы экономики здравоохранения.

Последнее (4-е) переименование осуществлено в РБ 2001 году (в РФ в 2000 году) — приказом Министерства здравоохранения №198 от 10.06.2001 г. была проведена унификация названия научной дисциплины, области деятельности и названия кафедр — «социальная гигиена и организация здравоохранения» в «общественное здоровье и здравоохранение».

За 15 лет прошедших после последнего переименования произошли значимые изменения в преподавании студентам вопросов организационной науки. Полностью изменена методика преподавания дисциплины. В основе лекционного материала находятся требования и рекомендации ВОЗ, на которые наслаиваются особенности законодательства РБ. Материал практических занятий полностью ориентирован на деятельность практического здравоохранения РБ. На 6 курсе у студентов при изучении дисциплины формируем комплексное представление о тех направлениях совершенствования деятельности отрасли, которые осуществляются в настоящее время в РБ с учетом существующего законодательства и проблем в здоровье населения и отрасли.

В перечень практических занятий за 15 лет включено более 8 новых тем. «Основы экономического анализа» с акцентом на оценку эффективности медицинских технологий методами анализа минимизации затрат, анализ затраты-эффективность, «Управление качеством медицинской помощи», «Основные направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь» и т.д.

Кафедры медицинских университетов, кроме общественного здоровья и здравоохранения, преподают историю медицины, экономическую теорию, основы статистики, социологию здоровья, что позволяет осуществлять сквозную подготовку студентов по вопросам охраны здоровья населения и вырабатывать у них

комплексное представление о процессах, происходящих в отрасли. В преподавании истории медицины акцентируется внимание на особенности становления и развития отрасли и отдельных служб здравоохранения; экономической теории — акценты на вопросы экономических взаимоотношений системы с другими отраслями народного хозяйства; социология здоровья закладывает основы общественного здоровья населения, основы статистики — акценты на основы статистического анализа в медицине. Общественное здоровье и здравоохранение как дисциплина, которая обобщает знания студентов по всем направления деятельности будущего специалиста и изучает особенности здоровья населения, деятельности отрасли здравоохранения и принципы государственной политики в области охраны здоровья населения.

Вместе с тем существует ряд нерешенных проблем в преподавании дисциплины в настоящее время. Нет унификации перечня преподаваемых дисциплин кафедрами медицинских вузов республики, что, несомненно, препятствует использованию всех возможностей качественного преподавания общественного здоровья и здравоохранения.

В медицинской науке в настоящее время все большее внимание уделяется грамотной методике проведения исследований, пересматриваются подходы к анализу полученных результатов. Часов, заложенных в преподавании аспирантам цикла «Основы медицинской статистики», в настоящее время уже недостаточно.

Общественное здоровье и здравоохранение — одна из немногих дисциплин, которая напрямую ориентируется на состояние социально-экономического развития страны. Здравоохранение — это сложная система, постоянно меняющаяся под влиянием политических, экономических, социальных особенностей государства. В след за происходящими изменениями в государстве и отрасли меняется и ориентация организационной медицинской науки.

На протяжении всей истории существования дисциплины кафедры тесно связаны с практическим здравоохранением. В связи с возрастанием роли здравоохранения в системе укрепления и охраны здоровья населения перед коллективами кафедр стоят актуальные задачи. Важнейшими из них являются разработка научных основ управления, проблем экономики, планирования и финансирования здравоохранения, изучение влияния образа жизни и факторов окружающей среды на здоровье населения, разработка научных основ

профилактики, совершенствование форм и методов лечебно-профилактической помощи населению.

Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г., Калинина Е.А.

**НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ
С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
СТАНДАРТОВ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №2
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» содержание дополнительных профессиональных программ (ДПП) должно учитывать требования профессиональных стандартов (ПС) и квалификационные требования, установленные в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям. При этом программы профессиональной переподготовки (ПП) должны разрабатываться на основе федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) высшего профессионального образования. Использование требований ПС при разработке образовательных программ (ОП) предусмотрено Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года №23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов».

Нормативно-методические основы разработки ДПП с учетом требований ПС представлены в следующих документах:

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 года №197-ФЗ.
2. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года №23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов».

4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 марта 2014 года №487-р «Об утверждении комплексного плана мероприятий по разработке профессиональных стандартов, их независимой профессионально-общественной экспертизе и применению на 2014 — 2016 годы».

5. Приказ Минтруда России от 12 апреля 2013 года №148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях разработки проектов профессиональных стандартов».

6. Приказ Минтруда России от 29 апреля 2013 года №170н «Об утверждении методических рекомендаций по разработке профессионального стандарта».

7. Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 года №499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

ПП направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации. В рамках программы ПП обучающийся может быть подготовлен к выполнению одной обобщенной трудовой функции (ОТФ) по ПС, отвечающей присваиваемой квалификации.

Структура ДПП включает цель, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), организационно-педагогические условия, формы аттестации, оценочные материалы и иные компоненты. ДПП может реализовываться полностью или частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта. Содержание и сроки стажировки устанавливаются образовательной организацией с учетом предложений работодателя, направляющего специалиста на обучение.

Согласно приказу Минздрава РФ от 11 ноября 2013 года №837 «Об утверждении положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих

организаций» при разработке образовательных программ должны учитываться следующие принципы:

- образовательная программа должна иметь модульный принцип построения;

- объем подготовки по образовательной программе должен составлять более 100 часов;

- доля дистанционных образовательных технологий и электронного обучения в образовательной программе должна составлять не менее 50%;

- не менее 15% содержания образовательной программы должен составлять региональный компонент;

- образовательная программа должна быть согласована с медицинской профессиональной некоммерческой организацией и органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, принимавшими участие в ее разработке. Образовательные программы, не согласованные с медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и органами государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, принимающими участие в их разработке, в рамках реализации модели не должны применяться;

- образовательной программой должны быть предусмотрены различные виды образовательной активности;

- в случае если образовательная организация в рамках реализации модели осуществляет взаимодействие с несколькими субъектами Российской Федерации, образовательные программы по специальностям должны разрабатываться отдельно для каждого из них;

- учет образовательной активности должен осуществляться в образовательных кредитах (1 образовательный кредит равен 1 академическому часу).

Результаты освоения программы ПП делятся на итоговые и промежуточные. Оценку квалификации (квалификационный экзамен) проводят одновременно или по накопительной схеме, в несколько этапов, следующих друг за другом с различными временными промежутками. При этом должны использоваться следующие методы оценки:

- выполнение практического задания на экзамене;
- анализ ситуационной задачи (клинического случая) на экзамене;

- защита дипломного проекта.

Экспертиза качества ДПП должна содержать результаты оценок, сделанных всеми участниками образовательного процесса. Поэтому к экспертизе качества ДПП должны привлекаться:

- представители работодателей и объединений работодателей;
- выпускники, освоившие программы ДПП;
- педагоги, принимающие участие в реализации образовательной программы.

Таким образом, в настоящее время разработаны нормативно-методические подходы к разработке дополнительных профессиональных программ, но разработка ДПП по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» затруднена из-за отсутствия утвержденного профессионального стандарта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 года №23 «О Правилах разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов».

3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 марта 2014 года №487-р «Об утверждении комплексного плана мероприятий по разработке профессиональных стандартов, их независимой профессионально-общественной экспертизе и применению на 2014 — 2016 годы»

4. Приказ Минздрава РФ от 11 ноября 2013 года №837 «Об утверждении положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования специалистов с высшим медицинским образованием в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находящихся в ведении министерства здравоохранения Российской Федерации, с участием медицинских профессиональных некоммерческих организаций».

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОЕКТНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный государственный
университет им. М.К. Аммосова» Минобрнауки России

Развитие здравоохранения тесно связано с необходимостью повышения качества подготовки медицинских и управленческих кадров для работы с высокой степенью ответственности за результаты труда. Успешная реализация государственной программы «Развитие здравоохранения» требует от управленческих кадров здравоохранения высокого уровня сформированности компетентности в стратегическом развитии медицинских организаций и отрасли здравоохранения, в области оперативного управления. Однако в сложившейся практике в системе здравоохранения на должность руководителя назначается человек с опытом врачебной работы, а управленческие знания и умения ему приходится приобретать непосредственно в процессе деятельности.

Необходимость внедрения компетентностного подхода в практику медицинского образования и здравоохранения вызвана смещением акцентов с принципа адаптивности на принцип компетентности, сформулированного Д. Макклелланд (США, 1973 г.) в работе: «Измерение компетентности вместо измерения интеллекта» [2].

Традиционные подходы к обучению, дающие определенный набор знаний, должны уступить место инновационным методам, развивающим индивидуальные способности обучаемых, креативность, способность принимать решения и осуществлять профессиональную деятельность в стандартных и нестандартных условиях [1, 3]. В современных условиях обучаемый должен освоить и развить определенные компетенции, а не только приобрести набор знаний, умений и навыков. Универсальные и профессиональные компетенции, подлежащие усвоению управленческими кадрами, включают широкий диапазон компетенций различной направленности, в том числе [5]:

- функциональные компетенции — уровень знаний, умений и навыков, позволяющих руководителю выполнять свои функциональные обязанности в соответствии с занимаемой должностью, решать профессиональные задачи;

- когнитивные компетенции — способность к обучению и освоению современных знаний, умений и навыков, к решению проблем в условиях неопределенности;

- креативность — способность к генерированию инновационных подходов в профессиональной деятельности;

- личные качества — самооценка, психофизиологические особенности, ответственность, уровень мотивации.

На кафедре накоплен опыт в области высшего образования (уровень ординатуры) и дополнительного профессионального образования управленческих кадров здравоохранения (профессиональной переподготовки и повышение квалификации), позволяющий дать практическое отображение специфики непрерывного профессионального образования управленческих кадров, сформировать систему критериев и технологий, позволяющих руководителю модель адаптивного профессионального поведения трансформировать в модель непрерывного профессионального развития личности.

В основе развития и оценки профессиональных компетенций управленческих кадров использован комплексный подход, предусматривающий:

- оценку исходного уровня и выявление потребностей развития профессиональных компетенций управленческого персонала;

- адаптацию рабочей программы к развитию потенциала управленческих кадров применительно к профилю управленческой должности и уровню пороговых компетенций (в определенной области медицины) с учетом выявленных потребностей развития;

- использование комплекса образовательных технологий по развитию управленческих компетенций, в том числе групповое проектирование.

Компетентностный подход более детально определяет результаты обучения, формирует способности действовать в стандартных и нестандартных ситуациях при отсутствии освоенных алгоритмов действий, формирует определенные ценности профессиональной управленческой деятельности, в том числе:

- способность к прогнозированию и стратегическому анализу, системному видению управленческой реальности;
- ориентацию в профессиональной области управления медицинской организацией, формирование вариативных подходов к управленческой деятельности;
- овладение современными управленческими технологиями;
- формирование ценностей личностно-гуманной ориентации, формирование коммуникативной культуры руководителя, этики управления.

Для формирования и развития конкретных профессиональных компетенций управленческих кадров на кафедре наравне с привычными технологиями обучения — лекции, выездные семинары по обмену опытом, круглые столы и т. п., применяют и инновационные образовательные технологии — групповое проектное обучение, кейсы, имитационные игры и др.

Образовательные программы дополнительного профессионального образования направлены на изучение технологий управления ресурсами, финансирование медицинских организаций, планирование здравоохранения и др. Программа разрабатывалась в соответствии с современными стандартами подготовки и переподготовки управленческих кадров и включала систему оценки управленческих компетенций слушателей, мониторинг качества обучения, а также задействование в качестве преподавателей ведущих экспертов и практиков сферы здравоохранения, в частности, из Министерства здравоохранения РС(Я), Роспотребнадзора РС(Я), Росздравнадзора РС(Я), Территориального фонда ОМС РС(Я), страховой медицинской организации «Сахамедстрах», Управления здравоохранения г. Якутска, депутатов Городской Думы и Ил Тумэн (Госсобрания) РС(Я), руководителей государственных и частных медицинских организаций.

Программой предусмотрено применение методики группового проектного обучения как технологии, которая предусматривает интеграцию знаний, применение актуализированных знаний и приобретение новых в тесной связи с реальной жизненной практикой, формирование специфических умений и навыков посредством системной организации проблемно-ориентированного учебного поиска [4]. При этом отличительной особенностью является то, что слушатели ДПО самостоятельно приобретают недостающие знания из разных источников; учатся пользоваться приобретенными

знаниями для решения познавательных и практических задач; приобретают коммуникативные умения, работая в проектных группах; развивают у себя исследовательские умения (умения выявления проблем, сбора информации, наблюдения, проведения эксперимента, анализа, построения гипотез, обобщения); развивают системное мышление.

В начале цикла организуются вводные семинары, тренинги, на которых учат слушателей эффективной организации совместной деятельности. Группы демонстрируют творческие отчеты — презентации по теме своей работы, которые становятся предметом общего обсуждения. Таким образом, на кафедре формируется среда, стимулирующая комплексное формирование профессиональных и социально-личностных компетенций обучающихся. В целях четкой организации проектной работы за каждой группой закрепляется преподаватель, который консультирует слушателей, направляя их деятельность.

Основные требования, предъявляемые к проектному обучению:

- наличие значимой в теоретическом, исследовательском, техническом плане задачи, приводящей при ее решении к созданию определенного продукта;

- разрабатываемый продукт и пути решения должны отличаться оригинальностью и новизной;

- для выполнения работы над проектом должна быть создана команда;

- работа над проектом должна выполняться в рамках жизненного цикла любого проекта (исследовательская, техническое задание, стадия проектирования и др.);

- результаты проектирования должны представляться на выставках, а также в виде публикаций и докладов на семинарах и конференциях;

- работа имеет возможность продолжения, в том числе с целью коммерциализации результатов.

Программой предусмотрено выполнение слушателями проектных работ, тематическая направленность которых соответствует основным направлениям региональной программы развития здравоохранения Республики Саха (Якутия). За 2012 по 2016 гг. выполнены более 60 проектных работ, из которых 70% внедрены в практику здравоохранения. Проектные работы, признанные лучшими государственной экзаменационной комиссией,

рекомендованы для внедрения, а их авторы — для прохождения стажировки на базе учреждений, опыт которых может быть использован в совершенствовании регионального здравоохранения.

Опыт кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинского института Северо-Восточного федерального университета показал высокую результативность используемых методов активизации учебного процесса.

Профессиональное образование управленческих кадров в здравоохранении должно проводиться путем внедрения инновационных технологий с обозначением конкретных профессиональных компетенций, которые руководитель должен освоить в процессе обучения в образовательной программе дополнительного профессионального образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2011 года №2227-р *«Стратегия инновационного развития Российской Федерации до 2020 года»*.

2. Алексеев В.А., Борисов К.Н. *Международная практика глобализации в системе здравоохранения*. Модернизация. Инновации. Развитие. 2015; 1(21): 106-110.

3. Астанина С.Ю., Задворная О.Л. *Совершенствование модели непрерывного профессионального медицинского образования врачей*. Инновации в образовании. 2014; 10: 5-17.

4. Боков Л.А. Технология группового проектного обучения в вузе как составляющая методики подготовки инновационно-активных специалистов/ Л.А. Боков, М.Ю. Катаев, А.Ф. Поздеева // *Современные проблемы науки и образования*. 2013; 6: 34-40.

5. Прахова М.Ю., Зайченко Н.В., Краснов А.Н. *Оценка сформированности профессиональных компетенций// Высшее образование в России*. 2015; 2: .21-27.

Садыкова Т.И., Низамов И.Г.

**ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКОЛЕНИЙ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И
СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ЦИКЛАХ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ**

*Кафедра общественного здоровья, экономики и управления
здравоохранением*

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Многоэтапная реализация государственных программ и стратегий развития системы здравоохранения предъявляют повышенные требования к базовому и дополнительному образованию руководителей, уровню их профессиональных компетенций, мотивированности к достижению высокой результативности. Соответственно модифицируются требования и к системе непрерывного медицинского образования специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, в том числе к насыщению циклов первичной профессиональной переподготовки, программ ординатуры, созданию новых направлений усовершенствования с включением актуальных и популярных разделов («инновации в управлении», «менеджмент», «качество жизни», «качество медицинской помощи» и других).

Насколько готов каждый обучающийся к учебе с точки зрения углубления и расширения своих компетенций? Сможет ли он воспринимать насыщенную информацию в процессе занятий? Что сумеет донести большинство до своего рабочего места и реализовать в той среде, в тех условиях ограниченного ресурсного обеспечения, которые вряд ли изменятся к возвращению обучившегося с учебы? Подобными вопросами приходится заниматься профессорско-преподавательскому составу, обеспечивающему учебный процесс.

На качестве «конечного продукта» — своеобразного среднего слушателя, который должен по окончании цикла обучения владеть соответствующими знаниями, навыками и умениями отражаются не только уровень и качество учебного процесса, но и неотъемлемые от каждого слушателя внешние и внутренние факторы. Важнейшие из

них — базовое и дополнительное образование, стаж работы, опыт деятельности на руководящих должностях, возраст, личная профессиональная активность и ее результативность.

В реальной жизни сложно формировать циклы, состоящие из одинаковых по своей профессиональной подготовленности и опыту работы слушателей. Мы можем выделить следующие укрупненные контингенты:

1. Кадры со стажем менее 10 лет, ни разу не обучавшиеся на кафедрах данного профиля и не имеющие базовой подготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

2. Имеющие базовую подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

3. Обучающиеся со стажем менее 10 лет, не имеющие базовой подготовки по специальности, но обучавшиеся порой и 2-3 раза на циклах.

4. Работающие по специальности 10 лет и более и не обучавшиеся ранее.

5. Работающие по специальности 10 лет и более, обучавшиеся ранее, имеющие сертификат, подлежащий продлению.

6. Аспиранты и соискатели, выполняющие диссертационные исследования по специальности 14.02.03. — Общественное здоровье и здравоохранение.

7. Профессорско-преподавательский состав кафедр учреждений до- и последипломного образования врачей, имеющий кандидатские и докторские ученые степени и опыт преподавания студентам и врачам, в основном интересующиеся методиками преподавания, учебно-методической литературой, изданной на кафедре, выслушивающие лекции ведущих преподавателей кафедры в качестве своеобразных мастер-классов.

Разнородный по стажу работы, опыту и возрасту состав слушателей с одной стороны, усложняет алгоритм проведения циклов в целом и отдельных занятий, требуя индивидуализации их, а с другой — позволяет создавать особую неповторимую образовательную среду: в процессе обучения и общения друг с другом делиться опытом, информацией, обсуждать и интегрированно решать вопросы здравоохранения, учиться определять стратегические и тактические цели и задачи, стоящие перед практическим здравоохранением, находить действенные методы и приемы их

реализации, уметь оценивать результаты деятельности. Как правило, слушатели групп сплачиваются, общаются и поддерживают друг друга и после окончания обучения. Это помогает высокомотивированным молодым кадрам влиться в сообщество организаторов здравоохранения, сократить временной промежуток, необходимый для преодоления пути перехода от желающего быть руководителем системы здравоохранения до грамотного специалиста, способного показывать результаты своей деятельности и нести за них ответственность.

Обучающиеся, имеющие углубленные профессиональные знания и интерес по тому или иному рассматриваемому в рамках учебной программы разделу и заведомо высокие потребности в детализации представляемого на занятиях материала, имеют все возможности консультации с ведущими преподавателями. Для них проводятся круглые столы, предоставляется дополнительная литература, при необходимости в режиме мозговых атак совместно анализируются те или иные разделы деятельности возглавляемых ими органов управления и учреждений здравоохранения.

Немаловажно, что от своих молодых коллег они заряжаются энергией, оптимизмом, заинтересованностью во внедрении инновационных методов управления, по-новому оценивают свои достижения и перспективы.

Сочетание опыта и молодости обучающихся в современных условиях мы считаем наиболее рациональным с точки зрения повышения качества и результативности циклов дополнительного профессионального образования руководителей здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Низамов И.Г. *Пути оптимизации системы повышения квалификации руководителей органов управления и учреждений здравоохранения.* Проблемы управления здравоохранением. 2002;6: 57-58.

2. Низамов И.Г., Прокопьев В.П., Садыкова Т.И. *К оценке качества и результативности дополнительного профессионального образования врачей.* Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002; 4: 55-59.

3. Низамов, И.Г. *О качестве обучения руководителей здравоохранения в свете Болонских принципов образования.*

Преподавание общественного здоровья и здравоохранения для иностранных студентов: материалы научно-методической конф. зав. кафедрами общественного здоровья и здравоохранения, 1-3 марта 2006г. М.:Изд-во РУДН; 2006: 96-99.

4. Низамов, И.Г., Садыкова Т.И. *О проведении цикла профессиональной переподготовки специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью.* Общественное здоровье и здравоохранение.2007; 4: 85-89.

Сибурин Т.А., Мирошникова Ю.В.

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЫ РЕЗЕРВА РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Формирование системы резерва руководящих кадров (РРК) и, самое главное, ее качественная реализация в стратегическом управлении здравоохранением представляет собой актуальную (во многом инновационную) проблему модернизации отрасли. РРК в здравоохранении еще не стал действенным инструментом кадровой политики: состав руководящих кадров медицинских организаций по своим профессиональным и демографическим параметрам не в полной мере отвечает перспективным требованиям качества и эффективности работы отрасли; отраслевые и локальные профессиональные стандарты не обладают должной перспективностью, в лучшем случае фиксируя перечень фактически выполняемых управленческих работ; увязка должностных и образовательных (учебных) моделей производится без столь необходимой тщательности, формально; базовые компетенции (при включении должностного лица в РРК) должным образом не оцениваются и специально (документально) не фиксируются; задачи повышения квалификации действующих руководителей и обучения участников РРК решаются на базе общих учебных программ. Многие организации отрасли вообще обходятся без института РРК. Отраслевые профессиональные ассоциации, как правило (в отличие

от международной практики), не участвуют в организации РРК, экспертизе конкретных профессиональных и/или образовательных стандартов. Общая культура стратегического планирования в организациях здравоохранения остается пока низкой, что является существенным сдерживающим фактором эффективной организации РРК.

В целях совершенствования методологических и методических подходов к организации РРК попытаемся сформулировать основополагающие принципы организации РРК в здравоохранении.

1. *Рациональное сочетание отраслевых, межотраслевых и транснациональных подходов к профессиональной подготовке в рамках РРК.* В данном случае предполагается обязательным приоритетное отражение отраслевых особенностей обучения в системе РРК. Каждый из его участников должен базировать собственные ЗУН на ясном понимании органических (для отрасли, ее организаций) функций, иметь соответствующие компетенции. Что не исключает (лишь предполагает) успешное дополнение компетенций органически-отраслевого характера совокупностью теоретических знаний и опыта передовых зарубежных стран, а также лидирующих (по качеству менеджмента) отраслей отечественной экономики.

2. *Стратегическая ориентированность организации РРК.* Что предполагает, как императив, наличие стратегических документов развития отрасли и ее организаций как необходимого условия для качественной организации РРК. В стратегиях развития здравоохранения должны быть включены разделы, содержащие базовые установки в отношении воспроизводства и качественной трансформации руководящих кадров, а также региональные нормативные соотношения численности руководящего и исполнительского персонала. В соответствии с данным принципом ключевая (системообразующая) роль в организации РРК придается разработке стратегических карт профессионального обучения.

3. *Взаимообусловленность и взаимосвязь перспективных должностных и компетентностных моделей деятельности руководителей.* В данном случае подчеркивается ключевая роль трансформации содержания каждого из регламентированных перспективных направлений деятельности руководителя в перечень необходимых и достаточных профессиональных компетенций (ЗУН). Реализация данного принципа предполагает наличие как четкого видения «медицинской организации будущего» (ее перспективных

структурно-функциональных особенностей), так и уяснение адекватной совокупности научных и образовательных дисциплин, которые могут быть востребованы для программ РРК. Естественно, что осуществление указанной взаимосвязи моделей предполагает работу квалифицированных экспертов различного (лечебного, финансово-экономического, организационно-управленческого) профилей.

4. *Индивидуализация обучения участников РРК.* Данный принцип актуален в связи с существенными различиями в исходных компетенциях, профессиональном опыте и мотивации претендентов на занятие руководящих должностей. Естественно, что групповые занятия (лекции, семинары, тренинги) необходимы в формате РРК. В то же время предполагается проведение мер по специальному (предварительному) выравниванию профессиональных компетенций участников для успешного освоения тематики в рамках коллективных форм обучения. Кроме того, важно придание высокой степени значимости такому формату РРК, как самообучение (ликвидирующее критические «разрывы» между индивидуальным и среднегрупповым уровнем компетенций). Как следствие, содержание стратегических карт РРК должно иметь индивидуализированный характер.

5. *Ресурсное обеспечение организации РРК,* что обусловлено проведением специальных мероприятий затратного характера, предполагающих соответствующее отражение в бюджетах отрасли и конкретных организаций. Имеется в виду участие в программах обучения РРК высококвалифицированных специалистов (из вузов, НИИ, передовых организаций), привлечение соискателей к выполнению НИР по проблемам, связанным с развитием профессиональных компетенций (и одновременно — решением актуальных проблем отрасли), организацией стажировок за рубежом и т.д. Выделение необходимых финансовых ресурсов по линии РРК — важное условие эффективности последнего, а также свидетельство понимания значимости данного института для эффективного функционирования отрасли, высокой организационной культуры.

6. *Приоритетность организаторской деятельности в профессиональной подготовке участников РРК.* Следование данному принципу предполагает соблюдение рациональных пропорций в тематике учебных занятий, которые должны в основном отвечать перспективной структуре управленческой деятельности руководителя организации. Приоритет отдается занятиям, направленным на

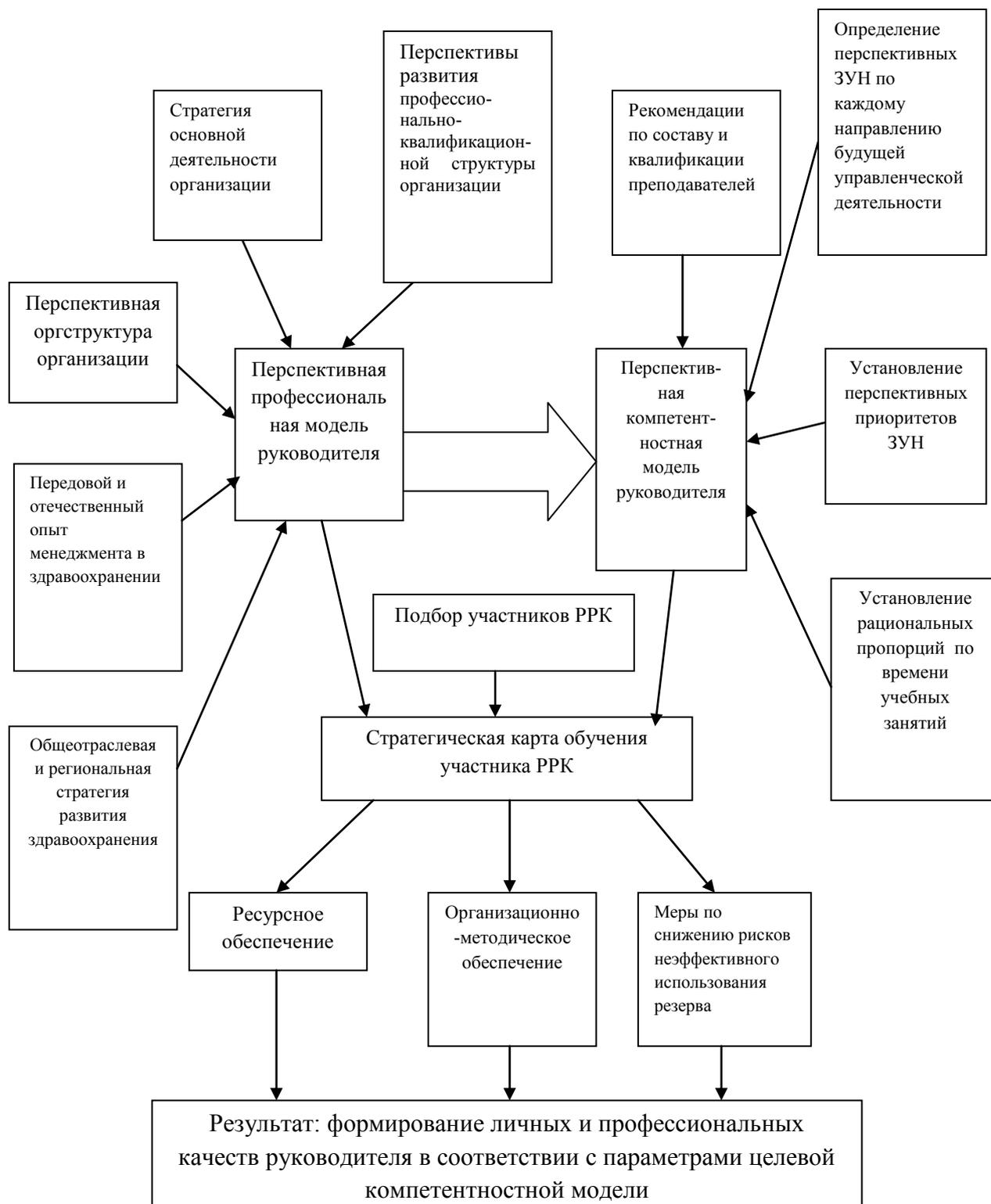
развитие ЗУН, связанным с организаторской деятельностью будущих руководителей: целеполаганием деятельности подчиненных, их обучением, воспитанием, мотивацией, контролем. Тем более если участником РРК является специалист, не имеющий значительного опыта организаторской деятельности. Естественно, что важным дополнением к «организаторской» компоненте программ РРК должны быть занятия, связанные: а) с рациональными методами и технологиями принятия решений; б) с теорией и методикой стратегического анализа и планирования. Разумеется, что пропорции между организаторской и аналитико-информационной деятельностью в перспективной должностной модели (далее, соответствующие пропорции в объемах занятий, предусматриваемые в компетентностной модели) должны иметь индивидуализированный характер.

7. *Селективность отбора участников РРК* предполагает налаживание специальных процедур оценки личностных и деловых качеств соискателей, гарантирующих качественный состав резервистов, их высокий управленческий потенциал и, как следствие, эффективность затрат по данному направлению. Следование данному принципу предполагает: предварительный отбор кандидатур в РРК по формальным признакам (образование, возраст, стаж работы по специальности); оценку результативности их деятельности на фактически занимаемой должности; выяснение мотивированности, склонности к руководящей работе (наличие лидерских качеств).

Таким образом, *генеральной целью организации РРК является своевременное и качественное овладение его участниками объемом ЗУН, соответствующим требованиям перспективной компетентностной модели; при этом обеспечивается соблюдение необходимых параметров текущей профессиональной деятельности и эффективное использование выделенных затрат на дополнительное обучение.* Как результат нахождения в РРК, его участники должны успешно преодолеть «стратегические разрывы» между фактическим (в текущий момент времени) уровнем ЗУН и целевым уровнем деловых компетенций, в то же время сохранить мотивацию на занятие более высокой должности и сбалансированность межличностных отношений. Кроме того, быть готовым к динамичной корректировке целевой компетентностной модели, что неизбежно в среднесрочном или более длительном периоде.

Составные части и основные факторы повышения результативности организации РРК показаны на рис. №1.

Рис.1. Основные факторы повышения результативности организации РРК.



Несмотря на общее методологическое единство, организация РРК на различных уровнях управления здравоохранением должна отражать соответствующую специфику как в отношении состава участников, так и тематической направленности обучения. В связи с активизацией интеграционных процессов в организации здравоохранения и необходимости управления крупными медицинскими комплексами организация РРК приобретает специфику, обусловленную, во-первых, налаживанием тесного взаимодействия головных и филиальных структур в формировании общей стратегии развития кадрового потенциала; во-вторых, обеспечением централизованного (на уровне головной организации) подхода к выбору участников РРК, а также разработкой соответствующих регламентирующих документов и мониторинговых механизмов; в-третьих, организацией обучения резерва с учетом принципа комплементарности управленческой «команды будущего», признающей общие задачи, ценности и стилевые особенности совместной деятельности [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрогобыцкий И.Н. *Комплементарная команда менеджеров: стилевые особенности, пути преодоления конфликтов*. Менеджмент и бизнес-администрирование. 2011; 3: 114-134.

Сквирская Г.П.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Институт лидерства и управления в здравоохранении
ФГБОУ ВО «Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

Образовательная деятельность строится на принципах изучения задач, стоящих перед конкретными специалистами с учетом принимаемых концептуальных решений по развитию отрасли, на

основании научных исследований и критического изучения собственного и международного опыта в предполагаемом направлении.

Реализация функций государства и отрасли в сфере охраны здоровья и управления здравоохранением требует изменения и актуализации подходов к рассматриваемой проблеме, в том числе в совершенствовании образовательной деятельности, особенно в области общественного здоровья и здравоохранения.

Ю.П. Лисицын определил «Общественное здоровье и здравоохранение» как **науку о стратегии и тактике здравоохранения**, которая «на основе исследования общественного здоровья разрабатывает организационные, медико-социальные предложения, направленные на подъем уровня общественного здоровья и качества медицинской помощи».

Общественное здравоохранение определяется как “наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом” (Acheson, 1988; ВОЗ). Целью действий, направленных на укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения, является обеспечение таких условий, при которых люди могут оставаться здоровыми, укреплять свое здоровье и благополучие либо предупреждать ухудшение здоровья. В центре внимания общественного здравоохранения находится весь спектр здоровья и благополучия, а не искоренение лишь отдельных болезней.

Таким образом, общественное здравоохранение (public health system) — система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и не медицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества.

Предметом общественного здравоохранения является изучение влияния общественных условий жизни на здоровье и медицинское обслуживание населения. Методологической основой — системный подход к определению и изучению общественного здоровья.

Решение о переименовании названия дисциплины социальная гигиена и организация здравоохранения на «общественное здоровье и здравоохранение» было принято в 1999 г. по рекомендации совещания заведующих кафедрами СГиОЗ. В соответствии со

сложившимся пониманием общественное здоровье и здравоохранение - это современное направление научной, практической и образовательной деятельности, в задачи которого входят:

1. Изучение закономерностей формирования здоровья когорт и различных групп населения, обусловленных комплексным влиянием разнообразных факторов окружающей природной и антропогенной среды и уровнем развития медицинской помощи;

2. Анализ и разработка научно-обоснованных подходов, стратегических и тактических предложений по охране и повышению уровня здоровья населения и организации медико-социальной и медико-санитарной помощи и содействие их реализации на практике.

3. Подготовка специалистов на всех уровнях непрерывной подготовки кадров как не медицинских, так и медицинских, включая довузовское, базовое высшее, последипломное, дополнительное образование по перечисленным выше вопросам.

Исходя из изложенного и из последовательности задач, стоящих перед нашей специальностью, мы должны определить и оказывать содействие в реализации технологий их решения.

Общеизвестно, что изучение закономерностей формирования и укрепления общественного здоровья базируется на теории рисков повышенной заболеваемости и применении современных логистических подходов к анализу проблемы.

Но в процессе оценки знаний наших учеников (как студентов, так и выпускников аспирантуры, магистратуры, слушателей курсов последипломного и дополнительного образования) мы видим, что у достаточно большого числа из них нет умений и навыков строить логическую аналитическую цепочку сравнения уровней заболеваемости не только в динамике, лонгитудинально, но и горизонтально: с другими возрастными и социальными группами, регионами, странами, сравнивать уровни выявляемости патологии, оздоровления, инвалидности и смертности.

Что касается анализа и разработки подходов и предложений по стратегии развития и деятельности системы здравоохранения необходимо отметить, что имеющаяся в этом направлении неопределенность связана с недостаточностью или отсутствием системного теоретического научного анализа проблем общественного здоровья и здравоохранения, в результате чего принятие практических мер по совершенствованию охраны здоровья и

развитию здравоохранения, не имеющих должного системного научного обоснования и научного сопровождения внедрения, носит фрагментарный, иногда противоречивый характер, не приводит к поэтапному достижению поставленных целей и повышению ответственности за принимаемые решения.

Так, например, до настоящего времени четко не определено, какую модель здравоохранения желательно построить в нашей стране?

Исследования, проведенные специалистами Института Лидерства и управления в здравоохранении Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, показали, что существующая модель здравоохранения Российской Федерации во многом наследует принципы государственной системы здравоохранения, основными постулатами которой была общедоступность, бесплатность, высокое качество оказания квалифицированной медицинской помощи, и такая система была признана одной из лучших и наиболее эффективных систем здравоохранения.

Вместе с тем анализ государственной системы здравоохранения и имеющийся опыт ее деятельности свидетельствует о том, что она высокочрезвычайно затратна, недостаточно эффективна, а государство не может и не должно, по нашему мнению, брать на себя единоличную ответственность за здоровье граждан и состояние здравоохранения.

Нельзя не признать, что отсутствие рыночных механизмов в государственной системе здравоохранения привело к наличию серьезных дефектов, среди которых в первую очередь следует отметить экстенсивный характер развития, отсутствие экономических форм управления и т.д. Следовательно, одной из ведущих задач отрасли является внедрение рыночных элементов в деятельность органов управления здравоохранения и медицинских организаций.

Таким образом, становится очевидным, что нам предстоит построить смешанную модель здравоохранения, включающую базисные элементы отечественной системы здравоохранения, позитивный опыт государственного подхода к охране здоровья населения, и в то же время на основе серьезных маркетинговых и иных логистических исследований дополнить механизм и технологии ее деятельности так называемыми «рыночными» подходами».

И именно этому и следует учить и специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, и в области клинической

и теоретической медицины, и в области социальной политики и общественных отношений.

Вместе с тем проведенный нами социологический опрос специалистов в области управления здравоохранением, т. е. руководителей, прошедших профессиональную подготовку по общественному здоровью и здравоохранению, различные формы дополнительного профессионального образования показали, что они недостаточно владеют важнейшими знаниями и умениями, такими как:

- Что такое модернизация учреждения и как ее проводить?
- Как управлять медицинской организацией в условиях системного организационно-экономического кризиса?
- Что такое клинический менеджмент и организационные технологии в управлении здравоохранением?
- Зачем и как осуществлять структурные преобразования организации и оптимизировать ее деятельность?
- Нужно ли и как формировать рынок медицинских услуг?
- Как и какие экономические методы управления здравоохранением нужно применять, как формировать экономическую мотивацию деятельности специалистов здравоохранения?
- Для какой цели необходим переход к системе единого ответственного лечащего врача и как его осуществлять?
- Какие правильные и эффективные меры осуществлять по ресурсному обеспечению организации и как исключить коррупционную составляющую?
- Каково Ваше мнение о переходе к персонализированному оказанию медицинской помощи и способствуют ли этому действующие медицинские и МЭС, различные формы контроля организации и качества медицинской помощи?
- Имеются ли и используются в Вашей МО современные IT-технологии унифицированной системы персонифицированного учета и ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи?
- Каково Ваше представление об интегрированной системе наблюдения за здоровьем пациента и оказания медицинской помощи, возможна ли в современных условиях реализация доктрины лечения не болезни, а больного?

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии существенных проблем как в системе охраны и укрепления здоровья населения, так и в развитии научных и практических аспектов развития здравоохранения. В результате система медицинского образования не получает необходимой научной и практической подпитки и не может действенно совершенствоваться и способствовать формированию современных школ по актуальным направлениям развития.

Проводится ли работа в этом направлении по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»? Да, безусловно

Если немногим более 5 лет назад учебная литература, издаваемая на страновом уровне, содержала подходы и взгляды, сложившиеся в 60-е гг. прошлого века, то в 2009 г. мы получили учебники для студентов и последипломного образования по специальности качественно иного уровня (Медик В.А, Юрьев В.К., Щепин О.П.), а затем и новые дополненные издания.

Идет накопление наработок, формирование моделей и мотивации к совершенствованию подготовки специалистов в области управления здравоохранением.

В определенной степени повышается инновационная активность в медицинском образовании, в т.ч. по ОЗиОЗ.

Однако и утрачено за эти годы многое:

1. Действительно, в высокой степени утрачены научные и образовательные школы и, к сожалению, не только в области общественного здоровья и здравоохранения.

2. Вхождение в Европейскую систему образования (Болонский процесс) в ряде направлений привело к некоторой дезинтеграции образовательного процесса, сложившегося в нашей стране, и мы уже готовим магистров, бакалавров, еще не полностью представляя, как и для чего будем их использовать.

3. Разработка и реализация даже самых современных образовательных стандартов последнего поколения при отсутствии так называемых профессиограмм, не может привести к эффективной подготовке специалистов, особенно на последипломном уровне, для работы на конкретных рабочих местах.

4. В определенной степени сужено представление об инновационной составляющей образовательного процесса. И если для подготовки по клиническим направлениям на первом месте симуляционные центры, то в нашей специальности это, в основном,

дистанционная подготовка в различных режимах. Этого явно недостаточно. Даже о командной подготовке специалистов мы пока только говорим.

Что можно предложить для их решения?

1. Восстановить практиковавшуюся ранее систему привлечения коллективного разума (имеется в виду восстановление регулярных встреч руководителей кафедр ОЗиОЗ) для обсуждения актуальных проблем образовательной деятельности по нашей специальности, изучения имеющегося опыта, разработки новых программ и современных подходов к их реализации. Если продолжить эту практику, возможно, в рабочем порядке запланировать проведение рабочих встреч, круглых столов в разных регионах страны.

2. Рекомендовать кафедрам общественного здоровья и здравоохранения при планировании и проведении научных исследований уделять особое внимание научному обоснованию совершенствования системы подготовки медицинских кадров по своей специальности.

3. Учитывая, что интерес к изучению нашей специальности в рамках базового образования, к сожалению, существенно снизился, а последние образовательные стандарты, делающие упор на самостоятельном изучении предмета также в определенной степени этому поспособствовали, необходимо найти и реализовать подходы к восстановлению имиджа специальности, формированию новых современных отечественных научных и образовательных школ по ОЗиОЗ, основанных не на механическом накоплении информации и умении ее находить в интернете, а на умении думать, размышлять, принимать аргументированные и просчитанные решения.

4. В качестве инновационного подхода к подготовке специалистов предлагается ввести в практику преподавания, причем как в системе базового, так и последипломного образования, авторские, возможно, тематические программы семинарных занятий по актуальным направлениям общественного здоровья и здравоохранения.

Суслин С.А., Сиротко М.Л., Барина Ж.В.

**ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ
ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ
КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом экономики и управления здравоохранением*
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России

В Самарском государственном медицинском университете по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» ведется подготовка студентов лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического факультетов. Одним из самых актуальных направлений учебно-методической работы кафедры в настоящее время является разработка рабочих образовательных программ для каждого факультета и учебно-методических комплексов дисциплины с учетом направлений подготовки.

Разработка образовательных программ в вузе ведется в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2013 года №1367 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования — программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 года №1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования», Положения о профессиональных образовательных программах, реализуемых ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России.

Введение единых требований к рабочим программам учебных дисциплин обусловлено необходимостью обеспечения соблюдения ФГОС ВО (ФГОС ВПО), лицензионных требований государственной аккредитации при осуществлении образовательной

деятельности в СамГМУ, обеспечения права научно-педагогических работников на свободу выбора содержания учебного материала, методик обучения и воспитания, способов оценки результатов обучения в соответствии с основными образовательными программами, утвержденными в СамГМУ, а также соблюдения гарантий качества образования в СамГМУ.

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» подготавливается нами как локальный акт, являющийся составной частью образовательной программы и определяющий содержание дисциплины, вырабатываемые компетенции, составные части учебного процесса по дисциплине, взаимосвязь данной дисциплины и других дисциплин учебного плана, формы и методы организации учебного процесса и контроля знаний обучающихся, учебно-методическое и материально-техническое обеспечение учебного процесса.

Нормативно-методической базой для разработки рабочей программы дисциплины являются: Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2013 г. № 1367 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования — программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»; ФГОС ВО (ФГОС ВПО) по соответствующему направлению подготовки; образовательная программа; учебный план по направлению подготовки.

При разработке рабочей программы также учитываются новейшие достижения в данной предметной области, требования организаций — потенциальных работодателей, выпускников, содержание программ дисциплин, изучаемых на предыдущих и последующих этапах обучения, материальные и информационные возможности университета.

В связи с вышеизложенным, особое внимание при составлении рабочей программы и учебно-методического комплекса дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» мы уделили проблеме раскрытия содержания компетенций с учетом возможности их реализации на учебных базах кафедры. Компетенция определяется как интегральная характеристика обучающегося, т.е. динамическая совокупность знаний, умений и навыков, способностей и личностных качеств, которую студент обязан продемонстрировать после завершения части или всей образовательной программы, поэтому

первым и важнейшим компонентом всей работы по определению содержания компетенция является, на наш взгляд, разработка требований к оценочным средствам для проверки сформированности компетенций.

Таковыми требованиями могут быть интегративность (междисциплинарный характер, связь теории с практикой), проблемно-деятельностный характер, ориентация на применение умений и знаний в нетиповых ситуациях, актуализация в заданиях содержания профессиональной деятельности, экспертиза в профессиональном сообществе, связь критериев с планируемыми результатами.

Следующим логическим шагом в процессе работы над наполнением выделенных компетенций по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» стало формулирование отличительных признаков уровней освоения компетенций: порогового, продвинутого, высокого.

Так, при раскрытии содержания общепрофессиональной компетенции 6 (ОПК-6) «Готовность к ведению медицинской документации» в качестве порогового уровня можно рассматривать такие признаки уровня освоения компетенции, как: «определять роль типовых форм учетно-отчетной документации в организации работы врача и медицинской организации», а в качестве продвинутого и высокого уровней признать умения и навыки определять значимость показателей деятельности медицинских организаций, выделять факторы, определяющие деятельность медицинских организаций, и устанавливать связь между показателями, оценивающими деятельность медицинской организации, корректирующими и предупреждающими действиями.

При наполнении профессиональной компетенции 4 (ПК-4), касающейся способности и готовности к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья, следует предусмотреть в качестве начального (порогового) уровня знаний, умений и навыков — «определять роль и место общественного здоровья и здравоохранения в системе научных знаний и профессиональной деятельности врача; знать историю предмета, проблемы общественного здоровья и здравоохранения, факторы, определяющие общественное здоровье, показатели общественного здоровья; описывать методы изучения общественного здоровья и этапы

проведения медико-статистического исследования». Для более важных ступеней освоения данной компетенции — продвинутого и высокого уровней — необходимо предусмотреть формирование умений и навыков определять использование статистических показателей в оценке здоровья населения, устанавливать закономерности между состоянием здоровья населения и статистическими показателями, его характеризующими, прогнозировать изменения в состоянии общественного здоровья на основе выявленных тенденций.

Важнейшими компетенциями, которые формируются в ходе реализуемого нами практикоориентированного подхода к преподаванию общественного здоровья и здравоохранения, являются профессиональные компетенции 17 и 18 (о способности к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-17), о готовности к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-18)). В рамках данных компетенций студенты знакомятся со структурой, организацией и управлением современной системой здравоохранения, особенностями организации медицинской помощи за рубежом, основами страховой медицины; определяют основные принципы организации медицинской помощи, организацию лечебной, профилактической, реабилитационной помощи; описывают основы управления и контроля качества медицинской помощи; определяют основные показатели деятельности медицинских организаций и качества медицинской помощи; наконец, устанавливают закономерности между факторами, влияющими на показатели качества медицинской помощи и эффективность работы как отдельного врача, так и медицинских организаций в целом.

Для практического изучения указанных направлений предусмотрены тематические занятия на учебных базах кафедры. Они представлены медицинскими организациями города Самары и Самарской области: Самарский областной наркологический диспансер, Волжская Центральная районная больница, Консультативно-диагностическая поликлиника № 14 Промышленного района г.о. Самара, Специализированный консультативно-диагностический центр Клиник СамГМУ, Центр

планирования семьи и репродукции Самарского района г.о. Самара и ряд других.

Организационные, учебные и учебно-методические возможности клинических баз кафедры позволяют осветить в учебном плане вопросы и проблемы организации и управления медицинской помощью различным группам населения (городскому, сельскому), специализированной медицинской помощи, организации медицинской помощи женщинам, консультативной помощи и преемственности ведения пациентов, высокотехнологичной медицинской помощи.

Не являясь предметом рассмотрения в данной статье, но тем не менее достойны упоминания еще и раскрывающиеся и системно реализуемые при использовании клинических баз кафедры возможности ведения научно-исследовательской работы студентов и перспективы профессиональной ориентации обучающихся с последующим возможным трудоустройством в данных медицинских организациях города и области.

Таким образом, уже на этапе составления рабочих образовательных программ с выделенными компетенциями, которые должен освоить студент в процессе обучения на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, необходимо учитывать уровень их освоения, организационные и учебно-методические возможности реализации поставленных целей и задач обучения, а также четко следовать установленным критериям к оценочным средствам сформированности компетенций, которые, конечно же, являются мобильным инструментом, и, в свою очередь, должны быть чутко настроены на меняющуюся действительность и изменения во всех сферах современного общественного здоровья и здравоохранения.

Тайц Б.М., Грандилевская О.Л., Косенко А.А.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ МОТИВИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ ПОЛИКЛИНИКИ

*Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России*

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года определено, что целью государственной политики в области здравоохранения является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение приоритетных задач. Одной из них является создание системы повышения мотивации к качественному труду в сфере здравоохранения.

Управление заключается в планировании, организации, мотивировании и контроле, то есть мотивация является одной из основных составляющих процесса управления медицинской организацией. Руководить персоналом учреждения здравоохранения — это значит уметь мотивировать и направлять его усилия в нужное русло, вдохновлять сотрудников и стимулировать их работать ради обеспечения доступности и качества медицинской помощи в полную силу и каждый день. Основным положением Всеобщего управления качеством (Total Quality Management) — концепции, которую применяют или стремятся применить практически все передовые организации мира, является то, что основа качества — это качество труда, которое определяется не столько техникой и технологией, сколько мотивацией сотрудников на высококачественный труд.

Кафедрой общественного здоровья и управления здравоохранением СЗГМУ им. И.И. Мечникова проведено научное обоснование модели управления процессом мотивирования врачебных кадров к повышению доступности и качеству медицинской помощи в современных социально-экономических условиях функционирования городской поликлиники.

Задачами исследования было:

1. Проанализировать и систематизировать условия, состояние, проблемы управления человеческими ресурсами в

здравоохранении для выбора современного подхода к управлению медицинскими кадрами поликлиники.

2. Выявить особенности трудовой мотивации врачей и руководителей городских поликлиник, специфику различий в структурах трудовых мотиваций врачей и руководителей, в том числе в зависимости от профессионального стажа.

3. Изучить мнение врачей и главных врачей о приоритетных чертах характера и особенностях личности успешного руководителя поликлиники и проанализировать полученные результаты.

4. Оценить состояние удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей поликлиники. Выделить факторы, которые необходимо учитывать при мотивировании работников к повышению доступности и качества медицинской помощи. Ранжировать формы поощрений на основе результатов социологического опроса врачей.

5. Изучить влияние нормообразующих факторов на формирование бюджета рабочего времени врачей. Обосновать предложения по использованию в системе мотивирования врачей принципов нормирования, планирования функции врачебной должности с учетом нормообразующих факторов.

6. Разработать и обосновать модель управления процессом мотивирования врачебных кадров и оценить ее эффективность.

Программа исследования включала в себя пять этапов. I этап: «Изучение доступной литературы по проблемам исследования»; II этап «Общая диагностика проблем мотивации врачей»; III этап: «Изучение проблем нормирования труда в системе мотивирования врачебных кадров»; IV этап: «Разработка модели управления процессом мотивирования врачебных кадров к повышению доступности и качества медицинской помощи. Разработка алгоритма внедрения модели»; V этап: «Внедрение модели управления процессом мотивирования персонала и оценка ее эффективности».

Базой второго этапа исследования явились городские поликлиники города Санкт-Петербурга, суммарная численность закрепленного населения 661,2 тыс. человек. В опросе приняли участие 458 врачей (79,4% от списочного состава из числа участковых врачей-терапевтов и врачей-специалистов). Используя метод пропорциональной стратифицированной выборки, отобрана группа из 231 человека. В опросе также приняли участие 146 главных врачей поликлиник. Основным методом второго этапа исследования явился социологический опрос врачей и руководителей поликлиники.

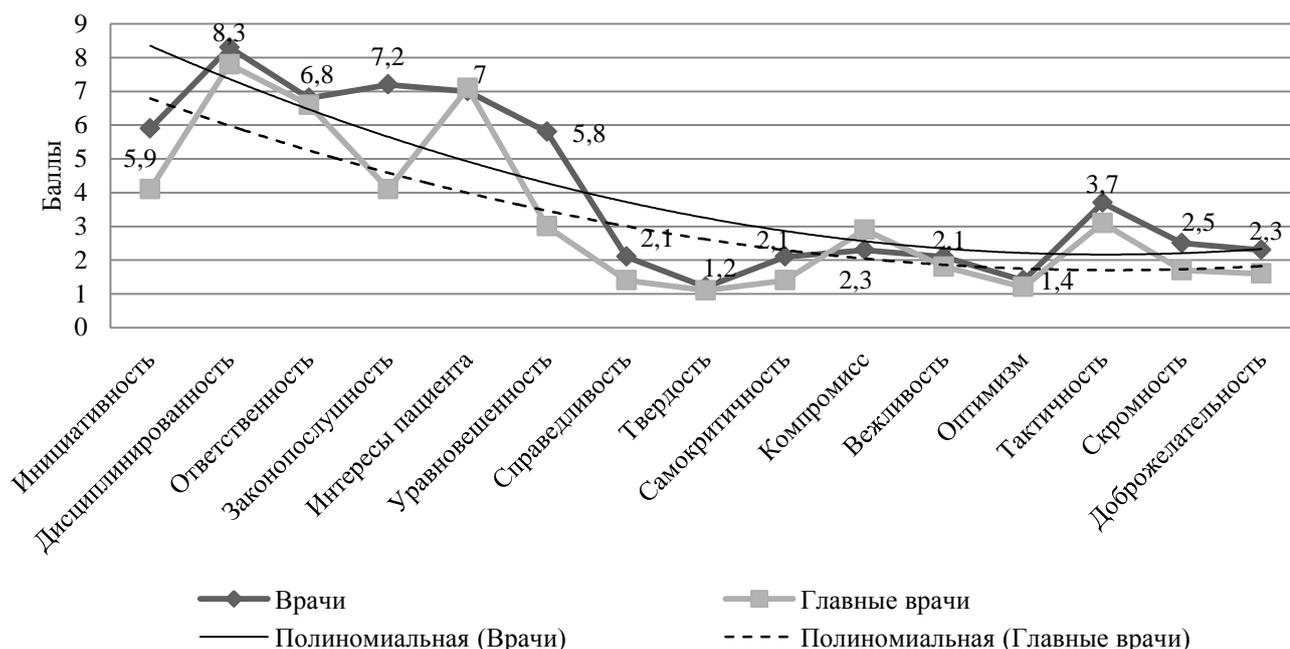
Для изучения особенности трудовой мотивации врачей и руководителей городских поликлиник, специфики различий в структурах трудовых мотиваций, в том числе в зависимости от профессионального стажа, применялся опросник «Мотивационный профиль сотрудника» Ш. Ричи и П. Мартина (адаптированный к задачам исследования). С целью изучения мнения врачей и главных врачей о приоритетных чертах характера и особенностях личности успешного руководителя поликлиники использовался опросник «Личностный профиль успешного руководителя» (В.И. Орел, 1998), адаптированный к задачам исследования. Для оценки состояния удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей поликлиники и приоритетных форм поощрений использовался опросник «Удовлетворенность профессиональной деятельностью», разработанный специально для решения задач исследования.

Статистический инструментарий: 231 карта социологического опроса врачей поликлиник (репрезентативность выборки: доверительная вероятность 95%, доверительный интервал $\pm 5\%$), 144 карты социологического опроса главных врачей поликлиник (98,6% из числа главных врачей поликлиник).

На рис. №1 представлен личностный профиль успешного руководителя.

Рис. 1. Личностный профиль успешного руководителя

Третий этап исследования включал в себя изучение проблем нормирования труда в системе мотивирования врачебных кадров.



Базой исследования выбрана типовая городская поликлиника Санкт-Петербурга (120 тыс. закрепленного взрослого населения).

Была разработана и внедрена модель управления процессом мотивирования врачебных кадров на уровне поликлиники (на примере целевой ориентации к повышению качества и доступности медицинской помощи).

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Мониторинг структуры мотивационных потребностей медицинского персонала по их ценности показал, что профессиональная деятельность врачей и руководителей является полимотивированной по содержанию. Основными мотивационными потребностями являются наличие полезной и интересной работы, высокой заработной платы. Врачи испытывают значимую потребность в структурировании выполняемой работы, им нужна информация, позволяющая судить о результатах своей деятельности и своих коллег.

2. Сопоставление личностных портретов успешного руководителя, составленных при изучении мнения врачей и главных врачей, расширяет возможности выбора оптимальных комбинаций стратегий управления кадрами и позволяет использовать стиль руководства как мотивационный фактор. Врачи выделили приоритетные требования к личности успешного руководителя: дисциплинированность (первое место по значению баллов среди прочих), законопослушность (второе место), способность брать на себя ответственность, приверженность интересам пациента (третье место), эмоциональная уравновешенность (четвертое место).

3. По результатам социологического опроса врачей установлен уровень общей удовлетворенности своей профессиональной деятельностью. Удовлетворены или частично удовлетворены — 48,1% врачей поликлиники. Понимают цели и задачи поликлиники, считают, что вносят достойный вклад в общее дело, отмечают благоприятную психологическую обстановку, сложившуюся в коллективе, не планируют смену работы в ближайшее время более 70% респондентов. Большинство врачей отметило несправедливость распределения льгот и поощрений (72% респондентов), несоответствующий ожиданиям стиль руководства (81%), материальную недооценку их труда (72%). Процесс мотивирования предусматривает мероприятия, направленные на

поддержку позитивных факторов, повышающих удовлетворенность и приводящих к нивелированию негативных.

4. Установлены нормообразующие факторы, влияющие на формирование бюджета рабочего времени врача поликлиники. К ним относятся внешние потери рабочих смен, обязательные работы внутри рабочих смен помимо основной деятельности. Эффективный фонд рабочих смен в году на 1 занятую ставку составляет не более 189 смен (на 11% ниже нормативного). В структуре «оперативного» времени врача-терапевта участкового (амбулаторный прием) основная деятельность занимает 60,1%, вспомогательная деятельность — 30,2%, организационные перерывы — 5,5%.

5. Разработанная модель управления процессом мотивирования врачебных кадров к повышению доступности и качества медицинской помощи в современных социально-экономических условиях функционирования городской поликлиники является составной частью инновационной политики медицинской организации. Внедрение модели доказало способность поликлиники улучшать эффективность деятельности: показатель ожидания первичного приема у врачей-специалистов сократился на 50%, число обоснованных жалоб на низкую доступность медицинской помощи снизилось в 2 раза, ненадлежащее качество медицинской помощи — в 2,4 раза при неизменном числе врачей.

Тайц Б.М., Стволинский И.Ю., Тайц А.Б.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Кафедра общественного здоровья и управления здравоохранением
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России*

Главными целями деятельности здравоохранения являются повышение качества оказания медицинской помощи и ее доступность. В 90-х годах Всемирная организация здравоохранения провозгласила долгосрочную программу повышения качества, основанную на модели непрерывного улучшения или всеобщего управления качеством (Total Quality Management — TQM).

Нормативно-правовая база управления качеством медицинской помощи (КМП) в нашей стране развивается поэтапно, международные стандарты серии ИСО 9000 необходимо использовать в здравоохранении для повышения культуры и улучшения качества оказания медицинской помощи.

СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» (Елизаветинская больница), база кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова — один из крупнейших стационаров преимущественно экстренной медицинской помощи Санкт-Петербурга, в который обращается ежегодно около 75 тысяч пациентов, начала с 2001 года поэтапно внедрять требования системы Total Quality Management и использовать возможности применения стандартов ГОСТ Р ИСО 9000:2001.

В условиях развития рыночных отношений в здравоохранении, возможности у пациентов выбора лечебного учреждения и услуг на альтернативной основе по ОМС, ДМС и в виде платных медицинских услуг, перед больницей встала задача повышения качества медицинской помощи.

В ГОСТ Р ИСО 9000-2001 «Системы менеджмента качества. Основные положения словарь» описаны восемь принципов менеджмента качества:

1. Ориентация на потребителя
2. Лидерство руководителя
3. Вовлечение работников
4. Процессный подход
5. Системный подход
6. Постоянное улучшение
7. Принятие решений, основанное на фактах
8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками

Все эти принципы были задействованы при организации системы управления качеством в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга как подсистеме общегородской системы управления качеством.

Пациент является содержанием и конечной целью деятельности лечебного учреждения. Маркетинговый анализ позволяет вносить изменения в организацию и порядок деятельности всех служб для максимального удовлетворения потребностей пациента. По пожеланиям пациентов в больнице организовано 146 палат

повышенной комфортности на 239 коек, мини-госпиталь с высоким уровнем сервиса. Организованы амбулаторно-консультативное отделение, блок реабилитации и восстановительного лечения, блок для пациентов с экзогенной интоксикацией, отделение сосудистой хирургии, городской региональный сосудистый центр.

Для вовлечения работников в повышение КМП в больнице осуществляется планирование и организация профессиональной подготовки, в том числе по вопросам повышения КМП. Определены полномочия и ответственность сотрудников, разработаны индивидуальные и групповые цели.

Требования к лечебно-диагностической работе включают разработанные и утвержденные главным врачом стандарты оказания медицинской помощи (на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи Минздрава России), лекарственный формуляр, перечни расходного имущества, лабораторных исследований, финансовых и кадровых ресурсов, адаптированные к реальным возможностям больницы.

Для комплексной оценки КМП используется автоматизированная система экспертизы с анализом лечебно-диагностического процесса и его результатов, статистические методы контроля качества, единоличные и групповые экспертные оценки, анкетирование пациентов по разработанным в больнице анкетам, анализ жалоб и т.д.

Количественные показатели деятельности больницы значительно изменились. Число пролеченных пациентов в год и оборот койки вырос почти в 2 раза, средняя длительность пребывания больного на койке сократилась с 13,2 до 7,0 дней. В этих условиях важно было установить:

- соответствие медицинской помощи в больнице стандартам, современным методологиям и технологиям;
- наличие врачебных ошибок, их структуру, количество;
- дефекты ведения медицинской документации;
- следствия врачебных ошибок;
- необходимые управленческие решения для приведения качества медицинской помощи к должному.

Для осуществления экспертизы КМП в 2005 году в больнице был организован отдел управления качеством с четырьмя должностями врачей-экспертов под руководством заместителя главного врача по клинико-экспертной работе и качеству

медицинской помощи, приобретена программа автоматизированной экспертизы качества медицинской помощи, разработанная Санкт-Петербургским Центром качества и квалификации. Врачи-эксперты были обучены технологии автоматизированной экспертизы качества медицинской помощи.

Были проведены следующие экспертизы:

1. Тематические ЭКМП в отделениях больницы.
2. Другие виды экспертиз: при летальности, при расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов, при жалобах пациентов, по требованию страховых компаний, при выявлении врачебных ошибок в текущей работе.

Так, например, при внедрении автоматизированной экспертизы качества медицинской помощи умершим пациентам были выявлены дефекты оказания медицинской помощи:

- сбора информации — 41,1%;
- лечения — 29,4%;
- формулирования диагноза — 20,3%;
- рекомендации на другой этап — 2,1%;
- ведения медицинской документации (формальные дефекты) — 7,1%.

Установлены также отделения, вносящие основной вклад в ненадлежащее КМП.

Например, отделения №14 и №11 давали почти 40% всего ненадлежащего качества медицинской помощи. В качестве примера можно рассмотреть структуру дефектов оказания медицинской помощи в кардиологическом отделении. Были определены заболевания, при лечении которых совершается максимальное количество врачебных ошибок, например, стенокардия нестабильная — 56%. Установлены врачи, совершающие эти ошибки, так врач П. допускал 38% всех врачебных ошибок в этом отделении. Таким образом, ЭКМП помогает принимать решения, основанные на фактах.

По итогам ЭКМП были приняты следующие управленческие решения:

1. Созданы и внедрены стандарты медицинской помощи с регламентацией сбора информации о пациенте: опроса, осмотра, лабораторного, инструментального, аппаратного обследования; формулирования диагноза, лечения, рекомендаций на последующий этап лечения.

2. Проведены семинары для врачей по наиболее проблемным заболеваниям.

3. Разобраны все врачебные ошибки с врачебным составом отделений.

4. Выплачены надбавки к заработной плате с учетом экспертизы качества медицинской помощи.

5. Закуплено и установлено недостающее оборудование для исключения общей (системной) ошибки.

6. Проводится мониторинг соблюдения стандартов медицинской помощи.

Экспертиза качества перестала носить формальный характер. Ее результаты работают на будущих пациентов, так как выявленные ошибки служат не только поводом для разборов, наказания и обучения. Системный анализ наиболее часто встречающихся дефектов КМП, выявленных в результате экспертизы, служит поводом для внесения изменений в стандарты (протоколы) оказания медицинской помощи, исполнение которых обеспечивает должное качество.

Результатом выполнения управленческих решений явилось существенное снижение количества дефектов оказания медицинской помощи и, соответственно, улучшение качества медицинской помощи:

- количество дефектов сбора информации снизилось более чем в 2 раза;

- количество дефектов рекомендаций на другой этап снизилось почти в 2,5 раза;

- количество дефектов лечения — более чем в 3 раза;

- количество дефектов формирования диагноза — в 2 раза;

- количество дефектов ведения медицинской документации уменьшилось — более чем в 10 раз.

Несмотря на некоторые успехи, процесс совершенствования медицинской помощи в больнице продолжается.

При комплексном внедрении системы управления качеством удалось не просто поддерживать деятельность больницы в условиях экономического кризиса, но и постоянно развивать ее как в лечебно-диагностическом, организационном, так и в экономическом плане. Финансовый оборот учреждения за последние 10 лет увеличился в 15 раз, а платные услуги (преимущественно сервисного характера и добровольного медицинского страхования) — в 50 раз.

Елизаветинская больница добилась самых высоких показателей использования коечного фонда среди больниц города и при этом снижения больничной летальности на 23,9%. За 10 лет больница увеличила число пролеченных стационарно больных в 2 раза. А это значит, что Елизаветинская больница сейчас выполняет работу еще одного тысячекоечного стационара, который надо было построить, оснастить медицинским оборудованием, обеспечить энергией, отоплением, водоснабжением. То есть весь комплекс проведенных мероприятий дал городу огромный экономический эффект.

Таким образом, в последние годы культура управления в больнице во многом повысилась, благодаря внедрению всеобщего управления качеством медицинского обслуживания и принципов управления качеством международных стандартов ISO и их российских аналогов. Вовлечение всего коллектива в высококачественную работу стало частью культуры управления. Внедрение менеджмента качества показало свою эффективность с точки зрения роста удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг, экономического выживания больницы, улучшения ее репутации и обеспечения ее предпочтительности в тех случаях, когда имеются альтернативные варианты получения медицинского обслуживания, оптимального использования ресурсов для решения установленных задач, улучшения трудовой мотивации сотрудников учреждения.

Титкова Ю.С., Булатов А.В.

**ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА МГМСУ
ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА В ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДМЕТА
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

В системе подготовки будущего врача ключевое место занимает медицинская наука, изучающая здоровье населения во всем

многообразии воздействия на него социальных условий, факторов внешней среды, организации медицинской помощи. С этим утверждением согласны не только сами преподаватели медицинских вузов, организаторы здравоохранения, практикующие врачи, но и студенты.

Изучению дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» на лечебном факультете МГМСУ им. А.И. Евдокимова отведено учебное время в шестом и седьмом семестрах.

Не секрет, что объем учебного материала, непривычная терминология, кратковременность учебного цикла требуют от студентов максимальной сосредоточенности, строгой внутренней дисциплины, привлечения знаний по базовым предметам, академических навыков, умений встраивать новые компетенции в свою будущую практическую деятельность.

Символично, что именно на «экваторе» изучаются основы медицинской статистики, заболеваемость населения, принципы организации медицинской помощи, экспертиза нетрудоспособности, организационно-правовые вопросы медицинской деятельности и др. Четвертый курс является тем рубежом, на котором становится понятно, что «студенческое детство» закончилось и профессиональное сообщество ждет специалистов-профессионалов не только в медицинской, но и в организационно-управленческой и научно-исследовательской сферах.

Активное восприятие и alertность — важные качества, которыми должны обладать студенты, завершающие свое обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. В свою очередь, на усвоение материала большое влияние оказывает эмоциональное состояние обучающегося, которое сформировалось в предыдущем семестре.

С целью изучения ассоциативной апперцепции студентами лечебного факультета предмета «Общественное здоровье и здравоохранение» при возвращении на кафедру в седьмом семестре был проведен открытый анонимный опрос.

Исследование проводилось в 2016 г. среди студентов очной формы обучения лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова на первом занятии второго этапа цикла общественного здоровья и здравоохранения. Респондентам предлагалось фиксировать свои ассоциации и описать отдельно каждую, ограничившись тремя самыми яркими впечатлениями.

В опросе приняли участие 128 человек, в среднем каждый студент дал 1,86 ответа из 3 возможных, т.е. в сумме получено всего 238 ответов.

Следует отметить, что впечатления участников опроса были не только позитивными, но и негативными, что может косвенно свидетельствовать об искренности респондентов.

К позитивным мы отнесли ассоциации, связанные с (1) тематикой прошедших занятий (статистика и ее разделы, организация медицинской помощи населению, правовые аспекты, вопросы демографии, управление, финансирование, менеджмент здравоохранения и др.); (2) атмосферным восприятием (интересно, познавательно, весело, легко, важно, нужно, необходимо, приятно, будущее, сила, чистота, уют, музыка и др.); (3) местоположением кафедры; (4) профессорско-преподавательским составом кафедры (стиль взаимоотношений, личность конкретного преподавателя, индивидуальные особенности преподавания, следование установленным требованиям, воспитательные аспекты и др.); (5) технологическим оснащением кафедры (компьютерная техника, интерактивные доски, ситуационный центр, система дистанционного образования и др.); (6) дисциплиной учебного процесса (порядок, организованность, нетерпимость к опозданиям, строгость, требовательность и др.).

Таблица 1

Образ дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» и соответствующей кафедры (распределение ассоциаций студентов 4 курса лечебного факультета)

Ранг	Укрупненная ассоциативная группа	Количество ответов (доля)	Примеры ассоциаций
Положительное (181 ответ (76,05%))			
I	Предмет изучения	61 (25,63%)	Статистика, здоровье населения, менеджмент в здравоохранении, Минздрав России, Департамент здравоохранения, демография, организация НИР, законодательство и др.
	Позитивное	40	Интересно, познавательно, весело,

II	восприятие	(16,81%)	музыка, легко, важно, нужно, необходимо, приятно, будущее, сила, чистота, уют и др.
III	Расположение кафедры	27 (11,34%)	Удобство, центр, кафе, продуктовые магазины, несколько станций метро, архитектура, исторические здания, недалеко деканат и др.
IV	Преподаватель	23 (9,66%)	Коллектив, открытые двери, культура, порядочность, справедливость, харизма преподавателя, доброжелательность, использование студенческих презентаций и др.
V	Инновационные технологии	16 (6,72%)	Оборудование, технология, интерактивные доски, компьютеры, активные формы обучения, визуализация, сайт кафедры, ситуационный центр, интернет в любом помещении и др.
VI	Дисциплина учебного процесса	14 (5,88%)	Отработки пропущенных занятий, экзамен, раннее начало занятий, строго, требовательно, сурово, порядок, организованность, рабочие субботы, нетерпимость опозданий, чистота, аккуратность, Устав Университета, ответственность и др.
Отрицательное (57 ответов (23,95%))			
VII	Сложности усвоения	12 (5,04%)	Сложно, непонятно, писанина, сложный зачет, конспекты, новая терминология, отличие от клинических дисциплин и др.
VIII	Негативное восприятие	45 (18,92%)	Неинтересно, скучно, не нужно, борьба с курением, сон, напряжение, потеря времени, пафос, бессмысленно, на четвертом курсе рано, обыденность, не понимаю и др.
Всего 238 ответов (100%)			

К негативным мы отнесли ассоциации, связанные (1) со сложностями усвоения разделов дисциплины и (2) с личным отторжением предмета. Основные результаты опроса представлены в таблице 1.

Следует отметить, что в этом ракурсе позитивные ассоциации присутствуют в 181 ответе студентов (76,05%), негативные — в 57 (23,95%).

Таким образом, в отношении «Общественного здоровья и здравоохранения» среди студентов четвертого курса лечебного факультета преобладают позитивные ассоциации: благоприятная атмосфера образовательного пространства на кафедре способствует усвоению учебной программы.

Кажущиеся субъективными особенности восприятия студентами образовательного процесса на отдельно взятой кафедре транслируются тем не менее в реальные показатели эффективности обучения — высокую посещаемость и хорошую успеваемость по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

Эмоциональная вовлеченность сегодняшних студентов в процесс изучения нашего предмета может сыграть важную роль не только в укреплении, совершенствовании и дальнейшей имплементации полученных на кафедре навыков, но и в формировании их профессиональной идентичности в качестве практикующих врачей.

Толмачев Д.А., Ямщикова Т.В.

ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДИКИ ФОТОХРОНОМЕТРАЖНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Преподавание дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с ФГОС ВО направлено на формирование у студентов общекультурных, профессиональных и общепрофессиональных компетенций. Для эффективного решения профессиональных задач в практической медицине выпускник должен владеть социально-гигиеническими методиками сбора информации, проводить статистический анализ информации о показателях здоровья населения [1]. На кафедре общественного

здоровья и здравоохранения Ижевской государственной медицинской академии студенты осваивают методы комплексного медико-социального исследования, а также клинико-диагностические методы. Для оценки качества и доступности медицинских услуг населению студенты используют один из современных способов исследования — фотохронометражные наблюдения.

Фотохронометраж — вид наблюдения, при котором одновременно с проводимой в течение смены фотографией рабочего времени в отдельные его периоды проводится хронометраж. Метод позволяет получить данные о структуре и величине затрат рабочего времени на трудовые операции, виды деятельности, рабочий процесс, последовательности выполнения элементов работы; установить выполняемые персоналом несвойственные функции, выявить непроизводительные затраты рабочего времени.

Студенты при проведении исследования по заданию ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации под руководством преподавателя осуществляют наблюдение за рабочим процессом врачей кардиологов, врачей функциональной диагностики в медицинских организациях.

Метод фотохронометражных наблюдений, применяемый нами в обучении, включает знания хронометражных замеров с фотографией рабочего времени.

Методика хронометража предусматривает соблюдение следующих правил:

1. Необходимо соблюдать технологию лечебно-диагностического процесса: организационные формы работы должны соответствовать современному состоянию здравоохранения, а специалист, за деятельностью которого наблюдают, должен иметь достаточный стаж работы, высокую квалификацию.

2. К хронометражу привлекают высококвалифицированного специалиста, хорошо знающего технологию лечебно-диагностического процесса, способного провести экспертизу объема и качества оказанной помощи.

3. Перед проведением хронометража целесообразно составлять перечень (словарь) отдельных трудовых операций и видов работ, входящих в функциональные обязанности наблюдаемого, что позволяет при статистической обработке материалов выявить

выполнение работ, не свойственных для той или иной группы персонала.

Классификация трудовых затрат медицинского персонала включает 7 видов деятельности: основную, вспомогательную, прочую деятельность, работу с документацией, служебные разговоры, личное необходимое и незагруженное время.

4. Сроки проведения хронометража должны быть достаточными для получения репрезентативных данных по затратам труда на все трудовые операции [2].

При проведении хронометража фиксируются все трудовые операции врача по отношению к пациенту без дифференциации того, по поводу какого заболевания они проводятся. Такая дифференциация при необходимости может быть проведена в процессе статистической обработки материалов хронометража.

Таким образом, изучение студентами методики фотохронометражного наблюдения вырабатывает у них способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о профессиональной деятельности специалистов с высшим медицинским образованием. Формирует способность к участию в проведении научных исследований, методам управления и организации работы, а также позволяет освоить профессиональные компетенции в соответствии с образовательными программами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлениям 31.05.01 Лечебное дело (Приказ №95 от 09.02.2016 г) и 31.05.02 Педиатрия (Приказ №853 от 17.08.2015 г.).

2. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва; 2013.

Тюков Ю.А., Семченко Л.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРАВОВОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский
университет» Минздрава России

Одним из наиболее важных и сложных направлений развития общества является воспитание сознательной личности в духе уважения закона, прав и свобод других лиц.

Основы правовых знаний перестали быть прерогативой студентов-юристов. Требования государственного образовательного стандарта предполагают обязательное включение дисциплины «Правоведение» во все учебные планы высших учебных заведений любых специальностей, что влечет потребность в обеспечении учебного процесса соответствующими учебно-методическими материалами.

Современный специалист должен знать и уметь использовать нормативные акты, регулирующие деятельность медицинской организации, определяющие его права и обязанности, уважать и соблюдать права других субъектов права.

Вместе с тем, как показывает практика, медицинские работники слабо ориентируются в вопросах права, что зачастую приводит к необоснованным жалобам, конфликтным ситуациям и судебным разбирательствам. Все это свидетельствует о необходимости совершенствования преподавания дисциплины «Правоведение» и внедрения эффективных технологий обучения будущих врачей правовым вопросам. Следует подчеркнуть, что новые образовательные стандарты по правоведению в медицинском вузе дают возможность студентам изучить более подробно структуру правовой системы Российской Федерации, основные понятия тех правовых отраслей, с которыми у медицинского права прослеживается наиболее тесная связь, позволяют студентам больше внимания уделить практической работе. Однако новый стандарт переместил дисциплину «Правоведение» со старших курсов на 1 и 2 курсы. Тогда как среди теоретических дисциплин «Правоведение» имеет наиболее тесную связь с такой дисциплиной, как

«Общественное здоровье и здравоохранение», которая изучается на 4 и 5 курсах.

Чтобы дать студентам необходимый объем знаний, нами в преподавании дисциплины был выделен главный раздел — «Медицинское право», другие отрасли права рассматриваются в основном в связи с медико-социальными вопросами и нуждами охраны здоровья граждан. Такая конструкция, составленная в соответствии с государственным образовательным стандартом, позволяет охватить широкий круг вопросов, относящихся именно к области медицинского права, и подготовить будущих врачей к применению правовых знаний в практическом здравоохранении.

В процессе преподавания дисциплины «Правоведение» на кафедре общественного здоровья и здравоохранения лекции читаются обязательно с использованием мультимедийных систем, что существенно облегчает восприятие материала и дает возможность чередовать нагрузку (физическую, связанную с написанием лекций, и мыслительную, связанную с осознанием содержания слайдов).

Занятия проводятся в специально оборудованной тематической аудитории, где размещены стенды с основополагающими законами и извлечениями из них. Для каждого занятия разработаны методические указания для преподавателей и студентов. На практических занятиях проводится тестирование для проверки исходного и текущего уровней знаний студентов. Большое значение придается самостоятельной работе студентов и активному обсуждению материала.

Однако в современных условиях преподавание дисциплины «Правоведение» нуждается во внедрении эффективных технологий и интерактивных методов обучения.

Интерактивная деятельность на занятиях по правоведению предполагает организацию и развитие диалогового общения, которое ведет к взаимопониманию, взаимодействию, к совместному решению общих, но значимых для каждого участника задач. Наиболее эффективным средством развития правового мышления является внедрение активных методов обучения. Это могут быть ситуационные задачи нескольких типов: с недостаточными исходными данными; задачи поведенческого характера; с избыточной или ненужной информацией; с неопределенностью в постановке вопроса, требующие рассуждений; задачи с противоречивыми, неверными данными, требующие нахождения ошибки в готовом

решении; задачи, допускающие только правильное решение. Решение ситуационных задач позволяет проанализировать качество усвоения материала, проработать типичные ошибки. Многие основные методические инновации связаны сегодня с применением интерактивных методов обучения. «Интерактивный» означает способность взаимодействовать или находится в режиме беседы, диалога с кем-либо (человеком) или чем-либо (например, компьютером).

Следовательно, интерактивное обучение — это, прежде всего, диалоговое обучение, в ходе которого осуществляется взаимодействие преподавателя и студента. Следует отметить, что интерактивное обучение — это специальная форма организации познавательной деятельности. Она имеет в виду вполне конкретные и прогнозируемые цели. Одна из таких целей состоит в создании комфортных условий обучения, таких, при которых студент чувствует свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения.

Суть интерактивного обучения состоит в том, что учебный процесс организован таким образом, что практически все студенты учебной группы оказываются вовлеченными в процесс познания, они имеют возможность понимать и рефлексировать по поводу того, что они знают и думают. Совместная деятельность студентов в процессе познания, освоения учебного материала означает, что каждый вносит свой особый индивидуальный вклад, идет обмен знаниями, идеями, способами деятельности.

Интерактивная деятельность на занятиях по правоведению предполагает организацию и развитие диалогового общения, которое ведет к взаимопониманию, взаимодействию, к совместному решению общих, но значимых для каждого участника задач. В ходе диалогового обучения студенты учатся критически мыслить, решать сложные проблемы на основе анализа обстоятельств и соответствующей информации, взвешивать альтернативные мнения, принимать продуманные решения, участвовать в дискуссиях, общаться с другими людьми. Для этого на семинарах организуются индивидуальная, парная и групповая работа, применяются исследовательские проекты, ролевые игры, идет работа с документами и различными источниками информации, используются творческие работы.

В настоящее время разработано немало форм групповой работы для обучения праву. Наиболее известные из них — «Большой круг», «Вертушка», «Аквариум», «Мозговой штурм», «Дебаты». Эти формы эффективны в том случае, если на семинаре обсуждается какая-либо проблема в целом, о которой у студентов имеются первоначальные представления, полученные ранее на занятиях или в житейском опыте. При обсуждении вопросов правоведения предметом группового обсуждения может стать, например, спорная законодательная норма, судебное решение или документ (фрагмент из Гражданского, Семейного, Трудового, Уголовного кодексов).

На семинарских занятиях целесообразно использовать различные технологии, такие как: технологии РКМЧП, технологии «ПОПС-ФОРМУЛЫ», методики проективных техник, информационные технологии.

Технологии РКМЧП (развитие критического мышления через чтение и письмо) и ее методические приемы: прием «Корзина» идей, понятий, имен позволяет выяснить все, что знают или думают студенты по обсуждаемой теме.

Прием «Составление кластера (пучка, созвездия)» позволяет графически изобразить материал и показать смысловые поля того или иного понятия.

Прием «Написание синквейна». В переводе с французского слово «Синквейн» означает «Стихотворение», состоящее из пяти строк, которое пишется по определенным правилам». Составление синквейна требует от студента в кратких выражениях резюмировать учебный материал.

Прием «Пометки на полях» является средством, позволяющим студенту отслеживать свое понимание прочитанного текста. Определенной популярностью в правовом образовании пользуется так называемая методика «Мозговой штурм», используемая в том случае, когда нужно предложить как можно больше вариантов разрешения проблемы. Основная цель — развитие творческого типа мышления. Прием «Написание эссе» — это свободное письмо на заданную тему, в котором ценится самостоятельность, проявление индивидуальности, дискуссионность, оригинальность решения проблемы, аргументации.

Технология «ПОПС - формула» используется при организации на занятии споров, дискуссий. Ее суть заключается в следующем: П — позиция — студент объясняет, в чем заключена его точка зрения. О

— обоснование (студент должен доказать свою позицию определенными доводами). П — пример. С — следствие (вывод, который нужно сделать в результате обсуждения определенной проблемы).

Методика проективных техник позволяет студентам сформулировать свою позицию и отношение к определенным явлениям. Например, студенты дописывают незаконченные предложения, такие как: «Я бы посоветовал Верховному Суду...». Одним из вариантов проективных техник может быть рисунок на заданную тему, (например, нарисовать власть), который может служить материалом для продуктивной дискуссии. Результаты использования проективных техник могут быть обсуждены и проанализированы с помощью других методов, например, кейс-метода. Отличительными особенностями кейс-метода являются:

- описание реальной проблемной ситуации;
- альтернативность решения проблемной ситуации;
- единая цель и коллективная работа по выработке решения;
- функционирование системы группового оценивания принимаемых решений;
- эмоциональное напряжение студентов

Студент должен разрешить поставленную проблему и получить реакцию окружающих (других студентов и преподавателя) на свои действия.

Различные варианты работ по правоведению возможны с использованием интернета. Например, работа «Свободный поиск», «Найди ошибку!».

Как показывает практика, использование не только традиционных (лекции, опросы на семинарских занятиях), но и активных форм обучения вызывает интерес у студентов, позволяет повысить правовое образование будущих врачей и улучшить качество оказания медицинской помощи, не нарушая прав пациента.

Фомин А.А, Савастьянов С.М.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА
ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ
«ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

*Кафедра семейной медицины, общественного здоровья,
организации здравоохранения, безопасности
жизнедеятельности и медицины катастроф*
ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет,
медицинский институт»

Неуклонный рост распространенности зубочелюстных аномалий у детского населения способствует активному развитию специализированной поликлинической и стационарной помощи детям в Российской Федерации. Одной из задач современной системы здравоохранения является организация медицинской помощи, которая способна обезопасить подрастающее поколение от различных видов патологии, а также оказать необходимую помощь нуждающимся в ней. Оказание доступной и качественной специализированной медицинской помощи детям – приоритетная задача системы здравоохранения. Подтверждение этому принятая на государственном уровне в 2014 году Программа «Развитие здравоохранения», которая включает повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи, в том числе и детскому населению. Одним из видов такой специализированной стоматологической помощи детям является ортодонтия. Ортодонтия — это раздел стоматологии, занимающийся изучением этиологии, диагностики, методов профилактики и лечения зубочелюстно-лицевых аномалий, деформациями и предпосылками их развития, разрушением коронок зубов, ранним удалением зубов, нарушением целостности зубных рядов. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. N910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями» в структуре «Детской стоматологической поликлиники» имеется ортодонтическое отделение и зуботехническая лаборатория [1-3].

Было проведено исследование с целью изучения и оценки динамики доступности и качества бюджетной ортодонтической помощи детскому населению Республики Карелия в период с 2000 по 2015 годы. Объектом исследования стала система бюджетной ортодонтической помощи детскому населению Республики Карелии, а предметом – организация ортодонтической помощи населению. Методологическая основа исследования: теоретический анализ нормативно-правовых документов; анализ план-фактных данных.

На основе поставленной цели, сформулированных задач и проведенной работы были сделаны следующие выводы: в Республике Карелия организационная структура ортодонтической помощи детскому населению соответствует нормативно-правовым актам; по план-фактным данным, общее количество пациентов, выполненных условных единиц трудоемкости, законченных случаев лечения, изготовление ортодонтических аппаратов, посещений в день к одному специалисту, трудовых единиц в день, выданных талонов на первичную консультацию увеличивается, необходимо отметить, что с 2012 года отмечается повышения всех показателей деятельности; количество штатных ортодентов с 2007 по 2014 было 3, в 2012 было 2, работающих суммарно на 2,25 ставки, в 2015 года работало 4 специалиста на 3 ставки, а с 2016 года работает 5 врачей на 3,7 ставки, что стало возможным благодаря ведомственной целевой программе «Обеспечение государственной системы здравоохранения Республики Карелия медицинскими кадрами» на 2013—2015 годы.

Организация ортодонтической помощи осуществляется в Республике Карелия согласно приказу Минздрава России от 13 ноября 2012 г. №910н. При анализе план-фактных данных за 2000 — 2015 гг. установлено, что за 15 лет количество врачей увеличилось на 125,3%, общее количество законченных ортодонтических лечений увеличилось на 56,2%, количество посещений к врачу-ортоденту увеличилось на 121,9%, количество условных единиц трудоемкости, выработанные врачами увеличилось на 161,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года №294 *«Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»* <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.2016).

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 года №700н «О номенклатуре специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование». <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.2016).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 года №910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями». <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.2016).

Францева В.О., Иванова Е.В., Мелешкина Н.В.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

Здравоохранение является одной из важнейших отраслей социальной сферы, развитие которой определяет состояние здоровья населения государства не только в настоящее время, но и в будущем. Для эффективного руководства развитием отрасли, и каждой медицинской организации в том числе, необходимо располагать информацией, позволяющей объективно оценить аккумулированные в данной сфере экономики финансовые средства, а также их использование на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи.

Раньше главной задачей руководителя медицинской организации было грамотно обосновать необходимость получения субсидий из бюджета, финансовых средств на закупку, обслуживание и ремонт оборудования, содержание зданий, лекарственное обеспечение. Это была экономика советского периода, когда финансовые средства надо было просить. Несмотря на то, что система обязательного медицинского страхования действует с 90-х годов прошлого столетия, бюджетная система дополнительно выделяла финансовые средства на содержание учреждений здравоохранения, что настраивало руководителей медицинских

организаций при дефиците средств, просить дополнительные ресурсы.

Но за последнее время условия финансирования медицинских организаций изменились. Целевые субсидии из различных уровней бюджета сейчас выделяются только на развитие, закупку оборудования, проведение капитального ремонта и др. В системе обязательного медицинского страхования внедряются новые методы оплаты медицинских услуг: за законченный случай на основе клинико-статистических групп. Для амбулаторной помощи — подушевой норматив с оплатой за результативность.

Совершенствование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования требует от руководителей медицинских организаций формирования компетенций в области планирования и проведения серьезных экономических расчетов. Следует планировать объемы оказания медицинской помощи, в том числе в стоимостном выражении, а также понимать насколько утвержденный тариф возмещает затраты учреждения. Поскольку ежегодно увеличивается доля объемов медицинской помощи и средств, которые поступают за счет системы обязательного медицинского страхования, в общем объеме доходов медицинской организации, поэтому основной акцент в планировании должен быть сделан именно на эти объемы.

Одновременно в условиях сокращения государственного финансирования возрастает роль доходов от платных медицинских услуг. Руководители медицинских организаций попадают в непростую ситуацию. В соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно, с другой стороны при сокращении финансирования и дефиците финансовых средств необходимо наращивать платные медицинские услуги. Для этого необходимо активно заниматься маркетингом. А это требует новых навыков и компетенций от руководителей медицинских организаций в области маркетинга, которые в последующем позволят создать систему маркетинга в медицинской организации.

В течение последних десяти лет в здравоохранение Российской Федерации было выделено значительное финансирование по «национальному проекту», что позволило приобрести медицинское оборудование, санитарный транспорт, улучшить информационные

системы медицинских организаций и повысить материальное стимулирование врачей-специалистов, а также врачей-терапевтов и врачей — педиатров участковых с медицинскими сестрами участковыми, врачей скорой медицинской помощи. Для того чтобы сохранить уровень оснащения медицинской организации, необходимо формировать профессиональные компетенции руководителя по изысканию ресурсов, обеспечивающих работу медицинского оборудования и его обновление. В этом случае может быть достигнут более высокий уровень оказания медицинской помощи, что особенно важно в условиях усиливающейся конкуренции.

Одной из наиболее важных компетенций руководителя медицинской организации является использование результатов экономического анализа как производственной деятельности, так и финансовой. Объектами экономического анализа могут быть:

- медицинская организация;
- структурные подразделения;
- отдельные работники;
- система здравоохранения определенного региона;
- конкретные финансово-экономические показатели (кредиторская и дебиторская задолженность, рентабельность и пр.).

Результаты анализа позволят обеспечить достоверную оценку итогов работы, выявить пути рационализации использования средств, повышения эффективности, а в конечном итоге принять правильное управленческое решение. Не менее важная перспективная цель анализа — выработка наиболее достоверных предположений и прогнозов будущих финансовых условий функционирования медицинской организации. Поэтому формирование компетенции руководителя медицинской организации происходит при достижении следующих задач экономического анализа:

- объективная оценка состава трудовых, материальных и финансовых ресурсов;
- оценка эффективности использования всех видов ресурсов;
- контроль и оценка выполнения плановых показателей;
- определение факторов, обусловивших полученные результаты;

- выявление, измерение и мобилизация резервов улучшения финансового состояния и повышения эффективности всей хозяйственной деятельности;
- подготовка и обоснование принимаемых управленческих решений в области финансов;
- анализ эффективности решений.

Учитывая тот факт, что оплата медицинской помощи производится за реальные результаты, в настоящее время становятся востребованными компетенции, связанные с экономическими расчетами и планированием. На первый план выходит вопрос «как заработать деньги». Но работа в условиях кризиса ставит перед руководителем медицинской организации формирование компетенций рачительного «хозяйственника», т.е. экономного и рационального использования всех видов ресурсов. При одновременном развитии указанных компетенций возможно достичь высоких финансовых результатов деятельности медицинской организации, которые позволят повысить уровень оказания медицинских услуг и конкурентоспособности. Очевидно, что для руководителя медицинской организации планирование является первым этапом управления учреждением.

В данной статье мы остановились на отдельных видах компетенций, которые необходимо совершенствовать и развивать руководителям медицинских организаций. Но актуальность данной проблемы очевидна. В настоящее время на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова создан Институт лидерства в здравоохранении, который будет готовить врачей управленцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 г. №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

2. Кадыров Ф.Н. *Экономические методы оценки эффективности медицинских учреждений*. ИД «Менеджер здравоохранения». М: 2011.

3. Уйба В.В., Чернышов В.М., Пушкарев О.В., Стрелдъченко О.В., Клевасов А.И. *Экономические методы в здравоохранении*. Новосибирск; 2012.

4. Флек В.О. *Анализ финансового обеспечения Российского здравоохранения по системе счетов*. М.: 2015.

5. Шишкин С.В. *Руководитель медицинской организации должен быть компетентен в вопросах экономического планирования*. Здравоохранение. 2015; 3: 20-26.

6. *Врачей-управленцев будут готовить в Институте лидерства в здравоохранении*. Здравоохранение. 2016; 11: 13.

Хмель А.А.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА В РОССИИ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

В 90-х годах XX — начале XXI столетия состояние здоровья населения РФ ухудшилось. Возрастают уровни заболеваемости и инвалидности. Сложилась депопуляционная модель воспроизводства населения. Снизились показатели средней продолжительности предстоящей жизни.

В поисках ответа на вопрос о причинах такого положения специалистами рассматриваются и оцениваются различные теоретические подходы и концепции обусловленности общественного здоровья.

Одной из наиболее распространенных теорий обусловленности состояния здоровья населения является теория воздействия на здоровье факторов образа жизни. Согласно данной теории, более чем на 50% здоровье различных групп населения зависит от различных факторов образа жизни. Образ жизни рассматривается как «система наиболее существенных, типичных характеристик способа деятельности и активности людей (трудовой, социальной, культурной, образовательной, медицинской и др.), являющихся отражением уровня развития производительных сил и производственных отношений [1].

Отметим, что какой бы вид активности не исследовался, везде можно найти различные причины или факторы риска ухудшения здоровья индивидуума. Следствием такого подхода стало появление и развитие теории факторов риска здоровью.

В ряде документов Министерства здравоохранения, в частности в проекте Концепции развития здравоохранения РФ на период до 2020г., было указано на четыре основных и наиболее опасных фактора риска здоровью: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя — около 15 л. абсолютного алкоголя на душу населения. Также отмечается, что доля курящих мужчин в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах ЕС. Вклад этих факторов риска в структуре общей смертности составляет 87,5%, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности — 58,5%. Потребление сигарет в Российской Федерации с 1985 по 2006 гг. увеличилось на 87%.

Возникает вопрос почему, несмотря на многолетние усилия в области санитарного просвещения, снизить воздействие данных факторов риска и тем самым улучшить параметры образа жизни и состояние здоровья населения не удается.

В 90-е годы XX века появился новый взгляд на проблемы обусловленности здоровья населения и ухудшения показателей общественного здоровья. В основу этого направления было положено исследование возросшего стрессорного воздействия различных факторов на организм, проявляющегося вследствие духовного неблагополучия, в свою очередь порожденного резким и болезненным сломом материального и, в особенности, социально-психологического уклада населения в процессе проведения в это время кардинальных реформ экономики и социально-политической сферы. Следует отметить, что подход, связанный с изучением воздействия стресса на организм человека применяется уже несколько десятилетий.

В 50 — 70- х годах XX в. канадский ученый-физиолог Г.Селье (1907-1982 гг.) на основе исследований нервно-гуморальных реакций органов и систем организма подопытных животных на различные внешние раздражители сформулировал концепцию, получившую название «теория о стрессе и общем адаптационном синдроме». Согласно данной теории любой внешний агент (физический, психический, химический и др.), являющийся повреждающим

фактором или так называемым «стрессором», вызывает особую реакцию организма — «стресс» — неспецифический ответ организма на предъявленные к нему требования» (Г. Селье). Стресс запускает в действие выработанные в процессе эволюции механизмы адаптации. Г. Селье ввел понятие «эустресс» — нормальный здоровый стресс при отсутствии заболеваний, когда компенсаторные механизмы адаптации организма способны не допустить развитие патологии и «дистресс» — патогенный, патологический стресс, способствующий развитию заболеваний, когда адаптационно — компенсаторных механизмов у организма не хватает. [1].

Действительно, продолжительный дистресс как патогенный фактор способствует снижению сопротивляемости организма различным патологическим состояниям и заболеваниям, в том числе наиболее опасным, занимающим первое место в структуре смертности населения: сердечно-сосудистым. В попытках преодолеть воздействие дистресса, добиться восстановления нервно-психического и гуморального равновесия путем искусственного воздействия на биохимическую регуляцию, человек может прибегнуть к табакокурению и начать злоупотреблять алкоголем, а в ряде случаев и наркотиками. Нередко под воздействием сочетания негативных факторов дистресса нарушается режим питания и двигательной активности. Возникает риск развития гипертонии, снижение иммунитета, нарушения секреторной функции желез, мужского и женского бесплодия и др. Таким образом, усиливается воздействие разнообразных факторов риска здоровью и комплексно ухудшаются параметры образа жизни.

Психические заболевания и расстройства также могут быть следствием дистрессорного воздействия. РФ занимает одно из первых мест в мире по количеству самоубийств. Представляется очевидным, что причинами острых психозов, закончившихся попытками суицида, во многих случаях являлись психологические и психические дистрессы, действующие нередко в сочетании с алкогольным и наркотическим отравлениями различной тяжести.

Каким же был исторический фон событий, определивший во многом особенности воздействия факторов дистресса на коллективном и индивидуальном уровне!?

XX век для нашей страны и особенно его первая половина сопровождались непрерывными социально-политическим и военными катаклизмами. Рассмотрим только крупнейшие по уровню

прямых и безвозвратных человеческих потерь события первой половины XX в. Несмотря на то, что нас, ныне живущих, от этих событий отделяет уже более 70 лет, основная масса современных жителей РФ либо родилась в первой половине XX века, либо имеет родственников и родителей, появившихся на свет в те годы, и на чьих судьбах и в исторической памяти отразилась вся тяжелая история нашей страны.

«Вехи» первой половины XX в. для Российской Федерации (в границах 1991 г.), связанные с большим количеством безвозвратных человеческих жертв. [2]

1904 — 1905 гг. Русско-японская война	32 тыс. чел.
1905 — 1907 гг. Революция	40,5 тыс. чел.
1908 — 1912 гг. Голод	160 тыс. чел.
1910 г. Эпидемия холеры	300 тыс. чел.
1914 — 1917 гг. Первая мировая война, революция	2070 тыс. чел.
1918 — 1921 гг. Гражданская война	5400 тыс. чел.
1921 г. Голод	5000 тыс. чел.
Политические репрессии 1923 — 1953 гг. (в т.ч. эскалация 1935 — 1938)	5150 тыс. чел.
1941 — 1945 гг. Великая отечественная война	13950 тыс. чел.
1946 — 1947 гг. Голод	550 тыс. чел.

Из приведенных данных видно, что в первой половине XX в. практически каждые 3 — 8 лет наше общество в ходе войн, депортаций и репрессий несло прямые людские потери, измеряемые сотнями тысяч и миллионами человеческих жизней. Войны, в том числе такие разрушительные, как практически без перерыва перешедшая в Гражданскую войну 1-я Мировая война и Великая отечественная война, помимо многомиллионных прямых потерь приводили к политическим переменам в виде революций 1905 и 1917 гг., а также экономической разрухе (дважды за 30 лет в период 1920-1925 гг. и 1945-1950 гг.). Косвенный ущерб от этих событий в виде ухудшения здоровья населения, повышения уровня заболеваемости и смертности в силу усиления влияния неблагоприятных факторов образа жизни, снижения объема и качества предоставляемой медицинской помощи, по-видимому, вообще не поддается исчислению. Данные исторические события каждый раз становились источниками социального стресса различных причин для больших групп населения нашей страны. Если рассматривать образ жизни как

совокупность различных видов активности и интегрировать их с факторами дистресса, то можно сделать вывод, что воздействие дистрессорных факторов усиливалось в сфере трудовой активности — во время войн усиливалась интенсивность и опасность трудового процесса; активности в быту — снижение уровня жизни, ожидание плохих известий и пр. Подобные дистрессы, имеющие социальную природу, неизбежно должны были отразиться на групповом и индивидуальном уровне и могли привести к эффекту кумуляции — комплексному нарастанию груза психологического неблагополучия у широких масс населения, негативно отразиться на восприятии и реализации жизненных установок индивидуумов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю.П. *Здоровье населения и современные теории медицины*. М.: 1982.
2. Эрлихман В.Н. *Потери народонаселения в XX в.* М.: 2004.

Хмель А.А., Дедова Н.Г., Лебедева А.Ф.

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России*

Развитие здравоохранения Российской Федерации, формирование рынка медицинских услуг требует повышенного внимания к использованию современных методов управления, а также повышения качества управленческой деятельности.

Деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, современных методов и средств управления, повышающая мотивацию отдельных сотрудников и всего коллектива позволяет повысить качество и производительность

труда, эффективнее оказывать медицинскую помощь, а в конечном итоге — повышать уровень состояния здоровья населения.

Исследование эффективности различных методов управления традиционно было одним из основных направлений деятельности специалистов. Однако актуальность работы в этом направлении возросла в конце 80-х — начале 90-х годов, в эпоху «перестройки» и «гласности», когда значительно расширился поток современной социально-экономической информации, поступающей в СССР из-за рубежа. Одновременно начали предприниматься попытки реформирования здравоохранения на основе принципов хозрасчета, известных, как «новый хозяйственный механизм в здравоохранении» (НХМ). В последующем, с начала 90-х гг. началось внедрение обязательного и добровольного медицинского страхования, а также развитие коммерческих форм оказания медицинской помощи. С тех пор в нашей стране идет непрерывный процесс изучения современных методов и технологий управленческой деятельности и их внедрения в практику управления здравоохранением.

В начале 90-х годов основы теории управления, современные подходы к организации управленческой деятельности и менеджмент стали предметом преподавания для студентов высших медицинских учебных заведений, а также для специалистов в области организации здравоохранения в качестве различных курсов и программ повышения квалификации, профессиональной переподготовки, второго высшего образования.

Вопросы применения и оценки эффективности методов управления в здравоохранении активно изучаются в многочисленных научных работах. Исследуются различные проблемы, в том числе вопросы применения принципов и механизмов управления в работе медицинских учреждений, особенности организации управленческих структур, проблемы коммуникаций, мотивации медицинских работников, риск — менеджмента, социологических основ управленческой деятельности, организационной культуры, антикризисного управления коммерческих медицинских организаций и др.

Значительный объем информации по вопросам применения различных методов управления в практике работы организаций здравоохранения нами получен в ходе проведения семинарских занятий и круглых столов со студентами различных форм обучения, слушателями повышения квалификации и профессиональной

переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в ряде высших учебных заведений г. Москвы (Государственный университет управления, Московский государственный медико-стоматологический университет, Российский научно-исследовательский медицинский университет и ряде других). Преподавание различных аспектов управленческой деятельности слушателям, имеющим значительный личный и профессиональный опыт, позволяет осуществить обмен идеями и использовать различные аспекты данного опыта в развитии теоретических основ применения современных методов управления в здравоохранении.

Основными особенностями управления медицинскими организациями являются [2]:

- ответственность за принимаемые решения, от которых зависит жизнь и здоровье людей;
- трудность, а нередко и невозможность прогнозирования отдаленных последствий принимаемых решений;
- сложность в исправлении неверно принятых решений.

По мнению специалистов, к данным особенностям можно также отнести различные проблемы законодательного регулирования деятельности здравоохранения, оптимального функционирования организационных структур, материально-технического обеспечения, финансирование и т.д.

Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на объекты управления. Как известно из теории управления, анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления [1,2].

Выделяют следующие принципы управления (разработаны в середине XIX века А. Файолем):

1. Организационные, координационные и оперативные принципы, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.

2. Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, постоянство персонала и др.

3. Принципы повышения имиджа, образа организации учреждения — власть и ответственность, стабильность организационной структуры, здоровый корпоративный дух и ряд других.

В ходе организации процесса управления медицинской организацией руководитель должен помнить, что нарушение хотя бы одного из базовых принципов управления может привести, в случае несвоевременной коррекции недостатков, к отступлению и от многих остальных принципов. Тем самым качество управления будет снижено или потеряно. При обсуждении на круглых столах актуальных проблем здравоохранения слушатели отмечали, что принципов управления в медицинских организациях придерживаются не везде.

Таким образом, соблюдение научно обоснованных принципов управления является большим резервом повышения качества управленческого процесса при соответствующей подготовке руководящих кадров здравоохранения.

По мнению специалистов в области организации здравоохранения, одной из причин невыполнения принципов управления в полном объеме является недостаточный уровень образования и компетенций в области управления. С другой стороны, проблемы современной российской системы здравоохранения также в некоторых случаях препятствуют соблюдению научно обоснованных принципов управленческой деятельности. Так, например, недостатки в работе с кадрами в медицинской организации способствуют снижению исполнительной дисциплины, нарушению принципа справедливости, что в свою очередь может увеличить текучесть кадров, тем самым нарушив принципы постоянства кадрового состава стабильности организационной структуры. Недостаточное материальное стимулирование высокого качества труда также подрывает корпоративный дух, дисциплину и т.д.

Таким образом, проблемы применения современных методов управления и научно обоснованные принципы управления всесторонне рассматриваются специалистами в области организации здравоохранения. В настоящее время одной из основных тенденцией изучения зарубежного опыта по применению современных методов управления в практике работы организаций здравоохранения является последовательная адаптация и использование этих методов в управлении отечественным здравоохранением, что позволит с учетом

исторических особенностей развития и накопленного опыта успешно модернизировать отрасль, увеличить объем, поднять качество оказываемой медицинской помощи, и, в конечном итоге, улучшить состояние здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение*. М.: 2007.

2. Вялков А.И. *Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика*. М.: 2003.

**Черкасов С.Н.^{1,2}, Вайсман Д.Ш.¹,
Мешков Д.О.^{1,2}**

ВЛАДЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАМИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) КАК НЕОБХОДИМАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ ВРАЧА

¹ *Сотрудничающий центр ВОЗ по семейству международных
классификаций*

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

² *Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ЧОУ ВО Медицинский университет «РЕАВИЗ»*

Базовым условием для достижения высокой эффективности деятельности системы здравоохранения является достоверность статистических данных. Достоверность статистических данных обеспечивается путём строго соблюдения единых правил регистрации, сбора, аналитического учета и синтеза получаемой информации. Огромную роль в указанных процессах принадлежит кодированию диагностической информации. С 01.01.1999 года приказом Минздрава России от 27.05.1997 г. №170 все медицинские организации Российской Федерации обязаны использовать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10).

Несмотря на длительный опыт ее использования, эксперты при осуществлении аудита качества кодирования информации о заболеваемости и, особенно, смертности, часто сталкиваются с несуществующими в МКБ-10 терминами, некорректным использованием правил кодирования, выбора первоначальной причины смерти. Несоблюдение правил использования, в свою очередь, приводит к искажениям статистической информации, на основании которой принимаются ошибочные управленческие решения, что влечет за собой негативные экономические и юридические последствия для медицинской организации [1]. К сожалению, в настоящее время инструктивных материалов, посвященных вопросам кодирования недостаточно, а в существующих часто не содержится единых детальных рекомендаций, что приводит к различному, а иногда и неправильному кодированию одних и тех же диагностических терминов [2]. Особенно этот вопрос актуален на уровне преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранение».

МКБ является плодом очень тесного сотрудничества между неправительственными организациями, другими учреждениями, отделами и подразделениями ВОЗ. Это сотрудничество координирует специальное подразделение ВОЗ, которое обеспечивает общее руководство и оказывает консультативную помощь. В рамках отдельной страны координацию деятельности в отношении семейства международных классификаций возложены на Сотрудничающие центры. В Российской Федерации Сотрудничающий центр по семейству международных классификаций действует на базе ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (директор института академик РАН Р.У. Хабриев). Роль Сотрудничающего центра заключается в готовности выступать в качестве координирующего центра на уровне страны, предоставлять консультации по техническим вопросам и рекомендации, обеспечивать при необходимости поддержку [3,4]. Такой подход к координированной разработке различных компонентов семейства международных классификаций позволяет также избежать ненужного дублирования.

Международная классификация болезней 10 пересмотра постоянно совершенствуется и дополняется. За время ее существования в классификацию внесено более 1500 изменений. Это

позволяет ей такой длительный период времени оставаться актуальной классификацией, включающей все достижения медицинской науки. В настоящее время Сотрудничающий центр заканчивает работу над новой редакцией МКБ-10 (2014-2016), адаптированной к русскоязычным терминам и включающей все обновления ВОЗ.

Несмотря на длительный период использования МКБ, видимую простоту ее применения эксперты Сотрудничающего центра отмечают большое количество ошибок при кодировании диагностической информации. Объективной причиной этому является высокая сложность применения правил МКБ, методик кодирования. Особенно это актуально для медицинского персонала, не имеющего специальной подготовки. В результате ошибок при кодировании искажается статистическая отчетность, принимаются неверные управленческие решения, снижается эффективность использования ресурсов здравоохранения. Необходимой информации при подготовке врачей как на до дипломном, так и на последипломном уровне обучающимся не предоставляется.

Существенным помощником в работе с МКБ могут стать автоматизированные системы кодирования. Следует отметить, что в медицинском сообществе распространены довольно примитивные представления о таких системах. Многие уверены, что программы контекстного поиска, когда при наборе диагностического термина на клавиатуре автоматически генерируется код МКБ из электронного справочника (в Российской Федерации нет ни одного рекомендованного экспертами и разрешенного к использованию ВОЗ электронного справочника МКБ. *Прим. Сотрудничающего центра ВОЗ в Российской Федерации*) являются вполне адекватным решением. Однако данный подход не только не учитывает правила МКБ, которых более ста, но и нарушает алгоритм кодирования. Получение адекватной статистической информации при использовании такой «автоматизированной» системы просто невозможно.

В автоматизированных системах, которые реально способны помочь при кодировании, должны функционировать системы логического, формального, лексического и других видов контроля. Количество алгоритмов проверки и анализа при внесении информации в систему достигает 150. Кроме того, в системе должен использоваться международный модуль выбора первоначальной

причины смерти и должны быть реализованы механизмы анализа массива ранее введенных данных с использованием гибких запросов. Такая автоматизированная система, базирующаяся на актуальной версии МКБ, действительно может значительно повысить качество статистических данных и существенно экономить временные ресурсы персонала, ответственного за кодирование диагностической информации.

Дальнейшим развитием МКБ в будущем должна стать МКБ-11. В октябре 2016 года Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен дала старт широкому обсуждению проекта одиннадцатого пересмотра МКБ. Обсуждение продлится до конца 2017 года, после чего страны начнут обсуждать вопрос о необходимости доработки проекта, внесения в него изменений и дополнений. Базовая платформа МКБ-11 соответствует МКБ-10, однако существенно расширяется объем информации, подлежащий кодированию, вводится обязательность множественности кодов, появляется необходимость кодирования не только самого диагноза, но и функционального статуса, а также степени снижения функционирования. Количество классов и кодов значительно возрастает, усложняется их структура. Использование МКБ-11 без использования автоматизированных систем станет практически невозможным. Недаром д-р Маргарет Чен охарактеризовала МКБ-11 как инструмент новой информационной эры в здравоохранении, когда бумажный оборот уйдет в прошлое, а фиксация и обработка всей информации будет реализовываться исключительно с использованием электронных средств коммуникаций и компьютерных систем.

На настоящем же этапе перед всем мировым медицинским сообществом основными задачами являются повышение качества использования МКБ-10, повышении квалификации персонала, занимающегося кодированием диагностической информации и внедрение автоматизированных систем кодирования. Эти задачи очень актуальны и для системы здравоохранения Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайсман Д.Ш. *Анализ влияния обучения врачей и внедрения автоматизированной системы на достоверность статистики*

смертности. Бюллетень Национального НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015; 6: 22-32.

2. Вайсман Д.Ш. *Совершенствование системы информационного обеспечения оценки и анализа смертности населения на уровне субъекта Российской Федерации*. дисс. докт.мед.наук. 2015.

3. Cherkasov S., Shoshmin A., Vaisman D., Meshkov D., Besstrashnova Y., Berseneva E., Bezmelnitsyna L. *Activities of Russian WHO-FIC Collaboration Centre*. Annual meeting WHO-FIC Network.- Manchester. 17-23.10.2015. Poster Booklet. 2015.

4. Cherkasov S., Shoshmin A., Vaisman D., Meshkov D., Besstrashnova Y., Berseneva E., Bezmelnitsyna L. *Russian WHO-FIC Collaborating Centre Annual report 2015-2016*. Annual meeting WHO-FIC Network. - Tokyo. 8-14.10.2016. Poster Booklet. 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Найговзина Н.Б.</i> Кафедра общественного здоровья и здравоохранения: традиции и новации. Традиции и новации подготовки управленческих кадров здравоохранения	3
<i>Алексеевская Т.И., Софронов О.Ю.</i> Современные технологии учета и регистрации обращений потребителей государственных услуг в территориальные органы и организации Роспотребнадзора	7
<i>Белик Ю.Е.</i> Большие данные (BIG DATA) в высшем образовании: возможности, барьеры, открытия	12
<i>Белик Ю.Е.</i> Перспективы развития высшего сестринского образования в России	14
<i>Борщук Е.Л., Бегун Д.Н.</i> Опыт преподавания обязательной дисциплины «Прикладные аспекты информатики и медицинской статистики» аспирантам Оренбургского государственного медицинского университета	18
<i>Волнухин А.В.</i> Трехуровневая система непрерывного профессионального развития медицинского персонала в сети негосударственных поликлиник	20
<i>Гайдаров Г.М., Алексеевская Т.И.</i> Научно-исследовательская работа студентов медико-профилактического факультета	25
<i>Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В.</i> Социологическая оценка эффективности дополнительного профессионального образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»	28
<i>Гайдаров Г.М., Макаров С.В., Маевская И.В.</i> Подходы к совершенствованию дополнительного профессионального образования на кафедре общественного здоровья и здравоохранения	33
<i>Гацура О.А., Кочеткова И.О.</i> «Муки и радости» студентов-лечебников на кафедре общественного здоровья и здравоохранения	38
<i>Гильманов А.А.</i> Методические подходы к оценке эффективности управления ресурсами медицинской организации	41

<i>Гудков А.О., Алешко Е.В.</i> К вопросу о применении единых нормативов затрат на оказание государственных образовательных услуг в системе высшего образования	45
<i>Данцигер Д.Г., Андриевский Б.П., Махов В.А.</i> Особые требования к врачу — организатору здравоохранения	49
<i>Дербенев Д.П., Эхте К.А., Балашова Л.А.</i> Организация обучения врачей-специалистов по вопросам организации здравоохранения в Тверском государственном медицинском университете	54
<i>Дерюшкин В.Г., Гацура О.А.</i> Управление обучением в медицинском вузе: от разрозненных компонентов к единой информационной системе	57
<i>Дерюшкин В.Г., Макарова Н.К., Мартынова Е.С.</i> Самооценка выпускниками лечебного факультета готовности к профессиональной деятельности по данным пилотного опроса	62
<i>Дехнич С.Н., Клыков А.И., Перегонцева Н.В., Филимонова О.Л.</i> Возможности применения методики ситуационных тест-задач в улучшении качества образовательного процесса	65
<i>Дмитриева Е.В., Францева В.О., Антоненко А.Д.</i> Подготовка специалистов в области организации здравоохранения на основе профессионального стандарта	68
<i>Дьяченко Т.С., Грибина Л.Н.</i> Рабочие образовательные программы дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение" при реализации Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования	73
<i>Засыпкин М.Ю.</i> Есть ли аккредитация за пределами Садового кольца?	77
<i>Засыпкин М.Ю., Устинова О.И.</i> Компьютерная программа «Оценка здоровья населения. Дополнительная диспансеризация» для сопоставления резервов здоровья и практически здорового сельского и городского населения	78
<i>Злодеева Е.Б., Гудкова С.Б.</i> Проектирование программы дополнительного профессионального образования «Системное управление бизнес-процессами медицинской организации»	82

<i>Капитоненко Н.А., Солохина Л.В.</i> Опыт совместной образовательной деятельности вузов, специалистов органов управления и учреждений здравоохранения в подготовке кадров в регионе	87
<i>Киселев С.Н.</i> Портфолио студента как инструмент продвижения на рынке труда	89
<i>Китикова Р.Я., Лебедева А.Ф.</i> «Горячая линия» как эффективный инструмент контроля за соблюдением прав граждан при оказании медицинской помощи	94
<i>Кишул И.С., Селиверстова Л.В. Князюк Н.Ф.</i> Опыт преподавания интегрированного менеджмента медицинских организаций в системе дополнительного профессионального образования	97
<i>Корчуганова Е.А., Алешко Е.В.</i> Игровой симулятор — новая технология обучения руководителей медицинских организаций	102
<i>Корчуганова Е.А., Алешко Е.В.</i> Практическое применение принципов «бережливого производства» в медицинской организации	106
<i>Кудинов Д.А.</i> Здравоохранение – взгляд с точки зрения инженера информационных технологий	110
<i>Кудрина В.Г.</i> Роль непрерывного медицинского образования в формировании информационных компетенций медицинских работников	113
<i>Кузьмин Ю.Ф., Чернова Т.В., Громова В.Л.</i> Опыт обучения «кадрового резерва» руководителей медицинских организаций	116
<i>Лавлинская Л.И.</i> Развитие непрерывного медицинского образования	120
<i>Лавлинская Л.И., Черных Е.А., Лавлинская Т.А.</i> Принципы модернизации медицинского образования	124
<i>Ляшенко Т.С., Барскова Г.Н., Мирошникова Ю.В.</i> Модульная система подготовки резерва руководящих кадров	129
<i>Манакова А.Г., Манаков А.М., Баянова Н.А.</i> Удовлетворённость качеством оказания медицинской помощи как критерий качественной медицинской помощи	134
<i>Меньшикова Л.И., Санников А.Л.</i> Опыт использования научных исследований в преподавании общественного здоровья и	138

- Наваркин М.В., Аброськина О.Ю.* Динамика самооценки управленческих компетенций организаторов здравоохранения в результате целенаправленного обучения 143
- Наваркин М.В., Гудков А.О., Кочеткова Н.М.* Парадоксы системы стимулирования труда в российском здравоохранении 147
- Павленко В.О.* Задачи внутрикорпоративной коммуникации в КДЛ 151
- Павлович Т.П., Пилипцевич Н.Н.* Социальная значимость общественного здоровья и здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения республики Беларусь 156
- Перепелкина Н.Ю., Павловская О.Г., Калинина Е.А.* Нормативно-методические основы разработки дополнительных профессиональных программ с учетом требований профессиональных стандартов 160
- Саввина Н.В., Ермолаев А.Р., Борисова Е.А.* Применение технологии проектного обучения в подготовке управленческих кадров 164
- Садыкова Т.И., Низамов И.Г.* Вопросы взаимодействия поколений руководителей медицинских организаций и создания образовательной среды на циклах по организации здравоохранения и общественному здоровью 169
- Сибурина Т.А., Мирошникова Ю.В.* Основные концептуальные положения по совершенствованию отраслевой системы резерва руководящих кадров 172
- Сквирская Г.П.* Пути решения проблем образовательной деятельности в области общественного здоровья и здравоохранения 177
- Суслин С.А., Сиротко М.Л., Баринова Ж.В.* Практикоориентированная технология преподавания общественного здоровья и здравоохранения на основе компетентностного подхода 184
- Тайц Б.М., Грандилевская О.Л., Косенко А.А.* Управление процессом мотивирования врачебных кадров поликлиники 189
- Тайц Б.М., Стволинский И.Ю., Тайц А.Б.* Организация системы управления качеством в многопрофильной больнице 193

<i>Титкова Ю.С., Булатов А.В.</i> Эмоциональная вовлеченность студентов лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова в изучение предмета «Общественное здоровье и здравоохранение»	198
<i>Толмачев Д.А., Ямщикова Т.В.</i> Изучение методики фотохронометражного наблюдения в обучении студентов Ижевской государственной медицинской академии	202
<i>Тюков Ю.А., Семченко Л.Н.</i> Современные педагогические технологии правового обучения в медицинском вузе	205
<i>Фомин А.А., Савастьянов С.М.</i> Организация детской ортодонтической помощи на примере Государственного бюджетного учреждения здравоохранения республики Карелия «Детская стоматологическая поликлиника»	210
<i>Францева В.О., Иванова Е.В., Мелешкина Н.В.</i> Формирование профессиональных компетенций у руководителей медицинских организаций	212
<i>Хмель А.А.</i> Исторические особенности воздействия социального стресса в России	216
<i>Хмель А.А., Дедова Н.Г., Лебедева А.Ф.</i> Проблемы применения современных методов управления в организациях здравоохранения	220
<i>Черкасов С.Н., Вайсман Д.Ш., Мешков Д.О.</i> Владение инструментами Международной классификации болезней (МКБ) как необходимая профессиональная компетенция врача	224

СБОРНИК
НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

«Современные образовательные технологии в деятельности кафедр
общественного здоровья и здравоохранения»

Бумага офс. мел. Печать офсетная. Гарнитура «Таймс». усл. печ. л. 36,5
Тираж 200 экз. Заказ №1098

Отпечатано в ООО «Лабири Плюс»
(925) 316-31-63. postko@mail.ru