

РАЗДЕЛ 1. Корпоративное управление: особенности, проблемы, перспективы

А.А. Артемьев, Е.А. Барминов

КОРПОРАТИВНЫЕ МОДЕЛИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Оптимизация кадрового ресурса – ведущий путь повышения эффективности отрасли. Участие в Болонском процессе обозначает стремление к сопоставимости систем образования, к тому, чтобы сделать более динамичным и отвечающим потребностям времени и рынок, и систему высшего образования. Основой современной модели управления качеством в здравоохранении является модель Деминга, которая основывается на трёх основных принципах: непрерывное повышение качества; процессном подходе; участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. Ожидаемый эффект – снижение наиболее частых причин смертности, заболеваемости, врачебных ошибок.

Ключевые слова: непрерывное медицинское образование, здравоохранение, повышение квалификации

A.A. Artemiev, E.A. Barminov

CORPORATE QUALITY IMPROVEMENT MODELS OF HEALTHCARE PERSONNEL IN RUSSIA AND ABROAD

Authors believe that optimization of the personnel resources allows to improve effectiveness of medical industry. Participation in Bologna process means striving for compatibility of educational systems and ensuring that the market and higher education system become more dynamic and correspond to modern requirements. Deming model seems to be the basic contemporary quality management model in the field of healthcare, which is based on three main principles: continuous quality improvement; process approach; participation in quality management of the personnel and self-control of key steps of the process. Anticipated results might include reduction of the most frequent mortality factors, morbidity and medical malpractices.

Keywords: continuous medical education, healthcare, advanced training.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает качество медицинской помощи как комплексную реализацию четырех составляющих: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, минимальный риск для пациента и максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской службой (Декларация о развитии прав пациентов в Европе, 1994) [5].

Оптимизация кадрового ресурса – ведущий путь повышения эффективности отрасли. Воздействие на кадровый ресурс может осуществляться по двум направлениям:

1. Совершенствование системы управления отраслью путем использования опыта обучения руководителей – организаторов здраво-

охранения, владеющих основами менеджмента, маркетинга, экономическими, правовыми вопросами.

2. Создание новой системы управления персоналом в лечебных учреждениях, призванной посредством воздействия на персонал повысить эффективность работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) [4].

Основные принципы системы управления качеством в здравоохранении заключаются в следующем:

- Систему здравоохранения и ее работу формируют, учитывая нужды пациентов.
- Обеспечение качества является приоритетной целью деятельности системы здравоохранения.
- Высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов.

Основой современной модели управления качеством в здравоохранении является модель Деминга, в основе которой лежит три основных принципа (рисунок 1).



Рисунок 1 – Модель Деминга

В условиях рыночной экономики требования к специалисту бы-

стро меняются, образовательные учреждения должны отслеживать спрос на специалистов и вносить соответствующие коррективы в содержание и организацию учебного процесса. Требования к специалистам формализуются в рамках «модели», включающей квалификационную характеристику специалиста: перечень профессиональных задач, которые он должен решать, знаний и умений [2].

Для будущих работодателей при этом важны не только наличные знания и умения специалистов, которых они принимают на работу, но и уровень их готовности к освоению нового («образование через всю жизнь»). При этом наличие «модели специалиста» не гарантирует нужный уровень подготовленности выпускника среднего медицинского учебного заведения.

«Модель специалиста» – отправной пункт для создания «модели подготовки», включающей перечень и объем дисциплин, мероприятий учебного процесса, ориентированного на конечный результат. Предлагаемая модель инновационной программы определяет цель: улучшение подготовки и переподготовки кадров на современном этапе развития здравоохранения с применением необходимого подхода, при котором используются не только манипуляционные навыки, но и более широкое привлечение их к полноценной профессиональной деятельности [1].

Следует отметить, что сегодня страны Евросоюза имеют единые требования к процессу повышения квалификации врачей. Так, медицинские работники за рубежом должны набрать не менее 250 ч (кредитов) образовательной активности за 5 лет, из них ежегодно – около 50 ч. Это посещение семинаров, конференций, самостоятельное обучение, обучение в симуляционных центрах, участие в мероприятиях по повышению качества медицинской помощи на рабочем месте и др. При этом все образовательные мероприятия и материалы должны удовлетворять установленному набору требований. К тому же в странах ЕС и США активную роль в повышении квалификации врачей играют профессиональные общества по специальностям.

В ходе внедрения основных положений Болонского процесса и имеющегося в ряде европейских государств положительного опыта по использованию кредитной системы в медицинском образовании выявились определенные несоответствия между образовательными системами различных стран, в том числе и в отношении традиционной национальной системы образования России. Участие в Болонском процессе не означает унификации систем высшего образования. Оно обозначает стремление к сопоставимости систем образования, к тому, чтобы сделать более динамичным и отвечающим потребностям вре-

мени и рынок, и систему высшего образования.

В итоге, Национальная Медицинская Палата и Учебно-методическое объединение по медицинскому и фармацевтическому образованию, возглавляемого ректором ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России П.В. Глыбочко, совместно разработали проект Концепции непрерывного профессионального медицинского и фармацевтического образования. Этот документ был представлен П.В. Глыбочко на общем собрании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России в Санкт-Петербурге в феврале 2013 г. и был одобрен Советом.

Говоря о приоритетах развития непрерывного медицинского образования (НМО) в России, нужно подчеркнуть, что им должны быть охвачены в первую очередь врачи первичного звена, прежде всего – участковые педиатры, участковые терапевты и другие специалисты. В дополнение к вышесказанному, должна обязательно присутствовать мотивация к обучению и у самих врачей, чтобы «дополнительная нагрузка» не была им в тягость. С этой целью необходимо организовать возможность дистанционного обучения в удобное для врачей время. Необходимо также, чтобы обучение для всех врачей оставалось бесплатным.

Главный принцип НМО в России – оно должно осуществляться на основании партнерства государственных бюджетных образовательных учреждений (ГБОУ) и профессиональных обществ, а существующая система последипломного образования должна развиваться. ГБОУ и общества будут совместно разрабатывать образовательные программы для медицинских работников с тем, чтобы темы взаимодополняли друг друга и не дублировались, а требования к образовательным материалам и мероприятиям были едины (рисунок 2).

За 5 лет общее количество часов планируется увеличить до 250, с учетом того, что в обучении будут учитываться такие новые виды образовательной активности, как посещение конференций и семинаров, проводимых обществами, самостоятельное обучение, активная деятельность, направленная на улучшение качества медицинской помощи и пр.

Принцип непрерывности образования будет реализован путем равномерного распределения модулей (блоков) программы по годам. Напомним, что ранее и вплоть до настоящего времени в большинстве случаев врач проходил положенные часы обучения за 1 раз на 5-й год, подгоняемый необходимостью продлевать сертификат специалиста.

Важным принципом станет установление обратной связи с региональными органами государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья с целью приближения содержания образовательных

программ к актуальным потребностям здравоохранения соответствующего региона.

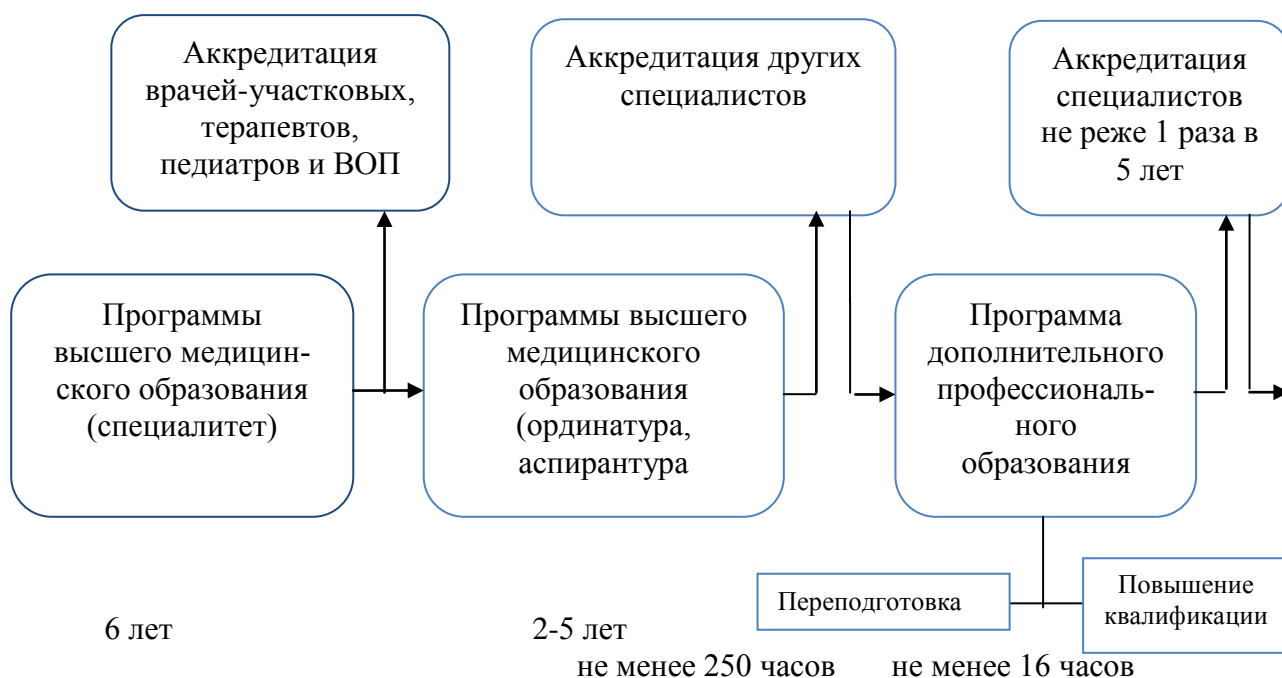


Рисунок 2 – Организация системы медицинского образования с 2016 г. на основании ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Акцент должен быть сделан на снижении наиболее частых причин смертности, заболеваемости, врачебных ошибок. Качество образовательных мероприятий и материалов будет обеспечено путем установления требований к ним и контроля над их соблюдением, в том числе путем проведения общественно-профессиональной аккредитации в соответствии с законом «Об образовании в РФ».

Обучение будет персонифицировано, а это означает, что каждый работник будет самостоятельно составлять свой индивидуальный план развития на предстоящий год, выбирая из программы наиболее значимые для него темы. Учет образовательной активности будет происходить в часах, или кредитах (1 ч, как правило, равен 1 кредиту). Вся информация, накопленная работником за 5 лет, будет отражаться в его персональном отчете об исполнении индивидуального плана развития. Этот отчет, благодаря информационным технологиям, будет создан не только на бумаге, но и в сети Интернет.

Ключевым моментом развития НМО станет не только возможность получать обучение дискретными (прерывистыми циклами) в ГБОУ, но и по месту проживания путем внедрения дистанционных технологий. Самостоятельное обучение также будет учитываться – это чтение обязательной литературы, журналов, участие в электрон-

ном обучении. Все это позволит оптимально использовать время врача и проводить обучение в удобное для него время [3].

Однако прежде чем внедрять НМО по всей стране, Координационным советом было принято решение о проведении пилотного проекта в нескольких регионах, что позволит детально отработать механизмы и возможные риски повсеместной реализации НМО.

Пилотный проект стартовал в конце 2013 г. Участники проекта – ГБОУ, профессиональные общества, региональные органы управления здравоохранением и врачи, проходящие обучение в рамках государственного задания. Всего медицинских профессиональных обществ, участвующих в проекте, – 16, среди них – Российское общество терапевтов, Союз педиатров России, Российское общество урологов, Российское общество организаторов здравоохранения, Стоматологическая ассоциация России и др.; регионов – 12 (г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская область, Краснодарский край, Липецкая область, Республика Татарстан, Свердловская область, Ставропольский край, Тюменская область, Хабаровский край, Республика Карелия, Ульяновская область). ГБОУ представлены РМАПО, Первым МГМУ им. И.М. Сеченова, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский Центр им. В.А. Алмазова», ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» и вузами в пилотных регионах. Кроме того, желание принять участие в проекте выразили другие профессиональные некоммерческие организации (НКО).

Что касается непосредственно самих врачей, ради которых и задуман весь проект, в пилотном проекте на добровольной основе было предложено участвовать тем врачам, кому необходимо продлить сертификат специалиста в конце 2014 г. – начале 2015 г. В первую очередь это врачи первичного звена и организаторы здравоохранения. В настоящее время в проекте участвуют 735 врачей 3 специальностей: участковые врачи-терапевты, участковые врачи-педиатры и врачи общей практики (семейные врачи). Они проходят циклы повышения квалификации в 15 вузах. При этом каждый вуз заключил договор о сетевой форме реализации образовательных программ с профессиональными НКО и Ассоциацией медицинских обществ по качеству (АСМОК). Кроме того, Координационным советом был одобрен список специальностей, который войдут в пилотный проект: оториноларингология, кардиология, рентгенология, стоматология, организация здравоохранения и общественное здоровье, скорая медицинская помощь.

Перед началом проекта ГБОУ и профессиональные общества разработали образовательные программы, а регионы сформировали списки врачей и обеспечили материально-техническое сопровожде-

ние проекта. Координационный совет Минздрава России разработал нормативно-правовую базу проекта и информационный портал, на котором будут размещены программы, а затем и индивидуальные планы развития врачей, и провел обучение в регионах.

Контроль качества обучения по программам осуществляют государство и объединения профессиональных обществ, а образовательные мероприятия проводят на равных как образовательные учреждения, так и сами общества, а также другие аккредитованные организации [3].

Библиографический список

1. Каспрук, Л.И. Актуальные аспекты создания инновационных программ для подготовки медицинских кадров а обучающем симуляционном центре / Л.И. Каспрук, Г.Т. Жакупова, Д.М. Снасапова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №4. – URL: www.science-education.ru/118-13986, (дата обращения: 13.04.2015).

2. Лебедев, А.А. Реформа медицинского образования – ключ к реформе здравоохранения / А.А. Лебедев, И.В. Лебедева // Национальные проекты. – 2008. – №1/2 (20/21). – С. 62-65.

3. Свистунов, А.А. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи / А.А. Свистунов, Г.Э. Улумбекова, З.З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2014. – №1. – ISSN 2220-8453.

4. Хрипкова, Т.П. Корпоративное обучение в системе управления персоналом ЛПУ удаленных территорий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.П. Хрипкова. – Москва. – 2007. – 25 с.

5. Шешунов, И.В. Способ контроля качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях / И.В. Шешунов [и др.] // Вятский медицинский вестник. – 2014. – №1. – С. 31-33.

Н.Н. Беденко, С.Л. Писарев

КОРПОРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ И ВОЗОБНОВЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА: ТОЧКИ СОПРЯЖЕНИЯ

Современные условия нестабильности и турбулентности являются сдерживающим фактором обеспечения возобновления экономического роста российской экономики. Не добавляют оптимизма нерешенные проблемы в сфере предпринимательской деятельности, например, такие как: несовершенство нормативно-правовой базы; низкий уровень взаимолояльности участников инвестиционных и инновационных процессов; барьеры на пути получения государственного софинансирования по крупным проектам; колебания курсовых разниц российского рубля по отношению к мировым валютам; высокий уровень ставки рефинансирования. Одним из перспективных направлений, обеспечивающих устойчивость экономического роста российской экономики, является использование моделей и механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП), развитие системы корпоративного управления, совершенствования государственного управления и структурная перестройка экономической системы. Для интенсификации применения механизмов ГЧП в регионах необходимо: развивать организационно-методическое и правовое сопровождение реализуемых ГЧП-проектов,