

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

На правах рукописи

ЭКАЖЕВА

Фатима Солеховна

**Научное обоснование роли
профессиональных компетенций врачей
в системе контроля качества медицинской
ПОМОЩИ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:

**доктор медицинских наук
профессор
В.Г. КУДРИНА**

Москва – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РОЛИ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	12
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ	30
ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ У ВРАЧЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЛЯ КОНТРОЛЯ КМП	38
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ	65
ГЛАВА 5. ПУТИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ВРАЧЕЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	114
ВЫВОДЫ	124
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	126
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	128
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	152

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Улучшения в системе оказания медицинской помощи населению основаны на укреплении всех ее ресурсных звеньев, в ряду которых кадровая составляющая имеет первостепенное значение. В «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденной Указом Президента РФ от 06.06.2019 года № 254, в ряду приоритетных направлений выделено совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения отрасли, в том числе постоянное «повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников» (раздел IV, п. 17).

Пока еще крайне редко для медицинских специалистов проблема разрабатывается в практическом ключе, с учетом новых требований профессионального развития - обучения в системе НМО и контроля «профессиональной пригодности» в виде аккредитации. В 323-ФЗ (ст. 69, ч.3) отмечено, что аккредитация будет проводиться «после освоения профессиональных образовательных программ». При этом должна быть обеспечена целевая, под трудовые функции, направленность формируемых умений, подкрепленных адекватными знаниям, что составляет суть профессиональных компетенций. На начальном этапе внедрения этой системы обучения и аттестации медицинских работников профессиональные компетенции формируются внутри конкретных специальностей или групп должностей, что отражается в профессиональных стандартах. Прогрессивным является подход через развитие профессиональных компетенций врачей под решаемые системой здравоохранения комплексные задачи. Однако в научной литературе исследования такого плана нам не встретились.

При выборе направления исследования профессиональных компетенций в ряду ключевых проблем практического здравоохранения была выбрана проблема качества медицинской помощи (КМП), оказываемой

населению. Ключевым в плане влияние на реальные преобразования в отрасли, несомненно, является этап контроля, от которого зависит эффективность работы всей системы обеспечения КМП [Орлов А.Е., 2016; Татарников М.А., 2016; Нестеров А.В., 2017].

Именно контроль качества медицинской помощи выбран моделью проведенной диссертационной работы. Комплексного анализа обеспечения приоритетных проблем системы здравоохранения (на примере контроля качества медицинской помощи) адекватными трудовыми функциями и трудовыми действиями врачей в виде профессиональных компетенций ранее не проводилось. Актуальность планируемого исследования заключается в необходимости научного обоснования предложений, во-первых, для структуризации трудовых функций врачей в системе контроля КМП, и, во-вторых, для усиления практикоориентированности программ профессионального обучения.

Степень разработанности темы исследования. Вопросы, связанные с качеством медицинской помощи населению, активно разрабатываются с научных позиций на протяжении многих лет - за рубежом с 60-х, в нашей стране - с конца 80-ых годов [Линденбратен А.Л., 1994, 2016; Щепин О.П., 2002; Вялков А.И., 2007; Серегина И.Ф., 2010; Donabedian A. et al., 1991]. По контролю КМП проводится государственный контроль качества медицинской деятельности (Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 №1152), а также ведомственный и внутренний контроль. В связи с этим, особую важность приобретает способность/готовность медицинских работников, прежде всего врачей различных специальностей, соблюдать и применять требуемые нормы. Н.Ю. Трифонова с соавт. (2014) обратили внимание на то, что соответствующие нормы в обобщенном выражении врачи нередко затрудняются сформулировать, а, тем более, применить на практике их составляющие.

Проблемам профессионального развития врачей в процессе их трудовой деятельности посвящено немало научных работ, однако, в основном, врачи - организаторы здравоохранения рассматривали вопросы улучшения работы кадровой службы, подбора персонала и улучшения форм и методов его работы [Кузьменко М.М., 1996; Манерова О.А., 2009; Задворная О.Л. с соавт., 2015].

Большую роль для внедрения профессионального компетентностного подхода в обучении врачей сыграли работы педагогической направленности по теории и практике профессионального обучения [Шестак Н.В., Шестак В.П., 2009] и в части изучения профессиональных способностей личности [Шадриков В.Д., 2010].

Широко представленные в последние несколько лет работы, посвященные разработке механизмов аккредитации и профессионального развития врачей в ходе НМО [Мошетова Л.К., Задворная О.Л., 2012; Природова О.Ф. с соавт., 2017; Сизова Ж.М., Чельшева М.Б., 2018; Лобачев И.В. с соавт., 2019; Patel M., 2016], не акцентировали внимание на вовлеченности врачей в эти процессы, их мотивированности и заинтересованности в поддержке образовательных новаций. В общем плане мотивации врачей изучали С.Г.Погосян (2014); И.Г.Гаттауллин с соавт. (2015); Д.А.Афонченко (2016); А.Ю.Костикова, С.Н.Черкасов (2017).

Квалификационный уровень врачей, формируемый как их способность (по результатам подготовки и профессионального обучения кадров, соблюдения ФГОСов) и готовность (по требованиям ведомственного и внутреннего контроля КМП) выполнять возложенные профессиональные обязанности (на практике по профессиональным стандартам) с выведением на единую позицию профессиональных компетенций, в доступной литературе не рассматривался.

Цель настоящего исследования: разработка научно-практических предложений по совершенствованию деятельности врачей в области

контроля качества медицинской помощи на основе развития профессиональных компетенций.

Задачи исследования:

1. Провести анализ и систематизировать нормативно-правовые акты и организационно-распорядительные документы, регламентирующие требования к компетенциям врачей при контроле КМП.

2. Изучить в ходе социологического исследования вовлеченность врачей в процессы аккредитации и непрерывного профессионального образования.

3. Обобщить мнения врачей о перспективах в ходе реформ улучшения качества медицинской помощи и развития системы последипломного образования.

4. Провести SWOT-анализ ситуации при переходе к аккредитации, изучить термин «компетенция» и его характеристики.

5. Обосновать предложения для формирования профессиональных компетенций у врачей при контроле качества медицинской помощи.

Методология и методы исследования. Методологическую основу исследования составил комплексный подход при пересечении векторов работ по контролю качества медицинской помощи, последипломному обучению врачей и системе их допуска к профессиональной деятельности. Методика исследования включила выкопировку информации из официальных документов, сбор, обработку и анализ результатов социологического исследования, SWOT-анализ ситуации при полном переходе врачей на систему аккредитации, науковедческий анализ термина «компетенция», функциональное моделирование. Используются методы аналитический, статистический, социологический - анкетирование врачей, метод сопоставлений и аналогий, контент- и SWOT-анализа, визуализация получаемой информации (таблицы и рисунки). Полученные материалы

систематизированы, на их основе сформулированы положения, выносимые на защиту.

Научная новизна:

- дополнены представления об информационных, нормативно-правовых и организационно-распорядительных составляющих оценки роли врачей медицинских организаций в контроле КМП;
- получены новые данные о степени вовлеченности врачей в инновационные процессы аккредитации и непрерывного профессионального образования;
- получены новые данные о мнениях врачей по прогнозам влияния новой системы аттестации на КМП и перспективах последипломного обучения;
- дополнены представления о прогнозах по улучшению КМП и развитию системы последипломного медицинского образования согласно мнениям врачей медицинских организаций;
- проведен науковедческий анализ термина «компетенция» и определены его характеристики для отражения профессиональной деятельности врачей;
- для совершенствования учебного процесса обоснована описательная компетентностная модель формирования способности врачей участвовать в контроле КМП и на этой основе разработан соответствующий учебный модуль для системы ДПО;
- для решения комплексных задач внутреннего контроля КМП в медицинской организации разработана функциональная модель формирования профессиональных компетенций у врачей для контроля КМП.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что полученная аналитическая, нормативно-правовая и организационно-распорядительная информация является базой и дает возможность

актуализировать характеристику состояния вопроса по оценке роли врачей медицинских организаций в контроле КМП;

- полученные данные о вовлеченности врачей в процессы аттестационных преобразований и образовательные новации позволили определить направления информационной поддержки мер аккредитации специалистов, ориентируясь на наиболее острые моменты по ответам врачей;

- по ряду оценочных вопросов врачи представляют собой экспертное сообщество, и их мнения, в частности, о прогнозах влияния новой системы аттестации на КМП и уровень последипломной подготовки, позволяют сделать информацию о реформах и их оценках более достоверной, получить не только познавательную, но и объяснительную информацию;

- для обеспечения мер по внутреннему контролю КМП оптимальным является подход к нему как к самостоятельной профессиональной компетенции по аналогии с World Skills с реальной «проверкой умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности»;

- функциональная модель формирования профессиональных компетенций для участия в работе по контролю КМП может быть использована в ходе выполнения широкого спектра трудовых функций и проведения трудовых мероприятий для реализации на практике профессиональных стандартов.

Положения, выносимые автором на защиту.

1. Изучение аналитической, нормативно-правовой и организационно-распорядительной информации, характеризующей участие врачей медицинских организаций в контроле КМП, свидетельствует с одной стороны, об акценте при оценке КМП на профессиональных компетенциях специалистов, а с другой, об отсутствии юридически значимого определения компетенций и применении в научных и практических целях разнообразных авторских формулировок.

2. По результатам анкетирования установлена низкая степень информированности, весьма умеренная вовлеченность и поддержка врачами аккредитации и системы НМО, получены весьма скептические оценки перспектив улучшения КМП и последипломной подготовки в новых условиях обучения и аккредитации.

3. Обоснование роли и места профессиональных компетенций врачей по внутреннему контролю КМП, представленной в обобщенной функциональной модели формирования профессиональных компетенций, стало возможным при науковедческом анализе термина, применении позиций ПС и ФГОСов для его раскрытия в системе ДПО, подходе к внутреннему контролю КМП как к самостоятельной профессиональной компетенции по аналогии с World Skills с «проверкой умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности».

Внедрение результатов диссертационной работы. Результаты диссертационного исследования внедрены в учебный процесс кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, а также в практическом здравоохранении.

Разработано учебно-методическое пособие «Оценка качества медицинской помощи в медицинской организации» [Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Экажева Ф.С., 2019, 53 с.]. Пособие рекомендовано Правлением Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественному здоровью» в качестве учебно-методического пособия при подготовке к аккредитации (протокол от 20 сентября 2019 года №124).

Полученная в ходе анкетирования врачей информация о степени их готовности поддержать образовательные новации и систему аккредитации была представлена и получила поддержку среди молодых врачей-ученых и специалистов РМАНПО при обсуждении аспирантского доклада на

конференции с международным участием в 2019 году (г. Москва, 18-19 апреля 2019 года).

Связь работы с научными программами. Работа выполнена в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в рамках обучения в очной аспирантуре по специальности 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение». Тема диссертационного исследования и ее аннотация утверждены на заседании Ученого совета факультета профилактической медицины и организации здравоохранения РМАНПО 18.05.2018г. (протокол №5).

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность результатов подтверждена при анализе публикаций отечественных и зарубежных авторов, нормативно-правовых актов и организационно-распорядительных документов, а также методическим аппаратом, используемым в подобных исследованиях, построенном на объективной и субъективной информации, с формированием базы данных на респондентов при социологическом исследовании и статистической обработке первичных данных.

Основные результаты диссертации обсуждены на Международной научно-практической конференции «Инновационные внедрения в области медицины и фармакологии» (г.Москва, 25 января 2018г.), IX Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования» (г.Москва, 15-17 мая 2018г.), на XIX и XX Международных конгрессах «Информационные технологии в медицине» в 2018г. и 2019г. (г.Москва, 11-12 октября 2018г. и г.Москва, 10-11 октября 2019г.), на X конференции молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное» (г.Москва, 18-19 апреля 2019г.), на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию создания ФГБУ

«ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее» (г.Москва, 13-14 ноября 2019г.).

Личный вклад автора. Диссертантом самостоятельно разработаны программа и план исследования, определены этапы и тактика его проведения. Автором проведен сбор и обработка первичного материала (доля участия более 95%), поставлены цель и задачи исследования, разработана методика исследования (97%), сформирована база данных (обезличенная) на респондентов (100%), проведена статистическая обработка результатов исследования с консультированием у коллег (97%). Проведены обобщение и анализ результатов исследования (100%), сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации по развитию профессиональных компетенций у врачей для контроля КМП (85%). Оформлена диссертационная работа (100%). Доля участия автора в подготовке публикаций от 20 до 100% (в моноавторских работах).

Публикации. По материалам диссертационного исследования опубликовано 8 работ, в том числе 2 в изданиях, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией России.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 159 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием этапов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, приложений. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 10 рисунками. Список литературы содержит 275 источников литературы, из них 242 отечественных и 33 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РОЛИ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Вопросы, связанные с качеством медицинской помощи населению, активно разрабатываются с научных позиций на протяжении многих лет - за рубежом с 60-х, в нашей стране - с конца 80-х годов XX века, и к настоящему времени достигли высокого уровня научного обоснования этой проблемы [Вуори Х.В., 1985; Линденбрaten А.Л., 1994; Комаров Ю.М. с соавт., 1997; Вялков А.И., 2007; Серегина И.Ф., 2007, 2016; Клеймёнова Е.Б., Яшина Л.П., 2019; Feigenbaum A.V., 1961; Donabedian A., 1966, 1981].

Качество медицинской помощи является одной из наиболее распространенных дефиниций, используемой для характеристики современной системы здравоохранения А.В.Нестеров (2017) отметил, что словосочетание «качество медицинской помощи» в Федеральном законе 323-ФЗ использовано 13 раз, «качество оказанных медицинских услуг» – 26 раз. В Федеральном законе 326-ФЗ словосочетание «качество медицинской помощи» использовано 59 раз.

Для того, чтобы проблема рассматривалась наиболее полно, авторы предлагают использовать системный подход и судить о происходящих изменениях, учитывая все составляющие системы: ресурсы - технологии - достигнутые результаты и применять в системе обратную связь для суждения о происходящих изменениях [Луговкина Т.К., Тютикова Н.А., 2012], таким образом выстраивая управленческую систему. В этой системе особая роль отведена оценке эффективности МП [Линденбрaten А.Л., Шаровар Т.М., Васюкова В.С., 1999].

В связи с системным подходом к проблеме КМП наибольшее число опубликованных по теме монографий и других видов трудов так и озаглавлены «Управление качеством медицинской помощи»: монография

Г.И.Назаренко, Е.И.Полубенцевой (2000), монография М.А.Татарникова, (2016).

Управление КМП является предметом рассмотрения в целом ряде диссертационных исследований по научному обоснованию, стратегии и тактике совершенствования КМП [Охапкин А.С., 2002], организации лечебно-лечебно-диагностического процесса (ЛДП) при организации системы управления КМП в многопрофильном стационаре [Зимин В.П., 1997]. Ведущая роль принадлежит предложениям, направленным на совершенствование управления качеством лечебно-диагностического процесса [Накатис Я.А., Романюк Г.Н., 2001; Вардосалидзе С.Л., 2002; Андреева М.Р., 2010]. Авторы делятся опытом внедрения технологий управления КМП в разрезе отдельных медицинских специальностей и заболеваний.

Накопленный опыт внедрения системы управления КМП и ее составляющих на практике представили Б.М.Тайц (2008), Н.Г.Гончаров с соавт. (2013), в отоларингологии В.И.Егоров с соавт. (2008), в стоматологии В.Г.Бутова с соавт. (2007), в онкологии Е.И.Устинова (2000), в офтальмологии Н.А.Коновалова (2000), Н.В.Фомина (2003), А.Г.Заболотный (2008), в дерматовенерологии А.А.Мартынов (2009).

Ряд новаций в управлении КМП, в частности, для совершенствования ЛДП, со временем становятся самостоятельными научными направлениями. Одно из них – доказательная медицина, основанная на принципах обоснованности и поддержки принятия врачебных решений [Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1998; James J.T., 2013; Flodgren G. et al., 2016].

Для определения правил работы в системе управления КМП, регулируемых юридическими нормами, авторы используют законодательно определенные термины «медицинская услуга», «медицинская деятельность» [Царик Г.Н., 2006; Линденбратен А.Л., 2016].

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и

лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [ФЗ-323, ст.2, п.4].

И еще один термин – «медицинская деятельность», непосредственно касающаяся «вклада» медицинских работников в управление КМП. Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований...» [ФЗ-323, ст.2, п.10].

При оценке терминов «медицинская услуга» и «медицинская деятельность» обращает на себя внимание, что и в том, и в другом определении ключевым является оказание медицинской помощи. Этот термин и в научной литературе используется наиболее часто. Согласно 323-ФЗ «медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг» [ст.2, п.3]. Именно за медицинской помощью 323-ФЗ законодательно закрепляет термин «качество» и приводит единое определение [ст.2, п.21]: «качество медицинской помощи - это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

В действующем законодательстве понятия «медицинская деятельность» и «медицинская помощь» раскрыты каждая самостоятельно.

Вместе с тем, это взаимосвязанные понятия медицинской практики, и на уровне государственного контроля, согласно А.А.Старченко (2014), входят в «двуединую систему», решающую проблемы как работы медицинского персонала, так и обеспечения в системе пациентоориентированности.

Возможность оценки практикоориентированности, также как и пациентоориентированности, определяет основные подходы к КМП. Акцент на медицинскую сущность понятия «качество медицинской помощи»

сделали В.З.Кучеренко соавт. (2008), заменив термин «КМП» на «лечебно-профилактическую помощь населению» [с.1].

В отношении КМП применим подход непосредственно через анализ функций системы управления КМП - планирование, организация, мотивация и контроль [Татарников М.А., 2016].

Наиболее часто суждение об обеспечении качества медицинской помощи делается на основе оценки, которая проводится при контроле КМП. Рассмотрение проблем этого взаимодействия имело место на Российской научно-практической конференции, прошедшей в 2005 году и завершившейся изданием трудов в двух частях [Обеспечение и контроль качества..., 2005]. Работы этого плана составляют самостоятельную линию публикаций в формате монографии, диссертационных работ, статей и др. [Вуори Х.В., 1985; Вялков А.И., 2001; Орлов А.Е., 2016].

Контроль - это самостоятельная функции управления КМП, ключевой элемент в его цикле. Отмечается, что классическое понимание контроля следует из того, что это «вид управленческой деятельности, благодаря которому можно направить деятельность учреждения по нужному (верному) пути, сравнивая показатели его деятельности с установленными параметрами стандартов, утвержденными планами и целями» [Организация ведомственной экспертизы..., 2008].

А.В.Чернышов, И.И.Солнцева (2008) отмечают, что контроль качества медицинской помощи является проблемой, «соединяющей в себе как теоретические, так и практически аспекты» [с.3].

Теоретическая составляющая контроля КМП начинает решаться с упорядочивания применяемой терминологии - даются определения терминам клинические рекомендации, стандарты МП, протоколы ведения больных и индикаторы оценки. Терминологические аспекты приводятся в Федеральных законах, Глоссариях и тезаурусах, научных публикациях. Подчеркнем, что основные из применяемых терминов приводятся в начальных статьях

Федеральных законов и, создавая правовую канву сферы КМП, должны быть изучены самостоятельно.

У контроля КМП особая роль. И в этой связи весьма примечательно замечание, сделанное В.Ю.Семеновым с соавт. (2009), что «качество не возникает в процессе контроля, а производится на каждом этапе создания медицинских услуг, а контроль - лишь звено в комплексе элементов, необходимых для системы управления качеством медицинской помощи» [с.120].

О важности проблемы контроля КМП и специфики его проведения в разных территориях и областях применения свидетельствует широкий спектр авторов и адресатов публикаций - медицинских работников и их отдельных категорий [Чавпецов В.Ф. с соавт., 1996; Лытаев С.А., 2011; Свиридова Т.Б. с соавт., 2018], различных контингентов пациентов [Контроль качества медицинской помощи..., 2010], классов заболеваний и отдельных патологических состояний, при которых определена роль контроля КМП [Бутова В.Г. с соавт., 2007].

Вопросы контроля качества наиболее часто рассматриваются в контексте экспертизы КМП [Чернышев А.В., Солнцева И.И., 2008; Контроль качества медицинской помощи...2010].

При этом экспертиза КМП наиболее часто связывается с надзором и аккредитацией медицинских организаций, и обеспечивает контрольно-надзорный и контрольно-аккредитационный виды деятельности органов управления здравоохранения, имеет предметную сущность, терминологический и методический аппарат, основу для статистической обработки и научного отражения [Шевченко С.Е., 1998; Серегина И.Ф., 2007, 2016; Тезаурус..., 1997].

К.В. Поляков с соавт. (2018) детально представили законодательную основу экспертизы КМП, в том числе по случаям летальных исходов. Авторы установили, что ключевые элементы системы контроля КМП - его уровень, наличие уполномоченного органа, законодательно прописанные формы

контроля, определение источников формирования критериев оценки КМП, наличие перечней по критериям оценки - отражают основные требования международных документов. Критерии оценки КМП имеют в своей основе Порядки и Стандарты оказания МП, Правила проведения диагностических исследований и Клинические рекомендации (протоколы лечения) по группам заболеваний или состояний.

Надо отметить, что со временем по каждому из поднимаемых в настоящем исследовании вопросов (равно как и по другим направлениям оказания медицинской помощи) накопилось такое большое количество норм, регламентов и определений, что возникла необходимость в их упорядочивании с разделением по видам оказываемой помощи [Приказ Минздрава РФ от 25.03.2019 №155н].

На уровне медицинской организации экспертиза КМП является элементом внутреннего контроля КМП и именно с этих позиций отражается в публикациях [Шишов М.А., 2013; Кицул И.С., Пивень Д.В., 2015; Князюк Н.Ф., 2017].

«Строгие» по своему назначению контрольно-надзорные процедуры со стороны органов управления здравоохранением дополняются аудитом, как видом контроля, достигшим уровня реального механизма систематического, критического анализа в 90-х годах [Мыльникова И.С., Воловец С.А., 1999; Todd Ch. et al., 1993, Redfern S.J., Normal I.J., 1996].

В целом, контроль подразумевает точность процедур и измерений, и в связи с этим требуют своего развития статистические методы для анализа и оценки [Кумэ Хитоси, 1990], механизмы стандартизации [Стародубов В.И. с соавт., 1997; Лядова М.В., Тучик Е.С., 2014].

Постоянно проводится поиск адекватных индикаторов оценки [Сон И.М., Нечаева О.Б., Гажева А.В., 2014].

Согласно определению, данному Е.И.Полубенцевой с соавт. (2005), индикаторы качества - это числовые показатели, используемые для оценки

медицинской помощи, отражающие качество ее основных составляющих: структуры, процессов и результатов [цит. по: Годлевский В.Е. с соавт., 2001].

В.Е.Годлевским с соавт. (2001) при исследовании проблем менеджмента качества отмечено, что потребности потребителя медицинских услуг надо переводить в требования к качеству. При этом авторами подчеркнута, что «для обеспечения контроля и управления качеством желательно, чтобы как можно большее число показателей качества имело количественную оценку» [с.6]. Принадлежность показателей КМП к оценочным, разрешительным и контрольным индикаторам изучена Д.В.Морозовым с соавт. (2007).

Нами проанализирована одна из широко применявшихся систем «индикаторов качества», которую использовали 50 американских госпитальных ассоциаций, представлявших более 1000 больниц. В отечественном здравоохранении эту систему использовала Центральная клиническая больница медицинского центра Управделами Президента страны [Использование индикаторов качества..., 2000]. Н.П.Агафоновой с соавт. (1997) «детально представлены 15 показателей, 8 из которых применены в Центральной клинической больнице. Обратил на себя внимание характер индикаторов - полностью отражающих клинико- организационную сторону проблемы. Вместе с тем, относительно медицинского персонала отмечена только «потребность участия квалифицированного врачебного персонала» [с.12]. К сожалению, в чем эта квалификация выражалась - не указано.

Примером того, как участие медицинского персонала в управлении КМП остается вне дальнейшего анализа и не структурируется на категории работников, их должностную принадлежность и т.п., может быть анализ содержательно очень интересной публикации [Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В., 2017].

Авторы оценили позиции внутреннего контроля КМП во взаимосвязи с нормами ведомственного контроля и пришли к выводу, что медицинская

организация «обязана так организовать работу по применению критериев качества медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, чтобы это обеспечивало максимальное соответствие качества оказываемой медицинской помощи установленным критериям» [с.11].

Такой подход, обобщенный под общим понятием «установленные критерии», широко распространен. Вместе с тем, А.Л.Линденбратен (2016) раскрыл это понятие как «критерии и показатели для контроля качества медицинской деятельности». В публикации А.Л.Линденбратена, И.Н.Котонского (2016) сделан акцент на том, с каких позиций оценивается КМП и определяется влияние на него. При этом одним из путей повышения КМП названа формализация клинического мышления специалистов.

В Приказе Минздрава РФ от 04.06.2001 №181 «О введении в действие отраслевого стандарта «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» одним из объектов стандартизации названа «квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала».

На наш взгляд, более эффективным был бы подход через дифференцированные профессиональные «срезы». Наиболее значимым является врачебное сообщество. И первоначально сделана попытка определиться с термином «врач».

Юридически значимое понятие было найдено лишь в с.2, п.15 ФЗ-323 в контексте «лечащий врач», на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения. Все представители врачебного сообщества, согласно ФЗ-323, входят в достаточно широкое понятие «медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности каждого входит осуществление медицинской деятельности...» [ст.2, п.13].

Таким образом, вполне очевидно, что наиболее часто встречающимся определением «врач» является более обобщенное - «медицинский работник». Концентрируется внимание на принадлежности к медицинским специальностям - это и врачи, и средние медицинские работники (СМР), понятии *медицинский персонал* или *персонал медицинской организации* [Веснин В.Р., 2003; Шарипова Г.А., 2016].

Акцент именно на термине «врач» делает в большом числе исследований: *врачи* [Алборова З.О., 2012; Зарбаилова Н.К., 2017; Черкасов С.Н., Костикова А.Ю., 2017]; *врачи по специальности* – часто, это формулировки «терапевт», «хирург» и др. [Chand M. et al., 2010; Hanke C.W. et al., 2013]. В этом же контексте рассматриваются термины *специалист* и *врач-специалист* [Решетников В.А. с соавт., 2013; Семенова Т.В. с соавт., 2014; Габай П.Г., 2016], реже, но встречается понятие «*доктор*» [Walker R., Morgan P., 1996; Lehmann M., 1997].

Далее в широком диапазоне следуют определения, которые обобщают врачебное сообщество, главным образом через понятие «*кадры*» - от принадлежности к отрасли здравоохранения до медицинской организации, а также в других вариантах вполне оправданных формулировок, к примеру, руководящие «кадры» [Зими́на Э.В., 2007; Данилова Н.В., 2012; Комаров Ю.М., 2013; Сибурина Т.А., Мирошникова Ю.В., 2018].

С понятием «кадры» сопряжены и более сложные конфигурации:

- *кадровые ресурсы* [Халецкий И.Г., Васильева Т.П., 2013];
- *кадровый потенциал* [Манерова О.А., 2009; Петросов С.Н., Хрупалов А.А., 2014];
- *врачебные кадры* [Кузьменко М.М., 1996; Перхов В.И., Стебунова Р.В., 2011; Castel O.C. et al., 2011].

Определением «кадровое обеспечение системы здравоохранения» обозначена самостоятельная подпрограмма Государственной программы развития здравоохранения в стране [Государственная программа ..., 2017].

Различные стороны «вклада» врачей в социальную картину общества и развитие трудового потенциала страны проявляются через определения *человеческие ресурсы – human resource* [Adams O., 1999; Kabene S.M. et al., 2006; Mahesh S., Crow S.M., 2012; Andrè A.M. et al., 2013] и даже *трудовая сила* [Эффективная система здравоохранения..., 2018].

Обращает на себя внимание, что практически во всех применяемых обозначениях врачебного сообщества делаются числовые обобщения. Квалификационный уровень, формируемый как свод индивидуальной способности и готовности выполнять возложенные профессиональные обязанности, в большинстве публикаций не просматривается. Вместе с тем, проблемам профессионального развития врачей в процессе их трудовой деятельности посвящено немало научных работ, однако, в основном, врачи – организаторы здравоохранения рассматривали вопросы улучшения работы кадровой службы, работы руководителей разного уровня, подбора персонала и улучшения форм и методов его работы.

О.В.Куделина и Н.Б.Филинов (2018) исследовали стиль принятия управленческих решений врачами по их опросам (1097 респондентов). Было установлено, что у главных врачей, их заместителей, заведующих отделениями и врачей вне руководящих должностей стиль принятия решений различается. Нам представляется, что по такому набору респондентов - врачей может быть исследован широкий спектр проблем.

Предпринимается много попыток терминологически определить квалификационный уровень, как способность и готовность врачей осуществлять свои служебные обязанности.

Используются понятия:

- *профессиональные функции* [Соболева М.С., Амелина И.В., 2017];
- *обязательства врача перед медицинской организацией* [Еругина М.В., 2009];
- *наиболее часто, профессионально важные качества* [Митина О.А., 2009; Алборова З.О., 2012];

- и, конечно, *компетенции*, как принятое в системе стандартов понятие [Богданов Н.Н., 2012; Кича Д.И. с соавт., 2013; Iobst W.F. et al., 2010].

В «Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года», утвержденной Указом Президента РФ от 6 июня 2019г. №254, в ряду «целей, основных задач и приоритетных направлений развития здравоохранения в РФ» и в ряду мер «совершенствования системы медицинского образования и кадрового обеспечения» (р.17) предусмотрено «постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников».

Подход к компетенциям и в целом развитие компетентностного подхода детально изложены в публикации О.Л.Задворной с соавт. (2015). Выделяя три этапа в развитии компетентностного подхода, авторы первый этап (60-70е годы) связывают с коммуникативной компетентностью, второй (70-80е годы) с развитием социальной компетенции и выделением дифференцированных видов компетенций, и, наконец, по третьему этапу (с 90-х годов по настоящее время) подчеркивают, что «профессиональная компетентность становится предметом всестороннего рассмотрения...». Со ссылкой на публикации авторы определяют термин «компетенция» как «способность делать что-либо хорошо или эффективно» или «способность выполнять особые трудовые функции». В публикации О.Л.Задворной с соавт. (2015) выбран подход с позиции форм учебной деятельности обучающегося. Но при этом авторы совершенно справедливо подчеркивают, что «переход к компетентностному подходу обусловлен оптимизацией взаимодействия профессиональной практической и образовательной деятельности» [с.286]. Этот подход нам наиболее близок в свете решаемой в настоящем исследовании задачи.

Вполне оправданно термин компетенции используется в расширительном варианте: универсальные и профессиональные (ФГОСы),

управленческие компетенции руководителей [Зими́на Е.И., Горькова Т.Ю., 2010; Богдан Н.Н., 2012].

Представляется особенно важной «привязка» компетенций к должности (в профессиональных стандартах по группам специалистов внутри специальностей) и к самим специальностям при обучении врачей (Федеральные государственные образовательные стандарты – ФГОСы).

В.Г.Кудрина с соавт. (2015) отметили, что компетенции «являются неотъемлемой частью деятельности врачей в системе оказания медицинской помощи». Авторы оценивают ИКТ-компетенции и пути их формирования с учетом опыта, накопленного на кафедре медицинской статистики и информатики РМАНПО (далее Кафедра).

На научно обоснованных терминах «компетенции» и «компетентность» строится «компетентностный подход» в профессиональном образовании (Зеер Э.Ф., 2007; Конопля А.И., 2010; Кича Д.И. с соавт., 2013; Никишина В.Б. с соавт., 2018). Помочь в их реализации может опора на те качества, которые есть или должны быть сформированы у врачей. И в этой связи мы обратили внимание на исследования специалистов педагогического профиля по теории и практике профессионального обучения.

Компетентностный подход в дополнительном профессиональном образовании исследовали Н.В.Шестак и В.П.Шестак (2009), в части изучения профессиональных способностей личности В.Д.Шадриков (2010).

Как уже было отмечено, особое место среди них занимает позиция «профессионально важные качества» (ПВК), которые у врачебного сообщества исследовали R.Walker, P.Morgan (1996), M.Lehmann (1997), Ли Ван Хо (2007), Н.В.Текутьева (2008), О.А.Митина (2009), З.О.Алборова (2012). Ли Ван Хо (2007) в отношении «профессионально важных качеств» утверждал, это «чаще всего значение принадлежит не оснащенности медицинских учреждений новейшим оборудованием, а индивидуальным и социально-психологическим качествам врача, их влиянию на эффективность и результативность медицинской деятельности» [с.3]. Весьма, на наш взгляд,

спорное противопоставление. Обе составляющие (и оснащенность МО и индивидуальные качества врача) играют свою роль.

На проявление ПВК влияет множество факторов. М.В.Ерыгина (2009) отметила, что при опросе врачей «респонденты единодушны во мнении, что эффективность работы врача снижается в связи с необходимостью выполнять несвойственные функции. На их выполнение в течение рабочего дня 27% врачей тратят третью часть рабочего времени, 16% - половину, 14% - 40% рабочего времени и 15% - четвертую часть» [с.19].

Представленная автором ситуация относится к группе проблем, названных «риск - факторами в системе здравоохранения».

Опираясь на личный опыт врачебной деятельности отметим, что полностью избежать неэффективных трат рабочего времени не получится при любых реформах. Вместе с тем, минимизировать их возможно при унификации регламентов, которым врачи будут обучены, и стандартизации требований, по которым будет контролироваться трудовой процесс. На пересечении этих векторов находятся профессиональные компетенции, по которым и должна оптимизироваться врачебная деятельность.

При этом важно, чтобы обязательства врача перед медицинской организацией имели конкретный характер, а не были расплывчатыми и безграничными, вне конкретных правил, и, таким образом, содержали как можно меньше риск- факторов, соответствуя нормам «должностной инструкции» как свода профессиональных требований к медицинскому работнику. И в определенной должности в сфере деятельности (к примеру, контроль КМП) врач четко должен знать свои права, обязанности и регламенты действий. Однако А.А.Сыстерова (2008) отмечает, что «каждый десятый врач не знает своей профессионально-должностной инструкции. Практически 17% врачей не могут полностью адаптироваться к работе» [с.41].

При анализе источников потенциальных рисков и их возможных последствий в ряду риск – факторов Р.А.Хальфин с соавт. (2018) выделили:

«Оценку/Экспертизу качества медицинской помощи по критериям, сформулированным на основе клинических рекомендаций» [с.6]. Возможные меры для снижения этого риск-фактора авторы видят в следующей формулировке: «Полнота, адекватность, измеримость и валидность критериев. Ресурсоемкость оценки/экспертизы. Возможность автоматизации анализа и оценки на основе данных в ЭМК» [с.6].

Внутренний контроль КМП по мнению М.А.Шишова (2016) «должен быть обязательно «риск-ориентированным и учитывать все аспекты процесса оказания медицинской помощи (от обращения за медицинской помощью до выписки пациентов), которые прямо влияют на исход лечения, с учетом мнения как вовлеченных в процесс медицинских работников, так и пациентов (их законных представителей). В противном случае, внутренний контроль из инструмента оптимизации может превратиться в инструмент избыточного контроля, отнимающего у медицинских работников время, необходимое для их пациентов» (с.187).

Наличие зон неопределенности и влияние риск-факторов всегда усиливаются во времена любых перестроечных процессов. С полным основанием к ним относятся, несомненно, прогрессивные, но еще не проверенные на практике новации. Для системы профессионального развития врачей это переход в дополнительном медицинском образовании к системе НМО, а при допуске врачей к профессии – к их аккредитации (М.С.Пешков, 2018).

Вряд ли ситуация изменится в лучшую сторону лишь от того, что будут повсеместно введены нормы НМО (или по другой формулировке профессионального развития). В одной из публикаций уже в названии присутствует реальная цифра в 30% поддержки НМО (новости/главному врачу, 2017). Вместе с тем, в научных отечественных публикациях проблемы НМО изучены достаточно многосторонне [Чубик П.С. с соавт. 2010; Мошетова Л.К., Задворная О.Л. 2012; Балкизов З.З., Природова О.Ф.,

Семенова Т.В., Сизова Ж.М., 2016]. В зарубежных работах этой проблеме уделили внимание J.Pazochka Papzokas (2001), M.Patel (2016).

Также сама по себе аккредитация вряд ли существенно изменит ситуацию с информированностью и вовлеченностью врачей в образовательные реформы, даже имея в основе максимально возможное обоснование - Федеральный закон (от 29.12.2015 №389-ФЗ) и ряд Приказов (один из них утверждает сроки и этапы аккредитации - Приказ от 25.02.2016 №127н). И до тех пор, пока для медицинского персонала МО действовала альтернатива - до 2021 года проходить сертификационные циклы, аккредитация не становилась для уже работающих врачей жестко фиксируемой нормой допуска к профессии.

Переход на аккредитацию в ряде научных работ связан с расширением в системе профессионального развития врачей элементов НМО [Балкизов З.З. с соавт., 2016; Абрамов А.Ю. с соавт., 2016; Лобачев И.В. с соавт., 2019].

Авторы уже в новых инновационных механизмах системы профессионального образования врачей проводят поиск путей совершенствования: Ж.М.Сизова, М.Б.Челышкова (2018) - через повышение качества оценочного инструментария, О.Ф.Природова с соавт. (2017) – через рост эффективности предварительной подготовки, в том числе за счет повышения качества лекционного материала.

Вместе с тем, на наш взгляд совершенно очевидно, что будут изменяться требования не только к обучению и практической работе, но и к самим врачам, их опыту работы. И традиционные нормы: знания, умения, навыки, применяемые и развиваемые в образовательной практике, уже сейчас нуждаются в переосмыслении своего характера и полезности применения.

Н.П.Марчук (2009) еще до внедрения современных механизмов учебы и профессиональных допусков врачей отмечала, что одним из факторов формирования кадровой политики является учет профессиональной пригодности «как определенный уровень сформированности психических

функций и личностных характеристик, которые и обеспечивают плодотворную и эффективную трудовую деятельность» [с.17].

Помимо личностных характеристик, несомненно, важны и личностные мотивы врачей. А.Ю.Костикова, С.Н.Черкасов (2017) приводят следующую формулировку. «В самом общем виде мотивация - это процесс побуждения себя и других людей к деятельности через формирование мотивов поведения для достижения личных целей и целей организации».

В ряду стимулов к эффективной работе, несомненно, преобладают экономические (денежные) - стимулирующие и компенсационные выплаты. И, чтобы этот фактор улучшения работы был максимально обоснованным, внедряются различные формы дифференцированного подхода при оплате труда – «эффективный контракт» [Кадыров Ф.Н., 2014; Романчук И.Г., 2014] и в целом система дифференцированной оплаты труда [Гайдаров Г.М. с соавт., 2000; Кадыров Ф.Н., 2014] и другие стимулирующие формы оплаты труда [Корзенко Н.И., Тимакова Т.В., 2015; Калабина Е.Г., 2016].

При отсутствии учета материальной заинтересованности врачей, нематериальные стимулы, несомненно действуют, но не столь эффективно [Горгорова В.В., Кобина Л.А., 2013]. Нематериальная мотивация рассмотрена в работе О.В. Павленко (2015).

В ряду стимулов нематериального плана представлены: участие в поддержании ценностей медицинской организации [Алмазов А.А. 2014], вовлеченность в систему менеджмента качества своей организации [Афонченко Д.А., 2016].

Для руководителей разного уровня важной составляющей является необходимость эффективного управления персоналом [Лебедев М.А., 2014], причем, согласно информации А.Ю.Костиковой и С.Н.Черкасова (2017), установки руководителей государственных и коммерческих медицинских организаций различаются. В данной публикации авторы отметили, «что в самом общем виде мотивация - это процесс побуждения себя и других людей

к деятельности через формирование мотивов поведения для достижения личных целей и целей организации» (с.55).

В целом, наиболее адекватную информацию о мотивах и вовлеченности в трудовые процессы можно получить из результатов социологических опросов медицинских работников.

Мнения персонала медицинских организаций изучались по многим вопросам современного здравоохранения: эффективности внедрения системы менеджмента качества [Линденбратен А.Л. с соавт., 2016], способах повышения уровня КМП [Еругина М.В., 2009; Погосян С.Г. с соавт., 2014].

Особый интерес вызвали результаты социологического исследования среди врачей в ходе прохождения ими курсов повышения квалификации в Казанской государственной медицинской академии Минздрава Российской Федерации. [Гатауллин И.Г.с соавт., 2015]. Цель проведенного коллегами исследования – «выявить ведущие мотивы выбора профессии врача, исследовать факторы, влияющие на процесс мотивации труда врачей, обобщить предложения врачей в области выбора профессии для молодежи» [с.285]. Прочитав статью в журнале, остался не ясным вопрос, который в сильной степени волнует, к примеру, наш преподавательский коллектив - как врачи преодолеют этап перехода к новой системе аккредитации и как изменятся мотивационные факторы?

В статье И.Г.Гатауллина с соавт. отмечается, что у большей части респондентов - 41,22% (всего опрошено 270 врачей) аттестация персонала оказывает «индифферентное влияние на процесс мотивации» [с.287].

Выход публикаций относится к 2015 году, и тогда новый механизм аккредитации еще не коснулся медицинской общественности. Этот процесс набирает «обороты» постепенно. И нам представляется, что мотивы врачей целесообразно исследовать во взаимодействие с информированностью о новых веяниях и уровне вовлеченности в их реализацию.

При этом, хотелось бы видеть результаты социологических опросов в объемном, «перекрестном» рассмотрении. К примеру, такой можно считать

публикацию А.В.Бреусова и М.Б.Бершадской «Мотивация персонала - основополагающий фактор в системе непрерывного медицинского образования и повышения качества медицинской помощи» (2010).

Но со времени выхода этой публикации прошло целое десятилетие, и факторы, формирующие мотивацию врачей, изменились, как изменилась официальная позиция в системе допуска к медицинской деятельности.

Фактически новый вектор для социологических исследований был дан в связи с поручением Правительства РФ совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ «обеспечить внедрение механизмов мотивации персонала медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и повышение качества их работы в рамках новой модели оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи» [Перечень поручений..., 2019, пункт 6].

Мы считаем, что такие социологические исследования полезны, чтобы выявлять «болевые точки» и «точки роста» на пути решения многих проблем и ситуаций в отрасли.

При этом, на наш взгляд, результаты социологических исследований должны стать информационной основой развития врачебной деятельности, причем на принципах практикоориентированности - развития у врачей профессиональных компетенций. При этом ключевым направлением решения задачи станет обеспечение качества медицинской помощи.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на кафедре медицинской статистики и информатики (с 2019 года - медицинской статистики и цифрового здравоохранения) Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава РФ, ставшей базой исследования.

Время проведения исследования определено сроком обучения в очной аспирантуре по специальности 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: 2017-2020г.г. Тема кандидатской диссертации утверждена на заседании ученого совета факультета профилактической медицины и организации здравоохранения РМАНПО (протокол от 18 мая 2018 года №5 - приложение 1).

В основу исследования положено изучение направлений развития ключевого для врачей профессионального понятия «компетенция».

В качестве примера выбран контроль качества медицинской помощи, для медицинской организации - внутренний контроль КМП.

Предметом исследования стали профессиональные компетенции врачей по контролю КМП.

Объект исследования - деятельность врачей по контролю КМП.

Единица наблюдения - врач медицинской организации клинического или организационного профиля, участвующий в системе контроля КМП.

Исследование, схема которого представлена на рисунке 2.1, включает четыре этапа.

На первом этапе исследования при помощи метода изучения и обобщения опыта, аналитического метода и контент-анализа информационных источников оценены 243 отечественных и 33 зарубежных источников литературы.

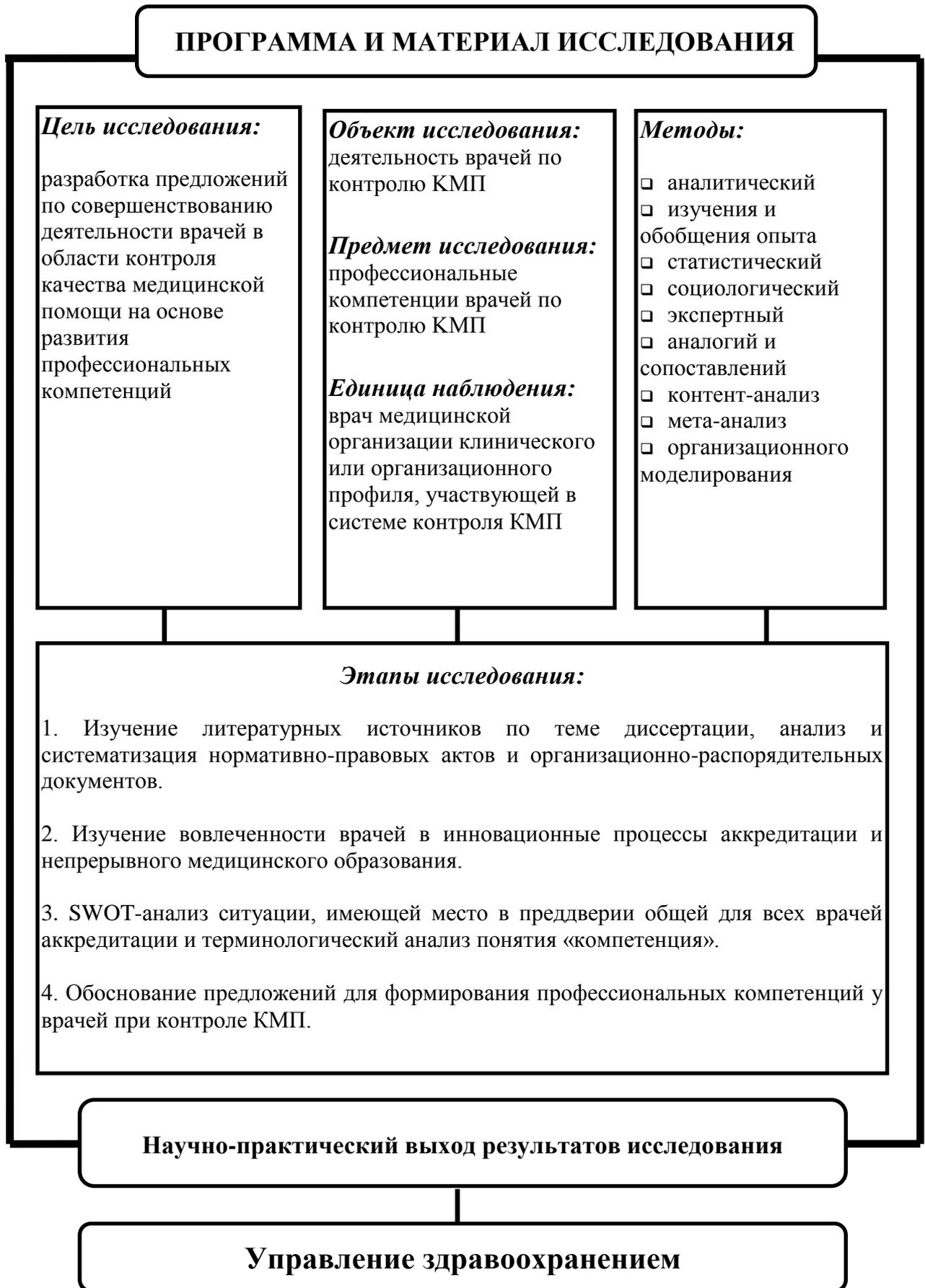


Рисунок 2.1. Схема исследования

Систематизирован опыт оценки деятельности МО по объективным и субъективным критериям, установлены определения, которые используются при характеристике вовлеченности врачей в реформы системы здравоохранения. Определено, что при внедрении НМО и аккредитации врачей подход к их деятельности и требования к ним не определены. В анализе правового и нормативного отражения компетентностного подхода к деятельности врачей в целом изучено и использовано 20 нормативно-правовых актов (16 Федеральных законов, 1 Закон, Трудовой кодекс и 2 Указа Президента РФ), 31 организационно-распорядительных документов - 3 Постановлений и 1 Распоряжение Правительства РФ, 16 Приказов Минздрава РФ (включая Минздравсоцразвития РФ), 5 Приказов Минтруда РФ, 4 Приказов и Письма Минобрнауки РФ, 1 Приказа Росздравнадзора и 1 Приказа ФФОМС, а также 2 источников материалов Итоговых Коллегий Минздрава РФ, 5 стандартов серии ГОСТ ИСО и ГОСТ Р.

Применив метод аналогий и сопоставлений, мы определили надежность набора профессиональных компетенций, которые приняты как основа в блоках «описательный компетентностной модели формирования способности врачей медицинской организации участвовать в контроле КМП». Метод аналогий и сопоставлений использован В.Г.Кудриной (1993) при определении надежности методики оценки качества НИР.

В нашем исследовании выбраны позиции для сопоставлений: «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации – в стационаре» (М., 2015), - «... в поликлинике» (М., 2017), «Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 №381н).

На втором этапе при социологическом исследовании методом анкетирования изучена вовлеченность врачей в инновационные процессы аккредитации и непрерывного профессионального образования.

Выборочная совокупность в 162 опрошенных врача медицинских организаций соответствует исследованию средней точности (схема в таблице 2.1). Персональных данных в анкете нет.

Таблица 2.1

Необходимый объем выборки

№ пп	Вид исследования	Желаемая точность исследования $K = \delta / G$	$t = 2,5$ $P = 0,95$	$t = 2,5$ $P = 0,98$	$t = 3,0$ $P = 0,99$
1	Ориентировочное знакомство	0,5 0,4 0,3	15 25 44	25 39 69	36 56 100
2	Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3	Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Ист.: Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебник / Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др. / Под ред. Ю.П.Лисицына. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. – С. 305.

Выбор критериев и конкретных вопросов для Анкеты (приложение 2) проведен при помощи профессоров и преподавателей Кафедры.

Анкета носит обезличенный характер, что с одной стороны, не влияет на результаты анализа, но с другой, делает коллег более «откровенными» и независимыми в ответах, что формирует уровень оценок.

Ответы респондентов касались вопросов, сгруппированных в четыре блока для:

1. общей характеристики - составления «паспортички» опрошенных врачей (пол, возраст, образование, стаж, квалификационная категория, должность),
2. изучения вовлеченности врачей в инновационные процессы медицинского образования и допуска к профессии в виде периодической аккредитации,

3. оценки факторов, формирующих мотивацию к обучению, по степени важности для врачей,

4. их прогнозных оценок о перспективах системы последипломной подготовки врачей и о влиянии реформ на качество оказываемой медицинской помощи.

Вопросы анкеты, в основном, носят закрытый характер. Лишь в случае определения источников получения информации об аккредитации (вопрос 07) использован полужакрытый вопрос.

Для возможности статистической обработки анкет предварительно была разработана инструкция по шифровке вопросов анкеты (приложении 3).

А.В.Решетников и С.А.Ефименко (2007) отмечают, что медицинские работники могут быть опрошены в качестве экспертов. Для использования этого довода нами применен двойной фильтр их выбора. Мы попросили ответить на оценочные вопросы только тех, кто правильно ответил на вопрос 17: надо или нет повышать квалификацию перед прохождением аккредитации (ответ: да, надо). Таким образом сформировалась группа из 125 врачей.

Обращение к респондентам не только как к опрашиваемым, но и экспертам, придало получаемой информации в дополнение к познавательной еще и объяснительное значение. Таким образом, опираясь на их оценки в диапазоне 1-10 предоставилась возможность по средней величине значимости позиций выстроить рейтинг мотивов для прохождения ПК перед аккредитацией.

К вопросам экспертного назначения отнесены прогнозы развития системы последипломного образования врачей и улучшения КМП в результате реформ. Система ответов с мягким равновесным шагом (да / скорее да, чем нет / скорее нет, чем да / нет) дает большие возможности врачам сформулировать свой ответ. Проведен корреляционный анализ двусторонних связей между ответами на прогнозныe вопросы с использованием пакета статистической программы «IBM SPSS Statistics 21»

и программного комплекса «Microsoft Excel 2007». Для суждения о степени значимости различий между двумя группами показателей применен критерий t-Стьюдента, для статистической обработки качественных признаков применен критерий χ -квадрат. Вероятность ошибки обозначалась символом «*p*». Различия между выборками считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Технической «выбраковки» анкет не было, лишь в некоторых отсутствовали те или иные ответы. Составлена структурированная база ответов врачей. Ее фрагмент приведен в таблице 2.2.

На третьем этапе проведен SWOT-анализ по ситуации, которая имеет место при переходе на новую систему допуска к врачебной деятельности - аккредитации. Согласно требованиям анализа, выделены сопряженные явления, которые разделены на положительно влияющие сильные стороны (Strengths), негативные стороны (Weaknesses), потенциальные возможности (Opportunities), потенциальные угрозы (Threats). Обоснование факторов проведено на основании анализа мнений профессоров и преподавателей Кафедры, а также изучения источников литературы. Результаты сведены в единую таблицу по оценке ситуации - при полном переходе врачей на систему аккредитации с 2021 года (глава 5).

Установить роль в системе требований к врачам при их аккредитации позволяет выбор системообразующего для процедуры аккредитации элемента. В результате терминологического анализа выбран термин «компетенция».

Для определения вклада профессиональных компетенций в систему контроля КМП на *четвертом этапе* при помощи контент-анализа проведено изучение профессиональных стандартов и ФГОСов по ряду клинических специальностей, для врачей организаторов здравоохранения и клиницистов, а также других, сопряженных с медицинскими, специальностям.

Таблица 2.2

Фрагмент базы данных ответов респондентов* (n=162)

№	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC		
	Номер анкеты	Пол	Возраст	Стаж	Должность	Квалиф. категория	Слышали ли Вы про аккредитацию медицинских работников	Если да, то из каких источников (интернет, от коллег, от руководства, лекции, другое)	источ	источ	источ	Вам понятна данная информация	Вы открывали Портал НМО	У Вас есть личный кабинет на Портале НМО	Планируете ли Вы перейти на систему аккредитации в ближайшее время	Среди Ваших коллег кто-нибудь планирует обучаться по новой системе	Планируете ли Вы продолжить трудовую деятельность по специальности после 2021 года	Вы ознакомились с нормативными документами	Собираете ли Вы свое Портфолио	Можете ли Вы сформулировать отличия сертификации специалистов от аккредитации	Как Вы считаете, перед аккредитацией Вам надо проходить обучение по программам ПК или достаточно набрать в большом количестве общее количество профессиональных мероприятий	необходимость внедрять в практику новое обучение через профессиональные компетенции для Вашей работы	необходимость приобрести профессиональные компетенции для Вашей работы	помощь в решении профессиональных задач на Вашем рабочем месте	наступление очередных учебных или лицензирований организации	личное желание повысить квалификацию	Как Вы считаете, аккредитация улучшит систему последипломной подготовки врачей	Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций	Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП		
1																															
2																															
3	1	2	3	3	4	6	5	1	4				2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	3	2	9	3	5	9	1	1	2
4	2	2	3	2	2	1	1	4				2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2						3	3	3	
5	3	2	3	3	2	2	1	2				3	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	7	9	10	7	1	3	3
6	4	1	1	1	2	1	1	4				3	1	2	1	2	1	1	1	3	1	0	8	8	10	8	1	3	2	2	
7	5	2	3	6	2	5	1	2	4			2	2	2	1	2	1	1	1	3	2	2					2	3	2	2	
8	6	1	3	6	1	4	1	1	2	3		3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	4	9	9	10	9	1	2	1	1	
9	7	2	2	2	4	1	1	1				3	2	2	3	3	1	2	1	3	1	0	7	6	9	4	3	3	2	2	
10	8	2	3	5	5	1	1	1	3			3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	8	8	8	8	10	1	1	1	2	
11	9	2	2	2	4	1	1	1	2	3			1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	9	8	10	7	3	1	1	2	
12	10	2	3	5	3	4	1	2	3	4		2	2	2	3	3	1	2	1	3	1	0	7	7	10	6	2	3	2	2	
13	11	1	2	6	5	5	1	1				2	2	2	2	2	1	1	1	3	2						3	2	2	2	
14	12	2	3	5	5	4	1	4				2	2	2	2	2	1	1	3	2	1	7	7	5	9	9	3	1	1	3	
15	13	1	5	5	5	4	1	1	3			3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	6	5	5	9	8	1	1	1	2	
16	14	2	3	5	5	4	1	3				2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	5	7	6	8	8	3	1	1	2	
17	15	2	2	2	5	1	1	1	3	4		2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	8	7	9	9	1	1	1	3	
18	16	2	4	5	5	4	1	1	3	4		2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	4	6	6	8	10	2	2	2	3	
19	17	2	3	5	3	4	1	3				3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	7	5	10	9	2	1	1	2	
20	18	2	4	5	3	4	1	3				1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	8	7	9	7	3	3	3	3	
21	19	2	5	5	1	4	1	1	4			2	2	2	3	1	2	2	2	3	1	1	3	3	10	9	2	2	2	3	
22	20	2	5	6	3	5	1	1	2	3		2	1	2	3	1	2	2	1	2	2	2					2	3	1	1	
23	21	2	4	5	1	4	1	1	4			3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	0	7	6	10	10	2	1	1	3	
24	22	2	4	5	1	4	1	1	2	3		3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	8	8	10	9	3	1	1	2	
25	23	2	4	5	4	3	1	4				2	2	2	3	2	1	1	1	3	2	1	1	1	10	9	2	3	2	2	
26	24	1	1	1	3	1	1	1	2	3		2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	9	7	10	8	2	3	3	3	
27	25	1	1	1	3	1	1	1				2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	8	8	10	9	2	2	2	3	
28	26	1	4	5	3	4	1	1	2	3	4	3	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	8	8	10	10	3	2	2	3	
29	27	2	2	3	3	3	1	1	2	3	4	3	2	2	1	1	1	2	1	5	1	2	8	7	9	8	2	2	2	2	
30	28	2	2	3	4	3	1	4				3	1	1	1	3	1	2	1	3	1	0	9	7	9	10	2	3	2	2	
31	29	2	3	3	4	3	1	1	4			3	1	2	1	1	1	2	1	3	1	2	8	8	10	9	2	3	2	2	
32	30	2	4	5	4	3	1	1	2	3		3	1	2	3	2	2	2	2	3	1	1	7	8	10	8	2	3	2	2	
33	31	2	2	2	4	2	1	2				3	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	8	8	10	8	2	3	2	2	
34	32	2	2	1	2	1	1	4				3	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	9	9	10	10	3	3	3	3	
35	33	1	1	1	4	1	1	1	2			2	2	2	3	1	1	2	2	3	1	3	7	7	9	9	2	3	2	2	

*Анкета содержит обезличенные данные

Установлены «слабые места» документов и изучены предложения специалистов медицинских и педагогических специальностей для их ликвидации. Основываясь на этих предложениях, применив метод организационного моделирования, была разработана «описательная компетентностная модель формирования способности врачей участвовать в контроле КМП».

Эта модель заложена в учебном модуле, информационной основой которого стало учебно-методическое пособие «Оценка качества медицинской помощи в медицинских организациях»: авт. проф. Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Экажева Ф.С., 2019). Но обучение для самих врачей не является окончательной целью, достигаемой для их работы в профессии. Основываясь на уже полученной в исследовательских главах информации, методом мета-анализа сведены воедино все элементы «профессиональной подготовки врачей для контроля КМП» и «допуска» к профессиональной деятельности в части контроля качества медицинской помощи и построена функциональная модель формирования профессиональных компетенций врачей для участия в работе по контролю КМП. В целом, для определения роли профессиональных компетенций врачей в системе контроля КМП проведено комплексное 4-х этапное исследование, в котором использованы аналитический, статистический, социологический, экспертный методы, контент-анализ, мета-анализ, метод организационного моделирования.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ У ВРАЧЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЛЯ КОНТРОЛЯ КМП

Наличие нормативно-правового обоснования при решении любой организационно-управленческой задачи является первостепенной нормой. Поиск возможностей улучшения работы по контролю качества медицинской помощи (КМП) за счет развития профессиональных компетенций врачей можно отнести к числу этих задач.

Е.И.Зими́на (2011) в своем диссертационном исследовании установила, что у руководителей медицинских организаций и врачей клинических специальностей наибольшая потребность «в пакете документов на рабочем месте» (по формулировке автора) имеется именно по нормативно-правовой информации (по результатам опроса, соответственно, 47,3% и 48,3%). Следующие по доле присутствия в обеих категориях респондентов документы (следует учесть, что обе представляют врачебное сообщество) связаны с клинической информацией (соответственно, 19,8% и 18,8%) и статистической информацией (8,7% и 11,4%). Как можно видеть, «отрыв» потребности в НПА от следующей группы информационных интересов находится на уровне 2,4-2,6 раза.

Проводя настоящее исследование в рамках медицинской научной специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», первый блок поставленных задач в части нормативно-правового обеспечения мы связали с рассмотрением медико-организационных проблем КМП с акцентом на управление КМП с выделением его ключевого звена - контроля КМП. Контроль КМП регулируется нормативно-правовыми документами.

Основополагающим документом, регламентирующим юридические нормы в сфере охраны здоровья граждан, в который включены статьи по контролю КМП, является Федеральный Закон **323-ФЗ** «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Именно в этом Законе в статье 2 введены понятия, которые стали ключевыми для настоящего исследования. Среди 23 позиций во 2-ой статье присутствует медицинская помощь (п.3), медицинская услуга (п.4), медицинская деятельность (п.10).

Для настоящего исследования особую важность имеют понятия:

- качество медицинской помощи – «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» (п.21).

- медицинский работник - «физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности...» (п.13).

Как уже было отмечено в аналитическом обзоре литературы профессия «врач» присутствует лишь в одном термине - «лечащий врач» (п.15), причем без терминологического определения позиции «врач».

В статье 10 «Доступность и качество медицинской помощи» предусматривается применение порядков оказания МП и стандартов МП (п.4), предоставление медицинской организацией гарантированного объема МП в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п.5).

В п.2 зафиксировано, что доступность и КМП обеспечиваются наличием необходимого количества работников и уровнем их квалификации. Таким образом, квалификация работников выводится в ранг понятий с правовым статусом.

В статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» в п.2 к порядкам и стандартам МП добавляется позиция клинических рекомендаций (протоколов ведения больных), введенных самостоятельным Федеральным Законом.

ЭКМП проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (п.1).

Следующим, фактически сопряженным с Федеральным законом **323-ФЗ**, является Федеральный закон **326-ФЗ** «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В статье 3 изложены «Основные понятия», используемые в ФЗ-326.

Терминов прямого значения для исследования проблем КМП, ФЗ-326 не вводит. Вместе с тем, присутствует термин «страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи (п.3).

Р.А.Хальфин с соавт. (2018) при анализе источников потенциальных рисков и их возможных последствий в ряду риск-факторов выделили: «Оценка/Экспертиза качества медицинской помощи по критериям, сформулированным на основе клинических рекомендаций» (с.6). Возможными мерами для снижения этого риск-фактора авторы видят в следующей формулировке: «Полнота, адекватность, измеримость и валидность критериев. Ресурсоемкость оценки/экспертизы. Возможность автоматизации анализа и оценки на основе данных в ЭМК» (с.6).

В статье 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» в ряду экспертиз в п.б выделена «Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата» (часть 6 в ред. Федерального закона от 01.12.2012 №213-ФЗ).

Экспертиза КМП является контрольно-надзорной функцией за деятельностью медицинских организаций. И «человеческий фактор» в этой статье представлен требованиями к экспертам качества (п.7), включенным в территориальные реестры экспертов КМП.

На наш взгляд, правильный подход при организации и проведении экспертизы КМП обеспечивается полным соответствием формулировок в ходе экспертиз целей выявления нарушений в 323-ФЗ (ст.64) и 326-ФЗ (ст.40, п.6).

Законом, регулирующим отношения, возникающие при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья, является Закон №2300-1 «**О защите прав потребителей**» (№2300-1 от 07.02.1992 - в ред. от 18.03.2019).

В ряду основных понятий, вводимым Законом «О защите прав потребителей» присутствует норма – «безопасность товара (работы, услуги) - безопасность товара (работы, услуги) для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса выполнения работ (оказания услуги)».

Оказание медицинской помощи, медицинская деятельность - это именно процессы, поэтому, на наш взгляд, широко используемое словосочетание «качество и безопасность оказываемой медицинской помощи» имеет под собой нормативно обоснованные понятия.

В статье 4 «Качество товара (работы, услуги)» Закона №2300-1 сформулированы требования при возмездной и безвозмездной форме оказания услуг, и, если договора нет - следует соблюдать обычно предъявляемые требования (п.2), но, если есть обязательные для услуги требования, их соблюдение обязательно (п.5).

Следующим нормативно-правовым документом, который призван упорядочивать и оптимизировать сферы деятельности в рамках решаемой в

нашем исследовании задачи, является **Федеральный закон от 29.06.2015 №162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации»**.

Среди основных понятий, вводимых Федеральным законом 162-ФЗ, хотелось бы выделить п.9 – «правила стандартизации - документы национальной системы стандартизации, разработанные и утвержденные федеральным органом исполнительной власти в сфере стандартизации, содержащие положения организационного и методического характера, которые дополняют или конкретизируют отдельные положения основополагающих национальных стандартов, а также определяют порядок и методы проведения работ по стандартизации и оформления результатов таких работ».

«Правила стандартизации» дополняются **системой ГОСТов**. Национальный стандарт ГОСТ Р 53092-2008 разработан специально для системы здравоохранения и ряд его норм может быть отнесен к системе менеджмента качества МП и оказанных услуг. (Раздел 3 «Термины и определения», п.3.1.6). Позиция 3.1.1 «Нежелательное событие» была бы весьма полезна при классификации врачебных ошибок, которая на официальном уровне отсутствует. В разделе 3.1.13 приведено определение «Медицинские работники» (Health professionals): Персонал (см. раздел 3.1.20), непосредственно оказывающие медицинские услуги, например, врачи».

В разделе 3.1.20 персонал (staff) - сотрудники, работники по договорам и медицинские работники, обеспечивающие предоставление продукции/услуг в учреждениях здравоохранения.

Ныне ФЗ-323 ввел термин медицинские работники, к которым относятся не только лица, имеющие медицинское, но и «иное образование». В разделе 3.1.13 ГОСТ Р 53092-2008 этому соответствовать может позиция «...другие сотрудники, чья квалификация подтверждена уполномоченным органом...».

Основными стандартами, использованными в настоящей работе, являются: ГОСТ ИСО 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» и ГОСТ ИСО 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования». Из текста ГОСТа ИСО 9000-2011 взяты выдержки по принципам менеджмента качества, которые хотелось бы наполнить содержанием в части решаемой в настоящем исследовании задачи (нумерация пунктов приведена как в ГОСТе) (таблица 3.1.).

Таблица 3.1

Основные принципы менеджмента качества

а) Ориентация на потребителя	<i>Организации зависят от своих потребителей и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания</i>
б) Лидерство руководителя	<i>Руководители обеспечивают единство цели и направления деятельности организации. Им следует создавать и поддерживать внутреннюю среду, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации</i>
в) Вовлечение работника	<i>Работники всех уровней составляют основу организации, поэтому их полное вовлечение в решение задач дает возможность организации с выгодой использовать их способности</i>
г) Процессный подход	<i>Желаемые результаты достигаются эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом</i>
д) Системный подход к менеджменту	<i>Выявление, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системы содействующих повышению результативности и эффективности организации при достижении ее целей</i>
е) Постоянное улучшение	<i>Постоянное улучшение деятельности организации в целом следует рассматривать как ее неизменную цель</i>
ж) Принятие решений, основанное на фактах	<i>Эффективные решения должны основываться на анализе данных и информации</i>
з) Взаимовыгодные отношения с поставщиками	<i>Организация и ее поставщики взаимозависимы, поэтому отношения взаимной выгоды повышают способность обеих сторон создавать ценности</i>
Всего восемь принципов	

Цит. по: ГОСТ ИСО 9000-2011

В ГОСТ ИСО 9001-2011 особо нас заинтересовала позиция успешного функционирования организации, основанной на процессном подходе. «Деятельность, использующая ресурсы и управляемая в целях преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Часто

выход одного процесса образует непосредственно вход следующего» (*Цит. по: ГОСТ ИСО 9000-2011*). Несомненно, взаимосвязанность должна быть определена между профессиональными стандартами для специалистов, работающих в здравоохранении, и ФГОСами, регулирующими требования к компетенциям (умениям, знаниям, опыту работы этих специалистов).

В статье 4 «Принципы стандартизации» Федерального закона 162-ФЗ, требуется «непротиворечивость национальных стандартов друг другу» (п.8). Несомненно, эта норма должна регламентировать взаимодействие работодателей при требовании к работникам следовать профессиональным стандартам, и к образовательным и научным организациям обеспечивать при обучении кадров следование ФГОСам.

В п.6 ст.4 предписано «установление в документах (по стандартизации требований, обеспечивающих возможность контроля за их выполнением» (подчеркнуто нами – Ф.Экажевой).

В настоящем исследовании сделана попытка на примере контроля КМП проследить взаимосвязь профессиональных стандартов и ФГОСов в отношении различных категорий врачей (руководителей, организаторов здравоохранения и клиницистов).

И еще один федеральный закон, нормы которого, несомненно, полезны для обеспечения работы медицинских организаций **273-ФЗ** от 29.12.2012 (ред. от 17.06.2019) «Об образовании в Российской Федерации».

Терминологические понятия в 273-ФЗ, включающие 34 позиции, по большинству терминов полезны для настоящей работы и будут использованы в формулировках закона.

Основой нашего исследования стал термин: «квалификация - уровень знаний, умений, навыков, компетенций, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности (ст.2, п.5). И если в ходе профессионального образования (п.12) или в ходе профессионального обучения (п.13) знания, умения и навыки приобретаются, то компетенции формируются, чтобы «вести профессиональную

деятельность в определенной сфере и (или) выполнять работу по конкретным профессиям или специальности» (п.12) или «для выполнения определенных трудовых, служебных функций (определенных видов трудовой, служебной деятельности, профессии» (п.13).

Учитывая, что в настоящем исследовании предполагается проанализировать роль профессиональных компетенций у врачей при контроле КМП, речь идет о трудовых функциях (что представлено в профессиональных стандартах) и квалификация врача определяется подготовленностью к выполнению вида профессиональной деятельности именно по вопросам КМП.

На пересечении нормы 323-ФЗ (ст.10, п.2) «доступность и качество медицинской помощи», которые обеспечиваются «наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации» и нормы 273-ФЗ (ст.2, п.5) «квалификация - уровень знаний, умений, навыков и компетенций, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности» находится профессиональный интерес нашего исследования - контроль КМП.

Представляется, что новым в исследовании может стать выделение в отдельную позицию видов деятельности врачей с их структурированием по элементам ККМП, учитываемых в образовательных программах по медицинским специальностям и/или по темам «Менеджмент КМП», «Управление КМП», «Экспертиза КМП» с ключевым модулем «Контроль КМП». Также возможно наполнение содержанием обучения врачей непосредственно для выполнения трудовой функции контроля КМП с формированием необходимых для этого профессиональных компетенций (если такие позиции в ПС присутствуют), причем обучение возможно в рамках модульного подхода с детализацией ККМП по группам профессиональных компетенций.

Перечень Федеральных законов, информация из которых непосредственно использована в настоящем исследовании, приведен в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Перечень Федеральных законов для решения задач контроля КМП

№	Документы	Позиции, учтенные в исследовании
1.	323-ФЗ от 21.11.2011 с изм. В ФЗ от 25.12.2018 №489-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Определенны позиции «Доступность и качество медицинской помощи (ст.10), экспертиза КМП (ст.64)
2.	489-ФЗ от 25.12.2018 «О внесении изменений в ст.40-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций	Дано определение: КР – «документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на оказание медицинской помощи»
3.	ФЗ-326 от 29.11.2010 (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» часть 6 в ред. ФЗ от 01.12.2012 №213-ФЗ	В статье 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи». В п.6 дано определение Экспертиза качества медицинской помощи
4.	Закон РФ от 07.02.1992 (ред. 18.03.2019) №2300-1 «О защите прав потребителей» Статья 4: п.2 в ред. ФЗ от 25.10.2007 №234-ФЗ, п.5 в ред. ФЗ от 21.12.2007 №171-ФЗ	В статье 4 «Качество товара (работы, услуги)» сформулированы требования к качеству услуг при наличии договора (п.1) или, когда его нет - соответствии обычно предъявляемым требованиям (п.2) и, если есть обязательные для услуги требования - они должны быть соблюдены (п.5).
5.	ФЗ-162 от 29.06.2015 (ред. от 03.07.2016) «О стандартизации в Российской Федерации»	В статье 4 «Принципы стандартизации» указано на «непротиворечивость национальных стандартов» (п.8) и наличие в документах по стандартизации «требований, обеспечивающих возможность контроля за их выполнением» (п.6)
6.	ФЗ-273 от 29.12.2012 (ред. 17.06.2019) «Об образовании в Российской Федерации»	В статье 2 представлены «Основные понятия» - всего 34 термина, полезных для настоящего исследования. Представлена суть определения «квалификация» для выполнения определенного вида профессиональной деятельности (п.5), профессиональное образование (п.12) и профессиональное обучение (п.13), в которых предусмотрено формирование компетенций

Следующий блок официальных документов административно-управленческого назначения, информация по которым полезна для настоящего исследования, состоит из 5 позиций и включает требования к

медицинским организациям и врачам, структурируя эти требования по квалификационным характеристикам и номенклатурам:

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
2. Приказ Минздрава РФ от 20.12.2012 №1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
3. Приказ Минздрава РФ от 06.08.2013 №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
4. Приказ Минздрава РФ от 07.10.2015 №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
5. Приказ Минздрава РФ от 08.10.2015 №707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

Следующий блок нормативно-правовых и организационно-распорядительных документов регламентирует организацию контроля КМП, представленную, согласно 323-ФЗ, в трех видах: государственный, ведомственный и внутренний (ст.88,89,90).

Ведущая роль в контроле КМП принадлежит Росздравнадзору. Именно его деятельность обеспечивает государственный уровень КМП. Помимо Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 №291, которое закрепляет за Росздравнадзором право лицензионного контроля, в Постановлении Правительства РФ от 12.11.2012 №1152 закрепляются нормы проведения экспертизы и Приказом Минздрава РФ от 26.01.2015 №20н – «административный регламент Росздравнадзора по исполнению

государственной функции по осуществлению контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок...».

В приложении к Приказу Росздравнадзора от 27.04.2017 №4043 приведен «Перечень правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора)». В нормах Федерального закона 323-ФЗ круг лиц, к которым устанавливаются обязательные требования, включает «медицинский персонал» с оценкой соблюдения при проведении мероприятий по контролю: ст.70,73,74,75.

Выполнение норм государственного контроля КМП имеет для руководителей медицинских организаций первостепенное значение. При этом для врачебного персонала МО важно соблюдать норму, приведенную в Положении о госконтроле качества и безопасности медицинской деятельности (утв. Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152).

В целом, именно Государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности по вполне обоснованной его экспертно-надзорной функции отведена роль общего контроля, без акцента на выполнение должностных обязанностей врачей и уровень имеющихся у них профессиональных компетенций.

Следующим видом контроля КМП является ведомственный контроль. Его правовой статус определен в 323-ФЗ (ст.89), а Порядок организации и проведения в Приказе Минздрава РФ от 29.12.2012 №1340н.

Контент-анализ этого документа показал, что ряд его позиций имеет непосредственное отношение к профессиональной компетентности врачей и далее, к развитию у них профессиональных компетенций.

Так, в задачах ведомственного контроля (р.3 Порядка) присутствуют (по номерам):

- 4) обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
- 5) определение показателей качества в деятельности подведомственных органов и организаций;
- 6) соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органах исполнительной власти;
- 7) создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Отдельными позициями выделено, что оценивается при проверке соблюдения медицинскими организациями Порядка оказания медицинской помощи (р.15) и имеет отношение к деятельности врачей: соответствие деятельности медицинской организации, ее структурного подразделения, требованиям положений, регламентированных порядками оказания медицинской помощи (п.2).

Также в отдельный раздел выделены требования к соблюдению стандартов медицинской помощи (р.16): соблюдение выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения, обоснованности назначения и полноты выполнения, обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов и компонентов крови.

Лишь при проверке соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) оцениваются уровень подготовки специалистов по охране труда и повышение их квалификации (р.17, п.2). К сожалению, непосредственно по профессиональной принадлежности врачей такой позиции в приказе нам не встретилось.

В п.24 отмечено, что «должностные лица органов исполнительной власти при проведении ведомственного контроля имеют право... организовать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок, в том числе экспертиз качества медицинской помощи» (п.4).

Соответствующий приказ, регламентирующий «Порядок экспертизы качества медицинской помощи», утвержден в 2017 году (приказ Минздрава РФ от 16.05.2017 №226).

При проведении экспертизы КМП эксперт, согласно требованиям раздела 11:

- 1) выявляет нарушения при оказании МП;
- 2) оценивает своевременность оказания МП;
- 3) оценивает правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- 4) оценивает степень достижения запланированного результата.

Далее в п.42 отмечается, что в случае выявления нарушения при оказании МП, в том числе несвоевременности оказания МП, неправильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, эксперт, специалист определяет их негативные последствия и лиц, допустивших данные нарушения.

Возвращаясь к термину экспертизы КМП (ЭКМП), подчеркнем, что это довольно широко распространенное понятие. В системе контроля КМП вполне очевиден ее надзорный и при необходимости санкционный характер. Контент-анализ Приказа МЗ РФ №226 подтверждает направленность ЭКМП на выявление различного рода нарушений. Вместе с тем, правового определения понятий «экспертиза» нам не встретилось, хотя в 326-ФЗ есть понятие «эксперты качества».

Мы обратились к публикациям по правовым вопросам и в статье Н.Н.Чернозор, М.В.Залоило (2018) нашли следующий комментарий авторов. Экспертиза очень нужна, особенно, «для разрешения коллизий, проблем, иных юридических дефектов» и в целом «в рамках противоречивого

процесса». Но при этом «федеральный закон, устанавливающий основы правового регулирования экспертиз в целом, отсутствует» (с.102).

В связи с этим, в качестве ориентиров подхода и термину, мы используем авторские формулировки из публикаций. Одна из них приведена в тезаурусе по проблеме «Управление качеством медицинской помощи» (авторы-составители Ю.М.Комаров, А.В.Короткова, 1997): «Экспертиза (expertise) - проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениям в виде руководств, экспертных мнений, норм и нормативов, проводимая признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов». Свод сопряженных формулировок приведен в таблице 3.3.

Таблица 3.3

Формулировки, характеризующие виды экспертиз

<i>Экспертиза (expertise) - проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениям в виде руководств, экспертных мнений, норм и нормативов, проводимая признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов</i>
<i>Эксперт (expert) – специалист, владеющий методологией проведения экспертизы, чья высокая квалификация документально подтверждена и признана коллегами</i>
<i>Ведомственная экспертиза (internal expertise) – экспертиза, проводимая силами и в пределах ведомства</i>
<i>Вневедомственная экспертиза (термин за рубежом не применяется) - экспертиза, организуемая силами учреждений и организаций, не входящих в ведомственное здравоохранение</i>
<i>Внешняя экспертиза (external expertise) – экспертиза, организуемая и проводимая сторонними подразделениями, учреждениями и организациями</i>
<i>Независимая экспертиза (independent expertise) – экспертиза, проводимая независимо от заинтересованных сторон</i>

Цит. по «Тезаурус по проблеме Управления качеством медицинской помощи / Авторы-составители Ю.М.Комаров, А.В.Короткова. – М.: НПО Медсоцэкономинформ, 1997. – С. 29-30.

Представляется, что более точная формулировка термина «экспертиза», и уже применительно к проблеме КМП, дана в другой публикации с участием этих авторов [Глоссарий..., 1999]: «Экспертиза качества медицинской помощи при выявлении нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценке правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установления причинно-

следственных связей, выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов».

По целям, стоящим перед экспертизой КМП со времени выхода данного определения произошло лишь одно существенное изменение - определение «дефект» из терминологической базы ККМП исключен и заменен термином «нарушение при оказании медицинской помощи» (Приказ ФФОМС от 28.02.2019г. №36).

На уровне медицинской организации контроль КМП является функцией:

- заведующих структурными подразделениями (первая ступень экспертизы),
- заместителей руководителей МО по КЭР (вторая ступень экспертизы),
- клинико-экспертных комиссий МО (третья ступень экспертизы).

Общим основанием для его осуществления является Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Нормы Приказа распространяются на МО, имеющие лицензию на медицинскую деятельность. Критерии качества ориентированы на группы заболеваний (состояний) и условия оказания МП (в амбулаторных условиях, в дневном стационаре и стационарных условиях).

Оценивая КМП, мы понимаем, что за каждым критерием «незримо» стоят профессиональные компетенции врача. *В поликлинике:* ведение первичной документации, постановка диагноза, оформление документации, проведение консилиума (по показаниям), назначение и выписывание лекарственных препаратов, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке и др.

В условиях стационара и дневного стационара: ведение первичной документации, первичный осмотр и соблюдение сроков оказания МП, установление клинического диагноза (планово - 72 часа, экстренно - 24 часа), оформление документации, проведение консилиума (по показаниям), осмотр заведующим отделением с установленными сроками, назначение и выписывание лекарственных препаратов, осуществление перевода в другое отделение или стационар, действия при летальном исходе.

Врач должен обеспечивать все установленные критерии, которые каждый сам по себе является конкретизированной задачей, а подчас и нормой правового акта. К примеру, Федеральным законом от 01.05.2017 №86-ФЗ предписано с 1 июля 2017 года с письменного согласия пациента выдавать больничные листы в форме электронных документов.

Первичная документация в целом на уровне врача все чаще ведется в электронном виде (Приказ Минздрава РФ от 30.12.2018 №965н), а проведение консилиумов при дистанционном мониторинге состояния здоровья пациента зафиксировано уже на уровне Федерального закона (242-ФЗ от 29.07.2017).

Кроме того, врачу необходимо знать Порядок обезличивания сведений о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы (Приказ Минздрава РФ от 14.06.2018 №341н).

Особо надо подчеркнуть, что практически по каждому вопросу возникает самостоятельная линия для решения в рамках других проблем (на примере электронного больничного листка - проблема соцобеспечения и состояние ЭДО на предприятии; обезличивание персональных данных - в целом проблемы 152-ФЗ и нарушения его норм («утечки» данных о пациентах и врачах, санкции за это).

Возникает вполне очевидный вывод, что задачи, стоящие перед врачами, которые надо реализовать как трудовые действия, следует переводить в регламенты действия («делай раз, делай два») и модули обучения им.

На наш взгляд, к числу этих задач относится внутренний контроль КМП. Им обеспечиваются все случаи смерти на дому лиц трудоспособного возраста, случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей (кроме врожденных уродств и травм), случаи впервые выявленных онкозаболеваний в III-IV стадиях, случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, все случаи по жалобам пациентов и их родственников. Несомненно, этот перечень будет откорректирован в связи с принятием Приказа ФФОМС от 28.02.2019 №36. Согласно ему, появились три новых случая проведения медико-экономической экспертизы: применение противоопухолевой терапии, непрофильная госпитализация, нарушения, связанные с диспансерным наблюдением. Появился новый повод для экспертизы КМП - выявление «онкологических нарушений по результатам медико-экономического контроля». Во всех случаях вне обозначенных ситуаций, используется выборочный контроль.

На наш взгляд, система ОМС и ее нормативная база за последнее время претерпели положительные изменения по гармонизации с документацией Минздрава РФ. А.А.Старченко (2013) назвала миссию системы ОМС по выполнению условий в части обеспечения КМП «глобальной ответственностью».

В любом случае медицинской деятельности по обеспечению лечебно-диагностического процесса при обработке первичных данных применяется их шифровка. Общепринятой классификацией является МКБ-10. Качество кодирования, с одной стороны, является следствием уровня сложности заболеваний, и, с другой, ошибок, допускаемых при кодировании.

На улучшение качества информации, которую врачи МО получают в ходе клинической и статистической деятельности, направлен Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Особенностью этого Приказа является то, что информация о медицинских услугах приведена в состоянии,

соответствующее требованиям к содержательной базе для размещения в автоматизированных информационных системах.

Для внутреннего контроля КМП в медицинских организациях функционируют врачебные комиссии (Приказ МЗСР РФ от 05.05.2012 №502н). При этом нормативно-правовая основа деятельности врачебных комиссий является единой в медицинских организациях всех организационно-правовых форм, форм собственности и ведомственной принадлежности.

Важность внутреннего контроля КМП подчеркнута в Постановлении Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности», где в частности отмечено, что «отсутствие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является грубым нарушением лицензионных требований и предусматривает наказание, вплоть до административного приостановления деятельности на срок до девяноста суток».

Осознавая всю ответственность за уровень обеспечения внутреннего контроля КМП, мы сделали попытку оценить возможности улучшения ситуации на основании «Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации». Один документ имеет отношение к стационару (утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2015 году), другой - к поликлинике (утв. там же, 2017 год).

Положительным опытом внедрения «Рекомендаций» поделились в своей публикации О.Г.Чикина и Н.М.Наговицына (2017).

Мы не ставили перед собой задачу в ходе контент-анализа этих документов усовершенствовать механизм внутреннего контроля КМП (который, на наш взгляд, доходчиво и четко представлен в документах). Мы попытались через смысловые взаимосвязи найти «выход» на предмет нашего исследования - профессиональные компетенции врачей по контролю КМП.

В «Рекомендациях» предлагается «базовый перечень направлений внутреннего контроля» (приводится в удобной для анализа форме):

Для стационара 11 позиций.

1. Лекарственная безопасность.
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
4. Безопасность среды в МО. Организация ухода за пациентами.
5. Эпидемиологическая безопасность.
6. Преимущество МП. Передача клинической ответственности за пациента.
7. Организация экстренной неотложной помощи в стационаре.
Организация работы приемного отделения.
8. Идентификация личности пациента.
9. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.
10. Система управления персоналом. Медицинские кадры.
Компетентность и компетенция.
11. Организация оказания МП на основании данных доказательной медицины.

Для поликлиники, дневного стационара и для приема на дому 15 позиций.

1-8 позиций в целом повторяют пункты внутреннего ККМП в стационаре.

9. Система управления персоналом. Медицинские кадры.
Компетентность и компетенция.
10. (=11 в стационаре).
11. Организация работы регистратуры.
12. Стационарозамещающие технологии (организация работы дневного стационара и «стационара на дому»).
13. Диспансеризация прикрепленного населения.
14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными.
15. Организация профилактической работы. Формирования ЗОЖ среди населения.

Разработчики практических рекомендаций (авторство не указано) подчеркивают, что приведенные «базовые перечни» могут быть дополнены в

соответствии с задачами конкретного МО, «сокращение перечня также возможно, но нежелательно, особенно в начале работы».

В обоих документах нас особо заинтересовал раздел **«Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенция»**.

Первоначально предполагалось выделить и структурировать лишь позиции, имеющие непосредственное отношение к профессиональным компетенциям врачей по контролю КМП. Но эти позиции как бы «растворились» в понятии **управление персоналом** – «области знаний и практической деятельности, направленной на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции и оптимальное его использование» (документы по «стационару» и по «поликлинике» - С.6).

Для систематизации всех норм внутреннего контроля КМП принят Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 №381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Одним из требований (п.2) является обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания МП, с учетом стандарта МП, на основе клинических рекомендаций». Что для этого должны делать медицинские организации перечислено в перечне из 38 пунктов, последний из которых содержит задачи, относящиеся к тому, чем должен владеть врач. П.38 «Обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре».

П.38 обладает внутренним единством с п.2 «Требований» этого же Приказа: «Обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с

учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций».

П.38 и п.2 «Требований» соответствуют в «Рекомендациях» по стационару (2015) п.11 «Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины», а для поликлиники (2017) распределено по функционалу деятельности п.13 «Диспансеризации взрослого населения», п.14 «Диспансерное наблюдение за хроническими больными». Идентичной позицией в оказании медицинской помощи для стационара и поликлиники является добавление к реализации п.п. 38 и 2 «Требований» позиции «Рекомендаций» п.6 «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента». В «Требованиях» составной частью п.1 является «преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах».

Рассмотрение вопросов, связанных с деятельностью медицинского персонала, и, в первую очередь, врачей, факторов их мотивированности на эффективность и обеспечение КМП, является сопряженным с определением их прав и норм работы при профессиональной деятельности в части «Вовлечения работника» (из ГОСТ ИСО 9000-2011), что является одной из норм в системе менеджмента качества.

ВОЗ подчеркивает, что «в сообществах и странах, где оказывается медицинская помощь, качество помощи необходимо рассматривать в контексте социальных норм, отношений, доверия и ценностей» [Hanefeld J. et al., 2017].

Мы так же считаем, что при оценке квалификации персонала недостаточно учитывать только степень владения производственными навыками и овладевать чисто «производственными» (по определению Назаренко Г.И., Полубенцевой Е.И., 2000) компетенциями.

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности требует участия всего персонала. Требуются не только высокая

квалификация и исполнительская дисциплина, но и творческое участие в работе МО, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

«Профессиональная компетенция определяется как наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания МП, умение их применять в конкретной ситуации, в том числе для использования в работе клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Важны профессионально значимые личностные качества: честность, ответственность, дисциплинированность, аккуратность» («Рекомендации», с.6).

В «Рекомендациях» предложено деления на:

- а) базовые компетенции (для всех врачей);
- б) специализированные компетенции - для работы на конкретных должностях для выполнения определенных обязанностей;
- в) профили компетенций - перечни базовых и специализированных компетенций, которыми должен обладать врач, работающий на конкретной должности (или в определенном подразделении).

В настоящем исследовании целесообразно сконцентрироваться на формировании профилей компетенций, взяв как пример для анализа «врачей клинических специальностей, врачей организационных специальностей» и руководящую группу в МО.

В ряду источников информации помимо документации, используются мнения пациентов, а также «персонал, знание и мнения которого можно проверить путем опроса, тестирования».

В системе управления персоналом, считаем важным выделить роль главного врача МО.

Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом, включая организацию системы обучения персонала и руководителей структурных подразделений и их заместителей, а также социально-психологическое управление персоналом, включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации. Важен также аудит

для регулярной проверки устранения ранее выявленных недостатков. Самостоятельной в ряду мер определения ответственности персонала является задача внесения изменений и дополнений в должностные инструкции.

В «Рекомендациях» отмечается важность момента, согласно которому, разработки медицинской организации по компетенции персонала должны быть доведены до сведения всех сотрудников.

На уровне анализа литературных источников установлена взаимосвязь позиций «овладение профессиональными компетенциями» - «периодическая аккредитация специалистов» - «непрерывное обучение персонала (система НМО)».

Поэтому нас заинтересовала позиция по группе показателей «Система непрерывного обучения и развития персонала» (1.7), включая позицию наличия симуляционного центра для НМО. Также предлагаются «базовые тренинги» - для формирования навыков деловой коммуникации, консультирования, профилактики конфликтов, профилактики профессионального выгорания. Оценку качества предлагается учитывать по 10-ти бальной шкале.

В ряду активизирующих стандартных информационных механизмов и подходов в этих документах и литературных источниках использованы:

- *Порядки,*
- *Положения,*
- *Регламенты.*

Разработано большое число

- *Алгоритмов выполнения манипуляций,*
- *Алгоритмов идентификации личности,*
- *Алгоритмов получения добровольного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства,*
- *Алгоритмов получения добровольного согласия на обработку персональных данных и др.,*
- *Инструкций,*
- *Чек листов,*

- СОПов,
- Клинических протоколов.

Структурированы организационные и клинические процессы для АИС (АРМ специалиста по профилю деятельности, шкалы оценок и их градация по степени достижения цели или отклонения от нормы и др.).

Согласно своим профессиональным обязанностям, Росздравнадзор контролирует нормы деятельности в МО. В приложении к приказу Росздравнадзора от 24.04.2017 (в ред. от 17.08.2018) №4043 первой позицией контроля 323-ФЗ и в разделе круга лиц, в отношении которых устанавливаются обязательные требования, значится «медицинский персонал»:

Статья 70	<i>Лечащий врач</i>
Статья 73	<i>Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников</i>
Статья 74	<i>Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности</i>
Статья 75	<i>Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности</i>

В пропущенном блоке статей (ст. 71 и 72), имеющих непосредственное отношение к профессиональной деятельности врачей, статья 71 «Клятва врача», и ее отсутствие в сфере контроля обосновано тем, что это этическая и деонтологическая часть прав, формирующая ментальность врача и полностью являющаяся нормой индивидуальной ответственности.

Для нас остается непонятным, почему вне зоны контроля находится статья 72 «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования».

В этой статье в разделе 1 отмечено, что МР и ФР «имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и далее по ссылке, указывается «Трудовой кодекс РФ» (ст. 164), и в ссылке поясняется, что гарантии - «средства, способы и условия, с помощью которых обеспечивается осуществление предоставления работникам прав в области социально-трудовых отношений».

Контрольную функцию призвана обеспечить независимая оценка пациентами условий оказания услуг медицинскими организациями (Приказ Минздрава РФ от 04.05.2018 №201н). Согласно методики «выявления и обобщения мнения граждан» (Приказ Минтруда РФ от 30.10.2018 №675) применяются весьма обобщенные позиции общественного контроля, условий оказания МП, среди которых:

п.2 - Показатели, характеризующие критерий «Комфортность условий предоставления услуг, включая время ожидания предоставления медицинских услуг».

п.4 – «Удовлетворенность вежливостью медицинских работников, обеспечивающих непосредственное оказание медицинской услуги». Интегральное значение принадлежит п.5 - Показатели, характеризующие критерии «Удовлетворенность условиями оказания услуг по п.5.1 «Доля получателей услуг, которые готовы рекомендовать медицинскую организацию для оказания медицинской помощи» и по п.5.3 «Доля получателей услуг, в целом удовлетворенных условиями оказания услуг в медицинской организации».

Применяя независимые оценки пациентов в качестве критериев, следует учитывать, что каждый четвертый респондент не имел однозначной оценки, и удовлетворенность в большей степени зависела от результативности МП и в меньшей - от составляющих самого процесса ее получения [Меньшикова Л.И. с соавт., 2014].

Представляется, что врачи нуждаются в большем контроле по защищаемым законом «социальным трудовым отношениям».

Многие позиции конкретизированы в Трудовом кодексе РФ, Разделе IX «Квалификация работников, профессиональный стандарт, подготовка и дополнительное профессиональное образование» (в ред. ФЗ от 02.05.2015 №122-ФЗ). Следует особо отметить, что Федеральный закон №122-ФЗ вносит коррективы и в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (№273-ФЗ). Поправка в нормативно-правовые акты гласит, что

«формирование требований федеральных государственных стандартов профессионального образования к результатам освоения основных образовательных программ профессионального образования в части **профессиональные компетенции** (выделено нами – Ф.Экажевой) осуществляется на основе соответствующих профессиональных стандартов (при наличии)».

Так как объяснения понятия «компетенция» в нормативно-правовых актах нам не встретилось, мы ориентировались на формулировку, приведенную в «Словарно-справочном пособии» (2016), разработанном ФГБУ «НИИ труда и социального страхования» Минтруда РФ (структурой, входящей в систему независимой оценки квалификаций), «Национальным агентством развития квалификации», «Федеральным институтом образования».

«Компетенция - динамическая комбинация знаний, умений, опыта и способность применять их для успешной профессиональной деятельности. Компетенция находит непосредственное отражение в профессиональных стандартах при описание трудовых функций и трудовых действий, необходимых знаний и умений».

Формулировки понятия «компетенция» в ТК РФ нет, а в «Федеральном законе 273-ФЗ формулировка дана лишь в части ФГОСов, но не в профессиональных стандартах (ПС). Это утверждение мы делаем на основании анализа изданных Минтруда РФ профессиональных стандартов (Реестр профстандартов. Раздел «Здравоохранения» сайт - http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/881cb7b204b8300b9c811dbc69b0efc521d05dd0/

В целом, три термина формируют небольшую терминосистему «профессиональная квалификация врача», защищенную законом (Трудовой кодекс РФ, утв. 122-ФЗ, ст.195.1):

Квалификация работника - уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника.

Профессиональный стандарт - характеристика квалификации, необходимая работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции.

Компетенция – присутствующая без определения в ТК РФ, с использованием формулировки «словарно-справочного пособия» (2016).

Врач развивает профессиональные компетенции - накапливает опыт, приобретает нужные для работы умения и знания. Помогает ему в этом классическая схема дополнительного профессионального образования и профессиональное развитие в рамках широкого спектра профильных мероприятий. Уже на формальном уровне компетенции оформляются в «трудовые функции» и весь их «багаж» становится содержательной базой тарификации по квалификационному уровню. Как пример можно привести квалификацию врачей, в основе деятельности которых ПС «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)». (Утв. Приказом Минтруда РФ от 21.03.2017 №293н). Группа занятий «врач» и единый уровень квалификации - 7.

Достаточно трудно воспринимаемая цепочка. И насколько врачи вовлечены в инновационные процессы ВОЗ рекомендует учитывать на основе «субъективных оценок (а не строго объективных показателей качества)» (с.313) [Hanefeld J. et al., 2017].

На наш взгляд, нужно использовать обе составляющие оценок. И для того, чтобы изучить мнения врачей - восприятие ими системы НМО, ориентированности на новую систему аккредитации (для работающих - это «периодическая аккредитация») и, в целом понять, как они оценивают возможность улучшения КМП при работе в «новой системе координат» своей профессиональной деятельности, проведен социологический опрос врачей, результаты которого представлены в главе 4.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ

Проведено целенаправленное социологическое исследование. В качестве единицы исследования выбран специалист на врачебной должности, находящийся в процессе перехода на новый механизм обучения (с использованием НМО) и аттестации (периодической аккредитации).

Методом случайной выборки отобрано 162 респондента, обучавшихся на Кафедре в 2018 году, обеспечена средняя степень точности результатов [по ист.: Лисицын Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др., 1998, С. 305].

Ответы респондентов касались вопросов, сгруппированных в четыре блока, для:

1. общей характеристики - составления «паспортички» опрошенных врачей (пол, возраст, образование, стаж, квалификационная категория, должность),

2. изучения вовлеченности врачей в инновационные процессы медицинского образования и допуска к профессии в виде периодической аккредитации,

3. оценки факторов, формирующих мотивацию к обучению, по степени важности для врачей,

4. прогнозных оценок о перспективах системы последипломной подготовки врачей и о влиянии реформ на качество оказываемой медицинской помощи.

Среди опрошенных анкетным методом (анкета – см. приложение 2) 51 мужчина и 111 женщин (соответственно, 31,5 и 68,5 на 100 опрошенных).

Возрастной состав опрошенных врачей и характеристики стажа представлены на круговых диаграммах рисунка 4.1.

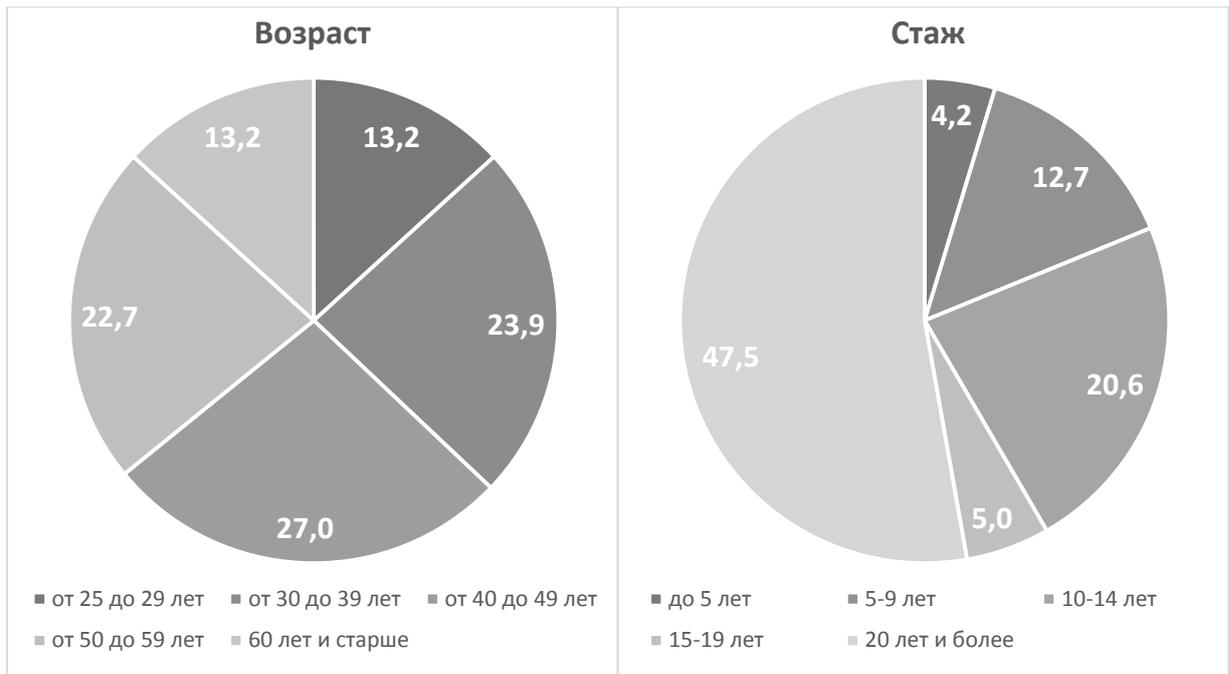


Рисунок 4.1. Распределение респондентов по возрасту и стажу (в % к итогу ответивших на вопросы)

Распределение опрошенных врачей по возрасту и стажу отвечает специфике врачебной деятельности - вовлеченности в профессию в результате длительного образовательного процесса. И лишь с 30 лет возраст выходит на средние для респондентов цифры. 86,8% опрошенных лиц находились на момент опроса в возрасте 30-59 лет.

Характеристикой того, что врачебная работа - это служение, для многих обусловленная призванием, является то, что почти половина опрошенных врачей не меняет своей профессии – у 47,5% опрошенных профессиональный стаж 20 и более лет.

Респонденты, участвовавшие в настоящем исследовании, работали во врачебных профессиях, в основном, занимая должности в клинических подразделениях: врачами-специалистами – 47,5% и заведующими клиническими отделениями - 36,4%. Среди других профессиональных групп представлены (по убыванию доли в общей численности) врачи-статистики (5,6%), главные врачи медицинских организаций (3,1%) и др.

В качестве «контрольных» были заданы открытые вопросы, уточняющие название специальности респондентов, ВУЗы, которые они

закончили и этапы последипломного образования. Не претендуя на функции кадрового работника, мы стремились понять профессиональные маршруты врачей.

В настоящее время проверенным инструментом профессионального признания у врачей служит квалификационная категория. Среди ответивших на этот вопрос большинство имели высшую и первую квалификационные категории (соответственно, в расчете на ответивших на этот вопрос, 39,4 и 27,7%). Столь же существенна и группа лиц, категорию не имеющих, но только у половины из них это связано с недостаточным стажем.

В целом, по первому блоку вопросов – «паспортичке» врачей, можно сделать обобщение, что в анкетировании принимали участие лица, преимущественно активного трудоспособного возраста со значительным стажем работы и наличием квалификационных категорий, работающие на врачебных должностях, включая заведование клиническими отделениями и даже руководство медицинской организацией.

Для характеристики степени вовлеченности врачей в инновационные процессы медицинского образования и аккредитацию, перед респондентами поставлен ряд вопросов.

На вопрос «Слышали ли Вы про аккредитацию медицинских работников?» - практически все (98,8%) ответили положительно.

Несколько озадачила структура ответов на вопрос «Из каких источников вы узнали об аккредитации?». При многовариантных ответах преобладал ответ - «от коллег» (29,7% ответов) и только вслед за ним – «от руководства» (28,4% ответов). Помог коллегам и «Интернет», из которого врачи получали информацию в 24,1% случаев. В расчете на лиц, ответивших на этот вопрос, названные источники были отмечены, соответственно, 56,3; 53,8 и 45,6 из 100 опрошенных.

Среди источников информации ответ «другое»: в большинстве случаев отмечены учебные циклы и прочитанные на них лекции, а также профессиональные мероприятия - совещания, конференции. По этой позиции

получено 17,8 из 100 ответов (33,8 из 100 опрошенных). То есть у трети респондентов источником информации об аккредитации послужила система профессионального обучения (развития).

У 44,4 из 100 опрошенных был один источник информации, у 26,9 - 2, три, и, наконец, все из 4-х формализованных источников информации были, соответственно у 23,1 и 5,6 из 100 опрошенных.

Для 25,5% респондентов полученная о предстоящей аккредитации информация понятна. Для чуть большего числа опрошенных (27,3%) информация непонятна или частично понятна (47,2%). И это свидетельствует о том, что информированность врачей о предстоящей новой системе допуска к профессии находится не на должном уровне.

Следующие два вопроса являются сопряженными в части отражения реальности подготовки к аккредитации через участие в НМО. На рисунке 4.2 проиллюстрировано, что меньше половины респондентов «открывали портал НМО» и еще меньше «создали личный кабинет для обучения в системе НМО».

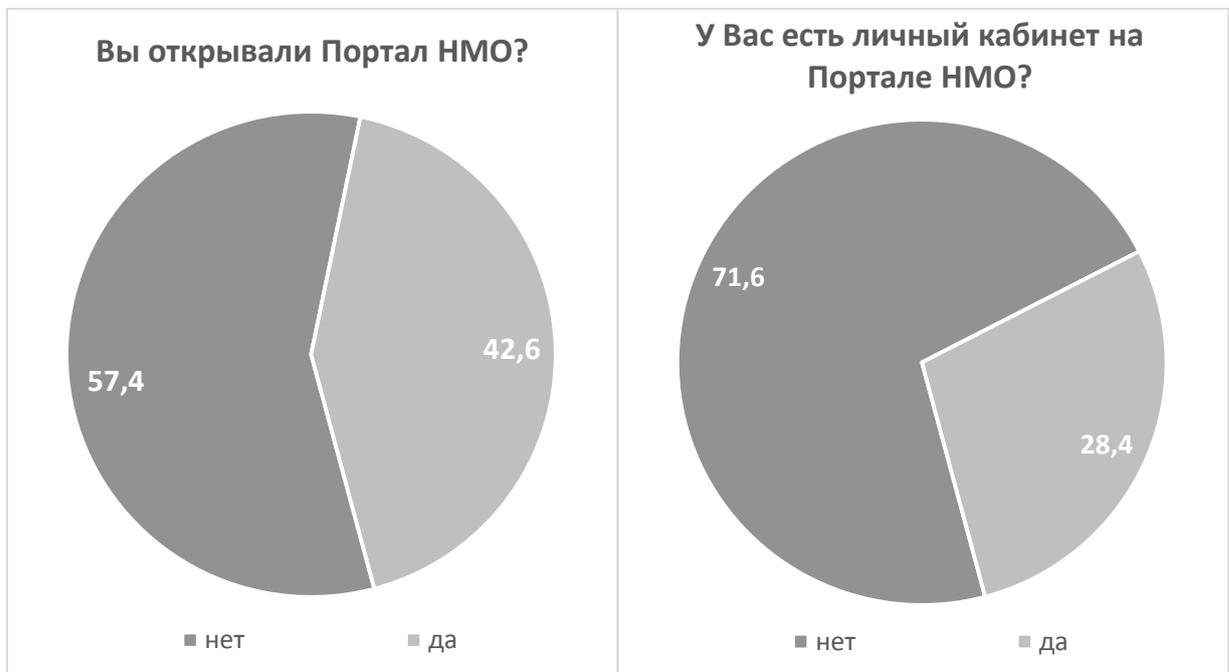


Рисунок 4.2. Личная активность респондентов при подготовке к аккредитации - участию в НМО (в % к итогу ответивших на вопросы)

Мы использовали специальный подход при составлении анкеты, задав прямой и косвенный вопросы по одной теме. Мы спросили: «Планируете ли Вы работать после 2021 года?», и параллельно «Планируете ли Вы перейти на систему аккредитации?». Получено интересное соотношение ответов, согласно которым продолжить работать собирается в два раза больше специалистов, чем участвовать в аккредитации (рис. 4.3).

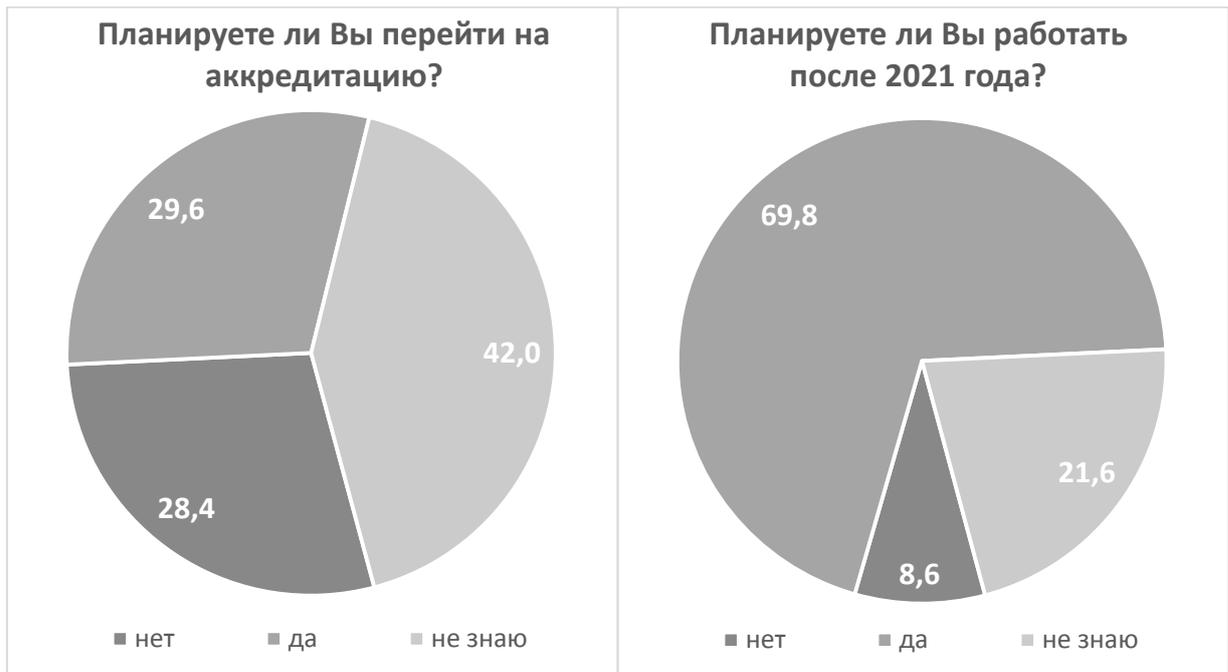


Рисунок 4.3. Планы респондентов на будущую работу (в % к итогу ответивших на вопросы)

Такое соотношение ответов свидетельствует о том, что часть опрошенных надеется как-то избежать аккредитации, несмотря на то, что эта норма будет обязательной для всех. Надежды на это возможны, если только врач не знаком с документальным обоснованием аккредитации или психологически не воспринимает ее. Мы этот вопрос поставили в таком ключе, который уточняет, что специалистов должны были ознакомить с нормативными документами. «Нет» ответило более половины (51,3 из 100 опрошенных).

Самым из поддержанных врачами подготовительных действий стало формирование портфолио – 68,9 из 100 опрошенных ответили, что его формируют. Несмотря на то, что формат портфолио строго не определен, и,

судя по комментариям коллег, они не относятся к нему как к обязательному требованию, заложенная привычка самоконтроля освоения программ повышения квалификации, посещения форумов и конференций способствует сбору этой информации.

Общую картину недостаточной подготовленности по причине низкой осведомленности о предстоящих переменах, дополняет ответ на вопрос «Можете ли Вы сформулировать отличия аккредитации от сертификации?». На рисунке 4.4 проиллюстрирована имеющая место ситуация - только каждый четвертый врач, по его мнению, может сформулировать отличия.

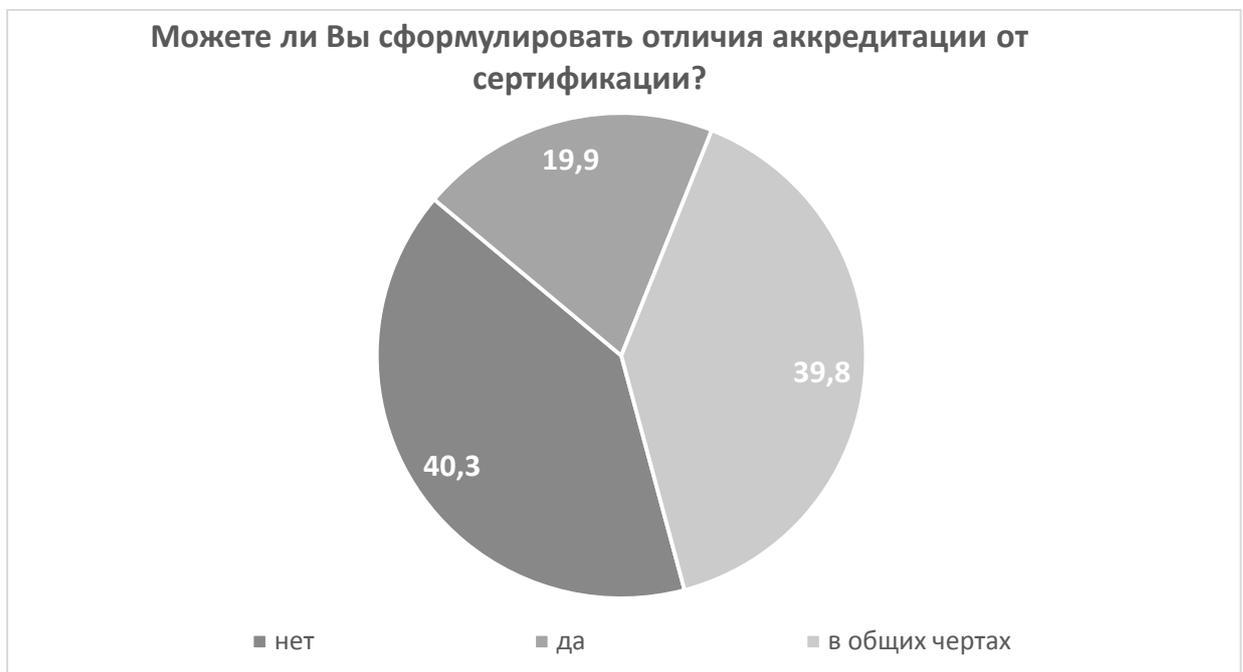


Рисунок 4.4. Распределение респондентов по степени возможности сформулировать отличия аккредитации от сертификации (в % к итогу ответивших на вопрос)

Завершил этот блок вопрос о необходимости проходить обучение по программам повышения квалификации, или достаточно набрать в большом количестве баллы только по профессиональным мероприятиям. На этот вопрос дали ответ все респонденты, при этом 77,2% положительный.

Оценка вовлеченности врачей в инновационные процессы медицинского образования и допуска к профессии в виде периодической аккредитации показала следующее. Руководство медицинских организаций

не является для врачей основным источником соответствующей информации. 51,3% опрошенных отметили, что не знакомы с нормативной документацией. Определенное число опрошенных считают, что аккредитацию можно избежать, и только каждый четвертый может сформулировать отличия аккредитации от сертификации.

Еще меньшее число врачей может объяснить, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций (18,5%). Частично ситуацию улучшает ответ «только в общих чертах» (36,4%). Для нас важно, что у более чем половины опрошенных (54,9%) этот термин не вызывает недоумения.

Третий блок вопросов построен на обращении к респондентам как к экспертам. Кто им может быть? «Лицо, которое в силу своего профессионального и жизненного опыта обладает наибольшей компетентностью и располагает надежной и достаточно полной информацией по исследуемой проблеме» [Лекции..., 1972, С. 121].

Как не парадоксально, на первый взгляд, выглядит, но слабая информированность о новых инструментах допуска к профессии, не исключает наших респондентов из числа лиц, владеющих информацией о ситуации в действующей системе здравоохранения и деятельности в МО.

Если о предстоящих изменениях наши респонденты информированы недостаточно, то объяснить, почему надо проходить повышение квалификации, знает практически каждый специалист. Мы усилили эту позицию двойным фильтром для выбора экспертов. Мы попросили ответить на оценочные вопросы только тех, кто считает – повышение квалификации (ПК) перед аккредитацией проходить надо - это 125 человек.

Обращение к респондентам не только как опрашиваемым, придает анкетированию как познавательное, так и объяснительное значение.

Предварительно были отобраны позиции, которые обсуждались и формировались на Кафедре и лишь затем были включены в анкету как потенциальные основания для повышения квалификации.

Экспертам было предложено присвоить каждой позиции соответствующий балл от 1 до 10 по степени значимости. При суммировании оценок по каждой позиции мы получали рейтинговую оценку и, как итог, ранговое расположение компонентов значимости для врачей проходить ПК перед аккредитацией. Итоговое ранговое расположение компонентов по значимости приведено на рисунке 4.5.

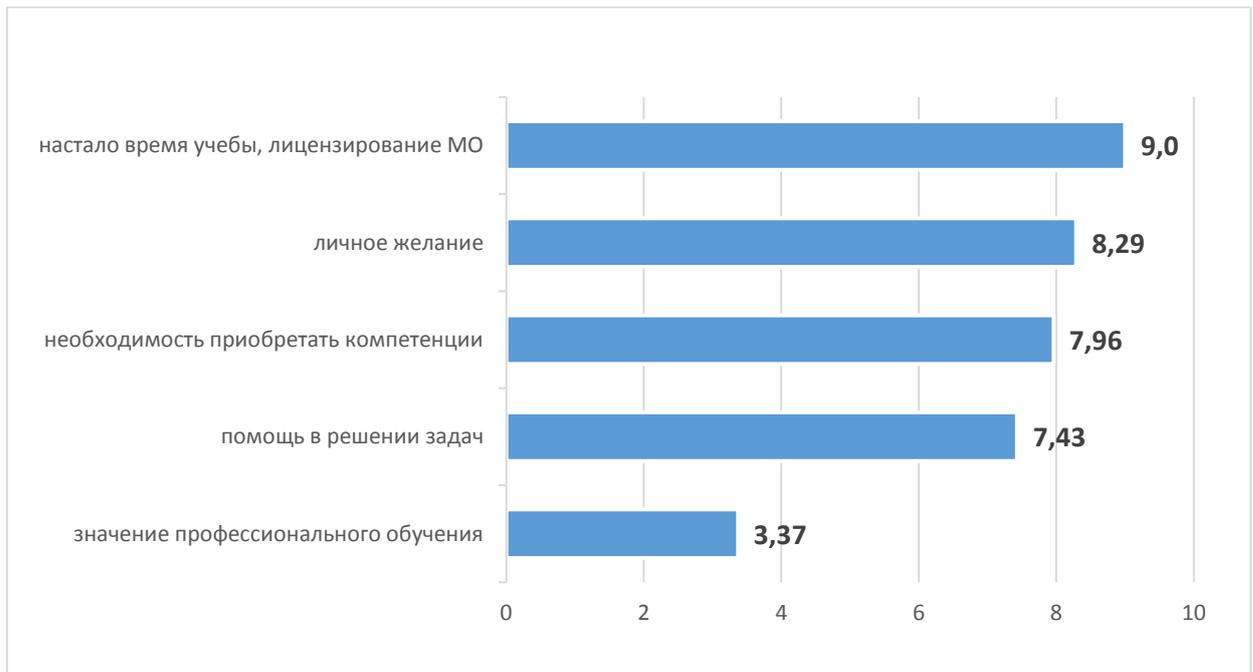


Рисунок 4.5. Ранговое расположение оснований для повышения квалификации врачей

Позиция «Необходимость внедрять в практику новое через профессиональное обучение по государственным образовательным программам» стала самой непопулярной, и по ней только 21,1% врачей поставили высокий балл (8 и выше). Все остальные позиции можно считать нашедшими «отклик» среди респондентов. Признали на высокий балл (8 и выше), что повышение квалификации (ПК) помогает решать профессиональные задачи на рабочем месте – 74,7%, что необходимо приобретать профессиональные компетенции для работы 66,4% в этом учеба помогает. Самыми «популярными» стали позиции, что у врачей есть стремление к учебе и ПК - это их личное желание - 8 и более баллов поставили 72,8%. Лидером рейтинга стала позиция «Настало время

очередной учебы или лицензирование организации – 90,4%. Можно сделать следующий вывод - несомненно, фактор учебы безоговорочно включается при различного рода профессиональных моментах, проверках и отчетах. И без повышения квалификации в сложной и многогранной профессии врача не обойтись и коллеги имеют желание учиться. Проблемы, по каким программам и стандартам их учат - практически коллег не волнует.

Четвертый блок вопросов касался прогнозных оценок. Мы построили их по уравновешивающему принципу положительных и отрицательных вариантов ответов. Вопросы, начатые с обращения «Как Вы считаете...?» касались двух задач, решаемых в настоящем исследовании. Первый: улучшит ли аккредитация систему последипломной подготовки врачей. Среди положительных ответов «да» (12,3 из 100 опрошенных) и «да, но неамного» (36,4 из 100 опрошенных) - почти в три раза чаще у врачей не было однозначной уверенности. Ответы «вряд ли» (36,4) и «нет» (14,8) уравновешивали в негативных оценках прогноз будущего новой системы допуска в профессию. Ответы на этот вопрос свидетельствуют, хоть и со средней точностью выводов, о следующем. Даже понимая, что аккредитация строится на проверке компетенций - более половины врачей знакомы с этим понятием, врачи очень настороженно относятся к нововведению и уровень поддержки аккредитации у 1 из 10 врачей. Мы считаем, что вовлеченность специалистов нуждается в усилении и, прежде всего, за счет улучшения информированности.

Второй вопрос касался того, повлияет ли новая система аттестации на качество оказываемой медицинской помощи. В однозначной форме ответы «да» и «нет» присутствовали в равных показателях по 9,3 из 100 опрошенных. Среди умеренной степени поддержки и отрицания, последние ответы преобладали, как и в сравнении со всеми ответами. Эта ситуация проиллюстрирована на столбиковых диаграммах рисунка 4.6.

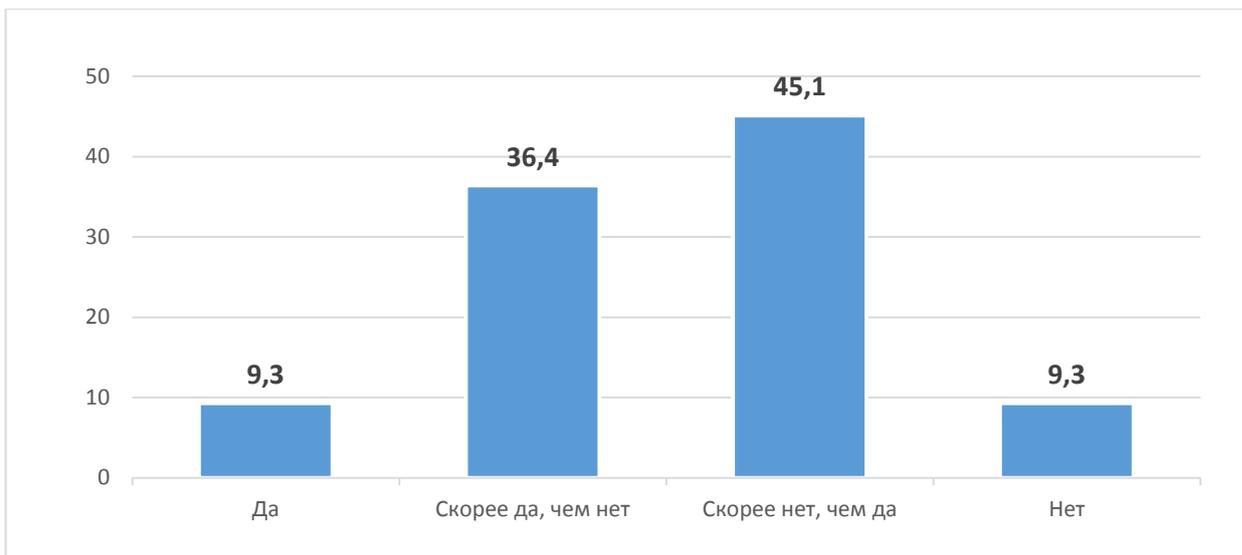


Рисунок 4.6. Характеристика прогнозов респондентов о влиянии аккредитации на качество оказываемой медицинской помощи

В целом, результаты опроса в прогнозном ключе, в частности, по отношению к улучшению КМП при внедрении новой системы аттестации, также не выявили поддержки врачебного сообщества.

Анализ корреляционной связи между ответами на прогнозные вопросы показал практически прямую функциональную связь между ними ($\zeta=0,913$). Таким образом, при взгляде в будущее и негатив, и позитив своего отношения респондент формирует в целом на проблему, и в этом ключе уже потом оценивает частности.

Мы предположили, что аккредитация как результат профессиональной подготовки, выражающийся в допуске к профессии, чувствительнее всего для стажированных работников, для тех, кто имеет однозначно свою позицию как в организационной, так и клинической деятельности. Типовые решения при проверках и контроле в ходе аккредитации не всегда сходятся с их точкой зрения. Для проверки данного предположения мы выделили из всей группы респондентов наиболее стажированных лиц, работающих в профессии 20 лет и более. Для расчетов была составлена четырехпольная таблица частот (таблица 4.1). Для ее наполнения ответы были разделены по бинарному признаку. Ответы «Да» и «Скорее да, чем нет» при поддержке положительных сдвигов с подготовкой кадров расценивались как

положительный ответ «Да». Ответы «Нет» и «Вряд ли», соответственно оценивались как отрицательные.

Таблица 4.1

Четырехпольная таблица для оценки связи между стажем работы и поддержкой аккредитации

		Поддержка аккредитации в улучшении подготовки кадров	
		да	нет
*Стаж работы во врачебной профессии	до 20 лет	38	36
	20 более и более	29	38

**По позиции «стаж» 21 респондент не ответил на вопрос*

Отношение шансов составило 10,6 и было статистически значимым ($p < 0,01$). Таким образом, на основании результатов расчета отношения шансов, можно отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную - о проявлении негативного отношения к аккредитации, через отрицание ее положительных свойств на улучшения в подготовке кадров, проявляющуюся у наиболее стажированных специалистов, особо чувствительных к своей позиции в организационной и клинической деятельности.

Продолжая исследовать влияние стажа специалистов на реформы в системе здравоохранения, предположим, что и улучшения в оказании медицинской помощи могут быть под сомнением у лиц, проработавших в профессии 20 и более лет. Для проверки данных предположений нами была сформулирована нулевая гипотеза об отсутствии связи между этими параметрами. Также, как и при установлении предшествующих взаимосвязей, была составлена и заполнена четырехугольная таблица частот (таблица 4.2), для составления которой ответы были разделены по бинарному признаку «Да» (включая «Скорее да, чем нет») и «Нет» (включая «Скорее нет, чем да»).

Отношение шансов составило 12,3 и было статистически значимым ($p < 0,01$). Таким образом, на основании результатов расчета отношения шансов, можно отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную - о

проявлении негативного отношения к аккредитации, как новой форме аттестации специалистов у наиболее стажированных работников, через отрицание ее влияния на качество оказываемой медицинской помощи.

Таблица 4.2

Четырехпольная таблица для оценки связи между стажем работы и отношением к аккредитации как фактору, влияющему на качество оказанной медицинской помощи

		Повлияет ли аккредитация как новая форма аттестации врачей на качество оказываемой МП	
		да	нет
*Стаж работы во врачебной профессии	до 20 лет	36	38
	20 более и более	38	29

**По позиции «стаж» 21 респондент не ответил на вопрос*

Ориентируясь на цель настоящего исследования, сопрягающей позиции норм контроля КМП и вовлеченности в этот процесс врачей, рассмотрим вопрос анкеты «Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой медицинской помощи?». Мы считаем, что этот вопрос ключевой в анкете, и носит не только прогнозное исследовательское значение, но и оценочное. Именно врачи в медицинской организации обеспечивают внутренний контроль КМП и с полным основанием их мнения о реформах в здравоохранении и путях улучшения работы медицинской организации, влиянии на уровень КМП его контроля могут рассматриваться как экспертные.

Проведен анализ мнений врачей по каждой из двух сопряженных позиций - влияние новаций на КМП и личное понимание термина «профессиональная компетенция».

Оценки по «накопленному проценту» показали, что практически в равных долях (но с некоторым превышением негативных прогнозов - 54,3% среди всех респондентов) отмечены оценки по влиянию аккредитации на КМП (таблица 4.3).

**Ответы на вопрос
«Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде
аккредитации повлияет на качество оказываемой МП?»**

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Нет	15	9,3	9,3	9,3
	Скорее нет, чем да	73	45,0	45,0	54,3
	Скорее да, чем нет	59	36,4	36,4	90,7
	Да	15	9,3	9,3	100,0
	ИТОГО	162	100,0	100,0	-
Пропущенные	Системные пропущены	нет	-	-	-
ИТОГО		162	100,0	-	-

Мы предположили самое простое, что незнание основ аккредитации является мотивом неудовлетворительных оценок перспектив улучшение КМП. Для проверки данного предположения нами была сформулирована нулевая гипотеза об отсутствии связи между этими параметрами. В четырехпольной таблице (таблица 4.4) ответы были разделены по бинарному признаку. «Слышали про аккредитацию?» (анкета, вопрос 6 да/нет) и вопрос о КМП (анкета, вопрос 25, с разделением «Да» (включая «Скорее да, чем нет») и «Нет» (включая «Скорее нет, чем да»).

Таблица 4.4

**Четырехпольная таблица для оценки информированности о сути
аккредитации, как фактора, влияющего на оценку КМП**

		Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП?	
		нет	да
Слышали ли Вы про аккредитацию?	да	86	74
	нет	2	0

Отношение шансов составило 19,8 и было статистически значимым ($p < 0,01$). Таким образом, на основании результатов расчета отношения шансов можно отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную - о проявлении негативного отношения к перспективам улучшения КМП при внедрении аккредитации как новой формы допуска к врачебной профессии.

Далее в развитие этого направления доводов, было исследовано влияние ориентиров компетентностного подхода. Конкретно, на сколько делается врачами акцент на профессиональные компетенции. Их формированию в ходе повышения квалификации как побуждающему мотиву, основанию для ПК, был по результатам расчета присвоен срединный ранг (третий из пяти – см. рисунок 4.5) с высоким уровнем поддержки ($7,96 \pm 0,15$).

Вполне уместно изучить, насколько профессиональные компетенции воспринимаются врачами, к примеру, по отличию от категории «профессиональные умения».

Для этого в таблице 4.5 рассчитан «накопленный процент» понимания этого вопроса. И, к сожалению, менее чем каждый четвертый (18,5%) были уверены в своих знаниях по этому вопросу. Почти для половины респондентов (45,1%) отличия между профессиональными умениями и профессиональными компетенциями не понятны.

Таблица 4.5

**Ответы на вопрос
«Вам понятно, что отличает профессиональные умения от
профессиональных компетенций?»**

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Да	30	18,5	18,5	18,5
	Только в общих чертах	59	36,4	36,4	54,9
	Нет	73	45,1	45,1	100,0
	ИТОГО	162	100,0	100,0	-
	Системные пропущены	нет	-	-	-
Пропущенные	162	100,0	-	-	
ИТОГО	162	100,0	100,0	-	-

Сопряжение позиций ориентированности в понятии «профессиональные компетенции» и характером оценок КМП приведено в таблице 4.6. По приведенной информации можно сделать предположение, что врачи достаточно слабо ориентированы в содержании термина «профессиональная компетенция». Существующая долгое годы система медицинского образования ориентировала обучающихся исключительно на

«знания – умения – навыки». Врач должен был «знать – уметь – владеть». В должностные инструкции на практике были включены позиции врачебной работы достаточно в общем их наборе.

Таблица 4.6

Расчет сопряженности «Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций?» и «Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП?»**

		Аккредитация повлияет на качество оказываемой МП?		ИТОГО
		Да и скорее да, чем нет	Нет и скорее нет, чем да	
Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций?	Да	9	21	30
	В общих чертах	4	55	59
	Нет	2	71	73
ИТОГО		15	147	162
<i>**Корреляция значима на уровне 0,01</i>				

С изменением системы допуска врачей через периодическую аккредитацию меняется многое: появляется фактор непрерывности обучения, необходимость подтверждать свои профессиональные возможности врача через практикоориентированный контроль. И оптимистичным является то, что при росте способности сформулировать отличия аккредитации от сертификации практически по всем позициям, характеризующим вовлеченность врачей в инновационные процессы профессиональной деятельности, статистически достоверно растет заинтересованность и оценки перспектив.

В таблице 4.7 сведены данные статистического анализа двухсторонних корреляций, в ряду которых и приведенные взаимосвязи квалификационной направленности. Обращает на себя внимание наличие прямой достоверной корреляционной связи на уровне $p \leq 0,01$ между прогнозами в части внедрения аккредитации и расширения профессионального обучения средствами НМО, чтобы улучшить последипломную подготовку врачей и поднять уровень КМП.

Таблица 4.7

Результаты корреляционного анализа при изучении вовлеченности врачей в инновационные процессы их профессиональной деятельности

		Можете ли Вы сформулировать отличия сертификации специалистов от аккредитации	Как Вы считаете, перед аккредитацией Вам надо проходить обучение по программам ПК или достаточно набрать в большом количестве обще проф мероприятия	Необходимость внедрять в практику новое через проф обучение по гос образ программам по специальности	Необходимость приобретать профессиональные компетенции для Вашей работы	Помощь в решении профессиональных задач на Вашем рабочем месте	Наступило время очередной Вашей учебы или лицензирования организации	Личное желание повышать квалификацию	Как Вы считаете, аккредитация улучшит систему последипломной подготовки врачей	Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций	Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП	
§ Спирмена	Можете ли Вы сформулировать отличия сертификации специалистов от аккредитации	Коэффициент корреляции	1,000	,189*	-,461**	-,402**	-,319**	,057	-,184*	-,235**	,684**	-,249**
		Знач. (двухсторонняя)		,017	,000	,000	,000	,527	,041	,003	,000	,001
		N	161	161	125	124	126	124	124	161	161	161
	Как Вы считаете, перед аккредитацией Вам надо проходить обучение по программам ПК или достаточно набрать в большом количестве обще проф мероприятия	Коэффициент корреляции	,189*	1,000	,006	-,186*	,007	-,082	-,210*	-,009	,125	-,131
		Знач. (двухсторонняя)	,017		,948	,038	,942	,365	,019	,905	,112	,096
		N	161	162	126	125	127	125	125	162	162	162

необходимость внедрять в практику новое через проф обучение по гос образ программам по специальности	Коэффициент корреляции	-,461**	,006	1,000	,371**	,336**	-,185*	,378**	,143	-,570**	,270**
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,948		,000	,000	,039	,000	,110	,000	,002
	N	125	126	126	125	125	125	125	126	126	126
необходимость приобретать профессиональные компетенции для Вашей работы	Коэффициент корреляции	-,402**	-,186*	,371**	1,000	,584**	,003	,320**	,245**	-,321**	,201*
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,038	,000		,000	,971	,000	,006	,000	,024
	N	124	125	125	125	125	125	125	125	125	125
помощь в решении профессиональных задач на Вашем рабочем месте	Коэффициент корреляции	-,319**	,007	,336**	,584**	1,000	,196*	,232**	,181*	-,193*	,183*
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,942	,000	,000		,029	,009	,042	,030	,039
	N	126	127	125	125	127	125	125	127	127	127
наступило время очередной Вашей учебы или лицензирования организации	Коэффициент корреляции	,057	-,082	-,185*	,003	,196*	1,000	,034	,098	,012	,038
	Знач. (двухсторонняя)	,527	,365	,039	,971	,029		,704	,277	,896	,678
	N	124	125	125	125	125	125	125	125	125	125
личное желание повышать квалификацию	Коэффициент корреляции	-,184*	-,210*	,378**	,320**	,232**	,034	1,000	,300**	-,408**	,262**
	Знач. (двухсторонняя)	,041	,019	,000	,000	,009	,704		,001	,000	,003
	N	124	125	125	125	125	125	125	125	125	125

Как Вы считаете, аккредитация улучшит систему последипломной подготовки врачей	Коэффициент корреляции	-,235**	-,009	,143	,245**	,181*	,098	,300**	1,000	-,339**	,536**
	Знач. (двухсторонняя)	,003	,905	,110	,006	,042	,277	,001		,000	,000
	N	161	162	126	125	127	125	125	162	162	162
Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций	Коэффициент корреляции	,684**	,125	-,570**	-,321**	-,193*	,012	-,408**	-,339**	1,000	-,367**
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,112	,000	,000	,030	,896	,000	,000		,000
	N	161	162	126	125	127	125	125	162	162	162
Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП	Коэффициент корреляции	-,249**	-,131	,270**	,201*	,183*	,038	,262**	,536**	-,367**	1,000
	Знач. (двухсторонняя)	,001	,096	,002	,024	,039	,678	,003	,000	,000	
	N	161	162	126	125	127	125	125	162	162	162

Мы попытались сформировать ядро положительного настроения на внедрение нового в свою профессиональную деятельность. Для этого по анкете определены следующие позиции:

Вопрос 8. Вам понятна информация об аккредитации медицинских работников? Ответ: Да (1).

Вопрос 13. Планируете ли Вы работать по медицинской специальности после 2021 года? Ответ: Да (1).

Вопрос 16. Можете ли Вы сформулировать отличия аккредитации специалистов от сертификации? Ответы: Да (1), в общих чертах (2).

Вопрос 24. Вам понятно, чем отличаются профессиональные умения от профессиональных компетенций? Ответы: Да (1), в общих чертах (2).

Позитивные ответы на перечисленные вопросы были собраны вокруг двух прогнозных оценок.

По вопросу 23. «Как Вы считаете, аккредитация улучшит систему последиplomной подготовки врачей?». Ответ: Да (4).

По вопросу 25. «Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации повлияет на качество оказываемой МП?»

Ответы: Да (4), скорее да, чем нет (3).

По результатам «перекрестной группировки» из общей базы данных сформирован информационный массив по названным параметрам и их значениям, который включил 9 записей (таблица 4.8).

Лишь каждый восьмой врач, принявший участие в анкетном опросе и давший ответы по всем позициям, поддержал квалификационные новации и отразил в ответах свою осведомленность, вовлеченность и позитивный взгляд на будущее. На рисунке 4.7 отражены характеристики «ядра» информационной поддержки проходящих в деятельности врачей квалификационных преобразований.

Массив записей из БД, формирующий позитивное ядро настроения на внедрение аккредитации и НМО

Номер записи в БД	ВОПРОСЫ АНКЕТЫ					
	8	13	16	23	24	25
97	1	1	1	4	2	4
108	1	1	1	4	1	3
116	1	1	2	4	2	3
120	1	1	2	4	1	4
141	1	1	2	4	1	4
143	1	1	2	4	1	3
152	1	1	1	4	1	4
157	1	1	1	4	1	4
159	1	1	1	4	1	3
ВСЕГО	9 человек					

В ряду элементов «ядра» информационной поддержки 4-е позиции: ОДНА - однозначно представлена самими респондентами (намерение работать после 2021 года), ДВЕ – официально поддерживаемые позиции (представление аккредитации в НПА и организационно-управленческих документах; понимание специфики механизма аккредитации, отличного от сертификационных процедур).

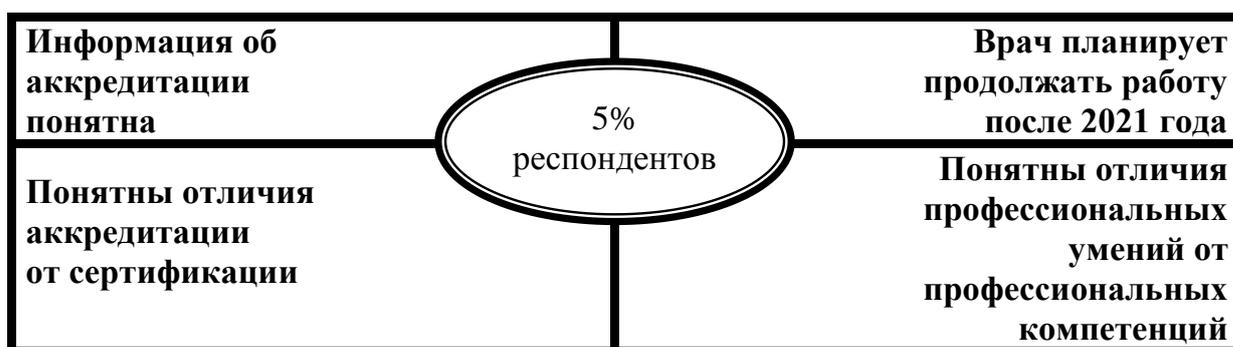


Рисунок 4.7. «Ядро» информационной поддержки проходящих в деятельности врачей квалификационных преобразований

И лишь один из четырех элементов – «профессиональные компетенции» является слабо структурируемым и вольно определяемым понятием. Наполнение его конкретным содержанием в ходе научного анализа, определение и усиление роли в системе контроля КМП будет проведено в следующей главе.

ГЛАВА 5. ПУТИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ВРАЧЕЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Проведенный анализ нормативно-правовой и организационно-распорядительной основы контроля КМП и степени вовлеченности в эти процессы врачебного персонала МО, выявил необходимость поиска системообразующего элемента в «новой системе подготовки». Этим элементом могут стать профессиональные компетенции, способность стать собирательным понятием наличия знаний, умений, навыков и опыта работы в выбранной сфере медицинской деятельности. В ГОСТ ИСО 9001-2008 четко указано, что персонал, выполняющий работу, влияющую на соответствие продукции требованиям, должен быть компетентным на основе полученного образования, подготовки, навыкам и опыту. Чтобы понятие «компетентность» имела конкретное содержание, его реально могут наполнить компетенции профессионального и личностного характера.

Есть определенная опасность при формировании профессиональных компетенций уйти в сторону формализма, поэтому, на наш взгляд, необходимо определиться с соответствующим термином. В таблице 5.1 сопоставлены два определения понятия «компетенция» (еще раз уточним, что в нормативно-правовых документах дефиниция отсутствует).

Таблица 5.1

Сопоставительная характеристика определения понятия «компетенция»

<p>Профессиональная компетенция - наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания медицинской помощи, умение их применять в конкретной ситуации, в том числе для использования в работе клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Важны профессионально-значимые личностные качества: честность, ответственность, дисциплинированность, аккуратность</p>	<p>«Компетенция (Kompetence) (competentia) - использование доказанных способностей, знаний, навыков, а также личностных, социальных, методических способностей в трудовых и учебных ситуациях и для профессионального и/или личностного развития»</p>
<p><i>Ист.: Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации - М., 2015.</i></p>	<p><i>Ист.: Европейская структура квалификаций. Цит. по: Болонский процесс, Европейские и национальные структуры квалификации / Под науч. ред. В.И.Байденко. – М., 2009.</i></p>

Как можно видеть, кардинальное отличие в формулировках присутствует в «использовании доказанных способностей, знаний, навыков...». Н.Н.Ветшева с соавторами (2017) пишут, что «в отличие от большинства европейских стран, где медицинские работники обязаны ежегодно подтверждать свои знания и ежедневно использовать современные руководства на рабочих местах, по существующей системе непрерывного последиplomного образования, российские врачи проходят курсы повышения квалификации 1 раз в 5 лет. Ситуация усугубляется тем, что обучение для подтверждения сертификата зачастую носит формальный характер и содержание образовательных программ не всегда отвечает запросам практического здравоохранения» (с.61).

Несомненно, что и понятие квалификация – как «характеристика профессиональной деятельности и обладающего ею работника рассматривается с точки зрения уровня по весьма условным критериям и носит качественный характер» [Формирование системы..., 2016, С.15]. В целом, формальная характеристика подчас становится приоритетной позицией в карьерном росте, статусе и т.д. Мы относим этот момент к неуправляемым с исследовательской стороны, и не рассматриваем как объект настоящего исследования. Решение стоящей перед нами задачи связано с профессиональной характеристикой дуального плана (да/нет - способен к профессиональной деятельности (соответственно обучен) или нет, готов обеспечивать в медицинской организации внутренний контроль КМП или нет.

Констатируем как факт, что введение обязательного ежегодного контроля профессионального уровня врачей, также как и введение не только «стимулирующих», но и «принудительных» мер мотивации (формулировка по Е.Н.Ляховой и С.В.Левушкиной, 2014), к примеру, обязательность соблюдения норм профстандартов работодателем, не относится к числу «управляемых» на исполнительском уровне факторов.

В преддверии перехода с 2021 года на новую систему обучения и допуска к профессиональной деятельности врачей, мы попытались оценить

«возможности» и «угрозы», которые с этим переходом связаны. Для этого проведен SWOT-анализ ситуации [SWOT-анализ..., электронный ресурс], при котором сопряженные явления, согласно правилам этого вида анализа, разделены на положительно влияющие сильные стороны и возможности (Strengths), негативные стороны (Weaknesses), потенциальные возможности (Opportunities), потенциальные угрозы (Threats). Обоснуем ведущие составляющие для SWOT-таблицы по явлениям, факторам и динамике изменений, которые имеют место или могут с разной степенью вероятности произойти. При SWOT-анализе использованы мнения профессоров и преподавателей кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения РМАНПО, а также литературные данные.

А.Г.Аганбегян соавт. в 2007 году еще до внедрения системы профессиональных стандартов, писали следующее «В государстве с рыночной экономикой профессиональные возможности специалиста должны определяться не просто указанными формальными квалификационными категориями, а объемом технологий, к которым он допущен» (с.65).

Сильной стороной профессиональной подготовки допуска к работе врачей (S) является наличие в настоящее время стройной системы их профессионального образования (развития) - ДПО. Представляется, что, выбрав адекватный запросам реформы здравоохранения вектор и имея соответствующий уровень ресурсной и технологической поддержки, система способна саморазвиваться и не стать балластом для отрасли. Очевидно, что многое зависит от самой системы ДПО - насколько она сможет быть эффективной при внедрении НМО и обеспечивать на современном уровне повышение квалификации врачей.

Начатая, и с 2021 года уже полностью ориентированная на новую систему допуска к профессиональной деятельности врачей, реформа заместит сертификационный допуск (кроме тех специалистов, которые получают документ до 2021 года и завершают сертификационный путь в 2025 году).

Но начатые реформы в профессиональном медицинском образовании не могут считаться активно поддержанными врачебным сообществом. Радуют мотивы на повышение квалификации в виде стремления к новым знаниям, и находящиеся в приоритетных стимулах - соблюдении лицензионных требований для МО (О). Но в целом, ответная реакция врачей пассивная и пока не может быть учтена в развитии их же системы обучения и аккредитации, хотя большинство предполагает работать в профессии и при новой «системе координат». Пока «опора на сами кадры» весьма условна. Это слабая негативная сторона развития (W).

В.Е.Годлевский с соавт. (2001) в разделе «Словарь терминов» ввел понятие «Потери качества» и определил их как «потери, вызванные не реализацией потенциальных возможностей ресурсов в процессах и в ходе деятельности» (с.123).

Представляется, что достаточно слабый уровень вовлеченности врачебного персонала МО в инновационные образовательные процессы (фактически, неэффективного использования МО своих людских ресурсов), невысокий уровень осведомленности и ожиданий, в первую очередь, по влиянию на рост качества медицинской помощи, можно считать свидетельствами этих «потерь качества».

Рассчитывать на этот фактор как поддерживающий самих же себя в профессиональном развитии, пока, по ряду зависящих и не зависящих от врачей причин, не представляется возможным.

Среди неуправляемых факторов, потенциально несущих определенные негативные последствия для системы профессионального образования (развития) врачей и снижающих эффективность новой системы допуска к медицинской деятельности, следует назвать снижение управляемости в системе. Основная угроза для нее (Т) связана с необходимостью быстрых решений и действий при полном переходе на аккредитационный допуск с 2021 года профессиональной деятельности уже всех 548818 работающих врачей (данные о численности врачей взяты из доклада «Об итогах работы

Минздрава РФ в 2018 году и задачах на 2019 год» [Итоговая Коллегия... – М., апрель 2019].

Может произойти замена существующей и надо подчеркнуть уже значительно модернизированной системы непрерывного профессионального образования на некий «сплав» из обучающих, подчеркнем, в своей совокупности бессистемных, образовательных модулей и образовательных мероприятий.

При обвинениях в адрес существующей системе ДПО о возможном подчас формализме, трудно спрогнозировать, насколько новая система будет свободна от того же формализма и не будет зависеть от финансовых и служебных возможностей обучающихся. К сожалению, участие во многих содержательно полезных профессиональных мероприятиях с зачетом по системе НМО, в настоящее время платное.

Результаты проведенного SWOT-анализа приведены в таблице 5.2.

Таблица 5.2

Результаты SWOT-анализа ситуации при полном переходе врачей на систему аккредитации с 2021 года

	Возможности (O)	Угрозы (T)
Сильные стороны (S)	Отлаженная система непрерывного профессионального образования. В целом ресурсно насыщенная и содержательно наполненная	Будет введена по сути новая, в образовательном плане слабозатратная система, в которой аккредитация станет целью, НМО - средством ее достижения (возможен формальный подход)
Слабые стороны (W)	Врачебный персонал МО в целом знаком с новой системой НМО и аккредитации. Но слабо в нее вовлечен и уровень поддержки весьма умеренный	Вообще исчезнет система в своих фундаментальных началах, на образовательный «рынок» войдет широкий спектр проблемных учебных и научных структур

Мы надеемся на оптимистичный сценарий дальнейшего развития единой системы непрерывного профессионального образования врачей при полном переводе с 2021 года на систему допуска и профессиональной деятельности на основе аккредитации (S+O).

Для иллюстрации возможностей и наличия потенциала у действующей системы подготовки врачей (S+O), приведем выдержку из доклада на Итоговой Коллегии Минздрава РФ (апрель 2019 года).

«С 2016 года дополнительные профессиональные программы медицинского образования и фармацевтического образования, построенные по модульному принципу, специальные электронные курсы, интерактивные учебные модули размещаются на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России в информационно-телекоммуникационной сети Интернет» (edu.rosminzdrav.ru) (далее Портал).

По состоянию на 1 января 2019 года, активными пользователями Портала являются более 220 тыс. специалистов, зарегистрированы личные кабинеты более 500 организаций, размещено и доступно для выбора и освоения более 20 тыс. образовательных программ, охватывающих весь спектр врачебных специальностей, более 2 тыс. интерактивных образовательных модулей, разработанных с учетом принципов доказательной медицины, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, и более 17 тыс. образовательных мероприятий (семинаров, конференций, вебинаров, мастер-классов и др.).

В 2018 году с использованием технических средств Портала повысили квалификацию более 250 тыс. специалистов здравоохранения: более 90 тыс. специалистов прошли обучение по программам повышения квалификации, около 80 тыс. специалистов участвовали в образовательных мероприятиях, проводимых профессиональными сообществами, более 100 тыс. специалистов освоили интерактивные образовательные модули» (с.68).

Расширение возможностей в рамках системы непрерывного профессионального образования зависит от многих составляющих. К примеру, Н.Н.Ветшева с соавт. (2017) обоснованно предлагают «выход на новый уровень подачи информации для усиления мотивации сотрудников, что должно способствовать повышению качества оказания медицинской помощи» (с.65).

С системой непрерывного образования T.Horsley et al. (2010) связывают успешность адаптации умений и навыков у врачей к новым условиям профессиональной деятельности.

Именно в практикоориентированности нуждаются даже ныне принятые программы повышения квалификации врачей.

Нам представляется: что в развитии сильных сторон действующей системы ДПО (S), включившей все лучшее, что дала система ДПО и ее новая составляющая НМО в части постоянного профессионального развития, опора на нормы профстандартов (требования практики) и ФГОСов (возможности образовательных программ) заложен основной резерв повышения «к.п.д.» (O). Но однозначно, что без нормативно-правовой и организационно-распорядительной поддержки в части усиления требований ко всем участникам учебного и аттестационного процесса, не обойтись.

Ориентируясь на оптимистичный сценарий развития системы непрерывного профессионального развития врачей, мы вышли на управляемую для исследователя задачу по реализации путей «подачи информации для усиления мотивации сотрудников, что должно способствовать повышению качества оказания медицинской помощи» [Ветшева Н.Н. с соавт., 2017].

Начальный этап этой работы связан с определением реальности единого подхода по всему врачебному персоналу медицинских организаций страны.

В настоящей работе уже были даны ссылки на Итоговую Коллегию Минздрава РФ в апреле 2019 года с докладом об итогах работы за 2018 год. Годом раньше (в марте 2018 года) в докладе на Итоговой коллегии было подчеркнуто, что «основной концепцией развития Российского здравоохранения является создание Национальной пациенто-ориентированной системы на основе единых требований к доступности и качеству медицинской помощи и квалификации медицинских работников».

Для соблюдения «единых требований» к квалификации медицинских работников нормы определения и обеспечения их «профессиональной пригодности» к врачебной деятельности также должны быть едиными.

Первым среди действующих документов по установлению квалификационных характеристик для работающих в системе здравоохранения врачей, является Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 №541н.

При всех положительных свойствах этого документа, он имеет ряд существенных недостатков (не все специальности учтены, к примеру, стоматологическую группу должностей мы не увидели). Также позиции требований к специалистам не стандартизированы, что, несомненно, свидетельствует не в пользу его значимости для установления «единых требований» к квалификации врачей.

Этим «единым требованиям» более отвечает Приказ Минздрава РФ от 08.10.2015 №707 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

Составленный по единому стандарту предоставления информации, постоянно актуализируемый документ направлен на отражение «единых требований». Позиции по всей группе клинических врачебных должностей, которые могут быть замещены врачами (к примеру, врач-терапевт участковый, врач-терапевт-стоматолог), врачами-специалистами и заведующими (начальниками) структурных подразделений (отделов, отделений и др.) медицинских организаций. К должности заведующего добавляется его должность как врача (например, заведующий терапевтическим отделением – врач-терапевт).

Обращает на себя внимание тот факт, что, будучи «руководителем, заведующим (начальником) отдела, отделения...», специалист должен отвечать требованиям профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». И требования к контролю КМП рассматриваются на основе этого профессионального стандарта с позиций организационной деятельности.

В таблице 5.3 по обобщенной трудовой функции профессионального стандарта 3.3. «Управление структурным подразделением медицинской организации» представлены трудовые функции заведующего (их три, в которых раскрыты позиции контроля КМП), трудовые действия, которые, он должен осуществлять на основе накопленного опыта и доказанной готовности их выполнять, а также умения и навыки, необходимые для этого.

На наш взгляд, именно трудовые действия по степени структуризации наиболее подходят как позиции для должностных инструкций. И, наверное, вполне обоснованно для отражения степени подготовленности врача к профессиональной деятельности мы имеем способность/готовность (как обучен / что может).

В каждом из приведенных в начале главы 5 таблице 5.1 определений понятия «компетенция» присутствует свой набор характеристик. Общее для всех определений – ссылка на наличие «профессиональных знаний, умений и (реже) навыков, личностных качеств...». Требуются «доказанные способности» в частности «умение применять в конкретной ситуации, в том числе для использования в работе, клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций».

Подчеркнем, что в профстандарте нет позиции «навыки». И, вероятно, принимая во внимание, что «навык (англ. skill) – действие, доведенное до автоматизма путем многократных повторений», самостоятельная смысловая нагрузка в него не вкладывается и он отражает лишь совершенство действий и необходимых умений.

На наш взгляд, должностная инструкция заведующего клиническим отделением должна в разделе «Обязанности» содержать позиции: принимать участие во врачебной комиссии; планировать ресурсное обеспечение деятельности структурного подразделения; проводить анализ результатов деятельности; организовывать мероприятия по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; обеспечивать контроль состояния ресурсного обеспечения деятельности.

**Свод трудовых функций заведующего структурным подразделением медицинской организации
(в части контроля КМП)**

3.3. Обобщенная трудовая функция. Управление структурным подразделением МО*		
3.3.1. Организация деятельности	3.3.2. Планирование деятельности	3.3.3. Контроль деятельности
<p>Трудовые действия</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отражается опыт и готовность выполнять профессиональные обязанности – Работа во врачебной комиссии 	<p>Трудовые действия</p> <ul style="list-style-type: none"> – (Отражается опыт и готовность выполнять профессиональные обязанности) Планирование ресурсного обеспечения деятельности – Анализ результатов деятельности 	<p>Трудовые действия</p> <ul style="list-style-type: none"> – Организация мероприятий по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – Контроль состояния ресурсного обеспечения деятельности
<p>Необходимые умения</p> <ul style="list-style-type: none"> – Использовать методы, мотивации работников структурного подразделения МО 	<p>Необходимые умения</p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализировать показатели деятельности 	<p>Необходимые умения</p> <ul style="list-style-type: none"> – Формировать аналитические отчеты по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – Осуществлять контроль ресурсного обеспечения деятельности
<p>Необходимые знания</p> <ul style="list-style-type: none"> – Принципы и методы мотивации работников структурного подразделения МО – Порядки, стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания МП в соответствии с профилем деятельности МО – Порядок создания, деятельности ВК – Требования к оформлению документации – Навыки делового общения, деловая переписка, ЭДО 	<p>Необходимые знания</p> <ul style="list-style-type: none"> – Принципы и методы планирования деятельности 	<p>Необходимые знания</p> <ul style="list-style-type: none"> – Виды, формы и методы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности – Основы менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности

**в конце каждой формулировки присутствует после слова деятельности – «структурного подразделения медицинской организации»*

Практически по каждой позиции вполне реально составить «карту компетенций», и обеспечить фактическую проверку, чтобы способности были «доказанными» (см. табл. 5.1). Знания вполне проверяемы в тестах.

Для периодической аккредитации это реальный вариант действий, чтобы вывести профессиональные стандарты в ранг действенных инструментов определения профессиональной пригодности врачей, что предусмотрено Трудовым законодательством.

Входят ли в профстандарты нормы контроля качества для врачей-специалистов?

Нами выбраны для контент-анализа два профстандарта. Первый - имеющий начальной позицией «Врач-лечебник» и уже далее «врач-терапевт участковый», и, второй - «Врач стоматолог-терапевт» (ссылки на утверждающие документы приведены в Списке литературы).

Врач-лечебник (врач-терапевт участковый).

Трудовая функция: 3.1.6. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Трудовые действия: Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Необходимые умения и навыки имеют общедолжностной характер.

Врач-стоматолог.

Трудовая функция: 3.1.6. Организационно-управленческая деятельность.

Трудовые действия: Контроль (оценка) качества оказания медицинской помощи.

В ряду необходимых умений первой позицией стоит:

Анализировать качество оказания медицинской помощи.

Далее присутствует:

Анализировать качество и эффективность ведения медицинской документации.

Необходимые знания:

- Критерии оценки качества медицинской помощи.
- Особенности ведения медицинской документации.

- Стандарты и система управления качеством медицинских (стоматологических) услуг.

Обратим внимание на особые знания:

- Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативно-правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций.
- Соблюдение врачебной тайны.
- Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.

Позиции индивидуальных и социальных качеств врачей присутствуют в разных разделах профстандартов. В требованиях к врачу-стоматологу являются частью трудовой функции по организационно-управленческой деятельности, а для врача лечебника (участкового терапевта), присутствуют в обобщенной Трудовой функции 3.1. по оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях.

Изучение профессиональных стандартов показало, что документы, даже касаясь одних и тех же позиций, включают разные нормы в более широком или узком понятии, разные объемы деятельности, приводят требования к врачам не в одних и тех же разделах и др. Представляется, что при актуализации документов, нуждаются в корректировке и эти моменты, фактически редакторского плана.

Мы не проводили контент-анализ всех 44 профессиональных стандартов для врачей, утвержденных на момент анализа (20.08.2019). Но по изученным документам формализация позиций и унификация для создания единых трудовых функций представляется необходимой.

Эта потребность связана с тем, что для развития общего информационного блока Программно-аппаратного комплекса «Профессиональные стандарты», который размещен в открытом доступе, формируется в уведомительном варианте и представлен на Сайте, требуется единообразная информация. Структура информационного блока:

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ
Программно-аппаратный комплекс

ВНИИ ТРУДА
МИНТРУДА РОССИИ

Поиск

Войти Регистрация

В Москве: Среда 21.08.2019 Время 14:42

Карта сайта

Версия для слабовидящих

≡ Меню Главная страница ▶ Карта сайта

Карта сайта

- **Общий информационный блок**
 - Реестр уведомлений о разработке/ пересмотре профессиональных стандартов
 - Справочники и классификаторы и базы данных
 - Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих отраслей экономики Российской Федерации (ЕТКС)
 - Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих (ЕКСД)
 - Общероссийский классификатор видов экономической деятельности (ОКВЭД)
 - Общедоступная база данных профессиональных сообществ и объединений работодателей
 - Общероссийский классификатор занятий (ОКЗ)
 - Таблица соответствия ОКЗ-2014 и ОКЗ-93
 - Таблица соответствия ОКВЭД2 и ОКВЭД2007
 - Таблица соответствия ОКВЭД2 и ОКВЭД2001
 - Установление соответствий направлений подготовки
 - Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов
 - Национальный реестр профессиональных стандартов
 - Реестр разработчиков профессиональных стандартов
 - Реестр профессиональных стандартов
 - Реестр областей и видов профессиональной деятельности
 - Реестр трудовых функций
 - Реестр советов по профессиональным квалификациям
 - Справочно-информационный блок
 - Нормативно-правовые акты
 - Часто задаваемые вопросы
 - Справочная информация
- **Контакты**

Источник: URL: profstandart.rosmintrud.ru/site-map

Возвращаясь к содержанию ПС, возникает вопрос: «Разве не нужно врачам клинических специальностей умение «Анализировать качество оказания медицинской помощи» или «Анализировать качество и эффективность ведения медицинской документации» (позиции взяты из ПС «Врач-стоматолог»). Однозначно нужны и приведены на наш взгляд, весьма удачно.

Что было бы полезным включить в требования, прежде всего, по позиции знать, и уже затем - применять, то есть иметь соответствующие знания и умения в части контроля КМП. На необходимость «обучения персонала всевозможным методикам организации собственной рабочего процесса» указывали Н.Ф.Князюк с соавт. (2012).

Для информационной поддержки развития профстандартов мы обратились к ПС по смежному в рамках одного ведомства для медицинских - фармацевтическим работникам. Проведен контент-анализ утвержденного профессионального стандарта «Специалист по промышленной фармации в области контроля качества лекарственных средств» (2017).

В обосновании различных содержательных разделов этого документа мы увидели много позиций, имеющих аналоги для применения у врачей, в

медицинских специальностях в целом, но, к сожалению, оставленных вне норм, определяющих профессиональную пригодность и, прогнозируя на перспективу, и допуск к врачебной практике.

По трудовой функции 3.2 этого ПС «Руководство испытаниями (лабораторными работами)» специалист в области контроля качества ЛС должен проводить трудовые действия в части планирования работ, утверждения инструкций, контроля соблюдения требований, интерпретации результатов испытаний.

В ряду умений присутствуют: оценивать проведение испытаний, производить оценку значимости и пригодности, разрабатывать процедуры (протоколы), планы контроля качества испытаний ЛС, оценивать результаты внутреннего и внешнего контроля качества.

Набор знаний, которые должны быть у специалиста: принципы и порядок обеспечения качества испытаний, порядок ведения определенных процессов, характеристика оборудования, методы статистического управления качеством, стадии технологического процесса, методы и инструменты анализа рисков для качества ЛС, поиск причин отключений и несоответствия при выполнении испытаний, принципы и порядок обеспечения качества испытаний, нормы делового общения и культуры, профессиональной психологии, этики и деонтологии.

Показался содержательным и полезным материал по трудовым функциям 3.2.2 «Руководство процессами качества фармпроизводства» и 3.2.3 «Организации работы персонала отдела контроля качества».

Вероятно, в таком разнообразии функций, деятельности и насыщенности компетенций медицинский работник - врач для контроля КМП не нуждается. Но быть встроенным в общий процесс организации внутреннего контроля КМП врачу необходимо.

Как пример игнорирования этого требования, приведем случай из судебной практики, опубликованный на информационно-правовом портале «Гарант» (garant.ru) [Лечебно-диагностический центр, ... 2019]. Отмечено

использование бланков информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не по установленной форме, при том единожды, при первом обращении, ведение амбулаторных карт пациентов с нарушениями. Нарушения стандартов оснащения кабинетов врачей детально расписаны по кабинетам ортопеда, уролога, хирурга, акушер-гинеколога, отоларинголога, терапевтического кабинета, кабинета функциональной диагностики, у невролога, у кардиолога (последовательность сохранена как в сообщении). Росздравнадзор обозначил все это как «низкий уровень организации внутреннего контроля качества медицинской помощи», Нарушения были зафиксированы в акте проверки, который лег в основу протокола по ч.4, ст.14, 1 КоАП - несоблюдение Порядков оказания медицинской помощи, и арбитражный суд наложил на ЛДЦ штраф в размере 100 тыс. рублей. Обжалование решения вплоть до Верховного суда РФ не дало результата – ЛДЦ было отказано в пересмотре дела.

Как уже отмечалось в главе 3, согласно трудовому законодательству (ТК РФ ст. 195.1, утв. 122-ФЗ) три термина формируют терминосистему «профессиональная квалификация»: квалификация работника, профстандарт, по которому он работает, и компетенции, в совокупности свидетельствующие о наличии характеристик, по которым и определяется *готовность* врача осуществлять профессиональную деятельность.

Но наделить его теми способностями, которые для этого необходимы, призвано профессиональное обучение (развитие).

Согласно ГОСТ Р ИСО 9001-2008, менеджмент качества основан на процессном подходе. Одна из его норм: «деятельность, использующая ресурсы (к ним относятся врачебные кадры – Ф.Экажева) и управляемая в целях преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс».

И эта непрерывность обуславливает взаимодействие профессиональных стандартов по специальностям и должностям с требованиями по образованию (по ФГОСам).

В Приказе Минздрава РФ от 03.09.2013 №620н приведен «Порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования».

В Порядке, одним из контингентов подготовки по которому являются врачи, перечислены основания для проведения их обучения. В Порядке присутствует «образовательная деятельность по профессиональным образовательным программам медицинского образования...(образовательные программы высшего образования; дополнительные профессиональные программы), далее образовательные программы в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования..., федеральными государственными образовательными стандартами по программам ординатуры и примерными дополнительными программами медицинского образования (далее - стандарт)» (п.2, выбраны позиции, имеющие отношение к врачебному сообществу.

Важным пунктом Порядка является цель, которая ставится перед врачами - «Практическая подготовка обучающихся включает виды учебной деятельности, предусмотренные образовательными программами, и связанные с необходимостью участия обучающихся в медицинской деятельности... для достижения результатов освоения образовательных программ» (п.3). Таким образом, совершенно справедливо обучение и достижение соответствующих результатов ставится в зависимость от профессиональной деятельности: цель - работа, средство для этого - обучение (развитие).

Но, к сожалению, ФГОСы по специальностям были приняты раньше, чем ПС для тех же специалистов.

В таблице 5.4 проведем сопоставление ранее изученных в ходе контент-анализа профессиональных стандартов уже со ФГОСами по «Организации здравоохранения и общественному здоровью», «Терапии» и «Стоматологии терапевтической».

Таблица 5.4

Сопоставление исходных данных профессиональных стандартов и ФГОСов по трем медицинским специальностям

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*				КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА*			
Код ПС	Должность / специальность	Кем утвержден	Выходные данные (дата, №)	Код ФГОС	Специальность	Кем утвержден	Выходные данные (дата, №)
02.022	Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья	Минтруд РФ	Приказ №768н от 07.11.2017	31.08.71	Организация здравоохранения и общественное здоровье	Минобрнауки РФ	Приказ №1114 от 26.08.2014
02.009	Врач лечебник (врач-терапевт участковый)	Минтруд РФ	Приказ №293н от 21.03.2017	31.08.49	Терапия	Минобрнауки РФ	Приказ №1092 от 25.08.2014
02.005	Врач-стоматолог	Минтруд РФ	Приказ №227н от 10.05.2016	31.08.73	Стоматология терапевтическая	Минобрнауки РФ	Приказ №1116 от 26.08.2014
<i>*ПС по разделу «Здравоохранение» Реестра Минтруда РФ</i>				<i>*ФГОСы по программам ординатуры</i>			

Источник: <https://fgos.ru/>

Как и в приведенном в таблице 5.4 примере, по всем врачебным специальностям ФГОСы утверждены раньше ПС для тех же категорий специалистов. Таким образом отношение цель → средство (ПС → ФГОС) лишено реального воплощения.

С этим противоречием связана необходимость пересмотра ФГОСов. В Докладе на Итоговой коллегии Минздрава РФ (апрель 2019г.) отмечено следующее. «В соответствии с частью 7 статьи 11 Федерального закона от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в 2018 году разработаны и направлены в Министерство науки и высшего образования Российской Федерации для утверждения 51 проект федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования - подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, а также проекты примерных основных образовательных программ ординатуры, учитывающие требования профессиональных стандартов и содержащие унифицированные образовательные модули по наиболее значимым разделам здравоохранения» (с.68).

Примечательно, что информацию о профессиональных стандартах мы получили в открытом доступе, подчеркнем, что на Портале ФГОС ВО [Электронный адрес: fgosvo.ru/docs/69/0/2/2].

Портал Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования

ГЛАВНАЯ МЕРОПРИЯТИЯ ФОРУМ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ НОВОСТИ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ 2019 Поиск по сайту

- Материалы

- КООРДИНАЦИОННЫЕ СОВЕТЫ И ФЕДЕРАЛЬНЫЕ УМО
- ЗАПИСИ МЕРОПРИЯТИЙ
- ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ СЕТИ УМО
- РЕЕСТР ПРИМЕРНЫХ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
- НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФГОС ВО
- МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
- УТВЕРЖДЕННЫЕ ФГОС ВО С УЧЕТОМ ПРОФ. СТАНДАРТОВ (3++)
- ФГОС ВО
- ФГОС ВПО
- ПРИМЕРНЫЕ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИН
- ПРОЕКТЫ ДОКУМЕНТОВ
- ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ
- БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС

Профессиональные стандарты

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Код ПС	Наименование стандарта	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
02.001	Врач - судебно-медицинский эксперт	Зарегистрировано в Минюсте России 02 апреля 2018 г. N 50642
02.002	Специалист в области медико-профилактического дела	Зарегистрировано в Минюсте России 09 июля 2015 г. N 37941
02.003	Младший медицинский персонал	Зарегистрировано в Минюсте России 08 февраля 2016 г. N 40993
02.004	Специалист в области слухопротезирования (сурдоакустик)	Зарегистрировано в Минюсте России 30 мая 2016 г. N 42332
02.005	Врач-стоматолог	Зарегистрировано в Минюсте России 02 июня 2016 г. N 42399
02.006	Провизор	Зарегистрировано в Минюсте России 07 апреля 2016 г. N 41709
02.007	Специалист по изготовлению медицинской оптики	Зарегистрировано в Минюсте России 30 ноября 2016 г. N 44496

Обращает на себя внимание, что профстандарты - документы регламентирующие профессиональные требования для занятия врачебных должностей в медицинской организации, относящихся к системе Минздрава РФ утверждает Минтруд РФ, ФГОСы - регламентирующие подготовку лиц с высшим медицинским образованием, в первую очередь, врачей, утверждает Минобрнауки РФ. Но включение врачей в систему НМО и аккредитацию - сложнейшие новые задачи - закреплены за Минздравом РФ. И в этой связи мы считаем, что совершенно обоснованно в ведомстве развивается методологическое сопровождение решаемых кадровых задач.

Эта работа была начата еще в рамках выполнения «Дорожной карты» [Об утверждении плана мероприятий ..., 2012]. В развитии обеспечивается через традиционные механизмы совершенствования нормативного и методического обеспечения практической работы [Трифонов Н.Ю. с соавт., 2014] и в системе ДПО с ее новым элементом непрерывного профессионального образования через привлечение дистанционных технологий, электронных и сетевых ресурсов [Симонян Р.З., 2016; Приказ Минобрнауки РФ от 23.08.2017 №816].

Чтобы наполнить информационные ресурсы достоверным и релевантным содержанием нами последовательно сначала научно обоснована описательная компетентностная модель формирования способности врачей участвовать в контроле КМП, и далее, на этой основе, разработан соответствующий учебный модуль для системы ДПО.

На примере трех выбранных специальностей и врачебных должностей по клиническим специальностям (см. таблицу 5.4) установлено, что у выпускника, освоившего программу ординатуры «должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции».

По универсальным компетенциям (УК) по всем специальностям набор один:

-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

-готовность к участию в педагогической деятельности (УК-3).

Нам показался этот набор УК весьма ограниченным.

Для его возможного расширения мы обратили внимание на научные труды специалистов педагогического профиля.

В.Д.Шадриков (2010) в разделе «Способности и компетенции» выделил 85 (!) умений и компетенций, способствующих адаптации специалиста к окружающей среде.

Впечатляет охват экспертного сообщества, которое было привлечено к разработке такого большого перечня. В этом проекте «приняли участие более 100 университетов из 16 стран-подписантов Болонской декларации, в консультациях и опросах были задействованы 5183 выпускника, 998 профессоров, 944 работодателя» (с.226).

С помощью коллег-педагогов кафедры медицинской статистики и информатики (ныне медицинской статистики и цифрового здравоохранения) РМАНПО нами выделены те, которые имеют отношение к обеспечению функциональной сферы деятельности врачей по контролю КМП и по многим моментам и в целом способствуют успешной профессиональной деятельности (формулировки автора сохранены).

К инструментальным навыкам отнесены:

- способность к анализу и синтезу,
- базовые общие знания,
- базовые знания по профессии,
- способность решать проблемы,
- элементарные компьютерные навыки (*Примечание:* в настоящее время цифровизации отрасли здравоохранения, вероятно, был бы предусмотрен уровень уверенного пользователя),

- навыки управления информацией (способность извлекать и анализировать информацию из различных источников),
- способность принимать решения,
- способность решать проблемы.

Автором в группе «*инструментальные компетенции*» отдельно выделены - когнитивные способности понимать и использовать идеи и соображения, организовывать время, коммуникационные компетенции наличия технологических умений, связанных с компьютерной техникой, использованием техники, компьютерные навыки и другие.

К *межличностным компетенциям* автор отнес индивидуальные способности к самокритике, умение выражать чувства и отношения, а также социальные навыки, связанные с процессами взаимодействия. Два качества потенциально приложимых к работе врачей в функциональной сфере контроля КМП, «способность работать в команде» и «способность взаимодействовать с экспертами...». Приверженность этическим ценностям выделена особо (добавим для врачебного сообщества - и деонтологическим нормам – Ф.Экажева).

Все приведенные компетенции автор считает базовыми и на их основе формулирует *системные компетенции*, такие как:

- способность применять знания на практике,
- способность к обучению,
- способность к адаптации к новым ситуациям,
- ответственность за качество,
- воля к успеху.

И, наконец, группа компетенций, которые В.Д.Шадриков (2010) назвал *специальными*, и особо отметил, что они предназначены для дифференциации по уровням, и что их определение представляло «наибольшую сложность» (с.228).

Похоже, что автора даже удивило, что «был отмечен высокий уровень корреляции оценок выпускников и работодателей. Отличия в оценках этих двух групп респондентов от оценок профессуры касаются в основном более высокого значения, придаваемого преподавателями базовому общему знанию, и более низкой оценки ими значения межличностных компетенции» (с.228).

Мы учли сделанные автором акценты, а также выделили те компетенции, которые посчитали практико-ориентированными:

- владеть предметной областью на продвинутом уровне, то есть знать новейшие методы и техники,
- овладевать компетенциями на продвинутом уровне.

И, наконец, автор подчеркивает, что «способности в широкой трактовке подразумевают профессиональные умения и навыки. Способности в столь широкой подготовке становятся синонимами компетентности» (с. 229-230).

В ряду профессиональных компетенций в каждом из ФГОСов по разделу «Клиническая медицина» в разделе «организационно-управленческая деятельность» конкретизирована одна из позиций, имеющая отношение к КМП, но в определенных различиях изложения, отраженных в таблице 5.5.

Таблица 5.5

Сопоставление формулировок по действиям врачей относительно качества медицинской помощи

Код	Специальность	Формулировка из ФГОС
31.08.71	Организация здравоохранения и общественное здоровье	«Готовность к оценке качества оказания медицинской помощи с использованием медико-статистических показателей» (ПК-46)
31.08.49	Терапия	«Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей» (ПК-11)
31.08.73	Стоматология терапевтическая	«Готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей» (ПК-12)

Формулировки по степени участия разнятся от «готовности к участию в оценке...» для врача-терапевта до «готовности к проведению оценки» у врача-стоматолога-терапевта и «готовности к оценке» у врача организационного профиля. Может быть, что эти различия обоснованы. Но, вместе с тем, основываясь на ранее приведенной информации, в ходе образования формируется способность, а готовность должна проверяться при различных контрольных и экспертных процедурах. Учитывая отсутствие точного толкования значения этих терминов проявления профессиональной пригодности врачей, на наш взгляд, вполне оправдано писать «способность/готовность» и применять их как «выход → вход» обучающего, завершившего обучение по образовательной программе или отдельному модулю и потенциально способному осуществлять определенную деятельность, и, далее, готовому применить приобретенные умения или знания на практике.

Мы не разделяем профессиональные компетенции на базовые (для всех врачей) и специализированные - для работы на конкретных должностях для выполнения определенных обязанностей.

В описании профессиональных компетенций мы рассматриваем в единстве группу «клинические специальности», как и приведено в «Предложениях (практических рекомендациях) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Один документ имеет отношение к стационару (2015), другой к поликлинике (2017). Эти документы, проанализированы в главе 3 и включены в список литературы.

Мы не будем вновь приводить перечень позиций: для стационара 11 и для поликлиники 15 (см. главу 3). Лишь подчеркнем «серьезность» этих позиций, представленных от лица Росздравнадзора, ответственного за деятельность в системе здравоохранения. Отдельно выделены специальные компетенции, которые мы не заполнили содержанием, оставив их на усмотрение медицинских организаций.

В целом, мы фактически обосновали описательную компетентностную модель участия врачей медицинских организаций в контроле КМП. Ее практическая реализация отражена в учебном модуле (рисунок 5.1).

На Кафедре вопросы участия врачей, в основном членов врачебных комиссий МО, в контроле КМП включены в циклы повышения квалификации «Экспертиза временной нетрудоспособности и экспертиза качества медицинской помощи» (144 часа). Информационное сопровождение обеспечено в учебно-методическом пособии «Оценка качества медицинской помощи в медицинской организации» (авторы: д.м.н, проф. Кудрина В.Г., к.м.н., доцент Гончарова О.В., Экажева Ф.С., М., 2019). Учебно-методическое пособие рекомендовано врачам в качестве учебно-методического пособия для подготовки к аккредитации Всероссийской общественной организацией «Общество по организации здравоохранения и общественному здоровью».

Представленный учебный модуль может трансформироваться и видоизменяться, в том числе в зависимости от индивидуальных особенностей должности врача. К примеру, для врачей - заведующих структурными подразделениями может представлять особый интерес позиция темы №09 «Система управления персоналом». А тема №08 «Идентификация личности пациента» может заинтересовать при формировании способности применять на практике нормы профессиональной этики и деонтологии с обеспечением требований к обработке персональных данных.

Модель как «обобщенное и упрощенное отражение действительности» в разделе «Специальные компетенции» формируют сами медицинские организации в зависимости от своей специфики.

Описательная модель является содержательной основой для «учебного модуля», по которому повышают квалификацию врачи, входящие во врачебные комиссии медицинских организаций.

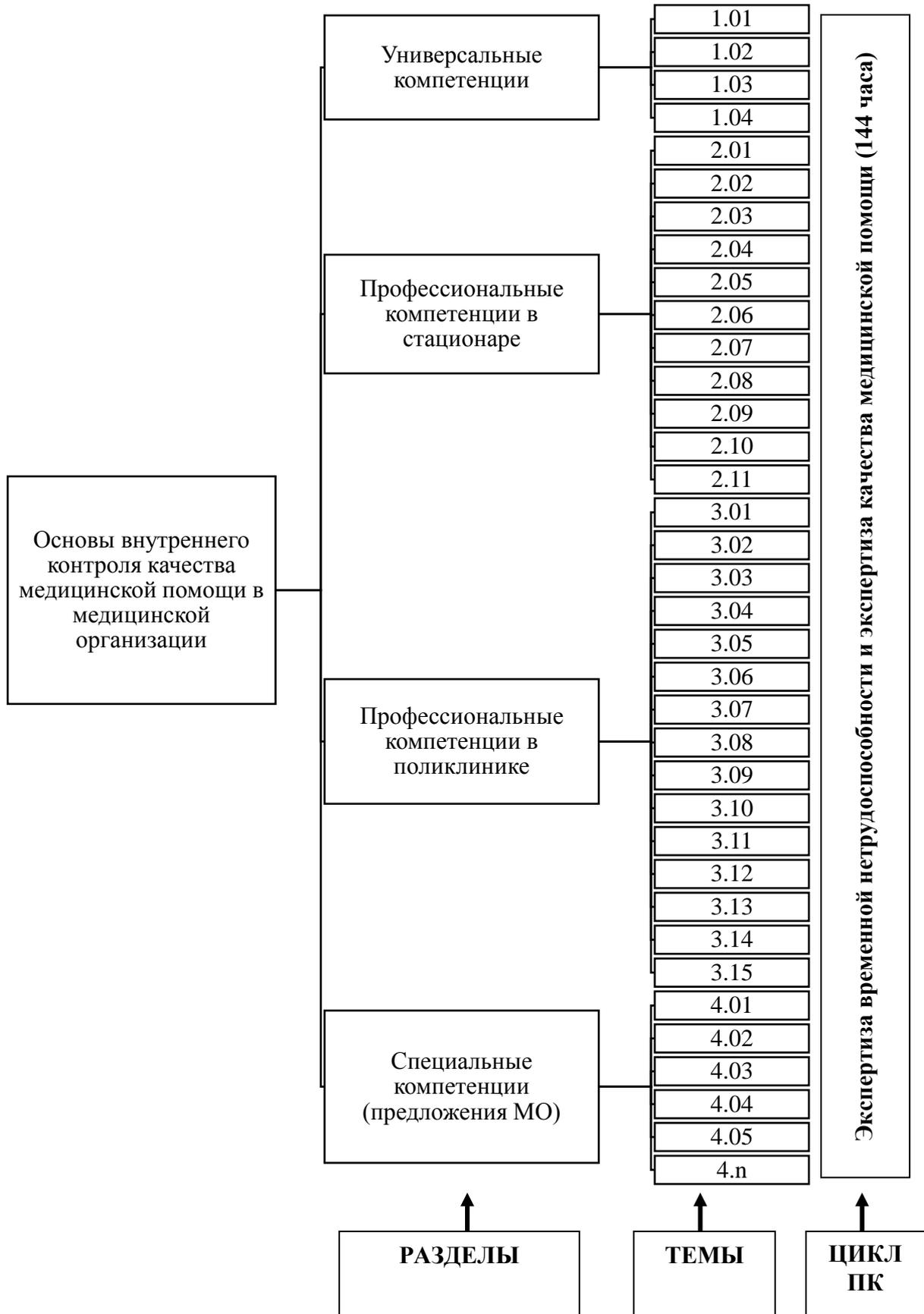


Рисунок 5.1. Учебный модуль формирования способности врачей медицинских организаций участвовать в контроле КМП

Пояснения к рисунку 5.1.

Пояснения по разделам учебного модуля

Раздел 1. Универсальные компетенции

Раздел 2. Профессиональные компетенции врача в стационаре

Раздел 3. Профессиональные компетенции врача в поликлинике, в дневном стационаре и на дому

Раздел 4. Специальные компетенции (предложения МО)

Пояснение по темам:

1.01.Инструментальные компетенции

1.02.Межличностные компетенции

1.03.Системные компетенции

1.04.Практикоориентированные компетенции

2.01.Лекарственная безопасность

2.02.Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

2.03.Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

2.04.Безопасность среды в МО. Организация ухода за пациентами

2.05.Эпидемиологическая безопасность

2.06.Преимственность МП. Передача клинической ответственности за пациента

2.07.Организация экстренной неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения

2.08.Идентификация личности пациента

2.09.Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее как пациента, препаратов из донорской крови

2.10.Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенция

2.11.Организация оказания МП на основании данных доказательной медицины

3.01.Лекарственная безопасность

3.02.Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

3.03.Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

3.04.Безопасность среды в МО. Организация ухода за пациентами

3.05.Эпидемиологическая безопасность

3.06.Преимственность МП. Передача клинической ответственности за пациента

3.07.Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике

3.08.Идентификация личности пациента

Принципы построения информационных технологий (ИТ)

3.09.Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции (=п.10 для стационара)

3.10.Организация оказания МП на основании данных доказательной медицины

3.11.Организация работы регистратуры

3.12.Стационарозамещающие технологии (организация работы дневного стационара и «стационара на дому»)

3.13.Диспансеризация прикрепленного населения

3.14.Диспансерное наблюдение за хроническими больными

3.15.Организация профилактической работы. Формирование ЗОЖ среди населения

4.01 ...

4.02. ...

4.03. ...

4.04. ...

4.05. ...

4.n. (по потребности медицинских организациях)

**Детально информация к содержанию учебного модуля представлена в исследовательских главах 3 и 5.*

Но обучение для врачей не является окончательной целью, достигаемой для их работы в профессии. Новый сложный механизм допуска к медицинской деятельности затрагивает много аспектов, каждый из которых обоснован в главе 3 и представлен в этой главе. Многие механизмы требуют практической реализации (главное – предстоящая с 2021 года без альтернатив периодическая аккредитация). В целом же проблема заключается в уровне требовательности ко всем участникам процессов учебы и допусков. Функциональная модель, которая отражает основные действия на этом пути представлена на рисунке 5.2.

В последнее время в России, как и во всем мире, набирают популярность конкурсы в рамках World Skills. Для нашей работы интересно, что участники разделяются по компетенциям.

В Глоссарии приведены «Термины и определения World Skill Russia» [Термины...] в документе glossary.pdf с сайта brit03.ru.

Их «подборка» сделана в таблице 5.6.
<http://brit03.ru/WorldSkills/glossary.pdf>.

Называется статус предмета соревнования – компетенция. К примеру, в 2019 году по Блоку «Образование» одной из компетенций было обучение современным технологиям (Technology teaching). Всего по каждой из 36 заявленных компетенций была подготовлена типовая документация и участники в ходе соревнований доказывали соответствие требованиям. По каждой компетенции эксперты определяли победителей.

Worldskills - это соревнования. Но статус «компетенции» позволяет ее использовать и в других ситуациях «проверки умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности». Внутренний контроль КМП для врачей медицинской организации, является такой доказанной профессиональной компетенцией. И ориентируясь на это заключение, принимая контроль КМП как одну из базовых компетенций врачей, создается основа для внедрения профессиональных стандартов в практику и образовательных стандартов в профессиональное развитие врачей.



Рисунок 5.2. Функциональная модель формирования профессиональных компетенций врачей для участия в работе по контролю КМП (модификация по ист. В.Г.Кудриной, Т.В.Андреевой, Н.Г.Дзерановой, 2013, С. 46)

Термины и определения World Skill Russia (фрагмент)

Термины	Определения
WSI	Международная организация WorldSkills International
WSR	Некоммерческое движение WorldSkills Russia, осуществляющее цели и задачи WSI на территории Российской Федерации
Рабочие профессии	В терминологии WSI рабочие компетенции. Виды профессиональной деятельности, требующие получения работником специальной квалификации, предполагающие непосредственное осуществление им трудовых (производительных) операций
Компетенция	Профессиональная способность Участника* успешно действовать на основе умений, знаний и практического опыта при выполнении конкурсного задания и решении задачи профессиональной деятельности
Профессия (специальность)	Общественно признанный относительно устойчивый вид профессиональной деятельности человека, который определен разделением труда в обществе
Профессиональные компетенции WSI	Перечень 50 профессий (специальностей), по которым проводится проверка умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности в ходе соревнований* (мероприятий) WSI

**Участник, соревнование – так как документация ориентирована на конкурсы (примечание – Ф.Экажева).*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущим ориентиром для решения поставленных в исследовании задач стала обобщенная информация о накопленном в различных областях и медицинских специальностях опыте внедрения системы управления КМП. Рассмотрены законодательно определенные термины «медицинская услуга» и «медицинская деятельность», их сопряженность с понятием «медицинская помощь». Медицинская деятельность рассмотрена в части воздействия на среду, пациента, общую эффективность.

Выделена ведущая роль контроля КМП, конкретизированы индикаторы оценки, представленные авторами по широкому перечню показателей. Однозначно для медицинских организаций и работающего в них персонала ключевым является внутренний контроль КМП. Рассмотрено с каких позиций и в каких терминах в литературе обозначены врачи (кадры, персонал, работники, специалисты, доктора). Лишь определение «лечащий врач» определено законодательно и ориентирует на профессиональную принадлежность специалиста.

Объективные оценки медицинской деятельности предусмотрены системой показателей, субъективные – формируются по оценкам пациентов, лишь в небольшом числе работ - по оценкам врачей. Непосредственно вовлеченность врачей в медицинскую деятельность оценена через моральные и материальные стимулы для мотивированности и заинтересованности в работе. Изучить вовлеченность врачей в производственные процессы помогают социологические исследования. Вместе с тем, для условий реформ - введение НМО и аккредитации, социологическая информация отсутствует. Оценить «вовлечение» персонала (формулировка ГОСТ ИСО 9000-2011) в новых условиях может помочь самостоятельное исследование.

В проанализированных литературных источниках в широком диапазоне присутствуют авторские определения, характеризующие профессиональные качества врачей, нуждающиеся в развитии - их квалификация и

профессиональный уровень. Выделяются «профессионально важные качества» и компетенции как «способность делать что-либо хорошо или эффективно».

В этом направлении важны действия практической клинической и организационной, а также образовательной деятельности.

Насколько они согласованы изучено при анализе НПА и организационно-распорядительных документов. В целом проведен контент-анализ 20 нормативно-правовых актов (16 Федеральных законов, 1 Закон, Трудовой кодекс и 2 Указа Президента РФ), 31 организационно-распорядительных документов - 3 Постановлений и 1 Распоряжения Правительства РФ, 16 Приказов Минздрава РФ (включая Минздравсоцразвития РФ), 5 Приказов Минтруда РФ, 4 Приказов и Письма Минобрнауки РФ, 1 Приказа Росздравнадзора и 1 Приказа ФФОМС, а также 2 источников материалов Итоговых Коллегий Минздрава РФ, 5 стандартов серии ГОСТ ИСО и ГОСТ Р. Ссылки на информационные нормативные источники приведены в списке литературы.

На каждом из этапов контроля КМП - государственном, ведомственном и внутреннем, имеется законодательно определенная норма и конкретные организационно-распорядительные документы.

Наиболее затрагивающим интересы и определяющим ответственность врачей являются положения по внутреннему контролю КМП. По 38 позициям медицинские организации должны выполнять требования к обеспечению и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, их пересмотре» (п. 38 Приказа МЗ РФ от 07.06.2019 №381н).

Для того, чтобы врачи проявляли «профессионально важные качества» требуется должный уровень компетенций. Наиболее последовательно раскрытие вопроса и механизм контроля этого критерия даны в «Предложениях (практических рекомендациях) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации», утвержденных ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора для стационаров в 2015 году, и для поликлиник в 2017 году.

Предложенный базовый перечень направлений внутреннего контроля КМП приведен нами в удобной для анализа форме и использован при разработке описательной компетентностной модели участия врача медицинской организации в контроле КМП.

Мы не ставили перед собой задачу по результатам анализа этих документов усовершенствовать механизм внутреннего контроля КМП (который, на наш взгляд, достаточно полно в документах регламентирован).

Смысловые взаимосвязи установлены по небольшой терминосистеме «профессиональная квалификация врача», защищенной законом (Трудовой кодекс РФ, утв. 122-ФЗ, ст. 195.1):

- **квалификация работника** - уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника;

- **профессиональный стандарт** - характеристика квалификации, необходимая работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции;

- **компетенция** - присутствует в ТК РФ ссылка без определения.

Анализ доступных по документам и определениям произвольных формулировок авторов понятия «компетенция», приведенным в работе, дает возможность выделить основные составляющие понятия «компетенция»:

а) что включает (знания, умения, опыт работы), профессиональные и личностные качества;

б) в чем отражается, для чего (в профессиональных стандартах для суждения о готовности выполнять профессиональные обязанности, и во ФГОСах для суждения о способности их выполнять);

в) как фиксируется (через доказанность способности/готовности выполнять профессиональную деятельность). Примечание: в новых условиях профессионального обучения в системе НМО и в новых условиях допуска к профессии через аккредитацию специалистов на начало 2020 года не определено.

Насколько врачи вовлечены в инновационные процессы, в первую очередь, по допуску к медицинской деятельности, ВОЗ рекомендует учитывать по «субъективным оценкам, а не строго объективным показателям качества» [Hanefeld Y. et al., 2017]. Мы использовали оба подхода. И для того, чтобы изучить мнение врачей - восприятие ими системы НМО, ориентированность на новую систему аккредитации и в целом на работу в «новой системе координат» своей профессиональной деятельности, нами проведено самостоятельное целенаправленное социологическое исследование.

В качестве единицы для социологического исследования выбран специалист на врачебной должности, находящийся в процессе перехода на новый механизм обучения (с использованием НМО) и аттестации (аккредитации).

Методом случайной выборки отобраны 162 респондента и обеспечена средняя точность результатов.

68,5 на 100 опрошенных - женщины. Почти три четверти опрошенных (73,6%) находились на момент опроса в возрасте 30-59 лет. Почти половина респондентов - 47,5% имели профессиональный стаж 20 и более лет. Большинство работали в клинических подразделениях: врачами-специалистами (47,5%) и заведующими клиническими отделениями (36,4%).

Степень вовлеченности врачей в инновационные процессы оценена по показателям информированности: слышали об аккредитации 98,8%, причем источником информации об аккредитации у трети респондентов послужила система профессионального обучения (развития). Только каждый четвертый врач мог сформулировать отличия аккредитации от сертификации. С сожалением следует отметить, что 51,3% врачей отметили, что не знакомы с нормативной документацией по теме, только 18,5% могут объяснить, в чем различия понятий профессиональных умений и компетенций, и по показателям вовлеченности для 25,5% респондентов информация об аккредитации понятна, 42,6% врачей открывали портал НМО, но только 28,4% создали на нем личные кабинеты. 77,2% понимают необходимость обучения по программам повышения квалификации, не ограничиваясь дистанционными модулями и участием в профессиональных мероприятиях. Мы использовали специальный подход при составлении анкеты, предусмотрев прямой и косвенный вопросы по одной теме. Мы спросили: «Планируете ли Вы работать после 2021 года?» (да – 69,8% ответов), и «Планируете ли Вы перейти на систему аккредитации?» (да – 29,6% ответов). Такое соотношение ответов свидетельствует либо о низком уровне информированности о неизбежности перехода с 2021 года на механизм аккредитации, либо о психологическом ее отторжении. При этом 68,9 из 100 опрошенных сформировало свои портфолио.

Самостоятельный блок вопросов ориентирован на обращение к врачам как к экспертам. Имея у большинства опрошенных врачебный стаж 20 и более лет и квалификационную категорию (почти у половины респондентов), врачи привлекались к работе как эксперты, так как: «в силу профессионального и жизненного опыта обладают наибольшей компетентностью и располагают надежной и достаточной полной информацией по исследуемой проблеме» [Лекции..., 1972, С.121].

Для «гарантии» был использован двойной фильтр отбора экспертов - вопрос о подтверждении необходимости повышения квалификации перед аккредитацией. В результате группа экспертов составила 125 врачей.

Обращение к врачам как к экспертам придало анкетированию не только познавательное, но и объяснительное значение.

Предварительно для оценок были отобраны позиции, которые формировались и обсуждались на кафедре медицинской статистики и информатики РМАНПО (базе нашего исследования) и лишь затем были включены в анкету. По рейтингу приоритетов по ответам проранжированы основания для повышения квалификации врачей (по 10-балльной системе) с максимальным уровнем по позиции «настало время учебы, лицензирование МО» – $9,00 \pm 0,20$ и позиции «личного желания» - $8,29 \pm 0,19$. Самой невостребованной позицией стала необходимость осваивать образовательные программы $3,37 \pm 0,31$. Таким образом вопрос, по каким программам и стандартам их учат - коллег не волнует.

Самостоятельный блок вопросов анкеты касался прогнозных оценок, сделанных респондентами. При невысоком уровне поддержки квалификационных преобразований более половины врачей понимают, что будет проводиться проверка компетенций. При равном уровне положительных и отрицательных мнений об улучшении при этом КМП, промежуточные ответы отрицательных мнений преобладали.

Сопряжение оценок о влиянии инновационных процессов на КМП дало статистическую основу для предположения, что наиболее насторожены лица с максимальным стажем врачебной деятельности (20 и более лет), и что именно внедрение образовательных и аттестационных новаций привело к негативному отклику и в целом, о перспективах улучшение КМП.

С изменением системы допуска врачей к профессиональной деятельности через периодическую аккредитацию, для них меняется многое: появляется забота о необходимости непрерывного обучения и подтверждения своих профессиональных возможностей через практикоориентированный контроль.

По положительным оценкам сформировано «ядро» информационной поддержки проходящих в деятельности врачей квалификационных преобразований, которое включило лишь 5% респондентов.

Определив невысокий уровень поддержки профессиональных новаций, в первую очередь, по аккредитации специалистов, мы решили использовать и другой механизм определения ситуации через оценку «возможностей» и «угроз», применив SWOT-анализ ситуации. Объединение сильных сторон (S) и возможностей (O) свидетельствует, что работа медицинских организаций поддержана системой непрерывного профессионального образования, а также в целом ресурсно и содержательно наполнена. Но слабой стороной (W) является низкая степень вовлеченности и поддержки реформ персоналом. Угрозы (T) при внедрении новой, еще не проверенной на результат системы допуска к врачебной профессии, усугубляются «не застрахованной» от формального подхода внедряемой (тоже новой) системой НМО.

В целом, ориентируясь на оптимистичный сценарий развития системы непрерывного профессионального развития врачей, мы вышли на управляемую со стороны исследователя задачу по реализации путей «подачи информации для усиления мотивации сотрудников, что должно способствовать повышению качества оказания медицинской помощи» [Ветшева Н.Н. с соавт., 2017].

Мотивировать врачей можно через контроль соблюдения квалификационных требований. Анализ формулировок ключевого понятия квалификации «компетенция» показал, что во всех формулировках присутствуют умения, соответствующие знания, личностные качества и опыт работы. Навыки (от англ. skill – действие, доведенное до автоматизма), в основном включаются в умения. Подчеркивается «динамичность» компетенций, то есть требование их развития, и необходимость постоянно доказывать свою «профессиональную пригодность». И, наконец, отмечается, что «компетенция находит непосредственное отражение в профессиональных стандартах при описании трудовых функций и трудовых действий, знаний и умений».

Установлено, что нормы контроля КМП наиболее полно представлены в профстандарте для организаторов здравоохранения в части профессиональной деятельности заведующих отделениями.

Для ответа на вопрос о том, входят ли в профстандарты нормы контроля качества для врачей-специалистов, проведен сопоставительный контент-анализ ПС для врача-лечебника («врача-терапевта участкового») и «Врача стоматолога-терапевта», по другим ПС углубленный анализ не проводился, но общее знакомство с документами показало, что схема представления профессиональных функций и действий практически одинакова для всех принятых 44 ПС (ситуация на 2019 год).

Вместе с тем, касаясь одних и тех же позиций, отдельные пункты включают разные нормы в более широком или узком понятии, в разных объемах деятельности и в разных разделах документов.

Для насыщения документов полезной информацией проведен целенаправленный анализ сопряженных документов, разработанных в МЗ РФ не по медицинским специальностям. Наиболее «полезным» для примера норм внутреннего контроля КМП стал ПС «Специалист по промышленной фармации в области контроля качества лекарственных средств». Конкретный перечень возможных полезных заимствований приведен в главе 5.

Согласно ГОСТ Р ИСО 9001-2008, менеджмент качества основан на процессном подходе. Одна из его норм: «деятельность, использующая ресурсы (к ресурсам относятся и врачебные кадры – Ф.Экажева) и управляемая в целях преобразовании входов в выходы, может рассматриваться как процесс». И эта непрерывность обуславливает взаимодействие требований профессиональных стандартов по специальностям и должностям с требованиями к профессиональной подготовке врачей. Но, к сожалению, документы, регламентирующие подготовку специалистов (ФГОСы) приняты ранее профстандартов по одноименным специальностям/ должностям.

Ориентируясь на этот факт и зная требования профстандартов, нами обоснована описательная компетентностная модель формирования способности врачей участвовать в контроле КМП.

Определены блоки универсальных компетенций с детализацией согласно предложениям педагогов и психологов. Профессиональные компетенции,

согласно делению, предложенному организационно-методической структурой Росздравнадзора, разделены, во-первых, для стационара, и, во-вторых, для поликлиники, дневного стационара и условий оказания помощи на дому. Нами предусмотрен самостоятельный блок по дифференцированным потребностям медицинских организаций.

Описательная модель является содержательной основой для учебного модуля, по которому повышают квалификацию врачи, в основном входящие во врачебные комиссии, на кафедре медицинской статистики и информатики (ныне медицинской статистики и цифрового здравоохранения) РМАНПО на плановом цикле (144 часа) «Экспертиза временной нетрудоспособности и экспертиза качества медицинской помощи в медицинских организациях». Информационная основа модуля - учебно-методическое пособие «Оценка качества медицинской помощи в медицинской организации» (авторы: проф. Кудрина В.Г., доцент Гончарова О.В., Экажева Ф.С., 2019), рекомендовано Правлением Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественному здоровью» для врачей при подготовке к периодической аккредитации (протокол от 20.09.2019г. №124).

Но обучение для врачей не является окончательной целью, достигаемой для их работы в профессии. Новый сложный механизм допуска к медицинской деятельности подразумевает много аспектов. Разработана функциональная модель формирования профессиональных компетенций врачей для участия в работе по контролю КМП. Модель объединяет элементы «профессиональной подготовки врачей для контроля КМП» и их «допуска» к профессиональной деятельности в части внутреннего контроля КМП.

Для дальнейшего развития компетентного подхода в практической работе врачей в медицинских организациях использована технология «World Skill Russia». Всего разработано 36 компетенций по направлениям, к примеру, по образованию - современные технологии, Technology teaching).

Worldskills - это соревнования. Но статус «компетенции» позволяет ее использовать и в других ситуациях «проверки умений, знаний и практического

опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности». Внутренний контроль КМП для врача является такой требующей доказанности владения позицией медицинской деятельности. И ориентируясь на это заключение, принимая контроль КМП как одну из базовых компетенций врачей, мы предлагаем перспективное направление совершенствования профессиональных стандартов для практики здравоохранения и образовательных программ профессионального развития врачей по компетентностному и практикоориентированному подходу.

ВЫВОДЫ

1. На основании контент-анализа нормативно-правовых актов и организационно-распорядительных документов установлены смысловые взаимосвязи профессиональных компетенций врачей с их уровнем квалификации, отраженным в профессиональных стандартах. Понятие «компетенция» законодательно, в том числе, в Трудовом кодексе, терминологически не определено.

2. Степень вовлеченности врачей в процессы аттестационных преобразований и образовательные новации оценена по показателям информированности об этих процессах, которая весьма ограничена, и по показателям поддержки, которая весьма низкая. Планируя работать после 2021 года – года перехода к периодической аккредитации, (69,8% ответов респондентов), перейти на систему аккредитации намерены лишь 29,6%. Такое соотношение ответов стало либо результатом низкой информированности врачей о неизбежности перехода на аккредитацию, либо следствием психологического ее отторжения. Вместе с тем, 68,9 из 100 опрошенных формируют свое портфолио, и 77,2 из 100 понимают необходимость повышения квалификации, не ограничиваясь изучением дистанционных модулей и участием в профессиональных мероприятиях.

3. Обращение к респондентам с экспертными целями позволило получить их субъективные оценки по перспективам состояния КМП в «новой системе координат» и дальнейшем развитии системы последиplomного обучения. Сопряжение оценок о влияние инновационных процессов на КМП дало статистическую основу для предположения того, что наиболее насторожены к новшествам лица с максимальным стажем работы (20 и более лет) и что именно внедрение аккредитации не нашло общего положительного отклика по всему спектру поднятых вопросов.

4. Повышение мотивированности врачей и их вовлеченности в реализацию аттестационных преобразований и внедрение системы НМО является, согласно

проведенному SWOT-анализу, основной управляемой исследовательской задачей, реализуемой через определение четких квалификационных норм и улучшение подачи информации о них для врачей.

5. Анализ формулировок ключевого понятия квалификации «компетенция» выявил общность требований к умениям, соответствующим их приобретению знаниям, личностным качествам и опыту работы. Влияние компетентностного подхода повышается при единообразной трактовке профессиональных характеристик (которые в настоящее время отсутствуют), их соблюдении и доминировании норм профессиональных стандартов при профессиональном развитии врачей.

6. Повышение роли профессиональных компетенций достигнуто при обосновании описательной компетентностной модели формирования способности врачей участвовать в контроле КМП. Описательная модель стала содержательной основой для учебного модуля, по которому повышают квалификацию врачи, в первую очередь, входящие во врачебные комиссии МО.

7. Формирование профессиональной траектории врачей ориентировано на функциональную модель формирования их профессиональных компетенций в работе по контролю КМП. Модель объединила элементы «профессиональной подготовки врачей для контроля КМП» и «допуска» к профессии по требованиям внутреннего контроля КМП.

8. Перспективы развития компетентностного подхода у врачей связаны с адаптацией для их деятельности технологии «World Skill Russia» - «проверки умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности». Внутренний контроль КМП в медицинской организации для врачей является такой «задачей профессиональной деятельности». Ориентируясь на нее как одну из базовых компетенций, сделана попытка предложить новое перспективное направление совершенствования профессиональных стандартов для практики здравоохранения и образовательных программ профессионального развития врачей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- на федеральном уровне законодательно определить термин «компетенция» (лучше всего - в Трудовом кодексе РФ), принимая во внимание, что понятийная основа для этого есть;

- на ведомственном уровне принять меры для повышения информированности врачей о целесообразности перехода на аккредитацию и неформальном подходе к участию в НМО;

- на ведомственном уровне при разработке схем аккредитации врачей рассматривать внутренний контроль КМП как «задачу профессиональной деятельности» и самостоятельную компетенцию для разработки по аналогии с технологическим решением «World Skills Russia»;

- на уровне медицинских организаций рассмотреть возможность разработки должностных инструкций врачей в формулировках трудовых действий, предусмотренных профессиональными стандартами по специальностям/должностям.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ISO	Международная организация по стандартизации
SWOT	Strengths (сильные стороны), Weaknesses (слабые стороны), Opportunities (возможности), Threats (угрозы)
АИС	автоматизированная информационная система
АРМ	автоматизированное рабочее место
ВК	врачебная комиссия
ВО	высшее образование
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДПО	дополнительное профессиональное образование
ЕГИСЗ	единая государственная информационная система здравоохранения
ЕКС	единый квалификационный справочник
КАФЕДРА	кафедра медицинской статистики и информатики (с сентября 2019 года название изменено на кафедру медицинской статистики и цифрового здравоохранения) РМАНПО
КК и БМД	контроль качества и безопасности медицинской деятельности
КМП	качество медицинской помощи
КОАП	кодекс административных правонарушений
КЭР	клинико-экспертная работа
ЛДП	лечебно-диагностический процесс
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ЛС	лекарственные средства
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра
МО	медицинская организация
НМО	непрерывное медицинское образование
НПА	нормативно-правовые акты
ОМС	обязательное медицинское страхование
ПВК	профессионально важные качества
ПК	повышение квалификации
ПП	профессиональная переподготовка
ПС	профессиональные стандарты
РМАНПО	Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава РФ
РФ	Российская Федерация
СМИ	средства массовой информации
СМК	системы менеджмента качества
СМР	средний медицинский работник
СОП	стандартные операционные процедуры
ТК РФ	Трудовой кодекс Российской Федерации
УК	универсальные компетенции
ФГБОУ	федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
ФГБУ	федеральное государственное бюджетное учреждение
ФГОС	федеральный государственный образовательный стандарт
ФЗ-323	Федеральный закон 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
ЦНИИОИЗ	Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России
ЭДО	электронный документооборот
ЭКМП	экспертиза качества медицинской помощи
ЭМК	электронная медицинская карта

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Непрерывное образование и аккредитация специалистов организации здравоохранения и общественного здоровья / А.Ю.Абрамов, Д.И.Кича, А.В.Фомина, О.Е.Коновалов и др. // Вестник РУДН. Серия медицина. - 2016. - №4. – С. 127-134.
2. Аганбегян, А.Г. О некоторых механизмах управления качеством медицинской помощи населению / А.Г.Аганбегян, Ю.В.Варшавский, В.В.Китаев и др. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2007. - №2. – С. 63-67.
3. Агафонов, Н.П. Использование показателей качества Мэрилендской ассоциации госпиталей в Центральной клинической больнице / Н.П.Агафонов, В.П.Башилов, Е.Н.Зарубина и др. // Клинический вестник. – 1997. - №4.
4. Алборова, З.О. Профессионально важные качества (ПВК) в структуре субъективных свойств врача / З.О. Алборова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2012. - №7. – [URL:http://www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru).
5. Алексеев, В.А. Модернизация учебного процесса в системе непрерывного профессионального усовершенствования администраторов здравоохранения / В.А.Алексеев, К.Н.Борисов, Ф.Е.Вартанян и др. // МИР (Модернизация, Инновации. Развитие). – 2013. - №13. – С. 38-41.
6. Алмазов, А.А. Критерии оценки мотивации персонала, создание и развитие ценностей медицинской организации / А.А.Алмазов // Здравоохранение. – 2004. - №5. – С. 94-101.
7. Андреева, М.Р. Основные задачи и перспективы развития системы управления качеством медицинской помощи / М.Р.Андреева // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - №5. – С. 22-27.
8. Афонченко, Д.А. Мотивация труда как составляющая управления персоналом и ее роль в системе медицинского менеджмента качества организации / Д.А.Афонченко // Социальные науки. - 2016. - Т.1. - №4-1 (14). - С. 21-28.
9. Баланцев, Е.В. Вопросы применения профессиональных стандартов в образовательных организациях дополнительного профессионального образования / Е.В.Баланцев // Дополнительное профессиональное образование в стране и мире. - 2018. - №6 (36). – С. 6-9.
10. Балкизов, З.З. Переход на новую систему допуска к медицинской деятельности: аккредитация и непрерывное медицинское образование / З.З.Балкизов, О.Ф.Природова, Т.В.Семенова, Ж.М.Сизова // Медицинское образование и профессиональное развитие, 2016. - №4 (26). - С. 12-18.

11. Бедорева, И.Ю. Научное обоснование системы менеджмента качества медицинской организации: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Бедорева Ирина Юрьевна. - 2009. - 47 с.
12. Богдан, Н.Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения / Н.Н. Богдан // Медицина и образование в Сибири: электронный научный журнал. - 2012. - №5. – [URL:http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full).
13. Бреусов, А.В. Мотивация персонала - основополагающий фактор в системе непрерывного образования и повышения качества медицинской помощи / А.В.Бреусов, М.Б.Бершадская // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова. - 2010. - №4. – С. 110-113.
14. Бурышкова, Н.Н. Новые подходы к аттестации медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения / Н.Н.Бурышкова, В.Н.Кораблев, Е.Л.Дементьева // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - №2. - С. 103-106.
15. Бутова, В.Г. Управление качеством стоматологической помощи / В.Г.Бутова, Э.В.Зимица, М.З.Каплан. – М.: Издательский Дом «STBOOK», 2007. – 223 с.
16. Вардосанидзе, С.Л. Методологические основы антикризисного управления больницей (безопасность измерения качества): дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Вардосанидзе Сергей Лаврентьевич. – М., 2003. – 243 с.
17. Вардосанидзе, С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре / С.Л.Вардосанидзе. – Ставрополь, 2002. – 148 с.
18. Веснин, В.Р. Практический менеджмент персонала: пособие по кадровой работе / В.Р.Веснин. – М.: Юристъ, 2003. – 495 с.
19. Ветшева, Н.Н. Повышение качества медицинской помощи за счет усовершенствования системы непрерывного медицинского образования / Н.Н. Ветшева, И.А.Трофименко, С.П.Морозов, Л.А.Низовцова и др. // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2017. - №2-3 (28-29). – С. 60-68.
20. ВОЗ (2000). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000. Система здравоохранения: улучшение деятельности. - Женева. – ВОЗ. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_dgmessage_ru.pdf
21. Вялков, А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи / А.И.Вялков // Фармацевтический вестник, 2001. - №32 (231). – С. 10-11.
22. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи / А.И.Вялков // Главный врач. – 2007. - №10. – С. 23-29.

23. Габай, П.Г. «Правовая формула» квалификационных требований к врачам-специалистам: корректность, проблемы пути решения / П.Г.Габай // Медицинское право. - 2016. - №4. – С. 11-23.
24. Гайдаров, Г.М. Системы дифференцированной оплаты труда / Г.М.Гайдаров, С.Н.Смирнов, И.С.Кицул, Н.И.Абашин // Здоровоохранение. - 2000. - №2. – С. 57-64.
25. Галанова, Г.И. Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Галанова Галина Ивановна. – М., 2000. – 44 с.
26. Гатауллин, И.Г. Социологическое исследование мотивации врачей / И.Г.Гатауллин, Л.М.Забирова, И.И.Гатауллин // Вестник экономики, права и социологии. - 2015. - №4. – С. 284-288.
27. Глоссарий «Качество медицинской помощи»: Россия – США / Российско-американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству. – М., 1999. – 61 с.
28. Годлевский, В.Е. Система менеджмента качества: учебное пособие / В.Е. Годлевский, Г.Н.Изюменко, О.М.Карпилова, В.Я.Кокотов. – Самара: Самарский научный центр РАН, 2001. – 132 с.
29. Голубева, А.П. Некоторые проблемы преподавания вопросов экспертизы и качества медицинской помощи на последипломном этапе обучения / А.П.Голубева, Э.Г.Федорова, И.Г.Черников // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2007. - №4.
30. Гончаров, Н.Г. Практика внедрения системы внутреннего контроля качества в ЦКБ РАН / Н.Г.Гончаров, Ю.Я.Бойченко, О.В.Оранская. Практика внедрения системы внутреннего контроля качества в ЦКБ РАН // Вестник Росздравнадзора. - 2013. - №6. – С. 47-60.
31. Горгорова, В.В. Мотивация персонала, стратегия мотивации, материальное стимулирование, нематериальное стимулирование, эффективность мотивации персонала / В.В.Горгорова, Л.А.Кобина // Инженерный Вестник Дона. - 2013. – Т.27. - №4. – С. 236.
32. Горохова, И.В. Подходы к управлению качеством медицинской помощи в многопрофильной городской поликлинике в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001 / И.В.Горохова // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - №4. – С. 53-59.
33. ГОСТ Р ИСО 9000-2001 «Система менеджмента качества «Основные положения и словарь». http://asu21.ru/download/iso_9000_sl.pdf
34. ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Система менеджмента качества. Требования».
35. ГОСТ ИСО 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования».

36. ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения».
37. Государственная программа «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 15.04.2017 <http://base.garant.ru/70643470/#ixzz5wNdnmOIW>
38. Гусева, С.А. Роль системы управления качеством в повышении удовлетворенности потребителей и улучшении показателей деятельности многопрофильной поликлиники / С.А.Гусева, И.В.Горохова // Управление качеством в здравоохранении. - 2014. - №3. – С. 38-42.
39. Данилова, Н.В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения / Н.В.Данилова // Менеджер здравоохранения. - 2012. - №3. – С. 20-24.
40. Доклад «Об итогах работы Минздрава РФ в 2017 году и задачах на 2018 год» // Итоговая Коллегия Минздрава РФ, март 2018. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/03/30/7544-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii>.
41. Доклад «Об итогах работы Минздрава РФ в 2018 году и задачах на 2019 год» // Итоговая Коллегия Минздрава РФ, апрель 2019. – URL.: <https://www.rosminzdrav.ru/open/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/materialy-kollegii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii/kollegiya-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2018-godu-i-zadachah-na-2019-god>.
42. Европейская структура квалификаций для образования в течение жизни. Люксембург: Ведомство официальных публикаций Европейского сообщества, 2008. Цит. по: Болонский процесс. Европейские и национальные структуры квалификаций / Под науч. ред. В.И.Байденко. – М., 2009.
43. Егоров, В.И. Современные технологии совершенствования управления качеством медицинской помощи в отоларингологии / В.И.Егоров, В.Б.Хышов, А.В.Козаренко, Т.Н.Брескина, Э.В.Зимица // Военно-медицинский журнал. - 2008. - №11. – С. 45-53.
44. Еругина, М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 // Еругина Марина Васильевна. – Рязань, 2009. – 50 с.
45. Жуклинец, И.И. Профессиональный стандарт как элемент Российской национальной системы квалификаций и компетенций / И.И.Жуклинец // Академический вестник. Вестник Санкт-Петербургской академии последипломного педагогического образования. - 2015. - №3 (29). – С. 38-44.

46. Заболотный, А.Г. Научное обоснование и формирование интегрированной системы управления качеством офтальмологической помощи (на уровне медицинской организации): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Заболотный Александр Григорьевич. – М., 2008. – 27 с.
47. Задворная, О.Л. Развитие профессиональных компетенций в подготовки управленческих кадров в здравоохранении // О.Л.Задворная, В.А.Алексеев, К.Н.Борисов и др. // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие.). - 2015. – Т.6. - №4. – С. 283-288.
48. Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 (ред. от 18.03.2019) «О защите прав потребителей». <https://base.garant.ru/5222032/>
49. Зарбаилова, Н.К. Профессиональный стандарт врача общей практики, семейного врача в контексте возросшего бремени заболеваний / Н.К.Зарбаилова // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко. - 2017. - №5. – С. 29-35.
50. Зеер, Э.Ф. Понятийно-терминологическое обеспечение компетентностного подхода в профессиональном образовании/Э.Ф.Зеер// Понятийный аппарат педагогики и образования. - 2007. - №5. – С. 345-356.
51. Зимин, В.П. Организация системы управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Зимин Владимир Петрович. – М., 1997. – 28 с.
52. Зими́на, Е.И. Научно-информационное обеспечение руководителей и специалистов первичного звена здравоохранения: дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Зими́на Екатерина Игоревна. – М., 2011. – 137 с.
53. Зими́на, Е.И. Системный подход к профессиональной подготовке управленческих кадров для здравоохранения / Е.И.Зими́на, Т.Ю.Горькова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. – Т.15. - №3. – С. 112.
54. Зими́на, Э.В. Научное обоснование системной подготовки управленческих кадров здравоохранения: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Зими́на Эльвира Витальевна. – М., 2007. – 48 с.
55. Злаказов, О.В. Использование проблемно-ориентированного подхода при подготовке организаторов здравоохранения / О.В.Злаказов, А.Ю.Сенченко: гл. ред. С.Ю.Никулина // Матер. конференции «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. Вузовская педагогика». - Красноярск. - 2016. – С. 163-166.
56. Использование индикаторов качества Мэрилендской ассоциации госпиталей для оценки качества стационарной помощи / Авт.: А.Г.Бичев, Ш.М.Вайнстин, Е.Л.Иванова, А.П.Николаев и др. - М., Златограф, 2000. -127 с.

57. Кадыров, Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в рамках эффективного контракта / Ф.Н.Кадыров: под ред. В.И.Стародубова // М.: ИД «Менеджер здравоохранения». - 2014. - 360 с.
58. Кадыров, Ф.Н. Цели и задачи эффективного контракта: идеология и проблемы внедрения / Ф.Н.Кадыров // Экономические науки. - 2015. – Т.1. - №3. – С. 180-197.
59. Калабина, Е.Г. Политика стимулирующей оплаты труда в бюджетных медицинских учреждениях / Е.Г.Калабина // Вестник Омского Университета: Серия «Экономика». – 2016. - №1. – С. 120-128.
60. Карачевцева, М.А. Статистический анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи / М.А.Карачевцева, С.М.Михайлов // Здравоохранение. – 2015. - №8. – С. 88-95.
61. Кибанов, А.Я. Управление персоналом: учебник / А.Я.Кибанов, Л.В.Ивановская, Е.А.Митрофанова. – М.: РИОР, 2008. – 288 с.
62. Кицул, И.С. Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности / И.С.Кицул, Д.В.Пивень // Здравоохранение. - 2015. - №7. – С. 74-79.
63. Кича, Д.И. Формирование компетенций организатора здравоохранения в ходе дополнительной профессиональной подготовки / Д.И.Кича, А.В.Фомина, А.С.Макарян и др. // Современные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т.34. - №6. – С. 12.
64. Клейменова, Е.Б. Протоколы по обеспечению безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре: учебно-методическое пособие /Е.Б.Клейменова, Л.П.Яшина: под ред. Д.А.Сычева/ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». – М., 2019. – 352с.
65. Князюк, Н.Ф. Как организовать внутренний контроль по новым критериям качества / Н.Ф.Князюк // Здравоохранение. – 2017. - №7. – С. 36-47.
66. Князюк, Н.Ф. Проектирование системы менеджмента рисков информационной безопасности медицинской организации на основе требований международного стандарта ISO / IEC 27005:20 / Н.Ф.Князюк, И.С.Кицул // Менеджер здравоохранения. - 2012. - №1. – С. 39.
67. Колесников, П.С. Разработка модели обеспечения качества медицинской помощи работникам корпоративных организаций (на примере нефтедобывающей и нефтеперерабатывающей промышленности): дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Колесников Павел Сергеевич. – М., 2009. – 169 с.
68. Комаров, Ю.М. Альтернативы нет. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Ю.М.Комаров, А.В.Короткова, Г.И.Галанова // Медицинский вестник. - 1997. - №11. – 14 с.

69. Комаров, Ю.М. О совершенствовании подготовки кадров системы здравоохранения / Ю.М.Комаров // Здравоохранение. – 2013. - №9. – С. 60-67.
70. Коновалова, Н.А. Социально-гигиенические и клинико-организационные аспекты реформирования офтальмологической службы регионального уровня (на примере Тюменской области): дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.08 / Коновалова Наталья Александровна. – М., 2000. – 350 с.
71. Конопля, А.И. Компетентностная модель подготовки специалиста медика / А.И.Конопля // Высшее образование в России. – 2010. - №1. – С. 98-101.
72. Контроль качества медицинской помощи: учебное пособие / Разработчики: Н.Ю.Перепелкина, С.А.Кузьмин, С.В.Вяльцин, Е.А.Калинина. – Оренбург, 2010. – 96 с.
73. Корзенко, Н.И. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / Н.И.Корзенко, Т.В.Тимакова // Вестник Челябинского Государственного Университета. - 2015. - №1 (356). – С. 124-126.
74. Косолапов, В.П. Применение современных методик преподавания в послевузовской подготовке врачей-организаторов здравоохранения / В.П.Косолапов, Т.В.Косенкова, Г.В.Сыч и др. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2014. - №58. – С. 192-196.
75. Костикова, А.Ю. Мотивационные установки руководителей государственных медицинских организаций / А.Ю.Костякова, С.Н.Черкасов // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2017. - №2. – С. 54-56.
76. Костикова, А.Ю. Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 // Костикова Анна Юрьевна. - 2018. – 24 с.
77. Кудрина, В.Г. Опыт формирования у врачей информационных профессиональных компетенций / В.Г.Кудрина, Т.В.Андреева, О.В.Гончарова, С.С.Сошников // XVI Ежегодная специализированная конференция и выставка «Информационные технологии в медицине» / Материалы всероссийской конференции. Официальный каталог. - М.: «Консэф», 2015. – С. 14-15.
78. Кудрина, В.Г. Оценка качества исследований в управлении медицинской наукой: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Кудрина Валентина Григорьевна. – Москва, 1993. – 291 с.
79. Кудрина, В.Г. Эффективность обучения медицинских работников информационным технологиям / В.Г.Кудрина, Т.В.Андреева, Н.Г.Дзеранова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 248 с.
80. Кузьменко, М.М. Врачебные кадры в условиях реформирования здравоохранения России: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Кузьменко Михаил Михайлович. - М., 1996. – 46 с.

81. Кучеренко, В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: учебное пособие / В.З.Кучеренко, М.В.Авксентьева, В.М.Алексеева, А.П.Голубева, О.А.Манерова и др.: под ред. В.З.Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
82. Лебедев, М.А. Мотивация как фактор управления персоналом организации / М.А.Лебедев, А.Г.Ивасенко // Современные наукоемкие технологии. - 2014. - №7. – С. 164.
83. Лекции по методике конкретных социальных исследований / Под ред. Г.М.Андреевой. – М.: Изд-во Московского университета, 1972. – 202 с.
84. Лепяхова, Е.Н. Принудительная и стимулирующая мотивация как один из современных методов управления персоналом в организации / Е.Н.Лепяхова, С.В.Левушкина // Вестник СевКавГТИ. – 2014. - №18. – С. 25-28.
85. Лечебно-диагностический центр оштрафован ...
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/75bd42f831f7b882297cf0c477ced1e5dcfc89f2/
86. Ли, Ван Хо. Социально-психологическая наблюдательность и ее формирование у врача: автореф. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Ли Ван Хо. – М., 2007. – 21 с.
87. Линденбрaten, А.Л. Формализация клинического мышления как один из путей повышения качества медицинской помощи / А.Л.Линденбрaten, И.Н.Котонский // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - №32. – С. 42-45.
88. Линденбрaten, А.Л. К вопросу о критериях и показателях для контроля качества медицинской деятельности / А.Л.Линденбрaten // Заместитель главного врача. - 2016. - №6. – С. 32-35.
89. Линденбрaten, А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Линденбрaten Александр Леонидович. - Москва, 1994. - 46 с.
90. Линденбрaten, А.Л. Мнение персонала медицинских организаций об эффективности систем менеджмента качества и международной сертификации / А.Л.Линденбрaten, Н.Д.Дубинин, Е.Ю. Лудупова, Д.В.Крючков, Н.С.Николаев, Е.В.Дубограй // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т.24. - №5. – С. 260-265.
91. Линденбрaten, А.Л. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: методические материалы / А.Л.Линденбрaten, Т.М.Шаровар, В.С.Васюкова; под ред. О.П.Щепина. - М., НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко, 1999. – 73 с.
92. Линденбрaten, А.Л. Стандартизация и управление качеством медицинской помощи: Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное

- руководство / А.Л.Линденбрaten, Г.Э.Улумбекова: под ред. В.И.Стародубова, О.П.Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 451-467.
93. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П.Лисицын. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 512 с.
94. Лобачев, И.В. Система непрерывного медицинского образования и принципы аккредитации медицинских специалистов / И.В.Лобачев, А.И.Соловьев, В.А.Корнилов, М.В.Резванцев // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2019. - №1 (65). – С. 242-246.
95. Луговкина, Т.К. Системный подход к управлению качеством лекарственной помощи в лечебно-профилактической организации / Т.К.Луговкина, Н.А.Тютикова // Заместитель главного врача. – 2012. - №10 (77). – С. 60-66.
96. Лытаев, С.А. Организация контроля качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге и Ленинградской области / С.А.Лытаев, А.Ф.Измайлов, Д.Г.Зигаленко // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - №4 (10). – С. 117-121.
97. Лядова, М.В. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации в здравоохранении Российской Федерации / М.В.Лядова, Е.С.Тучик // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. - №1. – С. 34-37.
98. Манерова, О.А. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Манерова Ольга Александровна. – М., 2005. – 347 с.
99. Мартынов, А.А. Современные подходы к управлению качеством дерматовенерологической помощи (на примере атопического дерматита): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.11, 14.00.33 / Мартынов Андрей Александрович. – М., 2009. – 35 с.
100. Марчук, Н.П. Влияние процесса профессионализации на формирование кадрового потенциала службы родовспоможения: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.33 // Марчук Нина Петровна. – С-Пбрг, 2009. – 22 с.
101. Материалы Заседания Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017 года. Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/54079/work>.
102. Меньшикова, Л.И. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Л.И.Меньшикова, М.Г.Дьячкова, Э.А.Мордовская // Менеджер здравоохранения. – 2014. - №5. – С. 18-25.
103. Мерков, А.М. Санитарная статистика (пособие для врачей) / А.М.Мерков, Л.Е.Поляков. – Ленинград. – Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1974. – 384 с.

104. Митина, О.А. Сотрудник психиатрической службы: профессиональные качества / О.А.Митина // Российский психологический журнал. - 2009. – Т.6. - №3. – С. 72-76.
105. Михайлова, Н.В. Методология обеспечения и управления качеством медицинской помощи в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000 / Н.В.Михайлова // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - №3. - С. 19-27.
106. Морозов, Д.В. Обоснование выбора целевых индикаторов качества для совершенствования оказания кардиологической помощи в системе ведомственного здравоохранения / Д.В.Морозов, Е.В.Жиляев, А.В.Каляев // Медицинский вестник МВД. – 2007. - №5 (30). – С. 14-17.
107. Морозова, Т.Д. Внедрение технологии модульного обучения при послевузовской подготовке врачей-организаторов здравоохранения / Т.Д.Морозова, Е.В.Таптыгина, С.И.Максимова // Матер. конференции «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. Вузовская педагогика». Гл. ред. С.Ю.Никулина. - Красноярск. - 2015. - С. 95-97.
108. Мошетова, Л.К. Основные направления развития системы непрерывного медицинского образования в Российской Федерации / Л.К.Мошетова, О.Л.Задворная // Сб. тезисов III Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2012». – М. – БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. - С. 197-199.
109. Мыльникова, И.С. Создание системы профессионального медицинского аудита / И.С.Мыльникова, С.А.Воловец // Качество медицинской помощи. - 1999. - №3. - С. 23-24.
110. Назаренко, Г.И. Управление качеством медицинской помощи / Г.И.Назаренко, Е.И.Полубенцева. – М.: Изд-во «Медицина», 2000. – 368 с.
111. Накатис, Я.А. Управление качеством выполнения диагностической и лечебной помощи в многопрофильном медицинском учреждении / Я.А.Накатис, Г.Н.Романюк // Экономика здравоохранения. - 2001. - №6. - С. 33-36.
112. Научные и организационные основы менеджмента в лечебно-профилактических учреждениях: под ред. А.И.Вялкова // Приложение 1 к №11 журнала «Главный врач». - М., 2007. - 80 с.
113. Нестеров, А.В. Экспертиза качества медицинской помощи как экспертная оценка ее пригодности / А.В.Нестеров // Медицинское право. - 2017. - №2 (72). - С. 3-7.
114. Никишина, В.Б. Компетентностная модель повышения квалификации преподавателя медицинского ВУЗа / В.Б.Никишина, А.А.Кузнецова, О.Ф.Природова // Высшее образование в России. - 2018. - Т.27. - №2. - С. 19-27.

115. Новости / Главному врачу. Только 30% медработников поддерживают НМО: Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ, 12 мая 2017 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.zdrav.ru/news/1086250-qqn-17-m5-12-05-2017-tolko-30-medrabotnikov-podderjivayut-nmo>.
116. Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») Изменения в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения. - Утверждено Распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012 №2599-р.
117. Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению: научные труды: под общ. ред. Ю.В.Михайловой. – М.: ЦНИИОИЗ. – 2005. – 240 с. (Ч.1), 308 с. (Ч.2).
118. Обеспечение качества медицинской помощи: руководство / Авт.: В.А.Капцов, Ю.М.Комаров, А.Ю.Троицкая, В.А.Кудрин и др.; под ред. Ю.М.Комарова. – М.: ООО Фирма «РЕИНФОР», 2004. – 238 с.
119. Омельяновский, В.В. Клинические рекомендации и критерии качества: роль в повышении качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями / В.В.Омельяновский, И.А.Железнякова, О.А.Сухоруких // Онкопедиатрия. – 2016. – Т.3. - №4. – С. 297-301.
120. Организация ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Челябинской области: методические рекомендации / Разработчики: М.Г.Москвичева, И.М.Зарецкая. - Челябинск. 2008.
121. Орлов, А.Е. Научное обоснование системы обеспечения качества в условиях городской многопрофильной больницы: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Орлов Андрей Евгеньевич. – Самара, 2016. – 48 с.
122. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в комплексном социально-гигиеническом исследовании / К.А. Отдельнова // Комплексные социально-гигиенические и клиничко-социальные исследования. – М., 1980. – С. 18-22.
123. Охупкин, А.С. Научное обоснование стратегии и тактики совершенствования системы управления качеством наркологической помощи как структурной части территориальной системы здравоохранения: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Охупкин Александр Сергеевич. - М., 2002. - 49 с.
124. Павленко, О.В. Нематериальная мотивация в системе управления персоналом / О.В.Павленко // Экономика и предпринимательство. - 2015. - №1-2 (66-2). – С. 544-548.
125. Перечень поручений по реализации Послания Президента РФ Федеральному собранию (утв. Президентом РФ 27 февраля 2019 года. Пр-294).

126. Перхов, В.И. Анализ обеспеченности учреждений здравоохранения Российской Федерации врачебными кадрами / В.И.Перхов, Р.В.Стебунова // Здравоохранение. – 2011. - №5. – С. 149-157
127. Петрова, Н.Г. О проблеме стандартизации в здравоохранении / Н.Г.Петрова, А.Н.Малинин, Э.В.Комличенко и др. // Вестник Российского университета Дружбы народов. – Серия: Медицина. - 2011. - №1. – С.91-94.
128. Петросов, С.Н. Совершенствование управления кадровым потенциалом организаторов здравоохранения // С.Н.Петросов, А.А.Хрупалов // Клинический опыт Двадцатки. - 2014. - №2 (22). – С. 53-56.
129. Пешков, М.С. Непрерывное медицинское образование: от сертификации к аккредитации / М.С.Пешков // Экономика и социум. - 2018. - №10 (53). - С. 493-496.
130. Пивень, Д.В. Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации / Д.В.Пивень, И.С.Кицул, И.В.Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2017. - №10. – С. 7-12.
131. Пивень, Д.В. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации / Д.В.Пивень, И.С.Кицул // Менеджер здравоохранения. - 2013. - №2. - С. 16-26.
132. Письмо Минобрнауки России от 22.04.2015 №ВК-1032/06 «Методические рекомендации – разъяснения по разработке дополнительных профессиональных программ на основе профессиональных стандартов». https://politech47.mskobr.ru/files/documents/base_docs/%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4_%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC_VK-1032_06.pdf
133. Погосян, С.Г. Роль мотивированности медицинского персонала в системе обеспечения качества медицинской помощи / С.Г.Погосян, Д.А.Сидоренков, С.А.Балохина, А.Е.Орлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - №4. – С. 30-33.
134. Полубенцева, Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е.И.Полубенцева, Г.Э.Улумбекова, К.И.Сайткулов. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2005. – 60 с.
135. Поляков, К.В. Законодательные основы экспертизы качества медицинской помощи по случаям летальных исходов / К.В.Поляков, Н.М. Гайфуллин, Ж.А.Акопян, П.Г.Мальков // Здравоохранение Российской Федерации. - 2018. – Т.62. - №2. – С. 95-102.

136. Поляков, К.В. Законодательные основы экспертизы качества медицинской помощи по случаям летальных подходов / К.В.Поляков, Н.М.Гайфуллин, Ж.А.Акопян, П.Г.Мальков // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2018. – Т. 62. - №2. – С. 95-102.
137. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности». <https://base.garant.ru/70164724/>
138. Постановление Правительства РФ от 12.11.2018 №1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности». <https://base.garant.ru/70257186/>
139. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) / Утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. - М.: ФГБУ ЦМиКЭЭ. - 2015. - 81 с. https://www.mediexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/pract_recom_org_vkk_i_b_md_v_mo.pdf
140. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) / Утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. - М.: ФГБУ ЦМиКЭЭ. - 2017. - 130 с. <https://medvestnik.ru/content/documents/29-noyabrya-2017-g.html>
141. Приказ Минздрава РФ от 04.06.2001 №181 «О введении в действие отраслевого стандарта «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения»». <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=296924#05061188408757182>
142. Приказ Минздрава РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». <https://base.garant.ru/70190416/>
143. Приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 №1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». <https://base.garant.ru/70394538/>
144. Приказ Минздрава РФ от 03.09.2013 №620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования». <https://base.garant.ru/70500132/>
145. Приказ Минздрава РФ от 26.09.2015 №20н «Об утверждении административного регламента Росздравнадзора по исполнению государственной функции по осуществлению контроля качества и безопасности

- медицинской деятельности путем проведения проверок.
<https://base.garant.ru/70407654/>
146. Приказ Минздрава РФ от 08.10.2015 №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». <https://base.garant.ru/71231064/>
147. Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/>
148. Приказ Минздрава РФ от 30.11.2017 №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71751294/>
149. Приказ Минздрава РФ от 16.05.2017 №226 «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71589358/>
150. Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». <https://base.garant.ru/77682263/>
151. Приказ Минздрава РФ от 14.06.2018 №341н «Об утверждении порядка обезличивания сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводится медицинская экспертиза, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71910050/>
152. Приказ Минздрава РФ от 25.03.2019 г. № 155н «О внесении изменений в Требования к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 г. № 121н». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72535182/>
153. Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской

деятельности».

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72589514/>

154. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.10.1996 №363/77 (в ред. Приказа Минздрава России №20, ФФОМС №13 от 21.01.1997) «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации (отменен). <https://base.garant.ru/4120132/>

155. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 (с изм. и доп. от 09.04.2018) №541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих». Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». <https://base.garant.ru/12178397/>

156. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 №1496 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». <https://base.garant.ru/70133570/>

157. Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 №499 (редакция от 15.11 2013) «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам». <https://base.garant.ru/70440506/>

158. Приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 №95 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)». <https://base.garant.ru/71345004/>

159. Приказ Минобрнауки РФ от 23.08.2017 №816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ». <https://base.garant.ru/71770012/>

160. Приказ Минтруда РФ от 22.04.2015 №236н «Специалист по осуществлению внутреннего контроля (внутренний контролер)». <https://base.garant.ru/71026094/>

161. Приказ Минтруда РФ от 10.05.2016 №227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог». <https://samgtu.ru/uploads/documents/professionalstandarts/3.pdf>

162. Приказ Минтруда РФ от 21.03.2017 №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)». <https://base.garant.ru/71648500/>

163. Приказ Минтруда РФ от 07.11.2017 №768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71722794/>

164. Приказ Минтруда РФ от 22.05.2017 №431н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по промышленной фармации в области контроля качества лекарственных средств»». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71616508/>
165. Приказ Росздравнадзора 27.04.2017 №4043 (ред. от 17.08.2018) «Об утверждении Перечня правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзоре)». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71567804/>
166. Приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72171640/>
167. Природова, О.Ф. Технология создания лекции в методическом аспекте высшего и дополнительного образования с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения / О.Ф.Природова, В.Б.Никишина, А.А.Кузнецова, Т.В.Колесниченко // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. - 2017. – Т.7. - №3 (24). – С. 100-108.
168. Профессиональные стандарты. Программно-аппаратный комплекс - <http://profstandart.rosmintrud.ru/site-map/>
169. Решетников, В.А. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением / В.А.Решетников, Г.П.Сквирская, Л.Е.Сырцова и др. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2013. №6. – С. 9-14.
170. Решетников, В.А. Проведение медико-социологического исследования: учебно-методическое пособие / В.А.Решетников, С.А.Ефименко. - М. - 2007. - 160 с.
171. Романчук, И.Г. Оплата труда и мотивация медицинского персонала в условиях перехода на «эффективный контракт» / И.Г.Романчук // Управленческое консультирование. - 2014. - №10 (70). – С. 95-101.
172. Рыков, М.Ю. Система поддержки принятия врачебных решений как элемент повышения качества медицинской помощи: новая эра информатизации здравоохранения // М.Ю. Рыков // Вестник Росздравнадзора. – 2018. - №6. – С. 51-56.
173. Свиридова, Т.Б. Управление качеством сестринской деятельности в военно-медицинских организациях Минобороны / Т.Б. Свиридова, О.М.

Костюченко, В.С. Лим, Н.В. Хан // Военно-медицинский журнал. - 2018. - №7. – С. 9-14.

174. Семенов, В.Ю. Развитие системы добровольной сертификации медицинских работ и услуг в Московской области / В.Ю. Семенов, Р.М. Маковская, Н.И. Захарова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2009. - №6. – С. 119-121.

175. Семенова, Т.В. Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения / Т.В. Семенова, И.А. Купеева, И.М. Сон и др. – М.: Изд-во ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. - 2014. – 80 с.

176. Серегина, И.Ф. Концептуальные подходы к государственной системе контроля и надзора и ее роль в управлении качеством медицинской помощи: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Серегина Ирина Федоровна. – М., 2010. – 47 с.

177. Серегина, И.Ф. Стандарты медицинской помощи: история вопроса и положение дел / И.Ф. Серегина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2009. - №6. – С. 4-9.

178. Сибурина, Т.А. Методологические, организационные и управленческие принципы формирования системы мониторинга резерва руководящих кадров в органах управления и учреждениях здравоохранения: монография: науч. ред. Ю.В. Михайлова / Т.А.Сибурина, Ю.В.Мирошникова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2018. – 104 с.

179. Сизова, Ж.М. Совершенствование качества оценочного инструментария для аккредитации специалистов здравоохранения / Ж.М.Сизова, М.Б.Чельшкова // Медицинское образование и ВУЗовская наука. - 2018. - №1 (11). – С. 19-23.

180. Симонян, Р.З. К вопросу о положительных перспективах дистанционного образования в медицинских вузах России / Р.З.Симонян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - №12-7. – С. 1357-1359.

181. Соболева, М.С. Мировая практика осуществления профессиональных функций фармацевтических работников / М.С. Соболева, И.В. Амелина // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». - 2017. – Т.19. - №6. – С. 152-157.

182. Сон, И.М. Индикаторы качества медицинской помощи как инструмент принятия управленческих решений в здравоохранении / И.М. Сон, О.Б. Нечаева, А.В. Гажева // Заместитель главного врача. - 2014. - №9 (100). - С. 32-38.

183. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник / Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина, К.А.Отдельнова и др.: под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: ВУНМУ МЗ РФ, 1998. – С. 305.

184. Стародубов, В.И. Основные положения Концепции стандартизации медицинских услуг / В.И. Стародубов, П.А. Воробьев, О.С. Якимов и др. // Экономика здравоохранения. - 1997. - №10. – С. 5-10.
185. Старченко, А.А. Двуединство систем государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и контроля медицинской помощи в рамках ОМС / А.А. Старченко // Здравоохранение. - 2014. - №8. – С. 64-68.
186. Старченко, А.А. Качество медицинской помощи - бедная родственница в системе ОМС? / А.А. Старченко // Менеджер здравоохранения. - 2013. - №4. – С. 51-53.
187. Сыстерова, А.А. Концептуальные основы оптимизации управления врачебным персоналом: автореф. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Сыстерова Алиса Амировна. – М., 2008. – 48 с.
188. Тайц, Б.М. Система управления качеством крупного стационара экстренной помощи как подсистема общегородской системы управления качеством / Б.М.Тайц // Менеджер здравоохранения. - 2008. - №2. – С. 21-31.
189. Тарасенко, Е.А. Рейтинги учреждений здравоохранения как инструмент независимой оценки качества медицинских услуг/ Е.А.Тарасенко // Здравоохранение. - 2014. - №1. – С. 68-74.
190. Татарников, М.А. Управление качеством медицинской помощи / М.А.Татарников. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 304 с.
191. Тезаурус по проблеме «Управление качеством медицинской помощи» / Авторы и составители: Ю.М. Комаров, А.В. Короткова. – М.: НПО «Медсоцэкономинформ», 1997. – 36 с.
192. Текутьева, Н.В. Профессионально важные качества мануального терапевта / Н.В.Текутьева // Мануальная терапия. - 2008. - №2 (30). – С. 66-71.
193. Тельнова, Е.А. Особенности менеджмента как современной концепции управления / Е.А. Тельнова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2011. - №1 (07). – С. 61-73.
194. Термины и определения WorldSkills Russia - Региональный чемпионат WSR-2015. - brit03.ru/WorldSkills/glossary.pdf.
195. Трешутин, В.А. Концептуальные подходы к обеспечению качества медицинской помощи и ее контролю на уровне медицинского учреждения / В.А.Трешутин, И.В.Москвитина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - №2. – С. 84-92.
196. Трифонова, Н.Ю. Кадровые процессы в системе здравоохранения Российской Федерации / Н.Ю. Трифонова, П.Ю. Балашов, С.Н. Петросов, О.А. Башмаков. – М.: «Сам Полиграфист», 2014. – 182 с.
197. Трудовой кодекс Российской Федерации. Раздел IX. Квалификаций работников, профессиональный стандарт, подготовка и дополнительное

- профессиональное образование работников (в ред. ФЗ от 02.05.2015 №122-ФЗ). <https://base.garant.ru/12125268/dbddb101044a4418ba9fcf35194e29d2/>
198. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (с изменениями и дополнениями). <https://base.garant.ru/71937200/>
199. Указ Президента РФ от 06.06.2019 №254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // www.consultant.ru.
200. Устинова, Е.Ю. Инновационные технологии в управлении качеством медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 05.13.01 / Устинова Елена Юрьевна. – Воронеж, 2009. – 33 с.
201. Ушаков, И.В. Опыт внедрения в практическую деятельность частных и государственных медицинских организаций России стандартов ИСО 9001-2008/ И.В.Ушаков // Зам. Главного врача. – 2011. - №12. – С. 55-65.
202. Федеральный закон от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». – СЗ РФ. – 1998. - №31. – Статья 3803. <https://base.garant.ru/12112505/>
203. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». <https://base.garant.ru/57502702/>
204. Федеральный закон от 16.07.1999 №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования». <https://base.garant.ru/12116344/>
205. Федеральный закон от 17.07.1999 №181-ФЗ «Об основах охраны труда в Российской Федерации (с изм., внесенными Федеральным законом от 16.12.2005 №189-ФЗ). <https://base.garant.ru/180691/>
206. Федеральный закон от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». <https://base.garant.ru/12123874/>
207. Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». <https://base.garant.ru/5635295/>
208. Федеральный закон от 29.11.2010 №326 (ред. от 06.02.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
209. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета №263 от 23.11.2011. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
210. Федеральный закон от 29.12.2012 (ред. от 17.06.2019) №323 «Об образовании в Российской Федерации». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70191362/>

211. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». <https://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f4511a0f5d18289c6432/>
212. Федеральный закон от 02.05.2015 №122-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации» и статью 11 и 73 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации». <https://base.garant.ru/71001244/>
213. Федеральный закон от 29.06.2015 №162-ФЗ «О стандартизации в Российской Федерации». <https://base.garant.ru/71108018/>
214. Федеральный закон от 29.12.2015 №389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». <https://base.garant.ru/71294576/>
215. Федеральный закон от 03.07.2016 №238-ФЗ «О независимой оценке квалификаций». <https://base.garant.ru/71433946/>
216. Федеральный закон от 01.05.2017 №86-ФЗ «О внесении изменений в статью 13 ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». <https://base.garant.ru/71666852/>
217. Федеральный закон от 29.07.2017 №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья». <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71632844/>
218. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер. - М.: Медиасфера, 1998. - 352 с. (пер. с англ.).
219. Фомина, Е.В. Системный подход к информации деятельности учреждения офтальмологического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.08, 14.00.33 / Фомина Елена Викторовна. – Москва, 2003. – 180 с.
220. Формирование системы профессиональных квалификаций: словарно-справочное пособие / Авторы-составители: И.А. Волошина, А.Н. Лейбович, П.Н. Новиков, В.М. Зуев и др. – М., Издательство «Перо». – 2016. – 48 с.
221. Форум общероссийского Народного Фронта 7 сентября 2015 года «За качественную и доступную медицину» - <http://kremlin.ru/events/president/news/50249>.
222. Халецкий, И.Г. Кадровый ресурс качества медицинской помощи (методология, стратегия и тактика управления): монография / И.Г.Халецкий, Т.П. Васильева // Иваново, 2013. – 288 с.
223. Хальфин, Р.А. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня / Р.А.Хальфин, Е.Ю. Огнева, В.В.Мадьянова // Экономика здравоохранения. - 2010. - №11-12 (153). – С. 12-20.

224. Хальфин, Р.А. О применении стандартов оценки рисков при переходе на новую пациент-ориентированную модель организации медицинской помощи населению / Р.А.Хальфин, А.П. Столбов, О.Е.Качкова, В.В.Мадьянова и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2018. - №11-12. – С. 3-12.
225. Царик, Г.Н. Роль сертификации и аккредитации в обеспечении качества медицинских услуг / Г.Н.Царик // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2006. - №1. – С. 94-95.
226. Чавпецов, В.Ф. Перспективы дальнейшего развития экспертизы качества медицинской помощи на территории Самарской области / В.Ф.Чавпецов, В.В.Павлов, Г.Н.Гридасов // Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко. – 1996. - №3. – С. 130-134.
227. Черкасов, С.Н. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений / С.Н. Черкасов, А.Ю. Костикова // Международный научно-исследовательский журнал. - 2017. - №4 (58). – Ч. 3. – С. 198-200.
228. Черногор, Н.Н. Экспертиза в правотворчестве: проблемы правового регулирования и вопросы его совершенствования / Н.Н.Черногор, М.В.Залоило // Вестник Нижегородской академии МВД России. - 2018. - №3 (43). - С. 100-108.
229. Чернышев, А.В. Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации: теория и практика / А.В. Чернышев, И.И. Солнцева // Приложение к журналу «Тамбовский медико-фармацевтический вестник». – Москва – Тамбов – Саратов, 2008. – 95 с.
230. Чикина, О.Г. Опыт внедрения рекомендаций Росздравнадзора по внутреннему контролю качества и безопасности / О.Г.Чикина, Н.М.Наговицина, Т.Ф.Мубаракшин // Заместитель главного врача. - 2017. - №3. - С. 28-35.
231. Чубик, П.С. Система непрерывного профессионального образования / П.С.Чубик, Д.Г.Демянюк, М.Г.Минин, М.А.Сафьянников // Высшее образование в России. - 2010. - №5. – С. 38-45.
232. Шадриков, В.Д. Профессиональные способности / В.Д.Шадриков. – М.: Изд-во «Университетская книга», 2010. – 320 с.
233. Шарипова, Г.А. Мотивационные аспекты управления персоналом в условиях кризиса / Г.А. Шарипова // Молодой ученый. - 2016. - №11. - С. 1076-1080.
234. Шаховой, В.А. Мотивация трудовой деятельности / В.А. Шаховой, С.А. Шапиро. – 4-ое издание. Москва – Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 425 с.
235. Шестак, Н.В. Компетентностный подход в дополнительном профессиональном образовании / Н.В.Шестак, В.П.Шестак // Высшее образование в России. - 2009. - №3. – С.29-38.

236. Шестак, Н.В. Технология обучения в системе непрерывного профессионального образования / Н.В.Шестак // Высшее образование в России. - 2006. - №12. – С. 98-103.
237. Шишов, М.А. Актуальные вопросы экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации / М.А. Шишов // Заместитель главного врача. - 2013. - №8 (87). – С. 30-36.
238. Шишов, М.А. Совершенствование организации внутреннего контроля качества медицинской деятельности в условиях стационара (на примере атрезии тонкой кишки): дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Шишов Михаил Алексеевич. - Ростов-на-Дону. - 2016. – 307 с.
239. Щепин, О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
240. Эмануэль, А.В. Разработка и внедрение системы менеджмента качества на базе стандартов ИСО в учреждениях здравоохранения / А.В.Эмануэль, Г.А.Иванов, О.В.Евсеенко // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - №2. – С. 131-140.
241. Эффективность системы здравоохранения: способы повысить значимость количественной оценки как инструмента для руководителей и разработчиков в поликлинике: под ред. Jonathan Cylus, Irene Popanicolas, Peter C.Smith. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. - Всемирная организация здравоохранения, 2018. – 264 с.
242. Юсупова, Н.С. Анализ уровня осведомленности специалистов сестринского дела о профессиональных стандартах (на примере г.Алматы) / Н.С.Юсупова, М.А.Рамазанова, Н.В.Те // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2016. - №1. – С. 709-713.
243. Adams, O. Changing aspects of human resources for health searching for value for money / O.Adams // Avalanche. – 1995. – V.3. - №3. – P. 216-219.
244. Ahn,R. Human trafficking: review of educational resources for health professional / R.Ahn, E.J.Alpert, G.Purcell et al. // Am. J. Prev. Med. – 2013. – V. 44 (3). – P. 283-289.
245. Al-Lamki, N. International Accreditation of Postgraduate Medical Education / N.Al-Lamki, L.Al-Lamki // Oman Medical Journal. – 2016. – P. 1-4.
246. Andel, C. The economics of health care quality and medical errors / C.Andel, S.L.Davidov, M.Hollander, D.A.Moreno // Health Care Finance. – 2012. – 39 (1). – P. 39-50.
247. André, A.M. Health care units and human resources management trends / A.M. André, M.H.Ciampone, O.Santelle // Rev. Saude Publica. - 2013. - V. 47 (1). - P. 158-163.

248. Вуори, Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания: Стандарты по обеспечению качества международной организации по стандартизации (ИСО). Копенгаген: ВОЗ, Евробюро. - 1985. - 178 с. (пер. с англ.).
249. Campbell, C. Competency – based continuing professional development / C.Campbell, I.Silver, J.Sherbino et al. // *Med. Teach.* - 2010. - №32. – P. 657-662 [PMID: 20662577].
250. Castel, O.C. Can outcome – based continuing medical education improve performance of immigrant physicians? / O.C.Castel, V.Ezra, M.Alperin et al. // *J.Contin Educ. Health Prof.* – 2011. – Winter; 31 (1). – P. 34-42.
251. Chand, M. Modernizing medical careers and the British surgeons of the future / M.Chand, M.Farouque, N.Dabbas et al. // *Br. J. Hosp. Med. (Long)*. – 2010. – May; 71 (5). – P. 282-285.
252. Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model / S.J.Redfern, I.J.Normal // *Int. J.Qual Health Care.* - 1996. - V. 8. - P. 331-346.
253. Donabedian, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? / A.Donabedian // *Amer. J. Publ. Health.* – 1981. – V.71. - P. 409-412.
254. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care / A.Donabedian // *Milbank Mem Fund Quart.* – 1966. – 44 (3). – P. 166-206.
255. Donabedian, A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of care / A.Donabedian // *Med. Care. Rev.* – 1980. – P. 653-98.
256. Feigenbaum, A.V. Total Quality Control / A.V.Feigenbaum // McGraw-Hill Book Company. – New York, 1961. – P. 320.
257. Flodgren, G. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcome / G.Flodgren, D.C.Goncalves-Bradley, M.P.Pomey // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2016. – Doc. 2. – P. 12: CD008992.
258. Hanefeld, J. Понимание и измерение качества медицинской помощи: работа со сложностями / J.Hanefeld, T.Powell-Jackson, D.Balabanova // *Бюллетень ВОЗ.* - Выпуск 95. - №5 (май 2017г.). – С. 313-388.
259. Hanke, C.W. Current status of surgery in dermatology / C.W.Hanke, R.L.May, R.K.Poenigk et al. // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2013. – Dec.; 69 (6). – P. 972-1001.
260. Horsley, T. Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования / T.Horsley, J.Grimshaw, Campbell // *Краткий аналитический обзор №14.* - ЕРБ ВОЗ. – 2010. – 55 с.
261. Institute for Applied Quality Improvement Research in Health Care. German hospital quality report 2011. Gottingen, 2011, AQUA Institute GmbH.
262. Iobst, W.F. Competency-based medical education in postgraduate medical education / W.E.Iobst, J.Sherbino, O.T.Cate et al. // *Med. Teach.* - 2010. - V.32 (8). - P. 651-656.

263. James, J.T. A new evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care / J.T.James // *J. Patient Safety*. – 2013. – V. 9 (3). – P. 122-128.
264. Kabene, S.M. The importance of human resources management in health care a global context / S.M.Kabene, C.Orchard, J.M.Howard et al. // *Human Resource Health*. – 2016. – V.27. – P. 4-20.
265. Kabene, S.M. The importance of human resources management in health care: a global context / S.M.Kabene, C.Orchard, J.M.Howard et al. // *Human Resource Health*. – 2006. – V.27. – P. 4-20.
266. Кумэ Хитоси. Статистические методы повышения качества / Кумэ Хитоси. – М.: Финансы и статистика. – 1990. – 239 с. (пер. с англ.).
267. Leggat, S.G. Effective Healthcare Teams Require Effective Team Members: Defining Teamwork Competencies / S.G.Leggat // *J. of health organization and management*. – 2008. – V. 22.6. – P. 627-641.
268. Lehmann, M. Alternative career path for doctors / M.Lehmann // *British medical Journal: international edition*. – 1997. – V.307 (6909). – P. 886.
269. Mahesh, S. Managing information technology human resources in health care // *Health Care Manage (Frederick)*. – 2012. – V.31 (1). – P. 34-43.
270. Parochka, J. A continuing medical education lecture and workshop, physician behavior, and barriers to change / J.Parochka, K.Paprockas // *J. Control Educ. Health Prof.* – 2001. – V. 21. - №2. – P. 110-116.
271. Patel, M. Changes to postgraduate medical education in the 21st century // M.Patel // *Clin. Med. (Lond)*. – 2016. – V. 16 (4). – P. 311-314.
272. Peck, C. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons / C.Peck et al. // *BMJ*-2000. – V.320. – P. 432-435.
273. Redfern, S.J. Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model / S.J.Redfern, I.J.Normal // *Int. J. Qual. Health Care*. – 1996. – Vol. 8. – P. 331-340.
274. Shearer, D.A. Management styles and motivation/D.A.Shearer//*Radiol Manage*. -2012.- V.34 (5).- P.47-52.URL.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23130386>.
275. Stager Kimberly, J., Healthcare managers roles, competencies and outputs in organizational performance improvement (practitioner response) / J.Stager Kimberly, W.G.Wallick // *J. of healthcare management: ABI/Inform*. - 2002. - V.47. - №6. - P. 390.

ПРИЛОЖЕНИЕ

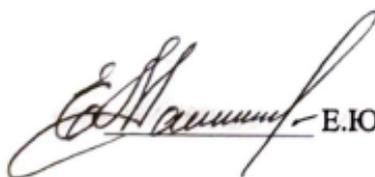
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
Факультет профилактической медицины и организации здравоохранения
Кафедра медицинской статистики и информатики

АННОТАЦИЯ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

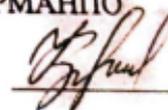
Тема: Научное обоснование роли профессиональных компетенций врача в
системе контроля качества медицинской помощи

Специальность: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение
Сроки выполнения диссертационной работы 2017 – 2020 гг.

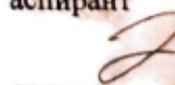
Тема утверждена на заседании
ученого совета факультета
профилактической медицины
и организации здравоохранения
18 мая 2018г. (протокол № 5)
Председатель Ученого совета
доктор мед. наук, доцент

 Е.Ю. Малинникова

Научный руководитель
доктор мед. наук, профессор
зав. кафедрой медицинской
статистики и информатики
РМАНПО

 В.Г. Кудрина

Исполнитель
аспирант

 П.С. Экажева

г. Москва

Уважаемый коллега!

Просим принять участие в анкетном опросе, цель которого - наилучшим образом организовать включение медицинских работников в процессы непрерывного профессионального образования и аккредитации

01а	пол	Мужской - 1	Женский - 2			
01б	Ваш возраст	от 25 до 29 (1)	от 30 до 39 (2)	от 40 до 49(3)	от 50 до 59(4)	60 лет и ст.(5)
02а	Ваше образование	Название специальности (ВУЗ) _____ Город и год окончания ВУЗа _____ Интернатура, ординатура, аспирантура _____				
02б	Доп. сведения и/или ПК	Повышение квалификации (специальность, год) _____ Профессиональная переподготовка (специальность, год) _____				
03	Стаж	До 5 (1) 5-9 (2) 10-14(3) 15-19(4) 20 и более (5) не указано 6				
04	Квалификация категория	Не имею (1) 2-я (2) 1-я (3) высшая (4) позиция не отмечена (5)				
05	Ваш статус /должность	Гл.врач (нач-к) и замы (1) врач-статистик и методист (2) зав отд-ем (3) врач клин спец (4) научн сотрудник и препод (5) не работаю (6)				
Вопросы						Ответ
06. Слышали ли Вы про аккредитацию медицинских работников						Да-1 Нет-2
07. Если да, то из каких источников (интернет-1, от коллег-2, от руководства-3, другое-4)						Можно несколько ответов
08. Вам понятна данная информация						Да -1 Частично-2 Нет-3
09. Вы открывали Портал НМО						Да-1 Нет-2
10. У Вас есть личный кабинет на Портале НМО						Да-1 Нет-2
11. Планируете ли Вы перейти на систему аккредитации в ближайшее время						Да-1 не знаю-2 нет-3
12. Среди Ваших коллег кто-нибудь планирует обучаться по новой системе						Да-1 не знаю-2 нет-3
13. Планируете ли Вы работать по медицинской специальности после 2021 года						Да-1 не знаю-2 нет-3
14. Вы ознакомлены с нормативными документами об аккредитации специалистов						Да-1 Нет-2
15. Собираете ли Вы свое Портфолио (свидетельства о повышении квалификации и компьютерной подготовке, удостоверения, сертификаты, грамоты и другое)						Да-1 Нет-2

16. Можете ли Вы сформулировать **отличия** аккредитации специалистов от сертификации?:

Да – 1; только в общих чертах – 2; нет – 3

17. Как Вы считаете, перед аккредитацией Вам **надо проходить обучение по программам повышения квалификации** или достаточно участвовать в большом количестве обще профессиональные мероприятия?

Надо – 1; нет не надо, только надо набрать требуемое число баллов и этого достаточно – 2

18 – 22. Если Вы ответили «да» по предыдущему вопросу, расставьте, пожалуйста, номера значимости того, как Вы считаете, что является основой повышения Вами квалификации (от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0):

18. *необходимость внедрять в практику новое через профессиональное обучение по государственным образовательным стандартам (ФГОСам) по специальности (____)*

19. *необходимость приобретать профессиональные компетенции для Вашей работы (____)*

20. *помощь в решении профессиональных задач на Вашем рабочем месте (____)*

21. *наступило время очередной Вашей учёбы или лицензирования организации (____)*

22. *личное желание повышать квалификацию (____)*

23. Как Вы считаете, аккредитация **улучшит систему последипломной подготовки врачей:**

Да – 4; да, но ненамного – 3; вряд ли – 2; нет -1

24. Вам понятно, что **отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций?**

Да – 1; только в общих чертах – 2; нет – 3

25. Как Вы считаете, внедрение новой системы аттестации в виде аккредитации **повлияет на качество оказываемой МП?**

Да – 4; скорее да, чем нет – 3; скорее нет, чем да – 2; нет – 1

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ !

Вопрос	Название	Кодирование					
1	Пол	мужчина - 1	женщина - 2				
2	Возраст	25-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	Не указано
3	Стаж	До 5 лет	5-9 лет	10-14 лет	15-19 лет	20 и более лет	Не указано
4	Должность	Главный врач	Врач-статистик	Зав. отделением	Врач-специалист	Научный работник	Не работает
5	Квалиф. категория	Не имеет	Вторая - 2-за	Первая - 1-за	Высшая	Не отмечено	
6	Слышали ли вы про аккредитацию медицинских работников	Да	Нет				
7	Если да, то из каких источников (Интернет, от коллег, от руководства, лекции, другие)	Интернет	От коллег	От руководства	Другое		
8	Вам понятна данная информация	Да	Частично	Нет			
9	Вы открывали Портал НМО	Да	Нет				
10	У Вас есть личный кабинет на Портале НМО	Да	Нет				
11	Планируете ли вы перейти на систему аккредитации в ближайшее время	Да	Не знаю	Нет			
12	Среди Ваших коллег кто-нибудь планирует обучаться по новой системе	Да	Не знаю	Нет			
13	Планируете ли вы продолжать трудовую деятельность по медицинской специальности после 2021 года	Да	Не знаю	Нет			
14	Вы ознакомлены с нормативными документами	Да	Нет				
15	Собираете ли вы свое портфолио (свидетельства о повышении квалификации и компьютерной подготовке, удостоверения, сертификаты, грамоты и другое)	Да	Нет				
16	Можете ли вы сформулировать отличия сертификации специалистов от аккредитации	Да	В общих чертах	Нет			
17	Как вы считаете, перед аккредитацией Вам надо проходить обучение по программам повышения квалификации или достаточно набрать в большом количестве общие профессиональные мероприятия	Да, надо	Нет, не надо				
	Если вы ответили «да» по предыдущему вопросу, расставьте, пожалуйста, номера значимости того, как вы считаете, что является основой повышения Вашей квалификации (от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0) - вопросы 18-22	1	2				
18	Необходимость внедрять в практику новые через профессиональное обучение по государственному образовательным программам (т.н. ФГОСы) по специальности	от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0					
19	Необходимость приобретать профессиональные компетенции для вашей работы	от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0					
20	Помощь в решении профессиональных задач на вашем рабочем месте	от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0					
21	Наступило время очередной вашей учебы или лицензирования организации	от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0					
22	Личное желание повысить квалификацию	от 10 макс. до 1 мин., если не понятно - 0					
23	Как вы считаете, аккредитация улучшит систему последипломной подготовки врачей	Да	Да, но незначительно	Бред ли	Нет		
24	Вам понятно, что отличает профессиональные умения от профессиональных компетенций?	Да	Только в общих чертах	Нет			
25	Как вы считаете, внедрение новой системы аттестации повлияет на качество оказываемой МП?	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет		

Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Экажева П.С. Оценка качества медицинской помощи в медицинских организациях (издание 6, с изменениями и дополнениями). – М.: РМАНПО, 2019. – 53 с.

Учебно-методическое пособие предназначено для формирования профессиональных компетенций и совершенствования знаний по оценке качества медицинской помощи у медицинских работников, работающих в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной форм собственности, вне зависимости от ведомственной принадлежности и организационно-правовых форм деятельности.

Рекомендовано Правлением Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественному здоровью» в качестве учебно-методического пособия при подготовке к аккредитации (протокол от 20 сентября № 124)

*Председатель Правления ООО «ОПОЗиОЗ»
Д.м.н., профессор*

Р.А. Хитов

Р.А. Хитов



© В.Г. Кудрина, О.В. Гончарова, П.С. Экажева, 2019

© Т.В. Андреева - оформление, 2019

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Раменская центральная районная больница»
(ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ»)

140100, Россия, Московская область,
г. Раменское, ул. Махова, д. 14

Телефон: 556-22-37, (496)463-30-21,
Телефакс: (496)467-22-61
Email: ramencrb-kanc@mail.ru

Исх. № *1583*

От *01.06.2020*

«Утверждаю»

Главный врач ГБУЗ Московской области
Раменская ЦРБ
доктор мед. наук

_____ **И.Н. Халястов**
(подпись печать) _____ (печатается)

А К Т

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук аспиранта ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Экажевой Фатимы Солеховны по теме «Научное обоснование роли профессиональных компетенций врачей в системе контроля качества медицинской помощи»

Настоящим актом подтверждается, что разработанное с участием Экажевой Ф.С. учебно-методическое пособие «Оценка качества медицинской помощи в медицинской организации» (авт.: Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Экажева Ф.С., М., 2019), рекомендованное правлением Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественному здоровью» в качестве учебно-методического пособия при подготовке врачей к аккредитации (протокол от 20 сентября 2019 года №124) использовано и реализовано для этих целей в практической работе медицинских специалистов больницы.

Заместитель главного врача
ГБУЗ МО «Раменская ЦРБ»
по организационно-методической
работе

А.А. Кузнецова

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
имени В.М.БУЯНОВА

115516, Москва, ул. Бакинская, 26
Телефон-факс 322-17-10, факс 321-13-05
e-mail: gkb12@zdrav.mos.ru

02.06.2020 № 1053/10

На № _____ от _____

«Утверждаю»

Главный врач
ГБУЗ «Государственная клиническая
больница имени В.М. Буянова
Департамента здравоохранения города
Москвы»

кандидат медицинских наук

А.В.Саликов



А К Т

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Экажевой Фатимы Солеховны на тему «Научное обоснование роли профессиональных компетенций врачей в системе контроля качества медицинской помощи»

Настоящим актом подтверждается, что разработанное Ф.С.Экажевой содержание учебного модуля по вопросам контроля качества медицинской помощи использовано для развития профессиональных компетенций врачей и в ходе повышения их квалификации на плановых циклах кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» по программам «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и «Экспертиза временной нетрудоспособности и экспертиза качества медицинской помощи в медицинских организациях».

Заместитель главного врача
по организационно-методической работе
кандидат медицинских наук

И.О.Сиренова