

ВЕСТНИК НАУКИ И ТВОРЧЕСТВА

ISSN
2413-6395

Международный научный журнал
Выпуск № 2
Казань, 2024

Журнал «Вестник Науки и Творчества»

**Материалы Международных мероприятий
Общества Науки и Творчества (г. Казань)
за февраль 2024 года**

The logo consists of the Cyrillic letters 'ОНТ' in a bold, stylized, handwritten font. The 'О' is a circle with a horizontal line through it, the 'Н' is a simple vertical bar with a horizontal top bar, and the 'Т' is a vertical bar with a horizontal top bar and a small hook at the bottom.

Общество Науки и Творчества

КАЗАНЬ

2024 год

Вестник Науки и Творчества: Материалы Международных мероприятий
Общества Науки и Творчества (г. Казань) за февраль 2024 года / Под общ. ред.
С.В. Кузьмина. – Казань, 2024.

ISSN 2413-6395

Выходные данные для цитирования:

Вестник Науки и Творчества. – 2024. – № 2 (93).

Редколлегия:

1. Муратова Н.Ф. – кандидат филологических наук, доцент Университета журналистики и массовых коммуникаций Узбекистана, г. Ташкент, Узбекистан.
2. Никитинский Е.С. – доктор педагогических наук, профессор Университета «Туран-Астана», г. Нур-Султан, Казахстан.
3. Мирзаев Д.З. – кандидат исторических наук, доцент Термезского государственного университета, г. Термез, Узбекистан.
4. Равочкин Н.Н. – кандидат философских наук, доцент Кузбасской государственной сельскохозяйственной академии, г. Кемерово, Россия.
5. Мукучян Р.Р. – кандидат экономических наук, доцент Армавирского государственного педагогического университета, г. Армавир, Россия.
6. Зокирзода З.Х. – кандидат юридических наук, доцент Педагогического института Таджикистана в Раштском районе, Таджикистан.
7. Акбаров А. – кандидат физико-математических наук, доцент Узбекского государственного университета физической культуры и спорта, г. Чирчик, Узбекистан.
8. Ильященко Д.П. – кандидат технических наук, доцент Юргинского технологического института Томского политехнического университета, г. Юрга, Россия.
9. Хусаинова Р.А. – доктор фармацевтических наук, доцент Ташкентского фармацевтического института, г. Ташкент, Узбекистан.
10. Анисимова В.В. – кандидат географических наук, доцент Кубанского государственного университета, г. Краснодар, Россия.



*Материалы данного
журнала размещаются
в НЭБ eLibrary.*

Для студентов, магистрантов, аспирантов и преподавателей, участвующих в научно-исследовательской работе.

© Коллектив авторов, 2024.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел «Здравоохранение»

Стр. 5 Абдрахманова Ж.И. Различные способы по совершенствованию деятельности медицинских учреждений

Стр. 11 Жолжанова Н.У. Роль правительства в развитии здравоохранения

Стр. 15 Оспанова С.Т. Системы управления персоналом в медицинских организациях в различных странах

Стр. 21 Сейтпанов Д.К. Современные проблемы управления на различных уровнях на примере медицинской организации

Стр. 24 Сыздыков Ж.К. Цифровизация в здравоохранении

Стр. 27 Токташ М.Б. Лидерство в здравоохранении

Стр. 31 Эдилбеков А.А. Концепция культуры безопасности

Раздел «Естественные и технические науки»

Стр. 35 Мамедов В.Н., Керимова Т.К., Аскерова А.Г., Новрузова Г.Х. Интересные факты открытия электрона

Стр. 39 Порядина Д.А., Галев С.И., Жоров И.А. Исследование эксплуатационных свойств моторных масел по результатам контрольного анализа

Раздел «Правоведение»

Стр. 44 Саперов А.И. Занятие высшего положения в преступной иерархии

Раздел «Экономика и управление»

Стр. 51 Дианова В.А., Зорина Л.А. Управление нематериальным активом как ресурсом развития региона и государства

Стр. 55 Мокану П. Делегирование ответственности в условиях высокой неопределенности: «право на ошибку» как фактор устойчивости

ВЕСТНИК НАУКИ
И ТВОРЧЕСТВА

РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Абдрахманова Жаныл Исаевна,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: zhanyl_isaevna@mail.ru

Аннотация. здравоохранение является важной отраслью народного хозяйства, определяющей социально-экономическую жизнь населения. С момента обретения независимости Казахстан предпринимал значительные усилия в сфере реформирования постсоветской системы здравоохранения. Изменения в предоставлении услуг в области здравоохранения включали сокращение больничного сектора и усиление акцента на первично-медико-санитарную помощь. В результате нововведений открылись новые перспективы децентрализации, что отчасти меняло и систему управления в здравоохранении.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское учреждение, показатели.

Цель: изучить способы по совершенствованию деятельности медицинских организаций.

Литература изобилует примерами успешных инициатив по повышению качества и безопасности. Тем не менее, большинство примеров, как правило, носят локальный характер и нечасто воспроизводятся другими организациями. Одной из причин проблем с переносимостью может быть отсутствие понимания механизмов, с помощью которых организации достигают улучшений. Отчасти это связано с отсутствием исследований, которые объединяют несколько инициатив по улучшению. Например, исследования показывают, что коллективное обучение играет роль в улучшении. Под коллективным обучением мы подразумеваем процесс получения информации, понимания или возможностей в группах и организациях. Коллективное обучение отличается от индивидуального обучения, поскольку оно требует от людей интерактивного анализа и интерпретации опыта организации. Как будет продемонстрировано в этом обзоре, отдельные исследования инициатив по повышению качества и безопасности обсуждают роль, которую коллективное обучение играет в

достижении желаемых результатов. Тем не менее, ни одно исследование систематически не исследовало связь между коллективным обучением и повышением качества и безопасности. Лучшее понимание того, как обучение способствует повышению качества и безопасности, может сделать уроки, извлеченные из инициатив по повышению качества, более действенными.

Большинство показателей здравоохранения сосредоточены на объективных показателях клинических исходов заботиться о пациенте и редко спрашивать мнение пациента [11]. Результаты, сообщаемые пациентами, являются критическими показателями оценки того, улучшает ли здравоохранение здоровье пациентов. Результаты, сообщаемые пациентами, сосредоточены на благополучие пациента и удовлетворенность оказанной помощью [11].

Понимая, что удовлетворенность пациентов может улучшить работу организации, Институт улучшения здравоохранения разработал стратегию тройной цели одновременно улучшая здоровье населения, улучшая качество обслуживания пациентов и сокращение расходов на здравоохранение на душу населения [12]. В Соединенных Штатах, Стимулы с оплатой за результат отражают, насколько хорошо больницы оценивают удовлетворенность пациентов, поскольку мнение оценки потребителей медицинских услуг в больницах имеет одну из важных ролей. [13]. В Канаде больницы не поощряются за оценки удовлетворенности пациентов. С точки зрения пациента, медицинское обслуживание в такой же мере сервис, ориентированный на потребителя, как и другие сферы услуг [14]. В организации здравоохранения ориентированном на заболевание и на поставщика медицинских услуг, может оказать негативное влияние на удовлетворенность пациента и привести к снижению производительности организации. Руководителям здравоохранения может понадобиться инновационные стратегии повышения удовлетворенности пациентов для улучшения организационной производительности.

Руководители, которые не измеряют степень удовлетворенности пациентов, не имеют информации о качестве предоставляемых медицинских услуг, которое может привести к снижению эффективности организации [15]. Больницы с самыми низкими показателями удовлетворенности генерируют на 21% больше затрат на здравоохранение [16]. Общая проблема бизнеса заключалась в том, что некоторые руководители больниц, которые не реагируют на плохие отчеты об удовлетворенности пациентов, могут столкнуться с более низкими организационными показателями (Министерство здравоохранения Британской Колумбии, 2014 г.). Конкретная бизнес-проблема заключалась в том, что некоторым руководителям здравоохранения не хватало стратегий для улучшения удовлетворенности пациентов для повышения эффективности организации.

Большинство мер здравоохранения сосредоточены на объективной оценке клинических результатов лечения пациентов и редко обращаются к мнению пациентов [11]. Результаты, сообщаемые пациентами, являются важнейшими критериями оценки, насколько улучшает медицинская помощь здоровье пациентов и сосредотачивается ли внимание на их благополучии и удовлетворенности оказываемой помощью. Улучшая удовлетворенность, получаемой медицинской услугой пациент может улучшить работу организации [12]. Общая проблема бизнеса заключается в том, что руководители больниц, которые не реагируют на пациентов отчеты об удовлетворенности могут иметь более низкую организационную эффективность (Британская Колумбия Министерство здравоохранения, 2014 г.). Конкретная проблема бизнеса заключалась в том, что руководителям не хватает стратегий повышения удовлетворенности пациентов для улучшения организационной производительности. Увеличение продолжительности жизни и сложные состояния здоровья повышают уровень заботы о здоровье и спрос, и экспоненциальный рост затрат на здравоохранение не является устойчивым [12].

Концептуальной основой многих исследований было трансформационное лидерство. Бас и Аволио (1993) описали трансформационное лидерство как ключ к изменению организационной культуры. Трансформационные лидеры активны и работают над изменением организационной структуры, путем реализации новых идей [17]. Трансформационный лидер мотивирует сотрудников, поощряя их к достижению целей с помощью инновационных идей и творческих решений проблем [17]. Трансформационное лидерство было эффективной основой многих исследований, поскольку оно выводит сотрудников и организации за рамки статус-кво в сторону видения будущего. Трансформационные лидеры формулируют видение, демонстрируют поведение, которое вызывает доверие, бросают вызов статус-кво и дают другим возможность достичь своих целей. Трансформационные лидеры могут вносить изменения в организации, мотивируя сотрудников на достижение результатов во благо организации. Таким образом, трансформационные лидеры могут улучшить организационную эффективность за счет влияния на культуру. Ключ трансформационного лидерства рассматриваются индивидуально, вдохновляющая мотивация, интеллектуальная стимуляция и идеализированные влияния [17].

Трансформационные лидеры положительно влияют на сотрудников. [18] Теория трансформационного лидерства для изучения аспектов лидерства, которые влияют последователи. Интеллектуальная стимуляция, харизма и индивидуальное внимание составляют аспекты трансформационного лидерства, которые положительно влияют на сотрудников.

Повышение удовлетворенности сотрудников приводит к повышению эффективности организации [18]. Дуди и Дуди (2019) сосредоточились на четырех измерениях трансформационного лидерства: идеализированное влияние, вдохновляющая мотивация, интеллектуальное стимулирование и индивидуальное рассмотрение. Дуди и Дуди обсудили, как организации здравоохранения изменяются, требующие все более адаптивного и гибкого руководства. Трансформационное лидерство позволяет разделить ответственность, которая влияет на новые способы лидерства [19].

Трансформационные лидеры мотивируют последователей, апеллируя к высшим идеалам и ценностям, где у лидера есть глубокий набор внутренних ценностей и идей. Последователи трансформационных лидеров действуют, чтобы поддерживать большее благо, а не свои интересы, и благоприятная среда, в которой все разделяют обязанности [19].

Трансформационные лидеры влияют на производительность сотрудников. Гуси и Грин (2015) исследовали влияние трансформационного лидерства на создание сервис-ориентированного улучшения медицинского обслуживания пациентов с хроническими заболеваниями. Целью было разработать подход, ориентированный на пациента, чтобы обеспечить лечение человека, а не болезни. Gousy и Грин назвали ключевые компоненты трансформационного лидерства, как индивидуальный подход, интеллектуальное стимулирование и вдохновляющая мотивация и идеализированное влияние. Индивидуальный подход означает, что каждый член команды получил лечение по-разному, но одинаково, и лидер действует как советник, обеспечивая коучинг, обучение и наставничество [20]. Интеллектуальная стимуляция побуждает членов команды, чтобы думать по-новому, создавать решения и пробовать новые идеи с помощью лидера, помогающего персоналу подходить к проблемам с новой точки зрения [20]. Вдохновляющая мотивация - это способность лидера внушать веру и уважение, а также взволновать и предоставить общее видение. Идеализированное влияние - это способность лидера вести себя как эффективный образец для подражания, обеспечивающий чувство миссии и соблюдение высоких стандартов. Гоуси и Грин (2015) заключили что трансформационное лидерство - это эффективный способ привлечь медсестер и расширить их возможности. Трансформационные лидеры вдохновляют сотрудников находить способы обеспечить удовлетворенность пациентов [20].

Заключение

Одна из стратегий решения проблемы роста затрат и обеспечения устойчивости здравоохранения заключается в повышении удовлетворенности пациентов для повышения эффективности бизнеса.

Литература:

1. Ахметов В.И. Теоретические и методологические основы создания комплексной системы обеспечения и непрерывного совершенствования качества в здравоохранении в Республике Казахстан: автореф. докт. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Семей, 2008. – 43 с.
2. Биртанов Е.А. Организационно–методические и финансово–экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Алматы, 2010. – 48 с.
3. Белов Л.А. Пути повышения качества медицинской помощи // Здравоохранение. – 2009.– № 1. – С. 62-64.
4. Максимова Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 8-10.
5. Щепин О.П., Петручук О.Е., Коротких Р.Ф. Дипансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров // Бюллетень НИИОЗ. – 2011. – № 2. – С. 3-7.
6. Павлов В.В. Главная цель улучшения качества организации медицинской помощи через модернизацию // Аспекты модернизации в управлении качеством организации медицинской помощи: Сборник материалов научно–практической конференции. – Самара, 2011. – С. 5-8.
7. Абдрахманова С.А. Научное обоснование подходов к реализации прав пациентов в Республике Казахстан в условиях реформирования здравоохранения: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Алматы, 2010. – 26 с.
8. Акшалова Д.З. Оценка медико-социальной и экономической эффективности внедрения протоколов диагностики и лечения в Республике Казахстан: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Алматы, 2010. – 27 с.
9. Калининская А.А., Ковалев В.А. Организационные основы государственного регулирования и управления качеством медицинской продукции // Здравоохранение РФ. – 2012. – № 3. – С. 6-11.
10. Поляков И.В., Максимов А.В. Проблемы внедрения системы управления качеством в отечественном здравоохранении // Научно–техническая конференция ГМА им. адм. С.О. Макарова: Тезисы докладов. - ч. 1. – СПб., 2012. – С. 171-172.
11. Hostetter M., & Klein S. (2011) Using patient-reported outcomes to improve health care quality // Quality Matters, (Dec 2011-Jan 2012). – 1-5 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: from www.commonwealthfund.org

12. Stiefel M., & Nolan K. (2012) A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care and per capita cost. IHI Innovation series white paper. – Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>

13. Guadagnino C. (2012) Patient satisfaction critical to hospital value-based purchasing program. The Hospitalist [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.thehospitalist.org/article/patient-satisfaction-critical-to-hospital-value-basedpurchasing-program/>

14. Merlino J. (2013, August 6) Why customer service matters in healthcare industry. Yahoo Finance! The Exchange [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://finance.yahoo.com/blogs/the-exchange/why-customer-matters-healthcareindustry-214727535.html>

15. Kleefstra S.M., Zandbelt L.C., de Haes H.J., & Kool R.B. (2015) Trends in patient satisfaction in Dutch university medical centers: room for improvement for all // British Medical Journal Health Service Research. – 15 (112). – 1-9. – doi:10.1186/s12913-015-0766-7.

16. Lieber J.L. (2014) How do your patient satisfaction scores measure up? // Nursing Management. – 45 (2). – 22-25. – doi:10.1097/01.NUMA.0000442647.39442.32.

17. Northouse P.G. (2013) Leadership: Theory and practice (6th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

18. Wolf G.A. (2012) Transformational leadership: the art of advocacy and influence // The Journal of Nursing Administration. – 42. – 309-310. – doi:10.1097/NNA.0b013e3182573989.

19. Doody O., & Doody C.M. (2012) The transformative power of personal and organizational leadership // Nursing Administration Quarterly 36. – 147-154 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23132001

20. Gousy M., & Green K. (2015) Developing a nurse-led clinic using transformational leadership // Nursing Standard. – 29 (30). – 37-41. – doi:10.7748/ns.29.30.37. – e9481.

ВЕСТНИК НАУКИ
И ТВОРЧЕСТВА

РОЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Жолжанова Назира Усеновна,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: nazira_7678@mail.ru

Аннотация. Правительства играют важную роль в развитии здравоохранения. Кардинальные изменения, произошедшие в последние четыре десятилетия XX века, оказали значительное влияние на роль государства в здравоохранении и других социальных секторах и привели к ее изменению. Поскольку рыночные силы не в состоянии должным образом удовлетворить потребности населения в охране здоровья, правительства обязаны вмешиваться, чтобы повысить справедливость и эффективность, выполнять функции общественного здравоохранения и производить жизненно важные общественные блага, которые влияют на развитие здравоохранения. Региональному комитету предлагается обсудить пути укрепления функций систем здравоохранения с особым акцентом на управление, финансирование и предоставление услуг, чтобы защитить социальную роль правительства в развитии здравоохранения.

Ключевые слова: правительство, здравоохранение, общество, общественные блага.

Эволюция роли правительств в развитии здравоохранения

Правительства, действуя через министерства здравоохранения и другие смежные министерства и ведомства, играют важную роль в развитии здравоохранения, укрепляя системы здравоохранения и генерируя человеческие, финансовые и другие ресурсы. Это позволяет системам здравоохранения достигать своих целей по улучшению здоровья, сокращению неравенства в здравоохранении, обеспечению справедливости в финансировании здравоохранения и удовлетворению потребностей населения. Роль правительств в развитии здравоохранения хорошо известна во всем мире и иллюстрируется впечатляющим ростом систем здравоохранения, инициированным и поддерживаемым правительствами и осуществляемым в партнерстве с частным сектором, неправительственными организациями и благотворительными учреждениями [1].

Кардинальные изменения и вызовы, произошедшие в последние четыре десятилетия XX века, оказали значительное влияние на роль государства в здравоохранении и других социальных секторах и привели к ее изменению. Однако сектор здравоохранения отличается от других секторов, поскольку рыночные силы по разным причинам не могут должным образом удовлетворить потребности населения в здравоохранении, что накладывает на правительства особую ответственность за развитие здравоохранения. Вследствие провалов рынка правительства обязаны вмешиваться, чтобы повысить справедливость и эффективность, выполнять важные функции общественного здравоохранения и производить жизненно важные общественные блага, которые оказывают большое влияние на развитие здравоохранения. Более того, в регионе и в других странах здоровье воспринимается не просто как рыночный товар, а как базовая потребность человека и социальное право, о чем говорится во многих конституциях и подписанных договорах. Такая приверженность влечет за собой значительные роли и обязанности для правительств, несмотря на меняющуюся политическую и социальную обстановку [2].

Реформы политики должны быть направлены на адаптацию к новым изменениям и вызовам без ущерба для социальной роли правительства с учетом общественных ценностей, а также национальных, региональных и международных обязательств и обязанностей. Необходимо приложить усилия для укрепления различных функций системы здравоохранения, уделяя особое внимание управлению, финансированию и предоставлению услуг.

Люди и общины на протяжении всей истории человечества всегда стремились удовлетворить свои потребности в здоровье, используя местные лекарства и знания, полученные от целителей, либо на дому, либо в небольших учреждениях. Религиозные лидеры также играли важную роль в обеспечении здравоохранения, а искусство врачевания часто переплеталось с религиозной верой. В Древнем Египте врач был жрецом [3]. В Европе больницы и медицинские учреждения часто строились при церквях и благотворительных организациях, а некоторые из них до сих пор носят имена священников и религиозных деятелей.

Эволюции современных систем здравоохранения после Второй мировой войны способствовало резкое развитие биомедицинских технологий и важные открытия, такие как антибиотики и другие устройства. Национальное правительство во Франции взяло под контроль религиозные больницы, которые стали управляться местными властями в рамках политики отделения государства от церкви [4].

Национальные правительства играют решающую роль в развитии систем здравоохранения, поскольку выполняют суверенные функции, включая управление, инфраструктуру системы здравоохранения и подготовку

необходимых медицинских кадров во всех областях медицины и общественного здравоохранения. В большинстве стран ОЭСР, за исключением Соединенных Штатов Америки, медицинские школы и крупные больницы были созданы правительствами, а образование медицинского персонала в значительной степени субсидировалось и продолжает субсидироваться правительствами, как центральными, так и местными. Эта ситуация также отражается в структуре расходов на здравоохранение в странах с высоким уровнем дохода, где 70% или более общих расходов на здравоохранение поступают из государственных источников финансирования. Высокая доля социального и государственного финансирования здравоохранения объясняется уровнем социальной защиты, который во многих странах, за исключением Соединенных Штатов Америки, является практически всеобщим [5].

Переход к рыночной экономике во многих развитых и развивающихся странах не сопровождался отказом правительств от выполнения своих социальных обязанностей по развитию здравоохранения. Действительно, роль развития здравоохранения в формировании социального капитала и защита здоровья как одного из прав человека были признаны во всем мире. Глобальные политические события, произошедшие после Первой мировой войны, поддержали движение к здоровью как праву человека. В 1919 году Версальский договор положил начало Международной организации труда (МОТ) [3], основанной на принципе «мир через социальную справедливость» и способствующей социальному обеспечению от различных опасностей, включая болезни и травмы. В 1948 году ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека, в которой говорится, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, включая пищу, одежду, жилище, медицинское обслуживание и необходимые услуги, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, старости или иного отсутствия средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам». Устав ВОЗ, принятый на Первой Всемирной ассамблее здравоохранения в 1948 году, определил в качестве цели «достижение всеми народами наивысшего возможного уровня здоровья» и заявил, что «правительства несут ответственность за здоровье своего народа, которая может быть выполнена только путем предоставления адекватных медицинских и социальных мер».

Реальное развитие системы здравоохранения в мире началось в конце 1950-х и 1960-х годах под руководством национальных правительств. Это развитие стало возможным благодаря реализации национальных программ социально-экономического развития, в которых здравоохранение было одним из главных приоритетов. В конституциях многих стран здравоохранение и образование были названы правами человека, и правительствам было поручено обеспечить их

бесплатное предоставление. В большинстве стран была принята система здравоохранения, основанная на налогообложении, когда основная часть средств поступала из государственного бюджета, а медицинские услуги были бесплатными в местах их использования. Такая ситуация способствовала расширению охвата населения медицинскими услугами, что привело к улучшению состояния здоровья, выразившемуся в увеличении продолжительности жизни и общем снижении заболеваемости и смертности. Правительства способствовали развитию системы социальной защиты различных категорий работников, опираясь на существующие системы страхования на базе работодателей и постепенно расширяя их охват [6].

Литература:

1. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. – Geneva, World Health Organization. – 2000.
2. Plan of action for implementing the Global Strategy for Health for All. – Geneva, World Health Organization. – 1982 (Health for All series No. 7).
3. Roemer MI. National health systems of the world. – Vol. 1. The countries. – New York, Oxford University Press. – 1991.
4. Ashworth W. A short history of the international economy since 1850. – London; New York, Longman. – 1975.
5. Agency for Development and Coordination of International Relations. The French social protection system. – Paris, ADECRI. – 2005.
6. Declaration of Alma Ata, In: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. – Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. – Geneva, World Health Organization. – 1978.

**СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ
ПЕРСОНАЛОМ В МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ В РАЗЛИЧНЫХ
СТРАНАХ**

*Оспанова Сауле Турсынғалиевна,
Казахский национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан*

E-mail: saule_2013@bk.ru

Аннотация. В данной статье рассматриваются вопросы организации канадской системы здравоохранения. В организации здравоохранения Канады существует пять групп-это правительство провинций и территорий, федеральное правительство, врачи, медсестры и смежные медицинские работники.

Ключевые слова: система управления, медицинские организации, персонал, пациенты.

Канадская система здравоохранения финансируется государством и состоит из пяти основных групп: правительства провинций и территорий, федеральное правительство, врачи, медсестры и смежные медицинские работники. Роли этих групп различаются во многих аспектах. Правительства провинций и территорий несут ответственность за управление и предоставление медицинских услуг, включая некоторые аспекты рецептурной помощи, а также за планирование, финансирование и оценку предоставления больничной помощи и медицинских услуг [1]. Например, Британская Колумбия продемонстрировала свою приверженность своей программе здравоохранения, увеличив финансирование на 6,7 миллионов канадских долларов в сентябре 2003 года, чтобы улучшить набор, удержание и обучение медсестер по всей провинции [2]. В мае 2003 года было также объявлено, что 30 новых мест будут выделены для подготовки практикующих медсестер в Университете Британской Колумбии и Университете Виктории [2]. Недавно Министерство здравоохранения и долгосрочного ухода Онтарио объявило о финансировании дополнительных должностей практикующих медсестер в сообществах. Кроме того, большинство провинций и территорий Канады перенесли требования к поступлению в академию для дипломированных медсестер на уровень бакалавриата, одновременно увеличив продолжительность программ для лицензированных практикующих медсестер, чтобы удовлетворить растущую

сложность потребностей в уходе за пациентами. В нескольких провинциях и территориях также было увеличено количество мест в медицинских школах, предназначенных для студентов, желающих стать семейными врачами [3].

У федерального правительства есть и другие обязанности, в том числе установление национальных стандартов здравоохранения и обеспечение соблюдения этих стандартов законодательными актами, такими как Закон о здравоохранении Канады [1]. По конституции провинции несут ответственность за оказание медицинской помощи в соответствии с Законом о Британской Северной Америке (BNA); провинции и территории должны соблюдать эти стандарты, если они хотят получать федеральное финансирование для своих программ здравоохранения [4]. Федеральное правительство также оказывает непосредственную помощь определенным группам, включая ветеранов и коренные народы, через Отделение здравоохранения коренных народов и инуитов. Другая роль федерального правительства заключается в обеспечении защиты от болезней и содействии вопросам здравоохранения [1]. Федеральное правительство демонстрирует свою финансовую приверженность кадровым ресурсам Канады в сфере здравоохранения, обещая передать средства провинциям и напрямую финансировать различные области. Например, в Соглашении об обновлении системы здравоохранения 2003 года федеральное правительство предоставило провинциям и территориям трехлетний фонд диагностического/медицинского оборудования в размере 1,5 млрд канадских долларов. Это использовалось для поддержки специализированного обучения персонала и оборудования, которое улучшило доступ к финансируемым государством услугам [2].

Третья группа – частные врачи – как правило, не работают на государство, а являются самозанятыми и занимаются частной практикой. Они оказывают финансируемую государством помощь гражданам Канады. Врачи согласуют график оплаты своих услуг с правительствами своих провинций, а затем подадут свои претензии в провинциальный план медицинского страхования, чтобы получить возмещение [1]. Роли медсестер заключаются в оказании помощи отдельным лицам, группам, семьям, сообществам и группам населения в различных условиях. Их роль требует сильных, последовательных и знающих лидеров, которые вдохновляют других и поддерживают профессиональную сестринскую практику. Лидерство является важным элементом высококачественной профессиональной среды, в которой медсестры могут оказывать высококачественную сестринскую помощь [5].

В большинстве канадских организаций здравоохранения медсестры управляют как уходом за пациентами, так и отделениями ухода за пациентами внутри организации. Медсестры уже давно признаны посредниками между

пациентом и организацией здравоохранения [6]. В ситуациях оказания помощи они обычно выполняют координирующую роль для всех услуг, необходимых пациентам. Они должны иметь возможность управлять и обрабатывать сестринские данные, информацию и знания для поддержки оказания помощи пациентам в различных условиях [6]. Факторы на рабочем месте, наиболее ценимые медсестрами, включают автономию и контроль над рабочей средой, способность инициировать и поддерживать терапевтические отношения с пациентами, а также отношения сотрудничества с врачами на уровне отделения [7].

Помимо врачей и медсестер, в процессе оказания медицинской помощи участвует еще много специалистов. В число смежных специалистов здравоохранения могут входить фармацевты, диетологи, социальные работники и кураторы, и это лишь некоторые из них. Хотя основное внимание уделяется врачам и медсестрам, существует множество проблем, которые затрагивают и других поставщиков медицинских услуг, включая проблемы на рабочем месте, объемы практики и влияние изменения способов предоставления услуг [8].

Более того, поскольку здравоохранение становится настолько технологичным, система здравоохранения нуждается в растущем количестве высокоспециализированных и квалифицированных технических специалистов [8]. Таким образом, мы можем увидеть различные роли, которые играют эти пять групп, и то, как они работают вместе, формируя канадскую систему здравоохранения.

Канада отличается от других стран, таких как Соединенные Штаты Америки, по множеству причин, одной из наиболее важных из которых является Закон о здравоохранении Канады. Как упоминалось ранее, Закон о здравоохранении Канады устанавливает национальные стандарты здравоохранения в Канаде. Закон о здравоохранении Канады гарантирует, что все канадские граждане, независимо от их платежеспособности, будут иметь доступ к медицинским услугам в Канаде. «Цель Закон о здравоохранении Канады состоит в том, чтобы гарантировать, что все имеющие на это право жители Канады имеют разумный доступ к застрахованным медицинским услугам на основе предоплаты, без прямых взиманий в пункте обслуживания» [6].

Два наиболее важных положения Закон о здравоохранении Канады гласят: «Разумный доступ застрахованных лиц к необходимым с медицинской точки зрения больничным и врачебным услугам не должен ограничиваться финансовыми или другими барьерами» и «В медицинских услугах не может быть отказано на основании дохода, возраста, состояния здоровья». статус или пол» [1]. Эти два утверждения определяют заметные различия между канадской

и американской системами здравоохранения. То есть охват населения Канады гораздо шире. Кроме того, в Канаде наблюдается стремление к более тесному сотрудничеству, междисциплинарному групповому подходу к оказанию медицинской помощи; это поднимает множество новых проблем, одна из которых будет связана с успешной передачей знаний внутри этих команд [9].

Эффективное управление знаниями, включающее передачу знаний, все чаще признается важнейшим аспектом основы организации для долгосрочного, устойчивого и конкурентного преимущества [11]. Несмотря на то, что здравоохранение в Канаде в основном некоммерческое, по-прежнему существует необходимость в разработке и внедрении эффективных методов управления знаниями. Введение междисциплинарных медицинских групп в канадских больницах является относительно новым явлением, и их связь с политикой и программами управления знаниями правительств и администраций больниц поднимает важные вопросы о том, как такие команды будут работать и в какой степени они могут добиться успеха в решении более сложных проблем. Сложные аспекты управления знаниями, такие как передача неявных знаний. Мультидисциплинарный подход, как правило, фокусируется на конкретных профессиональных дисциплинах, при этом планирование здравоохранения осуществляется в основном сверху вниз и в нем доминируют медицинские работники. Обычно есть ведущий специалист (обычно врач), который определяет уход и, при необходимости, направляет пациента к другим медицинским специалистам и смежным специалистам (помощникам, вспомогательным работникам). Пациент, как правило, мало вовлечен в направление и характер медицинской помощи. Междисциплинарная медицинская помощь – это подход, ориентированный на пациента, при котором все участвующие стороны, включая пациента, вносят свой вклад в принимаемые решения.

Литература по командной работе и исследования практики работы в больницах, связанной с многопрофильными командами, показывают, что междисциплинарные команды сталкиваются с огромными проблемами [9], поэтому многопрофильная командная работа будет продолжать оставаться жизненно важной частью системы здравоохранения. Однако целью этой командной работы должна быть не замена одного поставщика медицинских услуг другим, а скорее рассмотрение уникальных навыков, которые каждый из них привносит в команду, и координация применения этих навыков. Клиентам необходимо обратиться к медицинскому работнику, наиболее подходящему для решения их проблемы [10].

Некоторые проблемы, касающиеся канадской государственной системы здравоохранения, были выявлены в докладе Мазанковского, который был

инициирован премьер-министром Альберты Ральфом Кляйном в 2000 году. С тех пор возникло множество проблем, которые обсуждались среди канадцев.

Одним из наиболее спорных, например, является возможность введения двухуровневой медицинской системы. Один уровень предлагаемой новой системы будет полностью финансироваться государством за счет налоговых поступлений и будет служить той же цели, что и нынешняя система, финансируемая государством. Второй уровень будет частной системой и будет финансироваться потребителями [1]. Однако Закон о здравоохранении Канады и Канадская ассоциация медсестер критически относятся к любым реформам, которые представляют угрозу для системы общественного здравоохранения.

Следует отметить, что, хотя Канада претендует на одноуровневую систему, непосредственная близость частного платного здравоохранения в Соединенных Штатах на самом деле создает второй уровень с оплатой по мере использования для богатых канадцев.

Кроме того, многие медицинские услуги, такие как большинство рецептов и стоматологическая помощь, в основном финансируются отдельными лицами и/или частными лицами или планами страхования, оплачиваемыми работодателем.

Важно осознавать различия между предлагаемой двухуровневой системой и нынешней системой здравоохранения. В настоящее время государственная система здравоохранения покрывает все необходимые с медицинской точки зрения процедуры, а частный сектор обеспечивает 30% таких областей, как стоматологическая помощь. Благодаря новой системе как государственная, так и частная медицинская помощь будет предлагать все услуги, и у канадцев будет возможность выбирать между ними. Предложение о двухуровневой системе важно, поскольку оно выдвигает на первый план несколько важных вопросов, которые беспокоят многих канадцев, главным образом, доступ к системе и снижение затрат. Многие канадцы считают, что нынешняя государственная система не является устойчивой и что двухуровневая система заставит государственную систему стать более эффективной и результативной, учитывая конкуренцию частного сектора. Однако двухуровневая система не рассматривается, поскольку большинство канадцев против идеи приватизированной системы [1]. Никаких предложений, показывающих, как система, финансируемая из частных источников, будет обеспечивать такое же качество услуг за те же затраты, что и нынешняя система, финансируемая государством, не поступило.

Литература:

1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://primeminister.kz/ru/news/reviews/razvitie-turkestanskoy-oblasti-v-2019-godu-ekonomika-zanyatost-turizm>
2. Sadrul Islam Sarker, Mohammad Rafiul Azam Khan. Classical and neoclassical approaches of management: An overview // Journal of Business and Management. – 2013. – Vol. 14. – Iss. 6. – P. 1-5.
3. Mikhail Grachev, Boris Rakitsky. Historic horizons of Frederick Taylor's scientific management // Journal of Management History. – 2013. – Vol. 19. – Iss: 4. – P. 512-527.
4. Hindy Lauer Schachter. The role played by Frederick Taylor in the rise of the academic management fields // Journal of Management History. – 2010. – Vol. 16. – Iss. 4. – P. 437-448.
5. Fariss-Terry Mousa, David J. Lemak. The Gilbreths' quality system stands the test of time // Journal of Management History. – 2009. – Vol. 15. – Iss. 2. – P. 198-215.
6. Daniel A. Wren, Arthur G. Bedeian, John D. Breeze. The foundations of Henri Fayol's administrative theory // Management Decision. – 2002. – Vol. 40. – Iss. 9. – P. 906-918.
7. Carl A Rodrigues. Fayol's 14 principles of management then and now: a framework for managing today's organizations effectively // Management Decision. – 2001. – Vol. 39. – Iss. 10. – P. 880-889.
8. Вергилес Э.В. Анализ принципов управления Анри Файоля. – М., 2001. – 28 с.
9. Daniel A.Wren, Arthur G. Bedeian. The Evolution of Management Thought. – 6th ed. John Wiley&Sons, Inc. – 2009. – P. 283-309.
10. Веснин В.Р. Основы менеджмента: учебник. – М.: Триада, ЛТД, 2011. – 495 с.
11. J.M. Thompson, “Health Services Administration” in S. Chisolm (Ed.) // The Health Professions: Trends and Opportunities in U.S. Health Care, 2007.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
УПРАВЛЕНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ
УРОВНЯХ НА ПРИМЕРЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Сейтпанов Даурен Кабылгазынович,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: dok.dake76@mail.ru

Аннотация. Для казахстанского здравоохранения в настоящее время особенно актуальной является проблема повышения эффективности деятельности медицинских учреждений и организации медицинской помощи населению. В этой связи, необходимо найти решение таких задач, как ресурсное обеспечение отрасли и рациональное использование имеющихся ресурсов, развитие альтернативных источников финансирования, информатизации системы управления и оказания медицинских услуг населению и создание условий для внедрения современных высокотехнологичных медицинских технологий и т. д. [1].

Необходимость решения этих сложных задач, в свою очередь, требует новых форм, методов и моделей управления всеми звеньями системы здравоохранения и протекающими в ней экономическими процессами, включая создание моделей управления на основе комплексного системного подхода на уровне лечебно-профилактического учреждения, отрасли, территории.

Однако практика показывает, что существующий организационно-экономический механизм управления системой здравоохранения и её структурными составляющими недостаточно адаптирован к реальным рыночным условиям [2]. Данное обстоятельство во многом обуславливает низкую эффективность управления здравоохранением. Попытки реформирования с точки зрения вливания финансовых ресурсов, внесения изменений, базирующихся на устаревших управленческих технологиях, показали свою нерезультативность. Возникла потребность во внедрении технологий современного менеджмента в деятельность медицинских организаций. Применяя эти условия можно надеяться на использование инновационных технологий диагностики и лечения заболеваний, которые позволят решить стратегические задачи развития здравоохранения [3].

Ключевые слова: здравоохранение, медицинские учреждения, ресурсы, управление.

В медицинской деятельности управление ориентировано на производство, распределение, обращение, потребление медицинских товаров и услуг, участников этих процессов (персонал и организации, осуществляющие здравоохранительную деятельность) и на пациентов-потребителей услуг.

Лечебное учреждение представляет собой комплексное учреждение, которое обеспечивает население всеми видами лечебно-диагностической помощи, проводит широкие мероприятия профилактического и социально-экономического плана (реабилитация больных и инвалидов, снижение уровня заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и т.п.) [4].

Система управления ЛПУ подчинена общим закономерностям и включает в свою структуру следующие основные элементы: определение целей и задач; подсистему сбора и обработки информации; этапы подготовки, обоснования и принятия решений; подсистемы реализации решений оперативной корректировки, контроля исполнения принятых решений, оценки эффективности функционирования системы [5].

Значимой задачей является совершенствование управления на уровне лечебно-профилактического учреждения. Каждая медицинская организация в ходе своего функционирования накапливает корпоративные знания, относительно:

- норм, правил, методов и стиля принятия управленческих решений;
- целей и специализации ЛПУ, возможности развития в определенном нужном направлении, действующих медико-технологических процессов, их принципах организации и методах функционирования;
- показателей и критериев оценки качества медицинской помощи;
- потребностей в специалистах по всем направлениям деятельности ЛПУ;
- данные о стоимости лечебных, диагностических и сервисных услуг в данном ЛПУ;
- протоколов и стандартов ведения лечебно-диагностического процесса.

Способ формирования и применения корпоративного знания во многом определяется применяемыми в ЛПУ методами управления: традиционное командно-административное управление и современные инновационные методы управления [6].

При традиционном командно-административном управлении без использования компьютерных информационно-аналитических систем, управляющая информация поступает по иерархическим ступеням к исполнителю и обратно.

Современные инновационные методы управления базируются на принципе широкого использования в управлении корпоративного знания, основанного на применении информационно-аналитических систем, позволяющих объединить медико-технологические и экономические информационные потоки с использованием единой учетно-аналитической единицы (законченного случая лечения больного, клинико-статистической группы и т. п.).

Организация системы управления является ключевым делом руководителя [7]. В теории менеджмента существуют три разные модели организации управления с личным распределением рабочего времени.

Заключение

Управление медицинским учреждением представляет собой такие процессы, как управление программами здравоохранения, лечебно-диагностическими технологиями, кадрами, материальными ресурсами, финансами и многое другое. Характер управления в значительной мере зависит от организации лечебно-диагностического процесса в каждом конкретном учреждении, но принципы, методы и технологии управления остаются одними и теми же, и их рационально применять в обобщенном плане

Литература:

1. Ахметов В.И. Теоретические и методологические основы создания комплексной системы обеспечения и непрерывного совершенствования качества в здравоохранении в Республике Казахстан: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Семей, 2008. – 43 с.
2. Биртанов Е.А. Организационно–методические и финансово–экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33. – общественное здоровье и здравоохранение. – Алматы, 2010. – 48 с.
3. Белов Л.А. Пути повышения качества медицинской помощи // Здравоохранение. – 2009. – № 1. – С. 62-64.
4. Максимова Т.М. Особенности восприятия пациентами разных стран условий оказания медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 8-10.
5. Щепин О.П., Петручук О.Е., Коротких Р.Ф. Дипансеризация и здравоохранение России. Сообщение 1. Состояние здоровья населения и организация профилактических осмотров // Бюллетень НИИОЗ. – 2011. – № 2. – С. 3-7.
6. Павлов В.В. Главная цель улучшения качества организации медицинской помощи через модернизацию // Аспекты модернизации в управлении качеством организации медицинской помощи: Сборник материалов научно–практической конференции. – Самара, 2011. – С. 5-8.
7. Абдрахманова С.А. Научное обоснование подходов к реализации прав пациентов в Республике Казахстан в условиях реформирования здравоохранения: автореф. канд. мед. наук: 14.00.33. – Общественное здоровье и здравоохранение. – Алматы, 2010. – 26 с.

**ВЕСТНИК НАУКИ
И ТВОРЧЕСТВА**

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Сыздыков Жанат Курганович,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: syzdykovzhanat1@gmail.com

Аннотация. Цифровизация в здравоохранении – это, по сути, важный процесс использования технологий для улучшения показателей здоровья. Это включает в себя интеграцию цифровых инструментов и платформ в здравоохранение, от электронных медицинских карт и рецептов до носимых устройств и приложений на основе искусственного интеллекта.

Еще несколько десятков лет назад люди не могли представить такое будущее. Конечно же, весь мир не мог не отреагировать на столь бурное развитие информационных технологий. На сегодняшний день информатизация в той или иной степени затронула почти каждую сферу жизнедеятельности человека. Медицина не стала исключением. На сегодняшний день современные учреждения здравоохранения имеют дело с разнообразными задачами, начиная от необходимости постоянного управления персоналом с целью улучшения эффективности работы, заканчивая наблюдением за физическими показателями пациентов. Для большинства задач не предусмотрено комплексное решение, которое могло бы бесперебойно и регулярно измерять и контролировать выполнение разного рода процессов, медицинского оснащения, а также состояние пациентов и персонала [1].

Ключевые слова: цифровизация, здравоохранение, информационные технологии, телемедицина.

Телемедицина расширяет горизонты здравоохранения

Использование телекоммуникационных технологий для предоставления удаленных медицинских услуг стало одним из наиболее значительных достижений в области здравоохранения. Благодаря видеоконсультациям и удаленному мониторингу пациенты могут общаться с медицинскими работниками независимо от их географического положения.

Телемедицина снижает барьеры для доступа к здравоохранению, особенно для пациентов в сельской местности или людей с ограниченной мобильностью. Она обеспечивает своевременное вмешательство, раннюю диагностику и последующее лечение, что приводит к улучшению результатов лечения пациентов и более эффективному использованию ресурсов [2].

Удаленный мониторинг расширяет возможности пациентов

Распространение носимых устройств, таких как фитнес-трекеры и смарт-часы, позволило людям самим следить за своим здоровьем и самочувствием. Эти устройства собирают и передают ценные данные, включая частоту сердечных сокращений, режим сна и уровень физической активности. Технология удаленного мониторинга позволяет медицинским работникам отслеживать жизненно важные показатели пациентов, их хронические заболевания и послеоперационное восстановление. Такой непрерывный мониторинг обеспечивает раннее вмешательство, предотвращает осложнения и способствует проактивному управлению здравоохранением. Кроме того, носимые устройства способствуют вовлечению пациентов, побуждая их брать на себя ответственность за свое самочувствие и вести более здоровый образ жизни.

Устройства непрерывного мониторинга являются важным преимуществом для людей, страдающих такими заболеваниями, как диабет, поскольку они могут отправлять экстренные сигналы тревоги, если уровень глюкозы в организме пациента падает до опасных пределов. Кроме того, более совершенные устройства могут автоматически вводить инсулин через определенные промежутки времени [3].

Оптимизация управления данными с помощью электронных медицинских карт

Прошли времена бумажных медицинских карт. Электронные медицинские карты (ЭМК) оцифровали данные пациентов, обеспечив беспрепятственный обмен информацией между медицинскими учреждениями. Электронные медицинские карты объединяют истории болезни, результаты анализов и планы лечения, обеспечивая всесторонний обзор состояния здоровья пациента. Доступ к данным пациента в режиме реального времени улучшает координацию лечения, снижает количество врачебных ошибок и способствует принятию решений на основе фактических данных. Кроме того, ЭМК способствуют проведению медицинских исследований и анализу состояния здоровья населения благодаря объединению данных.

Раскрытие информации с помощью искусственного интеллекта

Искусственный интеллект (ИИ) и аналитика больших данных способны произвести революцию в здравоохранении. Алгоритмы ИИ могут анализировать огромные объемы данных о пациентах, включая медицинские изображения,

геномную информацию и клинические записи, чтобы выявлять закономерности и делать точные прогнозы. Кроме того, аналитика больших данных позволяет выявить тенденции в области здоровья населения, определить вспышки заболеваний и оптимизировать распределение ресурсов. Эти данные помогают принимать решения в сфере здравоохранения, стимулируют профилактические меры и поддерживают индивидуальные планы лечения [4].

Хотя онкология является основным направлением точной и персонализированной медицины, многие другие области также получают выгоду, например, аутоиммунные, нейродегенеративные и сердечно-сосудистые заболевания, а также психическое здоровье [5].

Литература:

1. Интернет медицинских вещей [Электронный ресурс]. – Режим доступа :https://www.sauimon.info/iot_in_medicine/ (дата доступа: 16.05.2019)
2. Гулин К.А., Усков В.С. О роли Интернета вещей в условиях перехода к четвертой промышленной революции / Проблемы развития территории. – 2017. – Вып. 4 (90). – С. 112-131.
3. Куделина О.В., Хлынин С.М. Медицинская информатика – Томск: СибГМУ, 2009. – 83 с.
4. Гусев А.В. Рынок медицинских информационных систем: обзор, изменения, тренды / Врач и информационные технологии. – 2012-01-01. – Вып. 3. – ISSN 1811-0193.
5. Система медицинской реабилитации в Беларуси [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-belorusskikh-grazhdan/reabilitatsiya.php/> (дата доступа: 16.05.2019)

ВЕСТНИК НАУКИ
И ТВОРЧЕСТВА

ЛИДЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Тоқташ Мухаммаджан Баходирұлы,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: doctor.m19@mail.ru

Аннотация. Эффективное руководство со стороны медицинских работников является жизненно важным в современном здравоохранении. Основным фактором, лежащим в основе этого, является стремление к повышению качества медицинского обслуживания на фоне постоянно растущих требований к медицинскому обслуживанию и необходимости повышения эффективности и производительности. Существует множество причин, по которым программы повышения качества терпят неудачу, однако отсутствие вовлеченности медицинского персонала и его сопротивление изменениям являются одними из наиболее важных факторов. Клиницисты, которые берут на себя руководящие роли, должны преодолеть эти барьеры и принять стиль руководства, который является инклюзивным и отвечает потребностям медицинских работников. В конечном счете коллективный подход к руководству с наибольшей вероятностью приведет к созданию и поддержанию улучшения качества [1].

Ключевые слова: лидерство, руководство, здравоохранение, повышение качества.

Краткая история лидерства в здравоохранении

Со времен зарождения клинической медицины всегда существовали лидеры, вдохновляющие будущие поколения клиницистов и академиков. Эти лидеры неизменно считались высокохаризматичными, но потенциально также высокомерными и склонными к оспариванию в процессах принятия решений. Такую форму диктаторского руководства трудно оправдать в современном здравоохранении, где организации состоят из сложных взаимодействий между большим числом профессионалов с множеством разнообразных функций.

Однако концепция изменения роли клиницистов в управлении пациентами у постели больного и превращения их в важные управленческие роли в организациях здравоохранения не является современной. В докладе Cogwheel от

1967 года содержался призыв к большему вовлечению клиницистов в управление. В 1970-1980-е годы больницы управлялись на основе консенсуса. Это давало огромные полномочия тем, кто имел власть и мог работать, но поскольку решения могли быть легко отклонены, часто решения не принимались. Отчет Гриффитса, опубликованный в 1983 году, коренным образом изменил методы управления организациями здравоохранения, а организационные структуры стали более близки к корпоративному сектору. За последние 30 лет в организациях здравоохранения были введены многоуровневые системы управления. Все больничные трасты в рамках NHS управляются исполнительными советами, которым поручено выработать рекомендации по организационному развитию и политике, которые реализуются уровнями среднего менеджмента. Совет, и в частности его глава, подотчетен Департаменту здравоохранения (и Секретарю штата по здравоохранению), и поэтому требуются люди, обладающие значительными навыками управления и лидерства [2].

Одним из главных стимулов для этого стала публикация обзора «Следующий этап» лорда Дарзи в 2008 г. В нем подчеркивается необходимость инвестирования и продвижения программ развития клинического лидерства, чтобы в конечном итоге позволить врачам получить больший контроль над политикой и бюджетом в своих организациях. Другим важным фактором стало беспрецедентное стремление к повышению эффективности и продуктивности в системе здравоохранения, которая становится все более перегруженной. Это требует эффективного руководства на всех уровнях в организациях здравоохранения и не может быть решено просто подходом «сверху вниз». Наконец, в последнее время наблюдается стремление к улучшению качества оказания медицинской помощи, а для этого необходимо, чтобы произошли изменения, а клинические руководители выступали в роли проводников перемен [3].

Определения лидерства

В литературе существует не так уж мало определений и теорий лидерства, и действительно, у каждого человека есть свои представления о том, что такое лидерство. Некоторые определения стали хорошо известны благодаря тому, кто их дал. Уоррен Беннис, которого многие считают пионером исследований лидерства, назвал лидерство «функцией знания себя, наличия видения, которое хорошо передается, построения доверия среди коллег и принятия эффективных мер по реализации своего лидерского потенциала». Питер Друкер, которого называют основателем современного менеджмента, называет лидера просто «человеком, у которого есть последователи» и заявляет, что «управление - это делать вещи правильно; лидерство – это делать правильные вещи». В последнее время Кузес и Познер, которые фокусируются на поведении успешных лидеров,

утверждают, что «Лидерство может происходить в любое время, в любом месте и в любой функции» [4].

Лидерство в современном здравоохранении

Лидерство в современном здравоохранении становится все более очевидным, что клиницисты должны демонстрировать эффективные лидерские качества, выходящие за рамки тех, которые необходимы для лечения отдельных пациентов. Роль клинициста в глобальном улучшении качества оказания медицинской помощи становится все более важной в системе здравоохранения, к которой предъявляются все более высокие требования. Качество в здравоохранении может определяться по-разному. NH Shigh выделяет безопасность пациентов, клиническую эффективность и опыт пациентов как основные показатели качества медицинского обслуживания. Комиссия по качеству обслуживания (CQC) рассматривает дополнительные факторы, такие как эффективность услуг и соотношение цены и качества. Эффективное руководство играет решающую роль в осуществлении изменений, необходимых для повышения качества, но уникальная структура организаций здравоохранения может стать препятствием для перемен. Успешные лидеры в организациях здравоохранения должны признать это и преодолеть значительные препятствия для изменений (например, укоренившиеся практики и культуры работы), которые поддерживает эта инвертированная структура власти.

В этом отношении лидеры-трансформаторы по праву могут считаться агентами перемен, ставящими интересы своих работников здравоохранения выше себя. Привлечение специалистов к участию в управлении и предоставление им возможности руководить процессом перемен, скорее всего, будет более успешным, чем другие подходы.⁴ Вместо того чтобы преодолевать сопротивление переменам, лидеры-трансформаторы узнают и справляются с ним. Более того, инициативы по улучшению качества имеют больше шансов на успех, если медицинские работники считают, что они владеют этой задачей.

Инструменты и программы лидерства в здравоохранении

В настоящее время существует множество программ лидерства, доступных для специалистов здравоохранения. Они варьируются от коротких самостоятельных курсов до специальных стипендиальных программ, которые полностью финансируются и часто включают в себя крупные проекты по управлению изменениями. Система компетенций медицинского лидерства - это хорошо зарекомендовавший себя инструмент, который выявляет и поощряет развитие у врачей компетенций, позволяющих им эффективно руководить.

Более современная модель лидерства в здравоохранении была разработана для того, чтобы работники здравоохранения любого уровня могли стать лучшими лидерами, и состоит из пяти направлений.

1. Признание потребностей и поведения команды с взаимной поддержкой друг друга, что позволяет распространить заботу за пределы зоны команды.

2. Разделять видение. Общение с доверием и надежностью, четкое направление долгосрочных целей и уверенность в завтрашнем дне.

3. Вовлечение команды. Доверие к команде и поддержка творческого участия.

4. Влиять на результат. Взаимодействие с другими людьми и адаптация к ним, чтобы выработать совместный подход к работе и сформировать устойчивые обязательства.

5. Оценка информации. Поиск информации из разных областей и творческое мышление для разработки новых концепций. Вдохновляться общей целью [5].

Заключение

При коллективном лидерстве каждый берет на себя ответственность за обеспечение успеха организации, не делая упор на основную группу лидеров. Кроме того, каждый получает вознаграждение за такие успехи. Такой подход в здравоохранении с большей вероятностью приведет к созданию среды, в которой проблемы могут быть решены, а высокое качество медицинской помощи поощрено.

Литература:

1. Kouzes J.M., Posner B.Z. Five best practices // Leaders hExcell. – 2009. – 26. – 3. – e4.
2. Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership // Lancet. – 2003. – 361. – 1978. – e80.
3. Alimo-Metcalfe B., Alban-Metcalfe J. Leadership. Heaven can wait // Health Serv. J. – 2000. – 11. – 26. – e9.
4. NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges // Medical leadership competency framework, enhancing engagement in medical leadership. – 3rd ed-n. – July 2010.
5. West M., Eckert R., Steward K., Pasmore B. Developing collective leadership for healthcare. The King's fund and.2014.Greensboro. – NC: Center for Creative Leadership.

ВЕСТНИК НАУКИ И ТВОРЧЕСТВА

КОНЦЕПЦИЯ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОСТИ

*Әділбеков Айбек Абайұлы,
Казахский национальный университет
им. аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан*

E-mail: A.aibek9205@mail.ru

Аннотация. Концепция культуры безопасности зародилась за пределами здравоохранения, в исследованиях организаций с высокой надежностью – организаций, которые постоянно сводят к минимуму неблагоприятные события, несмотря на выполнение сложной и опасной по своей сути работы.

Ключевые слова: культура безопасности, здравоохранение, медицина.

Цель: изучить вопросы культуры безопасности в здравоохранении.

Организации с высокой надежностью поддерживают приверженность безопасности на всех уровнях - от рядовых сотрудников до менеджеров и руководителей [1].

Эта приверженность формирует «культуру безопасности», которая включает в себя следующие ключевые характеристики:

- признание рискованного характера деятельности организации и решимость обеспечить постоянную безопасность работы;
- среда, свободная от вины, в которой люди могут сообщать об ошибках или близких к ним промахах, не опасаясь выговора или наказания;
- поощрение сотрудничества между сотрудниками разных рангов и дисциплин для поиска решений проблем безопасности пациентов;
- выделение организацией ресурсов для решения проблем безопасности [2; 3].

Повышение культуры безопасности в здравоохранении является важным компонентом предотвращения или снижения количества ошибок и повышения общего качества медицинского обслуживания. Исследования зафиксировали значительные различия в восприятии культуры безопасности в разных организациях и должностных категориях. В ходе предыдущих опросов медсестры постоянно жаловались на отсутствие атмосферы, свободной от вины, а поставщики услуг всех уровней отмечали проблемы с приверженностью организации к созданию культуры безопасности. Причины недостаточного

развития культуры безопасности в здравоохранении сложны: здесь играют роль слабая командная работа и коммуникация, «культура заниженных ожиданий» и перепады полномочий [4; 5].

Измерение и достижение культуры безопасности

Культура безопасности обычно измеряется с помощью опросов поставщиков услуг всех уровней. Среди доступных проверенных опросов - AHRQ's Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) и Safety Attitudes Questionnaire. В этих опросах поставщиков услуг просят оценить культуру безопасности в своем подразделении и в организации в целом. Версии опросника AHRQ «Культура безопасности пациентов» доступны для больниц и домов престарелых, и AHRQ ежегодно предоставляет обновленные данные о контрольных показателях, полученные в ходе больничного опроса. Культура безопасности была определена и может быть измерена, а низкое восприятие культуры безопасности было связано с увеличением количества ошибок. Однако добиться устойчивого повышения культуры безопасности может быть непросто. Конкретные меры, такие как обучение работе в команде, обход руководителей и создание команд по безопасности на базе подразделений, были связаны с улучшением показателей культуры безопасности, а в некоторых исследованиях – с уменьшением количества ошибок. Другие методы, такие как группы быстрого реагирования и структурированные методы коммуникации, такие как SBAR, широко внедряются для решения таких культурных проблем, как жесткая иерархия и проблемы коммуникации, но их влияние на общую культуру безопасности и количество ошибок остается недоказанным [6; 7].

Культура индивидуальной вины, все еще доминирующая и традиционная в здравоохранении, несомненно, препятствует развитию культуры безопасности. Одна из проблем заключается в том, что, хотя «не винить» – это подходящая позиция для многих ошибок, некоторые ошибки кажутся заслуживающими вины и требуют ответственности. В попытке примирить двойную потребность в отсутствии вины и соответствующей ответственности сегодня широко используется концепция справедливой культуры. Справедливая культура фокусируется на выявлении и решении системных проблем, которые заставляют людей участвовать в небезопасном поведении, сохраняя при этом индивидуальную ответственность путем установления нулевой терпимости к безрассудному поведению. В отличие от всеобъемлющего подхода «без вины виноватых», который до сих пор предпочитают некоторые, она различает человеческие ошибки (например, промахи), поведение, связанное с риском (например, использование коротких путей), и безрассудное поведение (например, игнорирование необходимых мер безопасности). В справедливой культуре реакция на ошибку или промах зависит от типа поведения, связанного с ошибкой, а не от серьезности события. Например, такое безрассудное поведение, как отказ от проведения «тайм-аута» перед операцией, заслуживает карательных мер, даже если пациенты не пострадали [8; 9].

Культура безопасности – это, по сути, локальная проблема, поскольку в рамках одной организации могут существовать значительные различия в восприятии культуры безопасности. Восприятие культуры безопасности может быть высоким в одном подразделении больницы и низким в другом подразделении, или высоким среди руководства и низким среди рядовых сотрудников. Исследования также показывают, что индивидуальное выгорание медработников негативно влияет на восприятие культуры безопасности. Эти различия, вероятно, способствуют неоднозначным результатам вмешательств, направленных на улучшение климата безопасности и снижение количества ошибок. Поэтому руководство организации должно быть глубоко вовлечено и внимательно относиться к проблемам, с которыми сталкиваются работники на передовой, и понимать установленные нормы и «скрытую культуру», которые часто определяют поведение.

Заключение

Многие факторы, определяющие культуру безопасности, зависят от межпрофессиональных отношений и других местных условий, поэтому изменение культуры безопасности происходит на уровне микросистемы. В результате для повышения культуры безопасности часто необходимо вносить постепенные изменения в повседневное поведение медработников [10; 11; 12].

Литература:

1. Slawomirski L., Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action. – Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>, дата обращения: 6 сентября 2023 г.
2. Panagioti M., Khan K., Keers R.N., Abuzour A., Phipps D., Kontopantelis E. et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis // *BMJ*. – 2019. – 366. – 14185. – doi:10.1136/bmj.14185.
3. Hodkinson A., Tyler N., Ashcroft D.M., Keers R.N., Khan K., Phipps D. et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis // *BMC Med*. – 2020. – 18 (1). – 1-3.
4. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. *OECD Health Working Papers*. – No. 106. – Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. – 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>, дата обращения: 6 сентября 2023 г.
5. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*. – No. 96. – Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>, дата обращения: 6 сентября 2023 г.

6. Meara John G., Andrew J.M. Leather, Lars Hagander, Blake C. Alkire, Nivaldo Alonso, Emmanuel A. Ameh, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development // *The lancet*. – 2015. – 386. – 569-624.

7. Rodziewicz T.L., Houseman B., Hipskind J.E. Medical error reduction and prevention. Treasure Island. – FL: StatPearls Publishing. – 2023.

8. Raoofi S., Kan F.P., Rafiei S., Hosseinipalangi Z., Mejareh Z.N., Khani S. et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis // *PLoS One*. – 2023. – 18 (1). – e0274248.

9. Markwart R., Saito H., Harder T., Tomczyk S., Cassini A., Fleischmann-Struzek C. et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis // *Intensive Care Med*. – 2020. – 46 (8). – 1536-51. – doi:10.1007/s00134-020-06106-2.

10. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving diagnosis in health care. – Washington (DC): National Academies Press. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.7326/M15-2256>, дата обращения: 6 сентября 2023 г.

11. Bergl P.A., Nanchal R.S., Singh H. Diagnostic error in the critically ill: defining the problem and exploring next steps to advance intensive care unit safety // *Ann Am Thorac Soc*. – 2018. – 15 (8). – 903-7.

12. Gunderson C.G., Bilan V.P., Holleck J.L., Nickerson P., Cherry B.M., Chui P. et al. Prevalence of harmful diagnostic errors in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Qual Saf*. – 2020. – 29 (12). – 1008-18.

ВЕСТНИК НАУКИ И ТВОРЧЕСТВА

ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ ОТКРЫТИЯ ЭЛЕКТРОНА

*Мамедов Вагиф Наджаф оглы,
Керимова Тахира Кадыр кызы,
Аскерова Айсель Габил кызы,
Новрузова Гаджар Хасай кызы,
Азербайджанский государственный
аграрный университет,
г. Гянджа, Азербайджан*

E-mail: mammedov1948@mail.ru

Аннотация. В данной статье описываются интересные факты, касающиеся открытия электрона.

Ключевые слова: древняя Греция, янтарь, гипотез де Бройля, Бенджамин Фрактин, электролиз, Фарадей, электрический заряд, корпускулярные и волновые свойства, катодные лучи.

Название «электрон» происходит от греческого слова означающего янтарь. Ещё в древней Греции естествоиспытателями проводились эксперименты – куски янтаря трели шерстью, после чего те начинали притягивать к себе мелкие предметы.

В настоящее время представление о том, что «атом – мельчайшая частица материи», практически утратило свою суть с сегодняшней научной точки зрения. Всем уже хорошо известно, что открыты десятки элементарных частиц, меньших размеров самого атома, и мы не сомневаемся в тех, которые вероятно, еще не открыты, но существуют. Однако нельзя забывать, что значение электрона сегодня особенно велико.

Электрон – первая экспериментально подтвержденная отрицательно заряженная элементарная частица. Заряд его равен $-1,602 \cdot 10^{-19}$ Кл. а масса электрона равна $9,1 \cdot 10^{-31}$ кг. Электрон неделим и является одной из основных структурных единиц вещества, обладает спином равным $\frac{1}{2}$, его время жизни не менее $6,6 \cdot 10^{28}$ лет. Согласно гипотезе де Бройля (1924), электрон обладает не только корпускулярными, но и волновыми свойствами.

Роль электрона в сложном строении атома незаменима. Изучение свойств электрона оказало большое влияние на развитие изучения применения материи в целом и формирование ее физического облика.

Совершим путешествие в прошлое.

В конце XVIII века известный американский учёный Бенджамин Фрактин выдвинул «теорию электричества», в результате своих многолетних экспериментов с электричеством. Согласно теории, электрическое явление

возникает благодаря особой электрической «жидкости» (ученый назвал ее флюоридом) во всех телах. Если этой «жидкости» в организме больше нормы, то он показывает отрицательный электрический заряд, а если меньше, то он показывает электрический заряд другого знака.

Об этой электрической материи учёный пишет: «Электрическая материя состоит из чрезвычайно мелких частиц. По этой причине они могут легко проходить сквозь самую плотную материю».

Отсюда делается вывод, что существует особая электрическая материя, состоящая из атомов. Эти атомы чрезвычайно малы по сравнению с атомами обычных веществ.

Теория Фраклина не имела большого резонанса, поскольку не основывалась на эмпирических фактах.

В 1833 г. англ. учёный М. Фарадей изучил сущность явления электролиза. Следует отметить, что явление электролиза было известно науке уже в конце 17 века: «при прохождении электрического тока через жидкости и сплавы предметы распадаются на составляющие».

Основная заслуга Фарадея заключалась в том, что ему удалось рассчитать величину необходимого электрического заряда за все время, затрачиваемое на полное разложение электролитов. Тогда же он определил, что через электролит должно пройти 96500 кулонов электрического заряда, чтобы отделить 1 г водорода от любого электролита. Точные измерения Фарадея показали, что для разделения 23 г Na, 35,45 г Cl, 39,1 г K и 107,87 г Ag требуется такое же количество электрического заряда. По-видимому, эти числа представляют собой атомные массы соответствующих элементов.

Итак, отсюда можно прийти к такому логическому выводу, что количество атомов в указанном количестве элементов равно количеству атомов в 1 г водорода.

То есть, столько же, сколько один атом водорода несет электрический заряд, один атом Na, один Cl, один K, один атом Ag также несут такой же электрический заряд. Чуть позже ученый проводит эксперименты, взяв 24,31г Mg, 40,08г Ca, 65,38г Zn, которые являются двухвалентными элементами, и в это время оказывается, что для этих элементов не 96500 кулонов, а в 2 раза больше, т.е. 193000 кулоны, требуется. Это число увеличивается в 3 раза для 3-валентных элементов, в 4 раза для 4-валентных элементов и так далее. уже происходит.

На основе всех этих фактов Фарадей открывает свои знаменитые законы электролиза.

В 1859 году немецкий учёный Плюккер при излучении электрического тока из разрежённых газов заметил, что с поверхности катода испускается особый луч, освещающий место его падения. Хитторф, Гольштейн и Крукс провели исследования в этой области и назвали этот луч катодным лучом.

Еще в 1869 году изучая флуоресценцию на стенках стеклянной трубки, Хитторф наблюдал образование нового типа пучка лучи. Ученый У. Крукс, который расширил исследования в этой области, в 1874 году в Шеффилде в

своем докладе, озаглавленном «Материя лучи или четвертое состояние материи», выдвинул столь смелую для того времени гипотезу. Согласно этой гипотезе, катодный луч состоит из потока отрицательно заряженных частиц материала, имеющих высокую скорость. По словам ученого, эти частицы входят в состав каждого атома элемента.

Гипотеза учёного не принимается однозначно мировыми учёными. Они даже думали, что он сошел с ума.

Знаменитый учёный Генрих Герц, открывший электромагнитные волны, показал, что катодные лучи – это не поток заряженных материальных частиц, а особый тип волн, распространяющихся в эфире.

Однако после получения неопровержимых фактов эта гипотеза, выдвинутая У. Круксом, принимается мировыми учеными.

В 1879 году Крукс изобрел радиометр и обнаружил, что катодные лучи распространяются прямолинейно. В 1891 году англ. по предложению ученого Стойни эти частицы названы «электронами» (что по-гречески означает янтарь).

Завершая свои исследования, Крукс высказывает оптимистическое мнение: «...в наших руках находятся частицы, составляющие основу всей физики Вселенной.... Мы вступили в область, где материя и энергия тесно связаны».

Итак, можно сказать, что катодные лучи — это поток отрицательно заряженных электронов, который Франклин однажды назвал «электрической жидкостью».

В области изучения катодных лучей, ученый Джон Томсон провел более обширные исследования. Он проделывает огромную фундаментальную работу, определяя заряд и массу этих лучей. И по этой причине открытие электрона связано с его названием. За свою работу учёный был удостоен Нобелевской премии в 1906 году. Открытие электрона официально считается датой 29 апреля 1897 года.

Следует отметить, что когда Дж. Томсон читал лекцию об электронах в Королевском обществе, большинство ученых отнеслись к нему скептически. Даже гениальный Планк в 1925 году открыто признался, что в 1900 году я не верил в гипотезу Томсона о том, что электрон является элементарной частицей.

В 1916 году американские учёные Стюарт и Толмен в результате точных исследований пришли к выводу, что катодные лучи не отличаются от электронов, которые являются переносчиками электрического тока в металле, то есть являются электронами.

Следует отметить, что случай, подтверждающий наличие обычных электронов в металлах, был доказан недавно. Например, явление фотоэффекта. Ее автор – Генрих Герц, открывший радиотелеграф. Благодаря этому явлению металлы приобретают положительный заряд при освещении ультрафиолетовым или обычным светом. Это происходит из-за отрыва электрона от поверхности металла при облучении.

Еще одним фактом, доказывающим существование электронов в металлах, является явление «электронной эмиссии». Это явление основано на том, что

металлы испускают электроны при нагревании до высоких температур. Это явление впервые открыл Эдмон Беккерель в 1853 году. Позже Гитторф, Гольдштейн и другие ученые попытались изучить это явление дальше.

Ни для кого не секрет, что сегодня роль электрона незаменима. Так, невозможно представить какой-либо процесс в атоме без участия электрона. Можно показать, что все оптические, электрические, магнитные, химические и механические свойства веществ объясняются особым движением электрона. Движение электронов вызывает течение электрического тока в проводниках. Без представления об электроне невозможно говорить о химической связи, химической активности элементов, валентности, состояниях окисления, а также периодических законах и спектрах.

Литература:

1. Реми Г. Курс неорганической химии. – Изд. «Мир», 1972. – Том 1.
2. Некрасов Б.В. Основы общей химии. – М., 1973.
3. Угай Я.А. Общая и неорганическая химия. – М., 2002.
4. Зайцев О.С. Общая химия. – М., 1990.
5. Глинка Н.Л. Общая химия. – М., 1984.

**ИССЛЕДОВАНИЕ
ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ
МОТОРНЫХ МАСЕЛ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
КОНТРОЛЬНОГО АНАЛИЗА**

*Порядина Дарья Александровна,
Галев Сергей Иванович,
Жоров Илья Александрович,
Военной академии ракетных войск
стратегического назначения имени
Петра Великого, г. Серпухов*

E-mail: sibilda1@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования состояния моторных масел марки МТ-16П на соответствие требованиям ГОСТ 6360-2020. Представлена характеристика стандартных методов исследования показателей качества контрольного анализа моторных масел.

Ключевые слова: моторное масло, качество, контрольный анализ.

В настоящее время проводят два вида анализа моторных масел: полный (или арбитражный) и контрольный анализ [1].

Полный анализ моторных масел проводят по 13-15 физико-химическим показателям только в аккредитованных лабораториях при составлении паспорта качества [1; 2].

Контрольный анализ моторных масел выполняют по 8-ми физико-химическим показателям (плотность, кинематическая вязкость, зольность, щелочное число, массовая доля воды, массовая доля механических примесей, температура вспышки в открытом тигле, температура замерзания), определяют состояние образцов в процессе хранения. Для определения каждого показателя качества необходимо персональное, сложное оборудование, предварительная подготовка пробы к анализу и дополнительные реактивы. Поэтому во внелабораторных условиях определение состояния моторных масел невозможно.

Цель работы: провести оценку состояния и анализ стандартных методик определения показателей качества моторных масел.

Для достижения поставленной цели проводили:

- 1) контрольный анализ моторных масел по 8 показателям качества;
- 2) анализ стандартных показателей качества моторных масел и методик для их определения.

В качестве объектов исследования выбраны восемь образцов моторного масла марки МТ-16П (универсальное, применяется для дизельных двигателей) различных производителей (табл. 1) [3].

Таблица 1

Характеристика объектов исследования

Наименование	Наименование продукта	Марка	Изготовитель
Образец 1	Моторное масло	МТ-16П	Омский НПЗ
Образец 2			Уфимский НПЗ
Образец 3			Волгоград НПЗ
Образец 4			Омский НПЗ*
Образец 5			Уфимский НПЗ*
Образец 6			Волгоград НПЗ*
Образец 7			Омский НПЗ*
Образец 8			Уфимский НПЗ*

* - образцы предоставлены одним изготовителем с различной датой розлива.

Состояние моторного масла МТ-16П определяется по ГОСТ 6360-2020 (табл. 2).

Таблица 2

Физико-химические показатели моторного масла марки МТ-16П (ГОСТ 6360-2020) [3]

№ п/п	Наименование показателя	Значение
1	Кинематическая вязкость при 100 °С, мм ² /с	15,5-16,5
2	Индекс вязкости, не менее	85
3	Зольность, %, в пределах	0,6-1,0
4	Щелочное число, мг КОН на г масла, не менее	4,0
5	Массовая доля механических примесей, %, не более	0,015
6	Массовая доля воды, %, не более	Следы
7	Температура вспышки, определяемая в открытом тигле, °С, не ниже	210
8	Температура застывания, °С, не выше	-25
9	Коррозионность на пластинках из свинца, г/м ² , не более	5,0
10	Моющие свойства по ПЗВ, баллы, не более	1,0
11	Степень чистоты, мг на 100 г масла, не более	600
12	Цвет масла на колориметре ЦНТ, с разбавлением 15:85, единицы ЦНТ, не более	7,0
13	Плотность при 20 °С, г/см ³ , не более	0,905
14	Показатель износа (Ди) при нагрузке 196 Н, не более	0,45

Для определения показателей качества применяют только инструментальные методы анализа. Для определения каждого показателя необходимо персональное оборудование [1-2].

Провели контрольный анализ 8-ми образцов моторного масла марки МТ-16П на соответствие ГОСТ 6360-83 по стандартным физико-химическим показателям качества:

- 1) вязкость кинематическая при 100 °С;
- 2) зольность, %;
- 3) содержание механических примесей;
- 4) содержание воды;
- 5) температура вспышки определяемая в открытом тигле, °С;
- 6) щелочность, мг КОН на 1 г. масла;
- 7) плотность при 20 °С, г/см³;
- 8) температура замерзания (застывания), °С [4-9].

В идентичных условиях провели исследование 8-ми образцов моторных масел. Результаты исследования моторных масел марки МТ-16П приведены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты контрольного анализа моторного масла марки МТ-16П

Наименование показателей	ГОСТ 6360-2020	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Вязкость кинематическая при 100 °С	15,5-16,5	15,8	15,8	15,3	16,13	15,1	15,29	15,9	15,7
2. Зольность, %	0,6-1,0	0,92	0,90	0,82	0,94	0,90	0,93	0,95	1,1
3. Содержание механических примесей	<0,015	0,011	0,011	0,01	0,009	0,012	0,011	0,011	0,012
4. Содержание воды	Следы	Следы							
5. Температура вспышки в открытом тигле, °С	>219	218	256	226	253	219	227	249	263
6. Щелочность, мг КОН на 1 г. масла	>4,0	4,2	4,3	4,6	4,62	4,7	4	4,8	5,4
7. Плотность при 20 °С, г/см ³	<0,905	0,897	0,892	0,892	0,888	0,890	0,891	0,894	0,890
8. Температура замерзания (застывания), °С	<25	-25	-25	-25	-25	-25	-25	-25	-25

Установлено, что 3 образца из 8-ми (образцы №2, №4, № 4) соответствуют требованиям ГОСТ по всем показателям.

Для образца №1 температура вспышки ниже ГОСТ на 1 °С, для образца №5 на нижней границе ГОСТ. Предположительно в этих образцах большое количество легкокипящих фракций. Длительное применение приведет к образованию нагара и вероятность возгорания масла при контакте с горячими элементами мотора.

Для образцов №3, №5, №5 установлено несколько заниженное значение кинематической вязкости по сравнению с требованиями ГОСТ. Изменение не

приведет к возникновению неисправностей. Это косвенный признак деструкции присадок.

В образце №6 щелочность на нижней границе ГОСТ, следовательно, несколько завышена кислотность (содержание водорастворимых кислот).

Образец №8 – зольность выше ГОСТ, температура вспышки и щелочность завышены среди выборки.

Провели сравнительную характеристику методик определения 8-ми показателей качества контрольного анализа моторных масел на примере моторного масла марки МТ-16П (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительная характеристика стандартных методик исследования моторных масел

Характеристика	Показатели качества по ГОСТ 6360-2020							
	Вяз- кость	Золь- ность	Содержание мех. примесей	Содер- жание воды	Температура вспышки	Щелоч- ность	Плот- ность	Температура замерзания
Объем пробы, см ³	100	100	100	100	100	100	100	100
Дополнитель- ные реактивы	+	+	+	+	-	+	-	+
Время измере- ния, мин	30-60	90	180	30-60	30-60	60-90	10	30
Мобильность	-	-	-	-	-	-	-	-
Необходимость специальных условий	+	+	+	+	+	+	-	+
Примерная сто- имость, т.руб.	60	300	300	90	20	70	1	250

Установлено, объем пробы для всех испытаний 100 мл; требуются дополнительные реактивы; сложное оборудование с длительным нагревом, время анализа от 30 до 180 минут. Исследования 7-ми показателей из 8-ми должны проводиться только в лаборатории.

Проведено исследование восьми образцов моторных масел марки МТ-16П на соответствие ГОСТ 6360-2020 по перечню контрольного анализа. Установлено, что 33 % исследуемых образцов не соответствуют требованиям ГОСТ.

Литература:

1. Сафонов Л.С., Ушаков А.И. Автомобильные топлива: Химмотология. Эксплуатационные свойств. – СПб.: НПИКЦ, 2002. – 264 с.
2. Корчуганова М.А., Сырбаков А.П., Чечкенов И.В. Топливо и смазочные материалы. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2015. – 159 с.
3. ГОСТ 6360-2020 Моторное масло МТ-16П. Технические условия. – М.: Изд-во стандартов, 2009. – 13 с.
4. ГОСТ Р 51069-97 Нефть и нефтепродукты. Метод определения плотности, относительной плотности и плотности в градусах API ареометром. – М.: Изд-во стандартов, 2008. – 12 с.
5. ГОСТ 6356-75 Нефтепродукты. Метод определения температуры вспышки открытым тигле. – М.: Изд-во стандартов, 2015. – 5 с.
6. ГОСТ 20287-91 Нефтепродукты. Методы определения температур текучести и замерзания. – М.: Изд-во стандартов, 1999. – 14 с.
7. ГОСТ 33-2016 Нефть и нефтепродукты. Прозрачные и непрозрачные жидкости. Определение кинематической и динамической вязкости. – М.: Изд-во стандартов, 2017. – 35 с.
8. ГОСТ 10577-78 Нефтепродукты. Метод определения содержания механических примесей. – М.: Изд-во стандартов, 2008. – 7 с.
9. ГОСТ 5985-2022 Нефтепродукты. Методы определения кислотности и кислотного числа. – М.: Изд-во стандартов, 2022. – 12 с.

ЗАНЯТИЕ ВЫСШЕГО ПОЛОЖЕНИЯ В ПРЕСТУПНОЙ ИЕРАРХИИ

*Саперов Алексей Иванович,
Марийский государственный
университет, г. Йошкар-Ола*

E-mail: alexseilis87@gmail.com

Аннотация. Данная статья посвящена вопросам рассмотрения уголовно-правовых и криминологических аспектов преступления предусмотренного статьей ст. 210.1 УК РФ – «Занятие высшего положения в преступной иерархии». Рассмотрены нормы уголовного права, регламентирующие правовое положение данных лиц, а также проблемы справедливой реализации действия статьи 210.1 УК РФ в уголовном судопроизводстве РФ.

Ключевые слова: уголовное право и процесс, высшее положение в преступной иерархии, разъяснение и практика применения в судах, санкции, освобождение от наказания.

В соответствии с Федеральным законом от 01.04. 2019№ 46 - Ф.З."О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части противодействия организованной преступности", в действующем Уголовном Кодексе РФ появилась статья 210.1 – «Занятие высшего положения в преступной иерархии», санкции которой подразумевают назначение наказания связанное с лишением свободы на срок от 8 до 15 лет со штрафом в размере до пяти миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 5 лет либо без такового и с ограничением свободы на срок от одного года до двух лет.

Диспозиция новой статьи УК повторяет ее название и предельно четко объясняет состав преступления. Нововведение вызвало большой резонанс, как в научной среде, так и у практикующих юристов (адвокатов), обозначив перед правоприменителями много неразрешенных до сих пор вопросов(в том числе соответствия масштаба проблемы связанной с организованной преступностью и

необходимостью нормы отражающей наличие преступной иерархии). В частности, ряд ученых, например: В.В. Агильдин, А.А. Лохова, С.Е. Ловцевич, Т.В. Стукалова, П.А. Скобликов, считают, что уголовно-правовая норма, предусмотренная ст. 210.1 УК РФ, требует доработки.

Согласно определения данного в энциклопедии Википедия, иерархия организаций подразумевает структуру с вертикальной формой управления (контроля) элементами, входящими в неё. В организации иерархия обычно состоит из единственного числа / группы власти на вершине с последующими уровнями власти под ними. Фактически это пирамида, каждым уровнем которой управляет более высокий уровень. Из этого следует, что занятие высшего положения иерархии – есть занятие места самого высокого и единственного (поскольку выше его уже не существует).

По крайней мере, признание Россией наличия в государстве преступной иерархии после публичных заявлений в 2008 и 2015 годах о победе над организованной преступностью, звучит полагаю несколько непоследовательно. Тем не менее, с 2019 года Россия приняла курс на жесткую и непримиримую борьбу с лицами, возглавляющими преступную иерархию (началось уголовное преследование «воров в законе»). Напомню, что аналогичная норма ранее была введена в Грузии, где законодательная власть в 2006 году приняла поправки в свой уголовный кодекс, предусмотрев статью 223.1 УК Грузии, регламентировавшую уголовную ответственность за членство в воровском сообществе, а также за пребывание лица в статусе «вора в законе».

С практической точки зрения, несмотря на разъяснения Пленума ВС РФ от 10.06.2010 г. № 12 «О судебной практике рассмотрения уголовных дел об организации преступного сообщества (преступной организации) или участия в нем (ней)», в котором разъяснены признаки высшего положения в преступной иерархии, следователям доставляют определенные трудности при доказывании данного положения обвиняемого. Как выясняется, наряду с «ворами в законе» существует целый пласт верхушки преступного мира, куда относятся «положенцы», «смотрящие» и другие авторитеты преступного мира. Придерживаясь мнения ряда практикующих юристов, полагаю, что причастность лиц к рассматриваемому преступлению должна проверяться с момента возбуждения дела и подтверждаться документально.

Ещё больше вопросов возникает, когда мы переходим к конкретным уголовным делам по ст. 210.1 УК РФ, при рассмотрении особенностей предъявления обвинений в связи с наличием титула «вора в законе» Процессуальная беспомощность следователей и прокуроров при толковании исследуемой статьи, стремление подменять необходимые полновесные доказательства (добытые с соблюдением норм УПК), результатами оперативно-

розыскной деятельности, отсутствие достаточной судебной практики приводят к необоснованным обвинениям, либо к уходу от ответственности по данной статье виновных лиц. Однако проблемы, связанные с отсутствием в России надлежащей нормативной базы, которая бы регламентировала вопросы иерархичности преступной среды, «статусности» высших лиц криминала, не дают возможности участникам уголовного судопроизводства достичь единообразия в применении ст. 210.1 УК РФ. По меньшей мере, в итоге обвиняемые по данной статье могут бессечно содержаться в следственных изоляторах с систематическим нарушением их конституционных прав и законных интересов, а это уже проблема по защите лиц от необоснованного обвинения.

Преступление, предусмотренное ст. 210.1 УК РФ, по конструкции объективной стороны является формальным, то есть оно будет считаться оконченным в момент занятия лицом высшего положения в преступной иерархии. Для квалификации данного деяния не имеют значения последствия. Но момент окончания данного преступления принципиален. Если законодатель в конструкции ст. 210.1 УК РФ связывает время совершения данного преступления исключительно с моментом занятия лицом высшего положения в преступной иерархии, то привлекать лиц к уголовной ответственности возможно только с 12.04.2019 (дата вступления в силу поправок в УК РФ) и не ранее. Этот довод прямо корреспондирует положениям ст. 54 Конституции РФ и ст. 10 УК РФ, согласно которым закон, устанавливающий или отягчающий ответственность, обратной силы не имеет. Никто не может нести ответственность за деяние, которое в момент его совершения не признавалось правонарушением. Если законодатель под словом «занятие» в диспозиции ст. 210.1 УК РФ предположил неопределенный временной промежуток, в течение которого лицо пребывает в таком статусе, то речь следует вести о длящемся преступлении. Длющееся преступление начинается с момента наступления преступного состояния и кончается в момент прекращения этого преступного состояния вследствие действия самого виновного, направленного к прекращению преступления, или наступления событий, препятствующих совершению преступления (вмешательство органов власти). Принимая во внимание, что в диспозиции статьи ничего не сказано о территориальности преступной иерархии, то в соответствии со ст. 11 и 12 УК РФ полагаю правильно будет толковать её действия на всей территории РФ.

Иными словами, в обязанности следователя должно входить фактическое определение, когда же появились все четыре признака состава преступления, предусмотренного ст. 210.1 УК РФ (объект, объективная сторона, субъективная сторона, субъект), на протяжении какого времени оно длилось, кем и когда было

пресечено. Позже прокурор обязан при проверке полноты и обоснованности сформулированного обвинения, изложенного в обвинительном заключении, определять наличие в фабуле таких факультативных признаков преступления, как место, время и способ. Эти факультативные признаки преступления, подлежащие доказыванию, закрепленные в ст. 73 УПК РФ, важны как минимум потому, что дают возможность внятно формулировать основные тезисы обвинения, четко и понятно описывать объективную сторону преступного деяния.

Если с местом и временем совершения данного преступления более менее трудности понятны, то к способу его совершения полагаю также следует обратить внимание. Как следует из ст. 73 УПК РФ, это обстоятельство, подлежащее доказыванию с помощью средств, предусмотренных ст. 74 УПК РФ.

Способ – это действие или система действий, применяемые при исполнении какой-нибудь работы, при осуществлении чего-нибудь (толковый словарь русского языка по С.И. Ожегову). Способ совершения преступления, предусмотренного ст. 210.1 УК РФ, – это совокупность действий, направленных на вхождение в преступную иерархию, установление наличия высшего положения, занятие и удержание такового.

К объективной стороне данного преступления относится:

– активные действия самого лица, привлекаемого к ответственности. В частности, выражение о вступлении в преступную организацию, дальнейшее руководство ею в качестве единоличного руководителя.

– действия иных лиц, которые создают условия для существования данного сообщества, детерминируют правила и негласные законы, допускают искомое лицо к занятию высшего положения.

Если при формулировании обвинения следователь не раскрывает последовательность действий как самого лица, привлекаемого к ответственности, так и тех, кто ему способствовал, то есть не приводит описания процедуры возведения в высший ранг преступной иерархии, то это ведет к размытию способа совершения данного преступления, отсутствию определенности при его толковании. Иерархичность уголовной среды в России не является общеизвестным фактом, а потому требует соответствующего доказывания.

Средствами доказывания в исследуемой ситуации являются показания лиц, допрашиваемых в качестве свидетелей, о наличии процедуры возведения человека в статус высшего положения в преступной иерархии с описанием всех необходимых деталей: последовательности действий участников, их времени и месте, легитимности принимаемого решения, объема властных полномочий. Иными словами, те, кто «короновал вора в законе», должны прямо и

недвусмысленно это показать. Детализацией способа занятия лицом высшего положения в преступной иерархии является также и указание на принесенную присягу, а равно даваемую клятву. К числу доказательств в этом случае – с учетом высокой степени конспирации описываемых событий – могут относиться и данные, полученные в ходе оперативно-розыскных мероприятий (показания свидетелей, перехват телефонных разговоров, видеосъемка и т.д.).

К лицам занимающим высшее положение в преступной иерархии относятся «воры в законе», – это лица, получившие такое звание на так называемой «воровской сходке», при наличии нескольких признанных «воров в законе», также прошедшие предварительный «дресс-код» на претендента. Как правило сюда относятся – неоднократная судимость и преступный опыт, углубленное знание воровских обычаев и традиций, преобладающих в преступной среде, наличие определенного авторитета среди членов преступного сообщества и т.д.

Наряду с определенными «привилегиями» предоставленными «ворам в законе» у них имеются и определенные «обязанности», в частности невозможность отказа от своего статуса ни при каких условиях.

Конечно сам факт признания «вором в законе» своего статуса потворствует следственным органам в избличении данной категории лиц, но в то же время отсутствие сведений, достоверность, допустимость и относимость которых можно проверить, лишает следователя возможности законно и обоснованно указать в постановлении о привлечении в качестве обвиняемого на конкретный и индивидуально определенный способ совершения преступления, предусмотренного ст. 210.1 УК РФ.

Однако криминализация факта, что лицо занимает то или иное положение в преступном сообществе представляется сложным еще и по следующим причинам:

– преступным сообщество можно признать только по приговору суда за совершение преступления, и при расследовании дела следует доказать в суде роль, которое лицо играло в этом сообществе;

– также подобная криминализация, полагаю лишает человека шанса добровольно выйти из преступной среды и встать на путь исправления.

В связи с последним доводом, полагаю необходимо внести в рассматриваемую статью УК РФ примечание нижеследующего текста, по примеру внесенного примечания в ст.210 УК РФ (в ред. Федерального закона от 01.04.2020 N 73-ФЗ):

«Лицо, добровольно прекратившее участие в преступном сообществе (преступной организации), публично отказавшееся от занятия соответствующего высшего положения в преступной иерархии, – освобождается от уголовной

ответственности, если в его действиях не содержится иного состава преступления».

Полагаем, что уместна необходимость внесения законодателем специального примечания относительно субъекта преступления, а именно оснований освобождения от уголовной ответственности предусмотренного ст.210.1 УК РФ «занятие высшего положения в преступной иерархии». В свою очередь наличие в Уголовном законодательстве такого примечания будет способствовать декриминализации самой преступной среды, отторжению криминальной субкультуры в различных слоях социального общества.

По результатам проведенной работы, криминализации ст.210.1 УК РФ было произведено рассмотрение без глубокого анализа, в следствие чего имеются пробелы и неточности в понимании объекта, субъекта, субъективной и объективной стороны данного преступления. На мой взгляд отмеченная работа может стать соответствующим стимулом для дальнейшего исследования и основой совершенствования заявленной проблемы, актуальной в настоящее время.

1. В законодательстве Российской Федерации имеется ряд недостатков и пробелов, требующих их устранения, путем внесения изменений и дополнений в соответствующие нормативно-правовые акты.

2. Требуется четкое однозначное толкование понятия «высшее положение в преступной иерархии» и устранение неразрешенных вопросов, возникших с принятием Федерального закона № 46-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодекс РФ» от 01.04.2019 г. по поводу данных понятий.

3. Требуется разъяснения Постановления Пленума Верховного Суда РФ по поводу конкуренции норм уголовного права в вопросе применения ст. 210.1 УК РФ и (или) ч.4 ст. 210 УК РФ .

4. Целесообразно привести в соответствие все нормативные акты, содержащие понятия, необходимые для квалификации преступления предусмотренного ст. 210.1 УК РФ. В уголовном законодательстве имеются случаи смешивания и отождествления данных понятий: в ч. 4 ст. 210 УК РФ, устанавливающей ответственность лиц занимающим высшее положение в преступной иерархии при создании преступного сообщества (преступной организации) в целях совершения одного или нескольких тяжких или особо тяжких преступлений либо руководство преступным сообществом (преступной организацией) или входящими в него (нее) структурными подразделениями, а равно координация действий организованных групп, создание устойчивых связей между ними, разработка планов и создание условий для совершения преступлений организованными группами, раздел сфер преступного влияния и

(или) преступных доходов между такими группами, которому придается расширительное толкование и который обобщает несколько разных понятий в одно.

5. Полагаем, что актуальна необходимость внесения законодателем архиважного примечания относительно субъекта преступления, а именно оснований освобождения от уголовной ответственности предусмотренного ст.210.1 УК РФ «занятие высшего положения в преступной иерархии». В свою очередь наличие в Уголовном законодательстве такого примечания будет способствовать декриминализации самой преступной среды, отторжению криминальной субкультуры в различных слоях социального общества.

Литература:

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 25.12.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.12.2023).

2. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 25.12.2023).

3. Федеральный закон от 01.04.2019 № 46-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации в части противодействия организованной преступности».

4. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 10 июня 2010 года № 12 – «О судебной практике рассмотрения уголовных дел об организации преступного сообщества (преступной организации) или участия в нем (ней)».

5. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / Под ред. проф. Л.И. Скворцова. – 28-е изд. перераб. – М.: Мир и образование, 2014. – 1376 с.

6. Википедия, свободная энциклопедия.

7. ГАС РФ «Правосудие», судебная практика по ст. 210.1 УК РФ.

8. Научные статьи по тематике вопросов применения ст. 210.1 УК РФ: Иванцова Н.В. (проф., д.ю.н.), Столяров Д.А. (доцент, к.ю.н.).

**УПРАВЛЕНИЕ НЕМАТЕРИАЛЬНЫМ
АКТИВОМ КАК РЕСУРСОМ РАЗВИТИЯ
РЕГИОНА И ГОСУДАРСТВА**

*Дианова Вероника Александровна,
Зорина Людмила Александровна,
Краснодарский государственный
институт культуры, г. Краснодар*

E-mail: veron-a@mail.ru

Аннотация. В материалах исследования показано значение нематериальных активов региона, дана авторская классификация нематериальных активов. Автором определены источники нематериальных активов.

Ключевые слова: нематериальные активы, материальные ресурсы, креативный потенциал, управление, регион, ресурс, развитие.

На современном этапе развития человечество обращает внимание на то, что материальные ресурсы истощаются, и появляется необходимость изыскивать новые ресурсы и возможности для развития государства и общества. На первый план выдвигаются теории и практические подходы использования креативного потенциала человека для развития нематериальных ресурсов, большое внимание сегодня уделяется качеству и количеству высококлассного человеческого капитала [3].

Отдельно стоит сказать про результаты креативного потенциала человека, которые становятся объектами нематериального актива региона. Более того, в рамках темы нашего исследования выделим составную часть нашего объекта – регион. Сделаем акцент на том, что каждый регион РФ отличается своими особенностями, как по количеству проживающего населения (от этого зависит в определенной степени размер нематериального актива), так и по интенсивности вовлечения населения в производство, аккумуляцию и сохранение нематериального актива.

Предшествующие исследователи следующим образом определяли нематериальные активы региона. Андриссен Д, Тиссен Р. в своем исследовании раскрывают нематериальный актив региона, как навыки и неформализованные знания; технологии и формализованные знания; процессы управления; моральные ценности и нормы; ресурсы и приобретения (сложившаяся клиентская база, торговая марка и имидж, сеть поставщиков и клиентов) [1].

Авторы Михалкина Е.В., Косолапова Н.А. определяют нематериальный актив как региональный потенциал (материально-технической, финансово-инвестиционной, инновационной и др.), который позволяет получить синергетический эффект, необходимый для придания импульса региональному развитию [4].

Также выделим распространенное определение «нематериальный капитал региона», которые можно определить, как любые активы региона, состоящие из нематериальных капиталов компаний и организации, не имеющие вещественно-материального субстрата (как измеряемые, так и нет), и используемые в хозяйственной деятельности для реализации стратегии развития, а также специфических нематериальных элементов, необходимых для реализации функций региональной социально-экономической системы [2].

Основными субъектами управления нематериальным активом можем назвать: государство (с регулирующей и контрольно-надзорной функцией, как источник нормативно-правового регулирования системы управления нематериальным активом региона); органы муниципальной власти (низовой субъект управления, ориентирован на исполнение основных требований по развитию и сохранению нематериального актива региона); население (как генератор и потребитель нематериального актива региона).

Обозначим, что мы относим в рамках нашего исследования к нематериальному активу региона:

- историко-культурное наследие, сформированное под действием определенных социально-общественных норм, правил, культурных традиций (местный фольклор, традиция приготовления местных блюд, ремесло местных народов и т.д.);

- наличие определенных уникальных символов и явлений, характерных для территории, населения, национальности [2];

- составной элемент историко-культурного ядра российского прошлого и особенности его влияния на развитие общества России (включение части региональных символов в общероссийскую составляющую имиджа и репутации: медведь как символ Сибири (и РФ), ящерица – хозяйка медной горы Урала и др.);

- включенность региона в определенный исторический маршрут для позиционирования в туристической индустрии (достопримечательности, туристические маршруты, места общественного питания, которые будут интересны в процессе предоставления туристских услуг) [5].

Правильное и эффективное понимание сути обозначенных выше позиций у региональных властей может помочь развивать сферы производства и генерирования такого нематериального актива, что благоприятно скажется на положительной динамике: привлечения туристического потока в регион; привлечения инвестиционных ресурсов в регион; привлечения внимания государственных органов для реализации национальных программ развития. С

точки зрения экономики и управления к активам региона можем отнести непроектные активы, которые подразделяются на материальные и нематериальные. К материальным активам региона отнесем все физические объекты: земля, богатства недр, естественные биологические ресурсы, подземные водные ресурсы. В группу нематериальных активов стоит включить: патенты, авторские права, договоры об аренде, гудвилл (гудвилл – это бренд предприятия, наработанные деловые связи, торговая марка, репутация фирмы в мире).

Стоит сказать, что, несмотря на разные источники возникновения материальных и нематериальных активов существует прямая взаимосвязь таких активов. Материальные активы являются основой существования народностей региона, которые «производят» нематериальный актив региона. Раскроем источники нематериального актива региона:

1. Подходы и практики муниципального управления, следствием чего может являться техническое воплощение графических образов муниципальных образований, которые могут быть узнаваемыми и копируемыми в будущих периодах управления.

2. Наличие предприятий региона, которые являются образующими отрасли и сферы регионального развития (АПК, промышленность и т. д.).

3. Мелкие предприятия, которые создают уникальные творческие продукты и услуги, которые известны далеко за пределами региона и являются конкурентоспособными в сравнении с аналогами. Возможно, что такие предприятия используют местный уникальный материальный ресурс (например, недорогие камни региона, ресурсы легкой промышленности и др.).

4. Уникальные научно-технические центры и лаборатории, которые генерируют нематериальный актив, полезные для массового внедрения и улучшения качества жизни населения.

5. Площадки для проведения выставочно-ярмарочных мероприятий, интересны с точки зрения территориального расположения, которые генерируют в себе потенциал предпринимательской и творческой коммуникации, развития промышленных союзов и др.

Таким образом, в исследовании реализован авторский подход изучения категории «нематериальных активов региона», представлена классификация нематериальных активов. Для понимания возможностей управления нематериальным активом региона определены источники нематериальных активов.

Литература:

1. Андриссен Д., Тиссен Р. Невесомое богатство. Определите стоимость вашей компании в экономике нематериальных активов. – М.: Олимп-Бизнес. – 2004. – 256 с.

2. Безуглая Н.С., Чавыкина У.Г., Кондратьева Л.Н., Коротько Т.В., Веселова Н.Ю., Новиков В.С., Дианова В.А., Дмитриева А.В. исследование прикладных аспектов управления организациями социально-культурной деятельности. Коллективная монография. – Краснодар: Изд-во: ИП Шкуркин Д.В. (ДиректСайнс). – 2022. – 262 с.

3. Кравчук А.Ю., Махалова А.И. Нематериальные активы как основа концепции стратегического регионального развития // Ярославский педагогический вестник – 2011 – № 1 – Том I. – С. 66-70.

4. Михалкина Е.В., Косолапова Н.А. Оценка использования потенциала нематериальных ресурсов региона // TERRA ECONOMICUS. – 2018. – Том 16. – № 1. – С. 118-133.

5. Вицелярова К.Н., Захарова Ю.Н., Попов М.Н. Бизнес-планирование: учебное пособие для студентов, обучающихся в вузах культуры / Майкоп, 2018. – 132 с.

**ДЕЛЕГИРОВАНИЕ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ
ВЫСОКОЙ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ:
«ПРАВО НА ОШИБКУ» КАК ФАКТОР
УСТОЙЧИВОСТИ**

*Мокану Парасковия,
независимый эксперт
в области логистики и операционного
управления, член Chartered Institute of Logistics
and Transport, г. Кишинев, Молдова*

E-mail: parascovia.mocanu@gmail.com

Аннотация. В статье рассматривается делегирование ответственности в условиях высокой неопределенности как один из ключевых механизмов повышения организационной устойчивости. Актуальность темы обусловлена тем, что современные организации всё чаще функционируют в среде нестабильного спроса, технологических изменений, кадровых рисков, рыночной турбулентности и непредсказуемых внешних ограничений. В таких условиях традиционная модель управления, основанная на жёсткой централизации решений и стремлении полностью исключить ошибки, становится недостаточно эффективной. Чем выше неопределенность, тем быстрее руководителям приходится принимать решения, перераспределять ресурсы, реагировать на изменения и использовать инициативу сотрудников на разных уровнях организации.

Цель статьи – раскрыть управленческое значение делегирования ответственности и показать, каким образом «право на ошибку» может выступать не признаком слабого контроля, а фактором устойчивости организации. Особое внимание уделяется различию между безответственным допущением ошибок и управляемой ошибкой как источником обучения, адаптации и развития команды. В статье обосновывается, что в условиях неопределенности невозможно построить устойчивую организацию только на регламентах, наказаниях и вертикальном согласовании каждого действия.

Ключевые слова: делегирование, ответственность, неопределенность, право на ошибку, организационная устойчивость, управление персоналом, управленческие решения, адаптивность, доверие, риск-менеджмент, командная работа.

В условиях высокой неопределенности организация сталкивается не только с дефицитом информации, но и с дефицитом времени на принятие решений. Чем быстрее меняется внешняя среда, тем слабее работает привычная управленческая логика, основанная на полном предварительном анализе, согласовании каждого действия и стремлении исключить любые ошибки до

начала работы. Такая модель выглядит безопасной только на первый взгляд. На практике она часто делает организацию медленной, зависимой от узкого круга руководителей и неспособной быстро реагировать на изменения. В ситуации, когда рынок, технологии, поведение клиентов, кадровые условия и внешние ограничения меняются быстрее, чем формальные регламенты, устойчивость компании начинает зависеть не от отсутствия ошибок, а от способности распределять ответственность, быстро учиться и корректировать действия. Именно поэтому делегирование ответственности и управляемое «право на ошибку» становятся не мягкими элементами корпоративной культуры, а важными механизмами организационной устойчивости.

Делегирование в условиях неопределенности нельзя понимать как простую передачу задач от руководителя к подчиненному. Это слишком примитивное представление, которое сводит управление к разгрузке начальника. В действительности делегирование ответственности означает передачу сотруднику не только поручения, но и права принимать решения в пределах согласованных границ. Если человеку передают задачу, но не дают полномочий, он становится исполнителем без реального влияния на результат. Если ему дают полномочия, но наказывают за любую ошибку, он начинает избегать инициативы. Если же ему формально поручают ответственность, но каждое решение требует одобрения руководителя, делегирование превращается в фикцию. В условиях неопределенности такая фикция особенно опасна: организация теряет скорость, а сотрудники привыкают не думать, а ждать указаний.

Высокая неопределенность отличается от обычной сложности тем, что руководитель не может заранее знать все последствия решения. При стабильной среде можно построить регламент, описать стандартные действия, назначить ответственных и контролировать исполнение. Но когда ситуация нестабильна, часть решений неизбежно принимается на основе неполной информации. В таких условиях попытка полностью исключить ошибку приводит к управленческому параличу. Руководители начинают бесконечно согласовывать детали, сотрудники боятся действовать самостоятельно, проблемы скрываются до последнего момента, а организация реагирует на изменения с опозданием. Поэтому вопрос заключается не в том, можно ли допускать ошибки, а в том, какие ошибки допустимы, как быстро они выявляются и чему организация учится после их возникновения.

«Право на ошибку» часто понимают неправильно. Его ошибочно трактуют как снижение требований, мягкость руководства или разрешение работать небрежно. Это слабая и вредная трактовка. В научном и управленческом смысле право на ошибку не означает права на халатность, повторение одних и тех же нарушений или игнорирование последствий. Оно означает, что сотрудник может принять обоснованное решение в ситуации неопределенности, если действовал в рамках доступной информации, понятных полномочий и интересов организации. Такая ошибка становится не поводом для немедленного наказания, а материалом для анализа. Принципиальное различие здесь проходит между ошибкой развития

и ошибкой безответственности. Ошибка развития возникает тогда, когда человек пробует новый способ действия, проверяет гипотезу, реагирует на нестандартную ситуацию или принимает решение при недостатке данных. Ошибка безответственности возникает тогда, когда сотрудник нарушает известные правила, игнорирует очевидные риски, скрывает информацию или повторяет уже разобранные нарушения. Смешивать эти два типа ошибок нельзя, иначе организация либо убивает инициативу, либо разрушает дисциплину.

Делегирование ответственности становится устойчивым только тогда, когда сотрудники понимают границы своей самостоятельности. Нельзя просто сказать команде: «Действуйте сами». Это не делегирование, а управленческая безответственность. Сотрудник должен понимать, какие решения он имеет право принимать самостоятельно, в каких случаях обязан консультироваться, какие риски недопустимы, какие ресурсы доступны, по каким критериям будет оцениваться результат и как нужно сообщать о проблемах. Чем выше неопределенность, тем важнее ясность этих рамок. Парадоксально, но свобода действий требует не отсутствия правил, а хорошо определенных границ. Именно границы превращают самостоятельность в управляемую ответственность.

В организациях с низкой культурой делегирования руководители часто становятся узким горлом принятия решений. Все нестандартные вопросы поднимаются вверх, сотрудники не берут на себя ответственность, а руководитель перегружается оперативными мелочами. Внешне такая система может выглядеть контролируемой, но её устойчивость крайне низкая. Стоит руководителю выпасть из процесса, столкнуться с избытком задач или ошибиться самому, как вся система начинает тормозить. Кроме того, такая модель не развивает управленческое мышление сотрудников. Люди привыкают к роли исполнителей, даже если обладают достаточной компетентностью для самостоятельных решений. В результате организация теряет скрытый интеллектуальный ресурс, который особенно важен в нестабильной среде.

Право на ошибку напрямую связано с психологической безопасностью, но не сводится к комфортной атмосфере. Психологическая безопасность в управленческом контексте означает, что сотрудник может сообщить о проблеме, задать неудобный вопрос, признать ошибку или предложить альтернативное решение без страха разрушительных последствий для себя. Это не отменяет ответственности, но меняет характер реакции руководства. Если за каждую ошибку следует наказание, сотрудники быстро учатся скрывать проблемы. Они докладывают только хорошие новости, перекалывают вину, избегают сложных задач и не предлагают нестандартных решений. В итоге руководитель получает искаженную картину реальности. Организация становится внешне дисциплинированной, но внутренне слепой. В условиях неопределенности такая слепота особенно опасна, потому что слабые сигналы о рисках нужно замечать как можно раньше.

Устойчивость организации проявляется не в том, что она никогда не ошибается, а в том, что она способна выдерживать сбои, извлекать из них знания и перестраивать действия. Поэтому ошибка должна рассматриваться как

источник информации о системе. Если сотрудник ошибся, важно выяснить не только кто это сделал, но и почему это стало возможным. Была ли задача поставлена ясно? Хватало ли человеку полномочий? Была ли информация доступна вовремя? Не противоречили ли друг другу показатели эффективности? Не поощряла ли система мотивации рискованное поведение? Не было ли в процессе скрытого дефекта? Такой анализ переводит ошибку из плоскости персонального обвинения в плоскость организационного обучения. Это не значит, что личная ответственность исчезает. Это значит, что она рассматривается вместе с качеством системы, в которой человек действовал.

Особенно важно, что право на ошибку повышает скорость реакции организации. В неопределенной среде часто выигрывает не тот, кто с первого раза принимает идеальное решение, а тот, кто быстрее проверяет гипотезы и корректирует курс. Если каждый шаг требует утверждения наверху, организация движется слишком медленно. Если сотрудники на местах имеют право принимать ограниченные решения и быстро сообщать о результате, компания получает больше данных из реальной практики. Такая модель похожа на управляемый эксперимент: действие, обратная связь, анализ, корректировка. Ошибка в этом цикле не является катастрофой, если она ограничена по масштабу, быстро обнаружена и не повторяется без выводов. Напротив, отсутствие ошибок в условиях реальных изменений может означать не высокое качество управления, а страх перед инициативой.

Делегирование ответственности также влияет на мотивацию сотрудников. Человек, которому доверяют только механическое выполнение инструкций, редко развивает чувство причастности к результату. Он может быть аккуратным исполнителем, но не становится носителем инициативы. Когда же сотрудник получает пространство для самостоятельного решения, он начинает видеть связь между своими действиями и результатом организации. Это усиливает профессиональную зрелость, развивает способность оценивать риски, аргументировать решения и брать ответственность за последствия. Однако здесь есть жесткое условие: самостоятельность должна сопровождаться подготовкой. Нельзя требовать зрелых решений от человека, которому не дали информации, обучения и критериев оценки. Иначе руководитель сначала бросает сотрудника в неопределенность, а потом обвиняет его в ошибках. Это не делегирование, а управленческая ловушка.

Важной проблемой является страх руководителя потерять контроль. Многие руководители не делегируют не потому, что сотрудники объективно не способны, а потому что сами не умеют строить управление через доверие и рамки ответственности. Им кажется, что если решение принято не ими лично, значит контроль утрачен. Но в современной организации контроль не обязан означать ручное управление каждым действием. Более зрелая форма контроля – это контроль через цели, границы, показатели, обратную связь и регулярный анализ. Руководитель не должен заменять собой мышление команды. Его задача – создать систему, в которой решения принимаются на максимально

близком к проблеме уровне, но остаются согласованными с общей стратегией и допустимым уровнем риска.

При этом право на ошибку должно быть не лозунгом, а управленческой процедурой. Если компания декларирует, что ошибки допустимы, но фактически наказывает сотрудников за любое отклонение, доверие быстро разрушается. Если, наоборот, ошибки обсуждаются слишком мягко и без выводов, система деградирует. Поэтому необходима понятная практика разбора ошибок. Она должна включать описание ситуации, анализ исходных данных, оценку принятых решений, выявление причин, определение корректирующих действий и фиксацию уроков для будущего. Важно, чтобы разбор не превращался в поиск виновного заранее. Иначе люди будут защищаться, а не анализировать. Но также важно, чтобы разбор не превращался в бесконечное оправдание. Итогом должен быть управленческий вывод: что изменить в действиях человека, процессе, коммуникации, системе контроля или распределении полномочий.

В условиях высокой неопределенности особенно опасна культура наказания за инициативу. Она формирует сотрудников, которые стараются не ошибиться любой ценой. На первый взгляд это хорошо, но в реальности такая установка приводит к пассивности. Люди выбирают безопасное бездействие вместо рискованного действия, даже когда ситуация требует реакции. Они не предлагают улучшений, потому что любое предложение может обернуться ответственностью. Они не сообщают о слабых сигналах, потому что боятся быть связанными с проблемой. Они не принимают решений на местах, потому что проще дождаться указания. В результате организация теряет адаптивность. Она может быть дисциплинированной в стабильной среде, но становится хрупкой при изменениях.

Правильное делегирование ответственности позволяет распределить способность к адаптации по всей организации. Если решения принимаются только наверху, адаптивность ограничена пропускной способностью руководства. Если же сотрудники на разных уровнях обладают правом действовать в пределах компетенции, организация становится более гибкой. Она быстрее замечает изменения, быстрее пробует решения и быстрее обучается. Это особенно важно для компаний, работающих в проектной деятельности, сервисе, логистике, образовании, IT, производстве, продажах и других сферах, где нестандартные ситуации возникают регулярно. Там, где неопределенность стала нормой, централизованная модель управления неизбежно проигрывает более распределенным моделям ответственности.

Следует подчеркнуть, что делегирование ответственности не снимает ответственности с руководителя. Это распространенная ошибка. Руководитель может передать полномочия, но он не может полностью устраниться от результата. Его ответственность состоит в том, чтобы правильно выбрать человека, оценить его готовность, определить рамки, обеспечить ресурсами, организовать обратную связь и помочь извлечь уроки из ошибок. Если сотрудник систематически не справляется, это вопрос не только к нему, но и к качеству

делегирования. Возможно, задача была передана слишком рано, полномочия были неясны, критерии успеха не определены, риски не проговорены или контроль был построен неправильно. Делегирование – это не отказ от управления, а более сложная форма управления.

Организационная устойчивость возникает там, где компания умеет соединять дисциплину и обучение. Дисциплина задает стандарты, границы и ответственность. Обучение позволяет адаптироваться к новому. Если есть только дисциплина, организация становится жесткой и боится отклонений. Если есть только обучение без дисциплины, организация превращается в хаос экспериментов. Право на ошибку эффективно только в балансе этих двух начал. Ошибки должны быть допустимы там, где есть неопределенность, новая задача, проверка гипотезы или ограниченный риск. Но ошибки не должны становиться нормой там, где существуют ясные правила, критические требования безопасности, повторяющиеся нарушения и пренебрежение последствиями. Зрелая организация умеет проводить эту границу.

Таким образом, делегирование ответственности в условиях высокой неопределенности является не просто техникой распределения задач, а способом построения более устойчивой организации. Оно позволяет использовать инициативу сотрудников, ускорять принятие решений, снижать зависимость от руководителя, развивать компетенции команды и повышать качество адаптации к изменениям. «Право на ошибку» при этом выступает необходимым условием настоящего делегирования, потому что без него самостоятельность остается формальной. Однако это право должно быть управляемым: оно требует ясных границ, анализа последствий, различения продуктивных и безответственных ошибок, а также готовности организации учиться на собственном опыте. Главный вывод состоит в том, что в неопределенной среде устойчивость создается не запретом на ошибки, а способностью превращать ограниченные и осмысленные ошибки в источник развития. Организация, которая наказывает любую инициативу, может сохранить внешнюю управляемость, но теряет способность к обновлению. Организация, которая соединяет ответственность, доверие и анализ ошибок, получает более прочную основу для выживания и роста в нестабильных условиях.

Литература:

1. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации: учебник / под ред. А. Я. Кибанова. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 638 с.
2. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации: практикум / под ред. А. Я. Кибанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2012.
3. Лапыгин Ю. Н. Теория организации: учебное пособие. – М.: ИНФРА-М, 2008.
4. Минцберг Г. Структура в кулаке: создание эффективной организации / пер. с англ.; под ред. Ю. Н. Каптуревского. – СПб.: Питер, 2004. – 512 с.
5. Ансофф И. Стратегическое управление. – М.: Экономика, 1989. – 358 с.

Журнал «Вестник Науки и Творчества»

Выпуск № 2 (2024)

(Казань, 29 февраля 2024 года)

Компьютерная верстка Е.В. Шпагина

*Обложки журнала взяты
из открытых источников.*

Издано при поддержке
«Общества Науки и Творчества»,
г. Казань

