

УДК 323.2:32.019.52

Елена Григорьевна Дьякова

доктор политических наук, ведущий научный сотрудник
отдела философии Института философии и права УрО РАН,
г. Екатеринбург. E-mail: gf-urfo@bk.ru

**ПЕРЕХОД К ЭЛЕКТРОННОМУ ПРАВИТЕЛЬСТВУ
КАК ПРОЦЕСС СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ
(на примере информатизации здравоохранения
Свердловской области)¹**

В статье рассмотрены процессы социальной адаптации информационных технологий на примере системы здравоохранения Свердловской области. Статья подготовлена по итогам социологического исследования с участием сотрудников государственных медицинских учреждений и разработчиков медицинских информационных систем (сотрудников Медицинского информационно-аналитического центра). Проанализированы причины организационного сопротивления внедрению и использованию медицинских информационных систем. Особое внимание уделено отношению сотрудников учреждений здравоохранения к формированию Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) и автоматизации записи на прием к врачу. Сделан вывод об отсутствии эффективного взаимодействия между сотрудниками медицинских учреждений и специалистами по информатизации здравоохранения. Специалисты склонны выступать по отношению к медикам в роли экспертов, так как лучше работников медицины понимают, что требуется для более эффективной работы отрасли. Они убеждены, что медикам придется смириться с предлагаемыми решениями вне зависимости от своего желания. Тенденция игнорировать причины организационного сопротивления сотрудников медицинских учреждений является одним из важнейших факторов недостаточного внедрения новейших технологий для повышения эффективности работы медицинских информационных систем.

Ключевые слова: социальная адаптация технологий, информатизация здравоохранения, Единая государственная информационная система здравоохранения, основные акторы, организационное сопротивление.

С внедрением информационных технологий во все сферы жизни общества связаны надежды на радикальный разрыв с существующими практиками и резкое повышение эффективности соответствующих систем. Такие надежды возлагаются и на информатизацию здравоохранения. Предполагается, что внедрение информационных технологий обеспечит повышение качества медицинских услуг при сокращении затрат, что особенно актуально в условиях постоянного роста доли высокотехнологичной медицины.

¹ Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ-Урал № 14-13-66016а «Переход к электронному правительству как процесс социальной адаптации технологии».

При этом существует постоянный разрыв между риторикой об информатизации здравоохранения и практикой. Жалобы на низкую востребованность медицинских информационных систем, высокий уровень организационного сопротивления и неэффективные расходы успели стать общим местом. Аналогичная ситуация сложилась и в России. Несмотря на очень значительные затраты на формирование Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), телемедицину и другие направления информатизации отдача от затрат остается низкой, а недовольство граждан качеством медицинских услуг сохраняется на очень высоком уровне.

Однако несмотря на наличие очевидной проблемы анализ того, каким образом осуществляется адаптация информационных технологий в системе здравоохранения, отсутствует. В данной сфере до сих пор господствует технологический детерминизм и пропагандируется тезис о том, что информационные технологии сами по себе могут обеспечить повышение качества медицинских услуг за счет обеспечения доступа к информации о пациентах в медицинских информационных системах, проведения дистанционных медицинских консультаций, организации электронной записи на прием к врачу и т.п.

С позиций социологии науки и техники данную проблему можно рассматривать как проблему социальной адаптации инновации, какой является электронное правительство, на организационном уровне в такой специфической системе, какой является система здравоохранения. Информатизация здравоохранения – это сложный социальный процесс, в котором участвует множество наделенных разной степенью власти и влияния акторов (политические руководители, административные руководители, эксперты-технократы, сотрудники учреждений здравоохранения, пациенты). Направленность этого процесса и его результаты во многом зависят от того, каким образом будут взаимодействовать между собой эти акторы.

Иными словами, только поняв, какие позиции занимают эти акторы по отношению к внедряемым технологиям, можно описать процесс информатизации здравоохранения так, как он происходит в реальности, а не каким он должен быть. Выявление основных барьеров, препятствующих успешному использованию информационных технологий в здравоохранении, будет способствовать повышению эффективности вложений в данную сферу. Для Свердловской области это особенно актуально с учетом того, что регион по объему расходов на информатизацию здравоохранения является лидером в Уральском федеральном округе. Всего в 2014 г. в области запланировано потратить на медицинскую информатизацию 323 млн рублей [Рейтинг регионов... 2014].

Поэтому в рамках проекта «Переход к электронному правительству как процесс социальной адаптации технологии» было решено изучить отношение к медицинской информатизации сотрудников государственных медицинских учреждений и разработчиков медицинских информационных систем – сотрудников Медицинского информационно-аналитического

центра Свердловской области (далее – МИАЦ СО)¹. Региональные медицинские информационно-аналитические центры были включены в номенклатуру учреждений здравоохранения с 2001 г. На них было возложено организационно-методическое руководство развитием информатизации в регионах. В настоящее время предметом деятельности МИАЦ СО являются компьютеризация и информатизация (в том числе организация внедрения и развитие современных информационных технологий) системы здравоохранения Свердловской области

Медицинские информационно-аналитические центры во всех регионах России действуют в соответствии с принятой в 2011 г. «Концепцией создания Единой государственной системы в сфере здравоохранения».

Единая информационная система призвана обеспечить эффективную информационную поддержку процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания самой медицинской помощи. Акцент сделан в первую очередь на управление, однако в рамках медицинских организаций было запланировано осуществить автоматизацию ведения листов ожиданий и записи на прием, ведения электронной медицинской карты пациента, а также поддержку принятия врачебных решений. Одним из основных социально-экономических эффектов от создания системы должно было стать снижение стоимости медицинской помощи при повышении качества и доступности медицинского обслуживания [Концепция создания... 2012].

В начале 2013 г. Министерство здравоохранения РФ заявило, что «Россия первой в мире смогла создать единый государственный информационный ресурс в сфере здравоохранения, работающий по общим правилам и позволяющий осуществлять мониторинг оказания медицинской помощи практически во всех медицинских учреждениях в стране в режиме реального времени». Это высказывание тут же было подвергнуто резкой критике экспертами, утверждавшими, что Минздрав поторопился объявить о создании Единой государственной системы здравоохранения [Трахтенберг 2013].

Дальнейшее внедрение ЕГИСЗ сопровождалось скандалом: в июле 2013 г. Совет Федерации направил в Минздрав парламентский запрос, касающийся проведения аукциона по созданию Федерального центра обработки данных (ФЦОД). Было заявлено, что «проект реализуется крайне неэффективно, и нужны срочные меры по его реанимации» [Сенатор Гаттаров... 2013]. Результатом стало значительное снижение цены ФЦОД и активизация работ по ЕГИСЗ. Всего в 2011–2013 гг. на создание ЕГИСЗ федеральным центром было потрачено около 20 млрд рублей (еще около 9 млрд рублей предоставили региональные бюджеты).

В утвержденных в конце 2013 г. «Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2018 года» вновь говорилось о необходимости комплексной информатизации здравоохранения, включая

¹ Были проведены фокус-группа с участием 10 сотрудников учреждений здравоохранения Свердловской области и серия из 11 фокусированных интервью с сотрудниками МИАЦ СО (по согласованию с Министерством здравоохранения Свердловской области).

создание единой государственной информационной системы [Основные направления... 2013].

Однако в 2014 г. целевое федеральное финансирование ЕГИСЗ прекратилось, а регионы оказались не готовы к обеспечению эксплуатации внедренных ИТ-систем за свой счет. Поэтому в настоящее время главной задачей является обеспечение бесперебойного функционирования внедренных компонентов ЕГИСЗ на региональном уровне [Минздрав признал... 2014].

Таким образом, начиная с 2011 г. была проделана значительная работа в сфере отраслевой информатизации на федеральном и на региональном уровнях. В ходе нашего исследования мы попытались определить, как оценивают результаты этой работы, включая внедрение таких ключевых компонентов ЕГИСЗ, как интегрированная электронная медицинская карта и система электронной записи к врачу [Преференский 2014], работники государственных медицинских учреждений, для которых эта система предназначена, а также те, кто непосредственно отвечает за ее внедрение и поддержание.

При этом следует подчеркнуть крайнюю неравномерность процессов информатизации в медицинских учреждениях области. Несмотря на уже описанные выше усилия по информатизации отрасли частные медицинские учреждения по уровню автоматизации по-прежнему заметно опережают государственные. Что касается государственных учреждений, то специализированные клиники, больницы и т.п. осваивают медицинские информационные системы быстрее, чем поликлиники общего профиля.

Данный вывод подтвердился и в ходе нашего исследования. Только одна участница – сотрудница специализированного государственного медицинского учреждения работала на полностью автоматизированном рабочем месте. Остальным участникам часть ее высказываний, описывающих трудовой процесс, в котором обработка данных осуществляется на сервере методом «тонкого клиента»¹, была просто непонятна. Впрочем, и сама участница не слишком понимала, как именно функционирует медицинская информационная система в ее учреждении:

– У каждого свой ключ есть, от «тонкого клиента». Там база и есть еще тонкий клиент конкретно под каждого врача. У меня тоже есть. Я могу вот рецепт выбить, и значит, дневной стационар завести. Вот с помощью тонкого клиента (женщина, 37 лет, медсестра)².

– Что «тонкий», я не поняла? (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

– Так называют. В общем, не важно. Я тоже не разбираюсь в этом, я тоже с компьютером раньше была на «Вы», когда не стала работать с этим (женщина, 37 лет, медсестра).

¹ «Тонкий клиент» («thin client») — компьютер или программа-клиент, который переносит все или большую часть задач по обработке информации на сервер. Этим «тонкий клиент» отличается от «толстого клиента», который, напротив, производит обработку информации независимо от сервера, используя последний в основном лишь для хранения данных.

² Далее курсивом – сохранены особенности устной речи интервьюированных.

– А ключ – это что? Физически что это? (женщина, 35 лет, медицинская сестра).

– Ну, флешка или как это называют еще по-другому (женщина, 37 лет, медсестра).

Для остальных участников (сотрудников государственных поликлиник и стационаров) обсуждение информатизации здравоохранения во многом звучало как «сказка»:

«Как писали двадцать лет назад, так и пишу дальше... Говорить то говорят, но финансов на компьютеризацию нет. Пока, видимо, не дошло до нас. Стационар государственной больницы, поэтому. Где есть – там слава, так сказать, главному врачу данного лечебного учреждения. И не слава нашему главному врачу. Вот и все!» (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

Подчеркнем, что «сказкой» для данных участников было автоматизированное рабочее место для медицинского сотрудника. В то же время компьютеризация управленческих процессов и необходимость готовить отчетность в электронном виде рассматривалась ими как свершившийся, само собой разумеющийся факт.

Две участницы (сотрудницы Областного перинатального центра) сообщили о скором внедрении в их учреждении медицинской информационной системы и АРМ. Причем эта перспектива вызывала у них сильную тревогу и настороженность, поскольку они плохо представляли, как подобное внедрение повлияет на организацию трудового процесса.

Очевидно, что рядовые работники государственных учреждений здравоохранения (врачи и медицинские сестры) продемонстрировали весьма низкий уровень осведомленности о Единой государственной информационной системе здравоохранения (ЕГИСЗ). Одна из участниц отождествила ЕГИСЗ с Единым порталом государственных и муниципальных услуг. Остальные рассуждали о необходимости унификации, стандартизации и объединения баз данных, что соответствует задачам ЕГИСЗ. Однако за этими рассуждениями не стояло ничего конкретного, они явно были спровоцированы словосочетанием «единая государственная система». Общее отношение выразила одна из участниц, которая сказала, что ЕГИСЗ – *«какое-то название вообще общее. Сюда можно все, что угодно втолкать»* (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

Темпы информатизации здравоохранения оценивали работники екатеринбургских больниц и поликлиник как невысокие. Участники, с одной стороны, жаловались, что информатизация в здравоохранении идет *«очень медленно, черепашьими шагами»* (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар), а с другой, отмечали, что развитие носит неравномерный характер: *«Все хорошо, все замечательно, а потом – раз, стопор какой-то! И все останавливается»* (женщина, 43 года, акушерка, Областной перинатальный центр).

Недостаточные темпы информатизации здравоохранения признавали и сотрудники МИАЦ СО. По их оценкам, реально сделано *«процентов*

тридцать от того, что нам необходимо сделать» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена). Главной причиной торможения представители данной группы считали недостаток финансирования.

Единственным реальным достижением в сфере информатизации здравоохранения сотрудники учреждений здравоохранения считают электронную запись на прием к врачу. Они в высшей степени позитивно оценивали *«удобство отсутствия живых очередей»*, отмечая, что решение посредством информационных технологий данного организационного вопроса облегчило взаимодействие врачей и пациентов. Они рассказывали, как сами записывались на прием, выступая в качестве пациентов:

«Сама я один раз, так сказать участвовала, в том плане, что получала талон. Все очень хорошо. Вежливо, корректно. Все спокойно, никакой нервозности: «Ты здесь не стоял!», «Я пришла в шесть утра!», «Тебя здесь не было!». То есть, все здорово, и к врачу поднимаешься, там уже вызывают тебя согласно этому времени» (женщина, 59 лет, участковый врач, поликлиника).

Таким образом, электронная запись на прием к врачу воспринималась как переход к «цивилизованной» организации приема (что выражается в «вежливости» и «корректности»). Как было ясно из контекста, такая форма записи способствовала нормализации отношений между медицинскими работниками и пациентами, снижению уровня конфликтности.

В то же время с профессиональной точки зрения участники видели целый ряд проблем, обусловленных недостаточной проработанностью электронной записи на прием в техническом аспекте.

Одна из участниц указала, что переход на страховые медицинские полисы обязательного медицинского страхования нового образца породил проблемы с записью, поскольку в ряде учреждений здравоохранения произошел технический сбой:

«Сама столкнулась с ситуацией записи через Интернет в поликлинику. Есть старый полис, там шесть цифр, сейчас поменяли на пятнадцать цифр, и он уже не проходит. С чем это связано, я не знаю. Я писала им на сайт, мне сказали, что «проблема в вашей поликлинике». Хотела записать коллегу знакомую, ситуация повторилась в другой поликлинике. То есть, видимо, проблема глобальная, что система не перешла на новые номера полисов. То есть, записаться по новому полису через Интернет нереально совершенно!» (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

Если при записи на прием к врачу по Интернету гражданин не может ввести или может не вводить номер полиса, преимущества электронной записи фактически «обнуляются». Такому человеку необходимо заново отстоять очередь в регистратуру для получения медицинской карты и оформления талона амбулаторного пациента:

– Вот, например, по нашей поликлинике, пациент записан по Интернету... Начало рабочего дня, у меня запись пациентов. Да, там фамилии написаны тех, кто записывался по Интернету или по телефону. У них

просто пишут фамилии, то есть они должны перед приемом идти еще раз в регистратуру, записаться с полисом, с паспортом. Записаться еще раз. Им уже отобьют обычный талон (женщина, 40 лет, участковый врач, поликлиника).

– Отстояв очередь (женщина, 40 лет, врач-невролог, стационар).

– Да, дадут карточку, и вот только тогда... Те пациенты, которые записались по телефону, но при этом они назвали номер полиса, им найдут карточку, напечатают талончик, все сделают. Но тот, который записался по Интернету и не указал номер полиса, еще что-то, ему ничего не готовят. То есть они сидят, меня в очереди ждут, потом оказывается, что, извините, нет у меня карточки, талона (женщина, 40 лет, участковый врач, поликлиника).

Сотрудники медицинских учреждений вынуждены использовать традиционные тактики во избежание конфликтов по поводу очередности приема. Так, одна из участниц фокус-группы четко следовала официальным нормам и требовала предварительно получить медицинскую карту в регистратуре на общих основаниях, игнорируя протесты пациентов:

«Ну, конечно, я все выслушиваю, что я в этом всем виновата. [Смеется]. Конечно, я говорю: «Ну, идите в регистратуру», а если это понедельник, там такая вот очередь! Они говорят: «Так у вас прием закончится, прежде чем мы вообще попадем!» (женщина, 40 лет, участковый врач, поликлиника).

Другая сестра переходила к неформальному взаимодействию с сотрудниками регистратуры, помогала пациентам пройти вне очереди:

«Я делаю таким образом, я звоню в регистратуру и девочек прошу: «Девочки, пропустите, пожалуйста, у меня пациент, он очень торопится, пропустите без очереди его» (женщина, 37 лет, медсестра).

В идеале электронная запись на прием к врачу должна была полностью ликвидировать все конфликты, связанные с организацией приема, содействуя созданию благоприятной психологической атмосферы при взаимодействии врача и пациента. На практике электронная запись все равно сопровождается конфликтами, часть из которых вызвана техническими недоработками. При этом электронная запись на прием не может решить главной организационной проблемы – невозможности для врача самостоятельно определять продолжительность приема в зависимости от потребностей пациента.

Что касается второй компоненты медицинской информатизации – электронных медицинских карт, то участница, которая ими пользуется, отметила, что, облегчая доступ к информации о пациенте и сбор анамнеза, ЭМК в то же время отличаются очень высоким уровнем трудоемкости. Медработник не успевает заполнить их во время приема и вынужден тратить на это дополнительное время, зачастую после рабочего дня.

Сотрудники МИАЦ СО, как и следовало ожидать, были очень хорошо осведомлены о ЕГИСЗ. Для большинства из них именно создание ЕГИСЗ являлось приоритетным направлением информатизации:

«Потому что сейчас и в субъектах, и даже в больницах есть разрозненные автоматизированные системы, которые не поддаются единому [контролю] ... Надо их сплотить в одну. Поэтому я так думаю, что лучше сделать единую [систему], и чтобы она и была и в медучреждениях, и в учреждениях, которым подчиняемся. Эта вся цепочка организационная должна быть связана в единую [систему]» (женщина, 26 лет, образование высшее техническое, специалист-программист).

Свободный доступ к информации для сотрудников МИАЦ СО был неразрывно связан с *«централизацией хранимой информации»*, созданием *«единой базы знаний»*. Никакие другие варианты не рассматривались, хотя, как будет показано ниже, ряд участников интервью все же осознавали ограниченность такого подхода. Тем не менее в разных вариациях они описывали информатизацию здравоохранения как создание централизованного хранилища информации, к которому сможет по необходимости обращаться любой медицинский работник.

Наиболее полно данный подход сформулировал бывший сотрудник ОАО «Ростелеком». Напомним, что «Ростелеком» является национальным оператором инфраструктуры электронного правительства и отвечает (с большим или меньшим успехом) именно за выработку единых системных решений в данной сфере. Участник интервью фактически транслировал идеологию национального оператора на сферу медицинской информатизации – *«одно централизованное решение должно охватить все»*. В рамках этой идеологии ЕГСИЗ объединяет все возможные направления информатизации здравоохранения, включая электронную запись на прием к врачу, электронную выписку рецептов и даже телемедицину (которая в сознании других участников интервью стоит особняком):

«Одно централизованное решение должно охватить все. Электронная регистратура, электронная запись, автоматизированное рабочее место, дифференцированно, должны само по себе отойти, их не должно быть, все будет в единой государственной системе» (мужчина, 34 года, образование высшее экономическое, руководитель среднего звена).

Только два сотрудника МИАЦ СО, формулируя цели информатизации, исходили не из необходимости формирования ЕГИСЗ, а из приоритета автоматизированного рабочего места врача. Отметим, что именно эти сотрудники дали самый подробный и глубокий анализ проблем, с которыми сталкивается медицинская информатизация.

Декларируя пользу «централизованного решения» для повышения эффективности работы медицинских сотрудников, участники интервью затем отмечали, что на практике ЕГСИЗ таким централизованным решением пока не является. Одна из участниц прямо заявила, что система единая только по названию, а на самом деле состоит из малосовместимых модулей:

«Нет единого понимания совместимости обмена информации между модулями единой системы. Множество подрядчиков, которые имеют различный подход и уровень реализации задач, а также специфич-

ность и условия труда медицинского персонала в системе здравоохранения» (женщина, 42 года, образование высшее экономическое, руководитель среднего звена).

Признавая технические недоработки и низкую *юзабилити* (то есть удобство пользования) ЕГИСЗ, большинство сотрудников МИАЦ полагают, что медицинским работникам следует смириться с тем, что внедряемые системы «не идеальны» и работать с тем, что есть:

«Когда внедряется какая-то система, она не может изначально быть идеальной. Она в каком-то виде видится, мы ее в таком виде внедряем, а потом начинаются проблемы... Это неизбежно, проблемы эти неизбежны. Она доводится до какого-то идеального, скажем, в кавычках, состояния в процессе работ» (женщина, 39 лет, образование высшее гуманитарное, руководитель среднего звена, отвечает за контактный центр по записи на прием).

В целом участники интервью исходя из приоритетной позиции ЕГСИЗ в системе информатизации здравоохранения были склонны занимать по отношению к работникам медицинских учреждений позицию экспертов, имеющих право и все необходимые знания для того, чтобы перестраивать процесс оказания медицинских услуг:

«Это же такой сложный процесс! Мы работаем по живому, что называется. Внедряется в устоявшийся десятилетиями процесс медицинский, который там не менялся годами. А мы очень сильно меняем сам процесс. Только время здесь поможет. Ну, и плюс объем же очень большой, там сто шестьдесят учреждений, тридцать тысяч медицинского персонала. И все они должны работать в этой системе» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

В этом смысле можно говорить о классической технократической позиции, занимаемой сотрудниками МИАЦ, которые с высоты своего экспертного знания рассуждали о консерватизме сотрудников медицинских учреждений и их неспособности справиться с современными технологиями.

Одна из участниц даже привела конкретный пример того, как нежелание осваивать информационные системы и действовать по правилам приводит к технологическим сбоям. При этом она ответственность перенесла с разработчиков программы на пользователей:

«Ну, есть люди, которые лояльно относятся к переменам, есть которые воспринимают их изначально в штыки. Человеческий фактор. Потому что возникают проблемы при внедрении. Возьмем самую элементарную – это скорость обработки каких-то запросов. Не рассчитали, допустим, там прямо в серверной... И медленно работает все, начинаются конфликтные ситуации. И они, когда запросы сразу не обрабатываются, они его повторяют, повторяют, повторяют. И в итоге у меня тут настолько загружается, что приходится все это убирать и чистить!» (женщина, 39 лет, образование высшее гуманитарное, руководитель среднего звена, отвечает за контактный центр по записи на прием).

Что касается конкретных компонентов ЕГИСЗ, то участники интервью, как и участники фокус-группы, были единодушны в том, что запись на прием к врачу является реальным достижением в сфере информатизации здравоохранения, наглядно демонстрирующим ее полезность:

«Наибольших успехов, я считаю, удалось добиться в электронной записи на прием к врачу. Это удобно для всего населения. То есть, нам не нужно никуда ходить. Да, это наиболее такой, наверное, важный и большой успех!» (женщина, 26 лет, образование высшее техническое, специалист-программист).

«Ну, граждане-то, они видят только какие-то верхушки айсберга. Запись на прием. Да, я сам лично пользуюсь записью на прием. Неоднократно пользовался. Мне вот как гражданину проще» (мужчина, 35 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

Участники интервью подчеркивали, что электронная запись на прием не только облегчила жизнь гражданам, но и упорядочила работу медицинских учреждений:

«Избавление от бумаги, которая может теряться, может дублироваться, где могут неправильные данные находиться. И централизованное хранение данных. То есть, заведя данные один раз в базу, не придется десять раз перебивать одну и ту же информацию, как раньше. Сейчас этого нет, потому что СНИЛС, или паспортные данные, они в системе лежат, ими можно просто пользоваться готовыми. Да, за счет этого сокращается время работы сотрудников регистратуры» (мужчина, 25 лет, образование высшее техническое, программист, поступил после окончания вуза).

«Либо в регистратуре стоит большая очередь, начинает создавать нагрузку, напряжение, либо можно эти запросы спокойно отработать поступившие, назначить на определенный прием. Человек уведомляется, что он назначен на прием, приходит. Конечно, это нагрузку снимает на сами медучреждения и увеличивает удобство этой услуги для населения» (мужчина, 38 лет, образование высшее экономическое, руководитель среднего звена).

Только один сотрудник МИАЦ отметил наличие «проблем технического характера» (не уточнив, что это за проблемы), которые «смазывают положительные эффекты» электронной записи на прием:

«Поскольку там есть определенные проблемы, иногда происходит сбой в работе информационной системы, иногда не очень корректно пользуются и сами сотрудники, и это вызывает некий негатив, несколько смазывает положительные эффекты, которые были достигнуты за счет внедрения» (мужчина, 25 лет, образование высшее техническое, программист, поступил после окончания вуза).

Что касается электронных медицинских карт, то сотрудники МИАЦ, признавая, что их внедрение вызывает сильное сопротивление сотрудников учреждений здравоохранения, вновь воспроизводили позицию: «врачи и медицинские сестры не понимают собственной пользы, но постепенно оценят усилия по информатизации здравоохранения». Они полагали, что имеющиеся трудности носят временный характер:

«Они привыкли писать в историях болезни, а сейчас необходимо, грубо говоря, это все вносить в медицинскую карту электронную... Я думаю, это общая трудность такая, скажем так, но она временная. Кадровый состав обновится, молодежь когда придет, они уже с компьютерами общаются, как сказать на «ты»... Как только обновится состав медработников, то есть, информатизация, так сказать, вот эта часть проблемы – она снимется сразу!» (мужчина, 37 лет, образование высшее техническое, руководитель среднего звена).

Таким образом, формирование Единой государственной информационной системы здравоохранения остается внутренним управленческим процессом, к которому рядовые сотрудники государственных учреждений здравоохранения равнодушны. Они судят об эффективности медицинской информатизации по двум основным компонентам – электронной записи на прием к врачу и электронной медицинской карте. Единственным по настоящему эффективным достижением медицинской информатизации они считают автоматизацию организации приема пациентов, хотя и указывают на наличие в данной системе технических недоработок.

Что касается специалистов по информатизации, занятых в системе здравоохранения, то они рассматривают ЕГИСЗ как приоритетное направление работы. Они также считают запись на прием важнейшим достижением медицинской информатизации не только потому, что она облегчает получение услуг гражданам, но и потому, что она способствует оптимизации административных процессов в медицинских учреждениях. Специалисты по информатизации отмечают факт сильного организационного сопротивления внедрению информационных технологий в медицинских учреждениях, но полагают, что это временное явление и сотрудники этих учреждений сумеют приспособиться к внедряемым системам.

Исследование показало отсутствие эффективного взаимодействия между сотрудниками медицинских учреждений и специалистами по информатизации здравоохранения. Отсутствие такого взаимодействия и тенденция игнорировать причины организационного сопротивления со стороны тех, кто разрабатывает и внедряет медицинские информационные системы, являются одним из важнейших факторов их недовостребованности и недостаточной эффективности. Мировой опыт свидетельствует, что самыми эффективными являются системы, которые постоянно корректируются с учетом запросов и потребностей пользователей и развиваются по схеме «шаг за шагом». Попытки единовременно внедрить масштабное общее решение приводят к техническим и организационным проблемам и сбоям и к тому, что движение «шаг за шагом» приходится осуществлять по принципу бесконечного «латания дыр».

Сделанный вывод имеет очевидную практическую значимость. При разработке концептуальных документов (стратегий, программ, концепций) в сфере информатизации здравоохранения необходимо целенаправленно учитывать необходимость взаимодействия основных акторов и формирования каналов обратной связи между разработчиками и пользователями медицинских информационных систем.

Материал поступил в редколлегию 06.11.2014 г.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Гаспарян С.А., Тимонин В.М., Погорелова Э.И. 1992. Концепция информатизации здравоохранения России : утв. Мин. здравоохранения РФ 29 июня 1992 г. М. : 1992. 32 с.
- Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] : утв. Распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. URL: <http://base.garant.ru/194365/#ixzz3GlzJDKy9> (дата обращения: 20.10.2014).
- Концепция создания Единой государственной системы в сфере здравоохранения (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2012 г. № 348) : утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. № 364. М., 2011. 22 с.
- Минздрав признал проблемы информатизации, 2014 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.zdrav.ru/news/93538/> (дата обращения: 20.10.2014).
- Основные направления деятельности Правительства РФ на период до 2018 года, 2013 [Электронный ресурс] : утв. Председателем Правительства РФ 31 января 2013 г. URL: <http://base.garant.ru/70309020/#ixzz3Gm1Jay8P> (дата обращения: 20.10.2014).
- Павлова О. 2013. Информатизация здравоохранения: время первых итогов [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pcweek.ru/gover/article/detail.php?ID=148292> (дата обращения: 20.10.2014).
- Паперная Г. 2013. Роман Ивакин: Процесс информатизации здравоохранения сдвинулся с мертвой точки [Электронный ресурс] : [интервью] URL: <http://www.zdrav.ru/articles/interview/detail.php?ID=88911> (дата обращения: 20.10.2014).
- Преференский Н.Г. 2014. Новые возможности профессионального использования федеральных информационных сервисов [Электронный ресурс] / Н.Г. Преференский, О.В. Симаков, Н.Г. Преференская, В.С. Витрухин, А.О. Селянин // Здравоохранение. № 5. URL: <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=94196> (дата обращения: 20.10.2014).
- Рейтинг регионов УрФО по затратам на информатизацию здравоохранения, 2014 [Электронный ресурс]. URL: <http://urfotech.ru/2014/01/17/rejting-regionov-urfo-po-zatratam-na-informatizaciju-zdravooxraneniya-3719> (дата обращения: 20.10.2014).
- Сенатор Гаттаров: проект по информатизации здравоохранения реализуется неэффективно, 2013 [Электронный ресурс]. URL: <http://pasm.ru/archive/92040> (дата обращения: 20.10.2014).
- Трахтенберг А.Д. 2013. Электронное правительство: стимул для трансформации или институциональный миф? // Изв. Урал. гос. ун-та. Сер. 3. Обществ. науки. С. 101-109.

References

- Gasparjan S.A., Timonin V.M., Pogorelova Je.I. *Koncepcija informatizacii zdravoohranenija Rossii* : utv. Min. zdravoohranenija RF 29 ijunja 1992 g. [The Concept of the Russian Public Health System Computerization, 29.06.1992], Moscow, 1992, 32 p. (in Russ.).
- Koncepcija dolgosrochnogo social'no-jekonomicheskogo razvitija Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda (s izmenenijami i dopolnenijami)* : utv. Rasporjazheniem Pravitel'stva RF ot 17 nojabrja 2008 g. № 1662-r. [The Concept of Long-Term Socio-Economic Development of the Russian Federation for the Period up to 2020 (with changes and additions), 17.11.2008], available at: <http://base.garant.ru/194365/#ixzz3GlzJDKy9> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).
- Koncepcija sozdanija Edinoj gosudarstvennoj sistemy v sfere zdravoohranenija (v red. Prikaza Minzdravsocrazvitija Rossii ot 12 aprelja 2012 g. № 348)* : utv. Prikazom Minzdravsocrazvitija Rossii ot 28 aprelja 2011 g. № 364 [The Concept of Formation of a Unified State Health Information System, 28.04.2011], Moscow, 2011, 22 p. (in Russ.).
- Minzdrav priznal problemy informatizacii* [The Ministry of Health Has Recognized the Problem of Computerization], available at: <http://www.zdrav.ru/news/93538/> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Osnovnye napravlenija dejatel'nosti Pravitel'stva RF na period do 2018 goda [The Main Directions of the Government of the Russian Federation for the Period Till 2018], available at: <http://base.garant.ru/70309020/#ixzz3Gm1Jay8P> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Papernaja G. *Roman Ivakin: Process informatizacii zdavoohranenija sdvinulsja s mertvoj točki* [Roman Ivakin: The Ball of the Public Health Computerization Is Rolling], available at: <http://www.zdrav.ru/articles/interview/detail.php?ID=88911> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Pavlova O. *Informatizacija zdavoohranenija: vremja pervyh itogov* [The Public Health Computerization: First Results], available at: <http://www.pcweek.ru/gover/article/detail.php?ID=148292> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Preferanskij N.G., Simakov O.V., Preferanskaja N.G., Vitruhin V.S., Seljanin A.O. *Novye vozmozhnosti professional'nogo ispol'zovanija federal'nyh informacionnyh servisov* [New Opportunities for Professional Use of Federal Information Systems], *Zdavoohranenie*, 2014, no. 5, available at: <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=94196> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Rejting regionov UrFO po zatratam na informatizaciju zdavoohranenija [Ranking of Ural Federal District Regions by the Costs of Public Health Computerization], available at: <http://urfotech.ru/2014/01/17/rejting-regionov-urfo-po-zatratam-na-informatizaciju-zdavoohranenija-3719> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Senator Gattarov: proekt po informatizacii zdavoohranenija realizuetsja nejeffektivno [Sen. Gattarov: Project of Public Health Computerization Is Implemented Inefficiently], available at: <http://pasmi.ru/archive/92040> (accessed 20 October 2014). (in Russ.).

Trahtenberg A.D. *Jelektronnoe pravitel'stvo: stimul dlja transformacii ili institucional'nyj mif?* [E-Government: an Incentive for Institutional Transformation or an Institutional Myth?], *Izv. Ural. gos. un-ta, Ser. 3. Obshhestv. nauki*, 2013, pp. 101-109. (in Russ.).

Elena G. Dyakova, Doctor of Political Science, Leading Researcher, Institute of Philosophy and Law, Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, Ekaterinburg.
E-mail: gf-urfo@bk.ru

GOVERNMENT IMPLEMENTATION AS PROCESS OF SOCIAL ADOPTION OF TECHNOLOGY (Case of Public Health computerization in Sverdlovsk region)

Abstract: The article describes the process of social adoption of informational technology using the example of the health care system in the Sverdlovsk region. The article is based on the results of qualitative social research with the participation of the staff of regional health institutions and developers of medical information systems (employees of the Medical Information and Analytical Center of Sverdlovsk region). The author analyzes the causes of organizational resistance to the introduction and use of medical information systems (MIS). The author pays special attention to the attitude of employees of health institutions towards the formation of a Unified State Health Information System (EGISZ) and electronic appointment system. The author shows the lack of effective communication between medical professionals and MIS developers. Developers think that they know better what physicians need. They are convinced that physicians have to accept the proposed solutions regardless of their wishes. The tendency to ignore the causes of organizational resistance of health care workers is one of the most important factors contributing to the low efficiency of MIS.

Keywords: social adoption of technology, health care computerization, Unified State Health Information System, main actors, organizational resistance.