

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Факультет социальной работы и клинической психологии
Кафедра экономики и менеджмента
Научное общество молодых ученых и студентов
Ассоциация клинических фармакологов**



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**Всероссийской научно-практической конференции
«Менеджмент в здравоохранении:
вызовы и риски XXI века»
(«Management in the Healthcare:
Challenges and Risks in the 21st century»)**

**г. Волгоград
16-17 декабря 2016 г.**

УДК 33
ББК 65+5

Редакционная коллегия:
к.э.н., доцент С.Ю. Соболева
к.э.н. С.А. Князев

Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века : материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. –190 с.

В сборнике изложены материалы докладов молодых ученых и студентов вузов России относительно вопросов управления в здравоохранении.

Представленные материалы могут быть интересны студентам, научным сотрудникам и преподавателям, чья область научных интересов связана с экономикой, менеджментом и здравоохранением.

УДК 33
ББК

ISBN

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2017
© Издательство ВолгГМУ, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ	7
МЕНЕДЖЕР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТРАЕКТОРИЯ <i>Мандриков Виктор Борисович, Стаценко Михаил Евгеньевич, Соболева Светлана Юльевна</i>	7
ОСНОВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Веселкова Елена Григорьевна, Панасенко Евгения Владимировна</i>	9
СИСТЕМА СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ <i>Косинова Наталья Николаевна ..</i>	11
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ДО 2030 ГОДА <i>Попова Мария Юрьевна</i>	14
ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОМЕРНЫХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОРТЕЖЕЙ <i>Терелянский Павел Васильевич</i>	16
ТРЕБОВАНИЯ К ВИРАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ В СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА <i>Тхорики Борис Александрович</i>	18
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ (ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ) <i>Эртель Людмила Александровна</i>	21
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.....	26
Работы иностранных участников	26
PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE <i>Damini Pawar (India).....</i>	26
REFORMS IN THE 21ST CENTURY <i>Niharika John (India).....</i>	27
HEALTH CARE SYSTEM IN INDIA <i>Sharvin Chougule (India).....</i>	29
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИГЕРИИ <i>Ойетайо Фоласаде Эстер (Нигерия)</i>	30
Работы учёных и студентов	32
ВЛИЯНИЕ ДЕТАЛИЗИРОВАННОГО ДНЕВНИКА ОСМОТРА ВРАЧА ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Воронцова Таусия Валентиновна</i>	32
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ГЧП В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Герасименко Ольга Александровна</i>	34
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Девляшова Олеся Федоровна, Емельянова Ольга Сергеевна</i>	36
СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ <i>Демир Карина Хусейновна</i>	38
ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕСУРС ОБЩЕСТВА <i>Катренко Виктория Александровна, Журавлева Татьяна Игоревна, Катренко Марина Васильевна.....</i>	40
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ БЮДЖЕТОВ: ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ РЕШЕНИЯ <i>Кузьмина Лада Рудольфовна.....</i>	42
СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ <i>Муханов Михаил Львович</i>	44

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Набиева Антонина Рамазановна, Жмыхов Дмитрий Васильевич</i>	46
РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ <i>Пономарева Яна Александровна, Голодова Анастасия Александровна</i>	48
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КОМПАНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ <i>Сенина Фаина Сергеевна</i>	50
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ <i>Чумак Наталья Алексеевна</i>	55
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭКОНОМИКИ, МЕДИЦИНЫ И РЕЛИГИИ <i>Бойцова Анастасия Андреевна</i>	57
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Браткова Виктория Вячеславовна</i>	62
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМОЙ ГЕМОФИЛИИ А: РЕГИОНАЛЬНЫЙ РАКУРС <i>Волков Никита Павлович, Воронкова Ольга Анатольевна</i>	65
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Высочкина Анастасия Александровна, Кострышиова Екатерина Александровна</i>	66
КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Гасангусейнова Патимат Айвазовна</i>	69
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ <i>Захарова Валентина Владимировна</i>	70
ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГАРМОНИЗАЦИЯ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛП СО СТАНДАРТАМИ И РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Змиевская Екатерина Анатольевна</i>	72
ОСОБЕННОСТИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Кальная Ксения Александровна</i>	74
ЭКОНОМИКА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Козыренко Кристина Юрьевна</i>	76
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛА <i>Конева Дарья Александровна</i>	78
АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ СТРУКТУР УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Кулаева Светлана Сергеевна</i>	79
О ВАЖНОСТИ РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ ИНФРАСТРУКТУРЫ ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Лиманская Дарья Александровна</i>	83
ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ В ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ <i>Моругина Ксения Игоревна, Змиевская Екатерина Анатольевна</i>	85
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ОБЩЕЙ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВА <i>Новикова Маргарита Владимировна</i>	86
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ <i>Татаева Хадиджат Салмановна</i>	88
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ <i>Торопцева Анастасия Витальевна</i>	91
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ <i>Циколенко Яна Александровна</i>	93
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Черноризова Маргарита Юрьевна</i>	95

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА НА ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА <i>Энгель Александр Александрович</i>	97
КРАТКАЯ ИСТОРИЯ И ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ <i>Юсупов Магомед Исаевич</i>	98
СООПЛАТА КАК СПОСОБ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЬГОТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Юсупов Магомед Исаевич</i>	100
Работы школьников.....	102
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2016 ГОДУ: РЕЙТИНГ АГЕНТСТВА «BLOOMBERG» <i>Ковалева Ангелина Алексеевна</i>	102
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	104
Работы учёных и студентов	104
МОТИВАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ КАК ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ МЕДПРЕДА: МАТЕРИАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ <i>Борискина Татьяна Борисовна, Еремин Николай Викторович</i>	104
АКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ <i>Водопьянова Наталья Александровна</i>	108
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНЕ <i>Журавлева Татьяна Игоревна, Катренко Виктория Александровна, Сасин Александр Александрович</i>	114
БЕЗРАБОТИЦА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Игнатенко Юлия Евгеньевна, Шильцова Татьяна Александровна</i>	116
МОТИВАЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА НИР <i>Князев Сергей Александрович</i>	118
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ В ВОПРОСАХ КОНЦЕПЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Климовских Надежда Валерьевна</i>	119
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОМБИНИРОВАНИЯ ДЕМПСТЕРА ПРИ ПРИНЯТИИ КОЛЛЕКТИВНОГО РЕШЕНИЯ ПО ИННОВАЦИОННЫМ ПРОЕКТАМ РАННИХ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ <i>Конченкова Екатерина Игоревна</i>	121
АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КОМАНДНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СИСТЕМУ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Ленская Ирина Юрьевна</i>	124
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА <i>Шиндряева Ирина Викторовна</i>	126
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ В ПРАКТИКЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО БИЗНЕСА <i>Багатурия Екатерина Тенгизовна</i>	129
ПРОБЛЕМА СОКРАЩЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НИЗКОЙ ЦЕНОВОЙ КАТЕГОРИИ <i>Берела Марина Павловна</i>	131
ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Бессонов Иван Павлович</i>	132
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ КАДРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Богунова Алёна Андреевна</i>	135
КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Бойцова Мария Владимировна</i>	137
КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Ватрасов Сергей Вячеславович</i>	139

СПЕЦИФИКА ВНУТРЕННЕГО БЕНЧМАРКИНГА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ <i>Гаврилова Ангелина Абу-Магомедовна</i>	140
DIGITAL-МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Гордеева Юлия Валерьевна</i>	143
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РФ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА <i>Даудов Иса Алиевич</i>	144
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ НА РЫНКЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ <i>Дубовик Анастасия Викторовна</i>	146
ВНЕДРЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМУ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДЕЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Евсюков Дмитрий Вадимович</i> ..	148
МЕРЧАНДАЙЗИНГ КАК БАЗОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСА МАРКЕТИНГА АПТЕК <i>Есоян Наира Акоповна</i>	149
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ МАРКЕТИНГА В ПОЛИКЛИНИКЕ <i>Каныгина Олеся Александровна</i>	151
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ЭФФЕКТИВНЫХ КОНТРАКТОВ <i>Коломиец Павел Сергеевич</i>	154
ОПЛАТА ТРУДА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ <i>Кравцова Олеся Викторовна</i>	158
ФАКТОРЫ И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЛОЯЛЬНОСТИ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ <i>Кукина Анастасия Сергеевна</i>	160
ПАРТИЗАНСКИЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ <i>Молчанов Владимир Сергеевич</i>	162
БЕНЧМАРКИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>Мочалова Наталья Алексеевна</i>	165
КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ЧАСТНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ КЛИНИК <i>Николаева Елизавета Сергеевна</i>	167
МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СУЩНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ <i>Подсеваткина Анастасия Константиновна</i>	169
УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ОСНОВЕ КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА <i>Попов Владислав Вячеславович</i>	176
СПЕЦИФИКА МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Симакова Анастасия Сергеевна</i>	178
ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Столярова Екатерина Романовна, Греченкова Инесса Романовна</i>	180
УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Товсултанова Хава Зияутдиновна</i>	183
ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Трапизонян Анаида Арутовна</i>	185
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТАЛАНТЛИВЫХ СОТРУДНИКОВ И ВЫЯВЛЕНИЕ МОТИВАТОРОВ УДЕРЖАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Шиндряев Сергей Олегович</i>	188

УДК 614.2:338.24

**МЕНЕДЖЕР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: НОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ТРАЕКТОРИЯ****Мандриков Виктор Борисович, Стаценко Михаил Евгеньевич, Соболева Светлана
Юльевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Рыночные условия деятельности медицинских учреждений, увеличение конкуренции между бюджетными и коммерческими структурами, необходимость повышения качества медицинских услуг, предъявляют все новые требования к повышению эффективности управления организациями здравоохранения. Современное кризисное состояние российской экономики, характеризующееся наличием целого ряда негативных явлений, таких как спад производства, рост инфляции, снижение реальных доходов населения, и в целом замедление экономического развития¹, усугубляет проблемы здравоохранения в силу его зависимости от платежеспособности населения и компаний, и доходов, поступающих в бюджет государства, и актуализирует тему снижения издержек в отрасли и в целом повышения эффективности деятельности. Таким образом, проблема подготовки управленца нового уровня, соответствующего всем современным реалиям, становится все более актуальной.

На сегодняшний момент одной из основных нерешенных проблем в обучении управленцев в сфере здравоохранения является наличие двух различных траекторий подготовки. Первая основана на классическом медицинском образовании, когда специалист после прохождения обучения по медицинским специальностям: лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело, имеет возможность пройти интернатуру или ординатуру по организации здравоохранения и таким образом получить возможность занимать управленческие должности в лечебном учреждении. Вторая траектория, которая в настоящий момент получает все большую популярность, это подготовка будущего управленца в сфере здравоохранения в рамках образовательных программ по профилю менеджмент или экономика. Такие программы, чаще в виде дополнительного образования (например, МВА – Мастер делового администрирования), порой открывают классические университеты, не имеющие тесных контактов с медицинскими учреждениями, не вовлеченные глубоко в проблематику здравоохранения. Однако медицинская сфера имеет, во-первых, свою очень четко определенную специфику, а во-вторых, свои многолетние традиции подготовки организаторов здравоохранения.

На наш взгляд, решение данного вопроса возможно только в образовательной среде медицинского вуза, который имеет возможность инкорпорировать в свои стены специалистов в области менеджмента, экономики, финансов, права, и в союзе с кафедрами организации здравоохранения готовить руководителей медицинских организаций. Именно сочетание классического подхода к подготовке организаторов здравоохранения, подразумевающего выполнение отраслевой функции, с изучением современных тенденций менеджмента способно привести к синергетическому эффекту в качестве образования и ответить на запрос общества в получении специалиста нужной квалификации, нужного уровня образования и обладающего всеми необходимыми компетенциями [3,4]. Таким образом, на наш взгляд, постепенно первая траектория будет вытеснена и уступит место второй, при которой изначально обучающийся будет готовиться выполнять функции руководителя медицинской организации.

¹ По данным Росстата в первом полугодии снижение ВВП составило 3,4%. - URL: <http://ekb.dk.ru/news/zapolgoda-vvp-v-rossii-upal-na-3-4-236967410>

Идея готовить управленцев в сфере здравоохранения не нова. Такие программы уже давно с успехом реализуются на западе, в западных университетах, поскольку клиники в этих странах уже давно функционируют в условиях рынка с полным осознанием необходимости специализации в менеджменте. Основные компетенции главного врача, являющегося согласно языку управления топ-менеджером больницы, лежат в сфере хозяйственной деятельности, управленческих процессов финансовыми, материальными и людскими ресурсами медицинской организации, чему надо обучаться отдельно. В нашей стране традиционно существует иная модель обучения и карьерного развития главного врача, начиная с позиции рядового доктора, который благодаря своим организаторским способностям, стремлению к карьерному росту становится руководителем медицинского учреждения, постигая всю науку управления на практике. В целом, это тоже возможный вариант развития событий, однако на сегодняшний день этого уже не достаточно. В последнее время значительно изменилась экономическая ситуация, появились новые методы управления и более эффективные инструменты менеджмента. Медицинская отрасль, претерпевающая в настоящее время реформирование, как никогда остро нуждается в подготовленных управленцах, кризис-менеджерах, способных работать в условиях нестабильной внешней среды.

Решение проблемы качества обучения на направлении менеджмент опирается на сочетание в образовательном процессе следующих компонентов: наличие в вузе специалистов, как организации здравоохранения, так и экономики и менеджмента, а также тесное взаимодействие с лечебными учреждениями, как бюджетного, так и коммерческого профиля. Именно последний фактор является определяющим в формировании практических навыков студента, поскольку взаимосвязи с лечебными учреждениями позволяют реализовать все виды практик в полном объеме. Кроме того, поскольку деятельность менеджера связана с принятием управленческих решений, большая часть занятий должна проводиться в интерактивном режиме с применением современных образовательных технологий: метода малых групп, кейс-стади, деловых и ролевых игр, тренингов, дебатов и др.

Востребованность профессиональных менеджеров сферы здравоохранения на рынке труда обусловлена в настоящий момент тремя основными тенденциями. Первая связана с появлением большого количества частных медицинских учреждений, где требуются менеджеры. Вторая - с переходом государственных лечебных учреждений к рыночным механизмам хозяйствования, особенно в столичных городах. Третья тенденция вызвана профилизацией образования. Так, менеджер в промышленности, торговле, здравоохранении – это три различных направления подготовки. В стенах медицинского университета возможна подготовка специалиста, который изначально «заточен» на проблематику отрасли, потому что, помимо общих дисциплин управленческого и экономического профиля, он изучает специализированные дисциплины, связанные с организацией здравоохранения. Таким образом, эти три тренда должны обеспечить востребованность менеджеров сферы здравоохранения на рынке труда, несмотря на то, что последние тенденции свидетельствуют о снижении спроса на представителей экономических и юридических профессий из-за насыщения рынка в предшествующие годы.

Однако исследование управленческого портала E-executive [1] свидетельствует о том, что квалифицированным управленцам, способным принимать нестандартные решения, добиваться высокой эффективности деятельности при меньших вложениях, провести компанию через непростые изменения в условиях кризиса не стоит беспокоиться о своем трудоустройстве. Спрос на менеджеров с такими компетенциями останется на высоком уровне. Кроме того, на рынке востребованы универсальные профессии, к которым можно отнести и менеджера сферы здравоохранения, компетентного как в области экономики, так и в проблематике отрасли. Эта тенденция по мнению экспертов будет сохраняться [2].

Однако пока рынок труда реагирует на появление новых специалистов неоднозначно. Возникает проблема не востребованности управленцев медицинскими организациями, а скорее восприятия данного направления подготовки профессиональным сообществом, которое как обычно инертно и пока не готово к принятию инноваций. Данная ситуация не является критичной, поскольку нововведения всегда проходят путь от отторжения до принятия, и требуется определенное время для понимания сути и практического смысла нового направления подготовки, так необходимого современному российскому здравоохранению.

Список литературы

1. Бедарева, О. Семь самых стабильных профессий 2015 года. – URL: <http://www.e-executive.ru/career/labormarket/1950915/?page=0>
2. Кто будет нужен в 2015-2020 годах? URL: <http://www.e-executive.ru/career/labormarket/1355610/>
3. Мандриков, В.Б. Реализация компетентностной модели образования на направлениях подготовки бакалавриата в Волгоградском государственном медицинском университете / В.Б. Мандриков, М.В. Букатин, С.Ю. Соболева, А.В. Запорощенко, Н.А. Колобородова, О.Ю. Кузнецова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. - №6 (48) Часть 3. – С. 50 – 53
4. Петров, В.И. Открывая новые пути / Петров, В.И., Соболева С.Ю., Мандриков В.Б., Волчанский М.Е., Букатин М.В., Безбородов С.А.// Аккредитация в образовании. – 2014. – №76. - декабрь. – С. 70 – 73.

УДК 378.661:34

ОСНОВЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Веселкова Елена Григорьевна, Панасенко Евгения Владимировна

Россия, Европейский институт JUSTO

Россия, Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова

Деятельность медицинских и фармацевтических работников отличается повышенной ответственностью за результаты труда, ибо ее объектом является здоровье человека, здоровье нации в целом. Отсюда и особые требования, которые предъявляются к процессу профессиональной подготовки данной категории работников. Спецификой медицинского (фармацевтического) образования является следующее:

1. Уровень подготовленности медицинских кадров является важнейшей составляющей системы обеспечения населения качественной медицинской помощью.
2. Медицинское образование представляет собой разноуровневую систему, нацеленную на объединение теоретической и практической составляющих подготовки кадров.
3. Особая организация образовательного процесса, позволяющая обеспечить участие в оказании медицинской помощи лицам, еще не имеющим итогового документа о получении медицинского образования (обучающимися).

Все эти вопросы требуют законодательного урегулирования. Долгое время вопросы медицинского образования являлись объектом лишь медицинского законодательства. Так, в статье 77² Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2] устанавливались особенности подготовки медицинских работников и фармацевтических работников. При этом регулирование распространялось не на все аспекты отношений по получению медицинского или фармацевтического образования, а лишь на практическую

² Утратила силу с 1 сентября 2013 года в связи с принятием Федерального закона от 02.07.2013 № 185-ФЗ [1].

подготовку. В частности в указанной статье определялось, где организуется практическая подготовка обучающихся; устанавливалось, что организация практической подготовки осуществляется на основании договора, в котором отражались, в частности, основы участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности; содержалась бланкетная норма о порядке организации и проведения практической подготовки; декларировалась обязанность информирования пациентов об участии обучающихся в оказании медицинской помощи и праве отказаться от такого участия.

Однако, учитывая, что медицинское образование является одним из видов сферы образования, его процесс должен подчиняться прежде всего нормам образовательного законодательства. Начиная с 1 сентября 2013 года³, этот вопрос решен именно таким образом.

Правовые основы медицинского образования заложены в настоящее время в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» (далее – Закон) [3]. Статья 82 Закона, посвященная особенностям реализации профессиональных образовательных медицинских и фармацевтических программ, устанавливает главный концепт медицинского образования: оно направлено на непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни медицинского (фармацевтического) работника, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских кадров (ч.2).

Особое место уделено практической подготовке лиц, получающих медицинское образование (фармацевтическое) образование, которая осуществляется на основании договора между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, заключаемого по форме, утвержденной приказом Минздрава России [4].

Порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования установлен приказом Минздрава России от 03.09.2013 [5], порядок участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности определен приказом Минздрава России от 22.08.2013 [6].

Спецификой медицинского образования является обучение в ординатуре. Закон отмечает, что подготовка по программам ординатуры обеспечивает приобретение обучающимися необходимого для осуществления профессиональной деятельности уровня знаний, умений и навыков, а также квалификации, позволяющей занимать определенные должности медицинских работников, фармацевтических работников (ч. 9 ст. 82 Закона). Обучение по программам ординатуры осуществляется в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, утвержденными Минобрнауки России. Порядок приема на обучение по программам ординатуры установлен приказом Минздрава России [7], согласно которому к освоению программ ординатуры допускаются лица, получившие высшее медицинское и (или) фармацевтическое образование, с учетом установленных квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам. Прием на обучение по программам ординатуры осуществляется на конкурсной основе по результатам вступительных испытаний.

Помимо этого статьей 82 Закона урегулированы положения о допуске лиц к педагогической деятельности по образовательным программам медицинского (фармацевтического) образования. Такая деятельность осуществляется в порядке, установленном приказом Минздрава России от 10.09.2013 [8].

³ С момента введения в действие Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [3].

Список литературы

1. Федеральный закон от 02.07.2013 № 185-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу законодательных актов (отдельных положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. - 08.07.2013. - № 27. - Ст. 3477.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. - 28.11.2011. - № 48. - Ст. 6724.
3. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. - 31.12.2012. - № 53 (ч. 1). - Ст. 7598.
4. Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 435н¹ «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» (зарегистрирован в Минюсте России 23.08.2016 за № 43353) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 24.08.2016.
5. Приказ Минздрава России от 03.09.2013 № 620н «Об утверждении Порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (зарегистрирован в Минюсте России 01.11.2013 за № 30304) // Российская газета. - 13.11.2013. - № 255.
6. Приказ Минздрава России от 22.08.2013 № 585н «Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности» (зарегистрирован в Минюсте России 01.11.2013 за № 30288) // Российская газета. - 11.11.2013. - № 253.
7. Приказ Минздрава России от 06.09.2013 № 633н «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по программам ординатуры» (зарегистрирован в Минюсте России 14.05.2014 за № 32255) // Российская газета. - 23.05.2014. - № 115.
8. Приказ Минздрава России от 10.09.2013 № 637н «Об утверждении Порядка допуска к педагогической деятельности по образовательным программам высшего медицинского образования или высшего фармацевтического образования либо среднего медицинского образования или среднего фармацевтического образования, а также дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих высшее образование либо среднее профессиональное образование» (зарегистрировано в Минюсте России 27.02.2014 за № 31439) // Российская газета. - 07.03.2014. - № 54.

УДК 330:339.138

**СИСТЕМА СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ: ИТОГИ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ**

Косинова Наталья Николаевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В Волгоградской области на региональном уровне в 2015 году, в целом, сформирована нормативная правовая база стратегического планирования.

31 декабря 2015 г. принят Закон Волгоградской области № 247-ОД «О стратегическом планировании в Волгоградской области» [1], который устанавливает правовые основы стратегического планирования в Волгоградской области, определяет

полномочия органов исполнительной власти Волгоградской области, порядок их взаимодействия с общественными, научными и иными организациями в сфере стратегического планирования. Законом определяются система стратегического планирования, принципы и задачи стратегического планирования, участники и документы стратегического планирования.

Приняты Постановления Администрации Волгоградской области об утверждении порядков разработки, корректировки, мониторинга и контроля реализации региональных документов стратегического планирования.

Данные нормативные правовые акты определяют подходы к содержанию, составу документов стратегического планирования, их взаимной увязке, порядку их согласования. От этого зависит то, насколько эффективно будет работать в дальнейшем вся система стратегического планирования в регионе.

Важным вопросом в формировании единой системы стратегического планирования в регионе является отсутствие взаимоувязки и согласованности документов стратегического планирования на региональном и муниципальном уровне.

В соответствии со статьей 11 172-ФЗ [2] к документам стратегического планирования, разрабатываемым на уровне муниципального образования, относятся:

- 1) стратегия социально-экономического развития муниципального образования;
- 2) план мероприятий по реализации стратегии социально-экономического развития муниципального образования;
- 3) прогноз социально-экономического развития муниципального образования на среднесрочный или долгосрочный период;
- 4) бюджетный прогноз муниципального образования на долгосрочный период;
- 5) муниципальная программа.

Данный перечень является закрытым и никакие другие документы не являются документами стратегического планирования.

Многими муниципальными образованиями Волгоградской области принято решение о разработке стратегий, большинство из которых планируются к принятию также в срок до 01 января 2017 года.

Несовершенство методологических подходов к разработке стратегических документов, недостаточная проработанность механизмов реализации стратегий приводит к результату - отсутствие единой системы стратегического планирования, взаимоувязанной с системой территориального и бюджетного планирования на региональном и муниципальном уровне.

Как известно, в Волгоградской области действует Стратегия социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года, утвержденная Законом Волгоградской области от 21 ноября 2008 г. № 1778-ОД [3].

По объективным причинам в настоящее время Стратегия социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года потеряла свою актуальность. С 2006 года с момента разработки первого проекта закона Волгоградской области «О Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года» произошли серьезные изменения: интенсифицировались глобализационные процессы в мировой экономике (кризис 2008-2009 годов), изменилась экономическая ситуация в России (кризис 2014 года).

В настоящее время организована работа по разработке стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 года и плана мероприятий по ее реализации.

Структура Стратегии-2030 определена статьей 9 Закона Волгоградской области от 31 декабря 2015 г. №247-ОД «О стратегическом планировании в Волгоградской области».

Стратегия социально-экономического развития Волгоградской области должна содержать:

- 1) оценку достигнутых целей социально-экономического развития Волгоградской области;
- 2) оценку конкурентных преимуществ и угроз социально-экономическому развитию Волгоградской области, а также потенциала Волгоградской области, в том числе природных ресурсов, трудового, производственного, научного и финансового потенциала;
- 3) приоритеты, цели, задачи и направления социально-экономической политики Волгоградской области;
- 4) показатели достижения целей социально-экономического развития Волгоградской области, сроки и этапы реализации стратегии;
- 5) ожидаемые результаты реализации стратегии;
- 6) оценку финансовых ресурсов, необходимых для реализации стратегии;
- 7) информацию о государственных программах Волгоградской области, утверждаемых в целях реализации стратегии.

На первом этапе разработки Стратегии (февраль-апрель 2016 г.) необходимо провести работу по формулировке целей, задач и направлений социально-экономического развития Волгоградской области.

Стратегическая цель социально-экономического развития Волгоградской области уже определена – это повышение уровня и качества жизни населения за счет обеспечения устойчивого экономического роста и развития социальной сферы.

При определении основных направлений развития следует учитывать, что для достижения стратегической цели регион должен побеждать в глобальной конкуренции за рынки сбыта. Для этого необходимо выявлять в регионе дополнительные факторы развития.

Прогнозирование всех ключевых показателей должно быть объективным, исходить из реальных возможностей экономики региона, использовать несколько сценариев развития. Для этого нам необходима методологическая поддержка по использованию информационных технологий для разработки экономических моделей по расчету макроэкономических показателей на долгосрочный период.

Создание единой системы стратегического планирования на федеральном и региональном уровне является важной совместной задачей, решение которой позволит региону выйти на новый, более системный, качественный уровень во всех сферах деятельности, и достичь главной стратегической цели – повышение уровня и качества жизни населения за счет обеспечения устойчивого экономического роста и развития социальной сферы.

Список литературы:

1. Закон Волгоградской области от 31.12.2015 г. № 247-ОД "О стратегическом планировании в Волгоградской области" // Информационная система "Консультант Плюс".
2. Федеральный закон от 28 июня 2014 г. №172-ФЗ "О стратегическом планировании в Российской Федерации" // Информационная система "Консультант Плюс".
3. Закон Волгоградской области от 21 ноября 2008 г. № 1778-ОД "О Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2025 года".

УДК 330:339.138
**МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ДО 2030 ГОДА**

Попова Мария Юрьевна

Россия, Комитет экономики Волгоградской области

В настоящее время органам исполнительной власти региона поставлена задача активизировать работу по формированию Стратегии социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 года и определиться с тем, что сделано в этом направлении и что еще предстоит сделать в ближайшем будущем.

В марте 2016 г. в комитете экономики Волгоградской области состоялась научно-практическая конференция на тему "Цели, задачи и направления социально-экономического развития Волгоградской области до 2030 года", по итогам которой в апреле-мае 2016 года проведены тематические конференции по вопросу разработки направлений Стратегии до 2030 года на базе 6 ведущих ВУЗов города (в том числе в Волгоградском государственном медицинском университете) с учетом их образовательной направленности.

Сейчас важно сформировать видение, понимание того, каким будет выглядеть регион в 2030 году.

В соответствии с федеральным законодательством до 1 января 2018 года разрабатывается стратегия социально-экономического развития Российской Федерации, и до 1 января 2019 года разрабатываются учитывающие её положения документы стратегического планирования, в том числе на региональном и муниципальном уровнях. Соответственно, срок разработки Стратегии Волгоградской области нормативно закреплён до 1 января 2019 г. Однако документ необходимо разработать раньше, одновременно со стратегией социально-экономического развития Российской Федерации.

Это позволит увязать ее со всеми целевыми показателями, которые сегодня заложены или закладываются в развитие страны до 2030 года, увязать эти планы с конкретными планами всех федеральных министерств, ведомств, а также привлечь к их разработке и обсуждению максимально широкий круг участников, в том числе экспертов, представителей бизнес-сообщества, научных кругов и институтов гражданского общества. Стратегия – это документ общественного согласия, это, в большей степени, вектор развития самого областного сообщества, людей, которые не просто живут в регионе, но и живут регионом.

В связи с этим губернатор Волгоградской области провел рабочую встречу с отраслевыми экспертами и бизнес-сообществом региона, главной темой которой стала разработка долгосрочной Стратегии развития региона.

Губернатор попросил представителей бизнеса и экспертов высказывать конкретные предложения по барьерам, которые необходимо снять, по поддержке, которая им нужна. Эти предложения также будут учитываться при разработке Стратегии.

В работе по формированию Стратегии до 2030 года будут использованы лучшие практики Агентства стратегических инициатив и муниципальные практики (г. Волгограда). Таким образом, будут применены новые управленческие технологии.

На федеральном уровне поставлена задача модернизации системы государственного управления. Одним из основных направлений её совершенствования является внедрение современных общепризнанных методов проектного управления.

Смысл проектного управления заключается в том, чтобы направлять ресурсы туда, где возможна максимальная отдача и для людей, и для экономики, где нужно сфокусироваться на конкретных результатах и эти результаты предъявить в виде построенных школ, больниц, жилых домов, безопасных дорог, новых промышленных предприятий, всех тех позиций, которые мы сформулировали в приоритетных

стратегических направлениях развития.

Для реализации крупных проектов используют проектный офис, который обеспечивает контроль проектной деятельности, внедрение, административную поддержку.

Проектный офис должен выполнять несколько функций. В первую очередь – методическую. Проектный офис должен создать методические основы деятельности, то есть обучить людей, которые будут этим заниматься, чиновников, которые находятся в структурах министерств, служб, в регионах. Во-вторых - он должен обеспечить отбор проектов, их формирование и реализацию. В третьих – функция мониторинга и контроля. В процессно-ориентированном управлении совершенно отсутствует культура работы с отклонениями от целей, а смысл проектного управления в значительной степени в этом.

В настоящее время, на основании принятого распоряжения [1], проектные офисы входят в структуру Министерства экономического развития Российской Федерации (Департамент поддержки проектов в Азиатско-Тихоокеанском регионе) и Министерства промышленности и торговли Российской Федерации (Департамент стратегического развития и проектного управления).

Планируются изменения в межведомственных отношениях государственной системы управления. Правительством было дано поручение по организации проектной деятельности в федеральных министерствах и ведомствах. Те, кто участвует в проектах, будут напрямую взаимодействовать друг с другом, решать вопросы без долгих и избыточных согласований.

Примерами проектного управления на Федеральном уровне являются:

- Приоритетные национальные проекты ("Образование", "Здоровье", "Развитие агропромышленного комплекса", "Доступное и комфортное жилье - гражданам России"), которые реализовывались в 2006-2015 гг.

- Агентство стратегических инициатив - проектные офисы по внедрению стандарта деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации по обеспечению благоприятного инвестиционного климата. Президент Российской Федерации является руководителем Наблюдательного совета, в проектные офисы не входит, так как проектные офисы сформированы в каждом субъекте федерации.

- Административная реформа [2].

В настоящее время сформирована Дорожная карта по разработке проекта стратегии до 2030 года, определены ориентировочные направления рабочих групп (проектных офисов) по формированию Стратегии до 2030 года.

Возможно, что данные группы еще изменятся, и дополнятся в зависимости от дальнейшей работы. В каждой группе будет определен лидер группы, включены специалисты из профильных органов исполнительной власти Волгоградской области, координатор от комитета экономики Волгоградской области.

В соответствии с федеральным законодательством формирование региональной стратегии отличается следующими моментами:

1. При разработке Стратегии до 2030 года необходимо обязательно руководствоваться Методическими рекомендациями по разработке стратегии социально-экономического развития субъекта Российской Федерации (данный документ существует лишь в проекте, но будет принят в ближайшее время) и Порядком разработки, корректировки, мониторинга и контроля реализации стратегии социально-экономического развития Волгоградской области и плана мероприятий по реализации стратегии социально-экономического развития Волгоградской области (Постановление Администрации Волгоградской области от 30.12.2015 № 821-п).

2. При разработке проекта Стратегии нужно одновременно работать над ее ресурсным обеспечением, поскольку без финансово-экономического обоснования разработать стратегию социально-экономического развития субъекта Российской Федерации невозможно.

Внедрение новых технологий управления должно увеличить эффективность использования ресурсов и эффективность взаимодействия органов власти с другими организациями; повысить прозрачность, обоснованность и своевременность принимаемых решений – то есть в конечном итоге обеспечить достижение запланированных результатов.

Список литературы:

1. Распоряжение Минэкономразвития России от 14 апреля 2014 г. № 26р-ау "Об утверждении методических рекомендаций по внедрению проектного управления в органах исполнительной власти" // Информационная система "Консультант Плюс".
2. Указ Президента Российской Федерации № 601 от 7 мая 2012 года "Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления"// Информационная система "Консультант Плюс".

УДК 33

**ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОМЕРНЫХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ
ФОРМИРОВАНИЯ КОРТЕЖЕЙ**

Терелянский Павел Васильевич

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Во многих своих приложениях экономические исследования строятся на использовании и попытке анализа нечисловых показателей. Зачастую экономика как гуманитарная наука вынуждена работать с некоторыми слабоформализуемыми сущностями, которые иногда просто невозможно бывает отобразить на числовые оси не только в классическом пространстве СИ-показателей (*Le Système International d'Unités, SI*), но и на такие универсальные носители как денежные единицы, а тем более штуки товара. Самым первым шагом осознания некоей экономической сущности является создание условий разграничения этой сущности от прочей экономической надсистемы. Этот процесс можно назвать кластеризацией, а кластеризованные сущности могут быть на первом этапе проанализированы путем использования шкал наименований. Поскольку единственным поверяемым способом исследований в современной науке может являться только исследования с использованием абсолютных шкал, то исследователи-экономисты пытаются преобразовать описание сущностей, задаваемых изначально в примитивных шкалах наименований, перевести в шкалы более высоких порядков, хотя бы до уровня ранговых (порядковых) шкал. Самый простой и интуитивно понятный способ анализа – это представить исследуемую сущность как абстрактный набор показателей, интенсивность проявления которых в рамках исследуемой сущности можно задать баллами (рисунок 1). При этом многомерное фазовое пространство системы редуцируется до одномерного пространства – отрезка с минимумом и максимумом. Зачастую имея естественный минимум – арифметический ноль, максимум индекса не определен. Для возможности анализа индексов вводят ось области определения – ось времени. Далее работают с индексом как с членом ряда показателей, используя для этого методы классического интерполирования и экстраполирования. Для оценочных суждений используют логистические функции, где индекс должен преодолеть заданные пороги. Таким образом, индекс воспринимается исследователями как математическая абстракция семантически сложной сущности представленной в виде скаляра на двумерном фазовом пространстве. Временная ось вводится исследователями для прогнозирования поведения системы с целью возможности выработки управляющих воздействий.

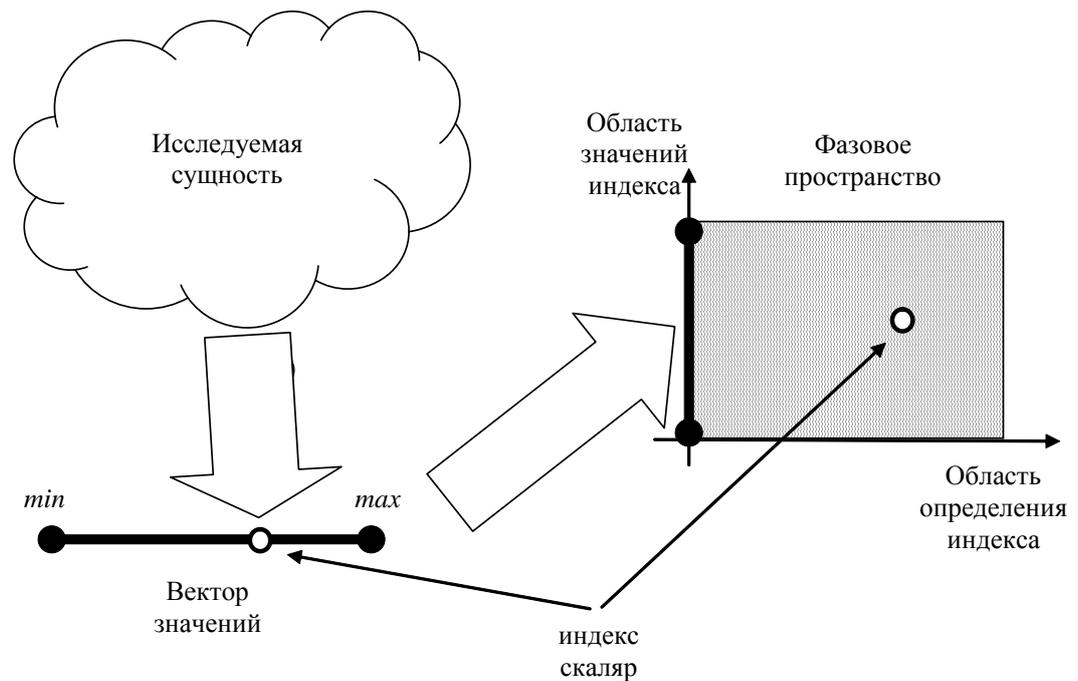


Рисунок – 1. Индекс как математическая абстракция

В самом простейшем случае показатели задаются как равноважные величины, а баллы проставляются с использованием методики шкалирования с непостоянной суммой (*non-constant sum scaling*). Баллы затем суммируются, и полученная сумма используется как i -я координата кортежа. В большинстве исследований такая координата носит название индекса. Сам кортеж используется для операций как минимум поиска экстремальных координат в кортеже и даже ранжирования. Осознавая примитивность такого описания сложных экономических систем, исследователи пытаются учесть неравноважность показателей путем введения коэффициентов важности, на которые затем умножают значения показателей, вводят особые методики оценок для учета особенностей сути показателей, отображают полученные значения на интервал $[0...1]$, что делает координаты кортежей похожими на элементы абсолютной шкалы.

Абсолютная шкала используется для исследования поведения экономической сущности без необходимости привлечения постоянного сравнения с другими элементами кортежа, что в свою очередь дает иллюзию возможности позиционировать рассчитанную (зачастую путанным образом) относительную важность, как результат измерения в метрике с заданным нулем. Введение второго «временного» измерения позволяет исследователям ошибочно наблюдать изменение индекса как самостоятельного объекта.

Одним из самых известных в экономике индексов, построенных по такой методике, является Индекс Доу-Джонса (*Dow Jones Industrial Average*). Данный индекс рассчитывается как сиюмоментная сумма цен акций группы ведущих компаний США, деленный на некий делитель, который рассчитывается по весьма замысловатой формуле, учитывающий сплит и консолидацию входящих в состав индекса акций. Создатели индекса пытались описать такое понятие как «промышленный рост» созданием подобного индекса. Смысл индекса понятен – если у группы ведущих компаний цены акций растут, то очевиден и рост как минимум капитализации компаний. Некоторые неблагоприятные случайные факторы могут обрушить цены акций, поэтому в индекс включена группа компаний, что ведет к подавлению шумовых статистических воздействий. Если происходит системное падение экономического окружения компаний, то – соответственно – должны и падать цены акций, а с ними и сам индекс.

Рассмотрим иллюстрацию поведения индекса, приведенную в Википедии (рисунок 2).

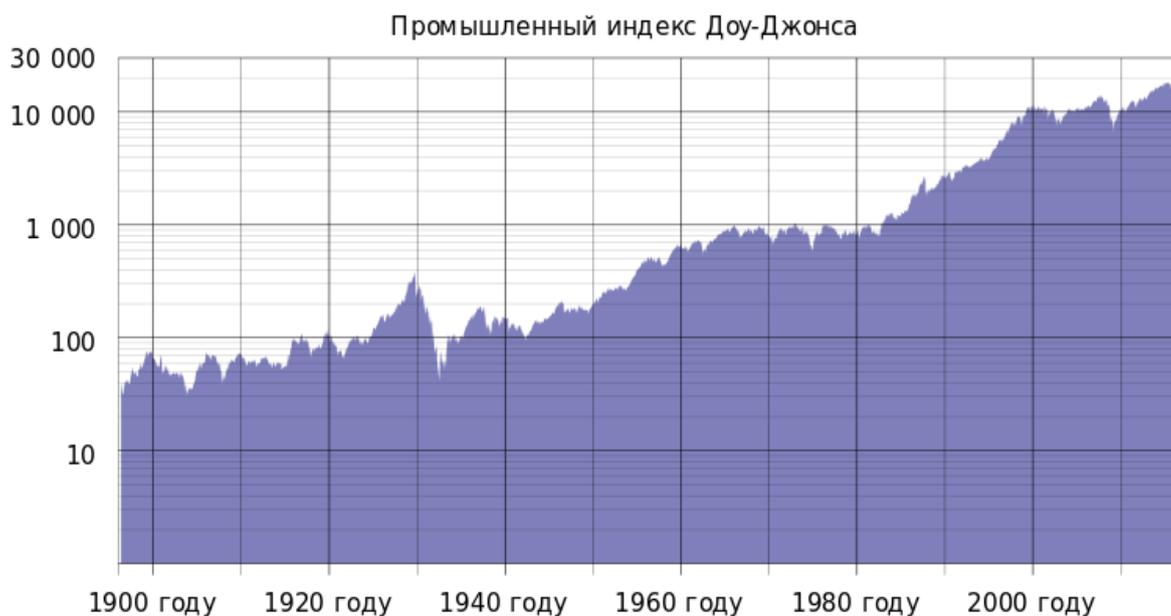


Рисунок – 2. Рост индекса Доу-Джонса

Список литературы

1. Сайт Центра стратегических разработок. Стратегия развития страны 2018-2024/ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://csrg.ru/>
2. Питер Кой, Вэй Лу. Индекс инноваций bloomberg/ [Электронный ресурс] – 2016 – Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/graphics/2015-innovative-countries/>
3. Яшин С.Н., Крюкова Т.М. Методика комплексной оценки эффективности инновационной деятельности промышленных предприятий на основе формирования системы экономических показателей./Нижегород. гос. техн. ун-т им. Р.Е. Алексеева. – Нижний Новгород, 2010 – Режим доступа: http://www.nntu.ru/trudy/2010/01/_/251-258.pdf
4. Klaus Schwab, Xavier Sala-i-Martin. The Global Competitiveness Report 2016–2017/ World Economic Forum – Geneva, 2016 – Режим доступа: http://www.nmi.is/media/338436/the_global_competitiveness_report_2016-2017.pdf
5. Soumitra Dutta, Bruno Lanvin, Sacha Wunsch-Vincent. The Global Innovation Index 2016/ [Электронный ресурс] – Cornell University, INSEAD, and the World Intellectual Property Organization, 2016 – Режим доступа: <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report>
6. Brahima Sanou. The ICT Development Index (IDI)/ [Электронный ресурс] – ITU International Telecommunication Union Place des Nations Geneva, Switzerland, 2016 – Режим доступа: <http://www.itu.int/net4/ITU-D/idi/2016/>

УДК 339.138

ТРЕБОВАНИЯ К ВИРАЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО КОНТЕНТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ В СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА

Тхориков Борис Александрович

Россия, Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Контент-маркетинг, являясь одним из инструментов inbound маркетинга, основанного на притягивании целевой аудитории своими сообщениями, получил широкое распространение в продвижении различных товаров и услуг. Создание и распространение полезной для потребителей информации в период информационной перенасыщенности оказались действенными инструментами по завоеванию доверия и привлечению потенциальных покупателей. Многообразие видов контента от текстовых материалов до

создания видеороликов позволяет формировать контент-план наиболее полно отвечающий запросам целевой аудитории и специфике реализуемого товара (услуги) [1].

Одной из характеристик контента является его виральность, то есть вероятность широкого распространения пользователями понравившегося контента в интернете, в том числе в социальных сетях. Традиционно виральностью в сфере Fast Moving Consumer Goods (FMCG) обладает веселый, провокационный, редкий, полезный и согласующийся с целевыми социальными установками человека контент. Однако в некоторых отраслях и сферах бизнеса контент с указанными характеристиками может быть некорректным, неэффективным или иметь обратный эффект.

Контекстная медицинская реклама в интернете входит в число высококонкурентных. Средняя стоимость клика составляет более 1 400 рублей. Дело в том, что подавляющая часть аудитории ищет в интернете медицинскую информацию не для того, чтобы обратиться к врачу, а напротив, чтобы к нему не обращаться и решить проблему самостоятельно. Этим объясняется сравнительно низкое число запросов, связанных с поиском врача. Отсюда высокая конкуренция среди участников контекстной рекламы на такие запросы, а, следовательно, и высокая цена клика. Если же размещать рекламу по наиболее распространенным поисковым запросам, связанным с названиями заболеваний, их симптомами и лечением, то это приведет по указанной причине к нецелевым переходам и бесполезным затратам [2]. Таким образом, для повышения конверсии и снижения стоимости клика, медицинский контент должен формироваться по иным, отличным от обычного контента, правилам.

Цель работы заключается в проведении социологического исследования, направленного на оценку валидности (пригодности) традиционных характеристик и формирования пула специализированных характеристик вирального контента, использующегося в продвижении медицинских услуг с помощью social media marketing (SMM).

В исследовании приняло участие 328 человек в возрасте от 25 до 44 лет, проживающих в областной центре N с населением около 400 000 человек, с развитой государственной и частной медицинской инфраструктурой. Возрастной интервал определен исходя из условного сочетания трех факторов – активного пользования социальными сетями, проявления интереса к сфере здравоохранения и потенциальной платежеспособности. Исследование проводилось в период июль 2015 – январь 2016 гг. в форме очного анкетирования по специальной разработанной анкете и опроса. Отбор респондентов проводился случайным образом, преимущественно, в государственных медицинских организациях [4].

В первом блоке вопросов перед респондентами ставилась задача – оценить различные виды контента (находящиеся в свободном доступе в сети Интернет), которые разместила в социальной группе условная медицинская организация на предмет: 1) вероятности размещения на своей странице в социальных медиа (repost); 2) вероятности возникновения желания более подробно ознакомиться с деятельностью медицинской организации (перейти на landing page, web page и прочее); 3) степени доверия к демонстрируемому контенту; 4) положительного влияния на имидж медицинской организации; 5) полезности подобного контента; а затем ранжировать их по степени приоритетности использования в социальных медиа.

В таблице 1 представлены обобщенные результаты данного этапа исследования.

Полученные результаты не могут быть использованы в практической работе без дополнительных уточнений, так как респонденты, главным образом, оценивали конкретные и несвязанные с каким-либо объектом виды контента, влияние множества других факторов не учитывалось.

Таблица 1

Результаты критериальной оценки видов медицинского контента

Виды контента \ Характеристики	Интернет-мемы	Фотома-териалы	Фотомате-риалы в формате «до и после»	Инфогра-фика	Результаты исследо-ваний	Реаль-ный пример	Блоги	Статьи
Вероятность репоста, %	15	17	5	33	9	24	19	34
Вероятность перехода на landing page, web page и прочее, %	7	20	22	27	17	46	36	27
Степень доверия к демонстрируемому контенту, %	14	91	29	63	55	75	49	77
Положительное влияние на имидж медицинской организации, %	9	83	37	71	79	77	70	81
Полезность контента, %	18	13	16	80	62	24	22	19
Ранжирование по приоритетности использования в социальных медиа	8	3	7	1	5	4	6	2

С целью повышения практической ценности результатов респондентам предлагался второй блок вопрос, позволяющих оценить важность некоторых традиционных характеристик, оказывающих влияние на виральность контента, используемого в продвижении медицинских услуг (табл. 2).

Таблица 2

Степень влияния традиционных характеристик на виральность медицинского контента

Наименование характеристики	Влияние, %
Восприимчивость	69
Визуальное оформление	57
Оригинальность	50
Качество	50
Юмор	29
Эмоциональность	8
Редкость	8
Провокационность	3

В третьем блоке вопросов респонденты выразили свое мнение о том, какими характеристиками должен дополнительно обладать виральный медицинский контент (табл. 3).

Степень влияния специальных характеристик на виральность медицинского контента

Наименование характеристики	Влияние, %
Результат лечения <i>описание положительных проявлений терапевтического эффекта от медицинских услуг (товаров)</i>	79
Действия пациентов <i>последовательный порядок действий пациентов при развитии или появлении подозрений на возникновение заболевания</i>	73
Альтернативы лечения <i>сравнение различных методик лечения</i>	65
Демонстрация профессионализма <i>косвенное подтверждение авторитетности и успешного опыта работы медицинской организации</i>	54
Ободрение и поддержка <i>акцентирование внимания и ориентирование пользователей на благоприятный исход болезни</i>	41
Получение дополнительной информации <i>ссылки на сторонние профессиональные ресурсы, содержащие более подробную информацию</i>	32

На основании проведенного исследования можно сделать следующий вывод: для повышения виральности медицинского контента целесообразно использовать инфографику, статьи и фотоматериалы. При этом их смысловое содержание должно быть понятно пользователям, демонстрировать результаты лечения и профессионализм медицинской организации, включать порядок действий пациентов для скорейшего выздоровления, настраивать их на благоприятный исход лечения, приводить сравнение терапевтических альтернатив и не ограничивать доступ на получение дополнительной информации.

Список литературы

1. Эффективная медицинская реклама // Центр креативных технологий [электронный ресурс]. URL: inventech.ru/technologies/marketing (дата обращения: 21.02.2016).
2. Вьюббен Дж. Контент – это валюта, как разрабатывать продающий контент. – М.: 2014. – 448 с.
3. Ивлева А.Я., Бурков С.Г. Избыточный вес проблема медицинская, а не косметическая // Ожирение и метаболизм. – 2010. – № 3. – С. 15-19.
4. Тхориков Б.А. Виральность медицинского контента в социальных медиа // Маркетинг в России и за рубежом. – 2016. – № 2. – С. 56-64

УДК 614.21

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛЬ (ЭКСПЕРТНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ)

Эртель Людмила Александровна

Россия, ФГБОУ ВО КубГУ, г. Краснодар

Здоровье населения незначительно (только на 15%) зависит от деятельности системы здравоохранения, остальное определяют образ жизни, генетические факторы и состояние внешней среды. Такое утверждение оправдано в том случае, когда система

здравоохранения обеспечила максимально возможные доступность и качество медицинской помощи для населения. Если финансирование здравоохранения недостаточное, доступность медицинской помощи низкая, что сегодня характерно для России, роль системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения существенно возрастает[1].

В соответствии со ст.2 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи – совокупность характеристик, которые отражают: своевременность оказания медицинской помощи; правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи; степень достижения запланированного результата [2]. Доступность и качество медицинской помощи обеспечивается:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличием необходимого количества медицинских работников, уровнем их квалификации;
- возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации»;
- применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения;
- транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, включая инвалидов и другие группы населения с ограниченными возможностями передвижения;
- возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
- оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Федеральным законом определены формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности: государственный контроль, ведомственный контроль качества и внутренний контроль.

Порядок организации и проведения государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается Правительством Российской Федерации [3]. Задачей данного вида контроля является принятие предусмотренных законодательством мер по пресечению и (или) устранению последствий нарушения обязательных требований. Приказами Минздрава России утверждены административные регламенты Росздравнадзора по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи. При проведении проверки осуществляются следующие мероприятия:

- рассмотрение документов и материалов, характеризующих деятельность проверяемых лиц по соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья;
- рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию проверяемых лицом работы по рассмотрению обращений граждан;
- оценка соблюдения проверяемым лицом требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан;
- экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [4]. Законом определены задачи ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
- определение показателей качества деятельности подведомственных органов и организаций;
- контроль соблюдения объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти;
- создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Предметом проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности является:

- соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- соблюдение медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению, эксплуатации и уничтожению медицинских изделий;
- соблюдение ограничений, применяемых при осуществлении профессиональной деятельности.

Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения разработаны Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) [5]. Рекомендована следующая последовательность действий:

- определение направлений работы по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности;
- обозначение целей и задач по каждому направлению;
- планирование и реализация необходимых мероприятий для достижения (решения) поставленных целей и задач;
- определение показателей (индикаторов, критериев) достижения поставленных целей и задач;
- определение механизма контроля.

С учетом специфики и особенностей деятельности медицинской организации определен базовый перечень направлений внутреннего контроля:

- лекарственный контроль. Фармаконадзор;
- контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
- хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
- безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

- эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации;
- организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения;
- идентификация личности пациентов;
- профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и её компонентов, препаратов из донорской крови;
- система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции;
- организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Для организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации создается врачебная комиссия. Цели, задачи, функции врачебной комиссии определены приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 г. №502н [6]. Для управления качеством медицинской деятельности требуется разработка следующих документов:

- стандартные операционные процедуры (СОПы) – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения стандартов медицинской помощи;
- клинические протоколы.

Для внедрения данной системы контроля требуется соблюдение условий:

- система непрерывного образования персонала как основополагающего элемента процесса непрерывного улучшения качества;
- планирование работы с определением ответственных и сроков, а также контроль выполнения задач;
- постоянная оценка каждого из этапов.

В целях совершенствования механизма управления и контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации в последние годы реализованы следующие мероприятия. В развитие ч.2 ст.64 ФЗ от 21.11.2011 №323 приказом Минздрава России от 07.07.2015 N 422ан утверждены критерии оценки качества медицинской помощи [7]. Применение с 01.01.2018 года риск-ориентированного подхода к планированию и проведению мероприятий по контролю и надзору с учетом классов (категорий) опасности будет способствовать совершенствованию контрольно-надзорной деятельности в здравоохранении. Совершенствуются формы статистической отчетности, представляемой медицинскими организациями. Разрабатываются порядки и правила оказания медицинской помощи по отдельным профилям, проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований. В целях повышения уровня информированности о состоянии и проблемных вопросах в организации оказания медицинской помощи жителям субъекта Российской Федерации совершенствуются формы взаимодействия территориальных органов Росздравнадзора с заинтересованными организациями по обсуждению проблемных вопросов организации оказания медицинской помощи и её качества в субъектах Российской Федерации. Рассмотрен в первом чтении проект федерального закона №1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения», связанных с угрозами причинения вреда жизни и здоровью граждан, в том числе ответственность за нарушения:

- порядка, объема и условий оказания медицинской помощи в соответствии с ППГ и ТППГ, включая несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи;
- порядка назначения и выписывания лекарственных средств;

- порядков оказания медицинской помощи в части несоблюдения установленных ими обязательных требований, влияющих на качество медицинской помощи;
- прав граждан в сфере охраны здоровья.

Список литературы

1. Шильцова Т.А., Мармулева Ю.В. Государственное финансирование здравоохранения и оценка удовлетворенности населения медицинским обслуживанием//Научный вестник Южного института менеджмента.- 2015.-№ 3.- С. 17-21.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
3. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»// Собрание законодательства РФ, 19.11.2012, N 47, ст. 6501.
4. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»//Российская газета, N 136, 26.06.2013.
5. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре).- URL: <http://elibrary.ru/download/97630746.pdf>.
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»//«Российская газета», N 141, 22.06.2012.
7. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 N 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»//Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти, N 43, 26.10.2015.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.

Работы иностранных участников

PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE

Damini Pawar (India)

Russia, Volgograd State Medical University

Scientific adviser: Senior Assistant of the Chair of Economics and Management
Sitnikova S.E.

Public health refers to the science and art of preventing diseases, prolonging life and promoting health through organized efforts and informed choices of society, organization, public and private communities and individual. It is concerned with threats to health based on population health analysis. The population in question can be as small as a handful of people, or as large as all the inhabitants of several continents. The dimensions of health can encompass, «a state of complete physical and mental and social well being and not merely the absence of diseases or infirmity». As defined by the United Nations World Health Organization.

Public health incorporates the interdisciplinary approaches of epidemiology biostatistics and health services, behavioral health, health economics, public occupational safety and health and other important subfields. The focus of public health intervention is to improve the health quality of life through prevention and treatment of diseases and other physical and mental health conditions. This is done through surveillance of cases and health indications and through promotion of healthy behavior. Examples of common public health measures include promotion of hand washing, breastfeeding, delivery of vaccinations distribution of condoms to control the speed of sexually transmitted diseases.

There is a great disparity in access to health and care and public health initiatives between developed nations and developing nations. In developing world, public health infrastructures are still forming. There may not be enough trained health workers or monetary resources to provide even a basic level of medical care and diseases prevention. As a result a large majority of mortality in the developing world results from the contributes to extreme poverty. For example many African governments spend approximately US \$ 10 per person per year on health care while in United States the federal government spends approximately US \$ 4,500 per person per year. However the expenditure on health care should be not considered health care in the strictest sense. For example, mandating the live and contribute to the health of population but typically money spent enforcing this rule would not count as money spent on health care.

Large parts of the developing world reminded plagued by largely preventable or treatable infectious diseases and poor mental and child health, exacerbated by malnutrition and poverty. The WHO reports the lack of exclusive breastfeeding during first months of life contributes to over a million avoidable child deaths per year.

Education and training of public health professional is available throughout the world in schools of public health, medical schools, veterinary schools, schools of nursing and schools of public affairs. The training typically requires a university degree with a focus on core discipline of biostatistics, epidemiology, health services, administration, health education, behavioral science and environmental health.

References:

<http://www.who.int/en/>

https://en.wikipedia.org/wiki/Public_health

REFORMS IN THE 21ST CENTURY

Niharika John (India)

Russia, Volgograd State Medical University

Scientific adviser: Senior Assistant of the Chair of Economics and Management
Sitnikova S.E.

«Health is like money, we never have a true idea of its value until we lose it all»

~ Josh Billings.

In today's world, the 21st century, many diseases have become rampant. Of course, with the progress in technology cures have been developed for many diseases but there remain a large amount of diseases that still cannot be cured -right from AIDS to certain forms of cancer. Public health has not succeeded in preventing non communicable diseases although some progress has been made. Low and middle income countries can carry heavy burdens of both communicable and non communicable diseases.

With so many illnesses spreading in the world, proper health care is of prime importance. Managing health care has two broad aspects: maintaining or sustaining health and then restoring health when ill. Many challenges lie in the path of formation of a satisfactory health care system. The primary challenge is cost - many people lie below the poverty line and cannot afford proper health care. Medical and allied technologies are making rapid changes and progress - be it diagnostic or interventional. They drive the cost of health care upwards, making it ill afforded by families. Illnesses have a crisis nature and people tend to sell assets or borrow heavily to fulfill the felt need to health care. The most important reform to be brought about would be to make health care affordable. In our university, the Volgograd State Medical University, students are made to purchase a health insurance thereby ensuring health care is affordable whereas in the United States of America, health care is extremely high.

Both types of countries, that have conquered communicable diseases and those that have not, such as India, are facing a new and formidable disease challenge in the 21st century. That challenge is the so-called non-communicable diseases' that have intrinsic origin within the human body. This problem began in the second half of 20th century and has grown relentlessly. It includes hypertension, diabetes, obesity and the cardio-vascular (eg. Myocardial infarction), cerebro-vascular (eg. Stroke), reno-vascular (eg. Chronic renal failure) diseases associated with them. Due to this type of prevalence of multiple type of ailments there are several issues such as : lack of cures (as mentioned earlier), wrong diagnoses and hence wrong prescription of drugs, etc. In the United States of America, improper health management or medical error is the 3rd leading cause of death. In India, traditional medicine such as Ayurveda, Siddha , Unani and Homeopathy is very popular even though modern medicine is the government's policy. Unlike modern medicine which is evidence based traditional medicine is «doctrine / dogma based» where old written texts are the basis. Due to cultural faith in traditional systems, modern medicine is practiced by many doctors like traditional - diagnosis without evidence and treatment without diagnosis is not uncommon. The reform here could be proper education to avoid negligence among the medical practitioners. Proper education systems need to be established and it could be one of the most vital solutions to many problems in this world and not just aiding in the reformation of health management systems.

Piracy is taking over the world- let it be CDs or money or even doctors. In India, countless people are arrested for posing as doctors. The system needs to be managed so as to avoid the birth of new fake doctors and cause the death of the already existing fake doctors. As if fake doctors aren't enough - the various scams involving the various pharmaceutical companies also are one of the major issues we face in the industry. For instance GlaxoSmithKline paid \$3 billion for promoting two drugs for unapproved uses and failing to report safety data about a diabetes drug to the US FDA making it the largest fraud settlement in the US history. There has been a long history of these scandals right from the late 1950s when the distribution of the apparent «wonder drug» - thalidomide was distributed. Across 46 countries, over 10,000 children

were born with defects out of which roughly 1,000 died within a few months while 466 of those affected are still alive in 2010. The German pharmaceutical giant, the Grünenthal Group, creator of thalidomide, issued an apology to the world in 2012, almost 50 years after the drug was first manufactured. The reforms here would be to incorporate stricter anti corruption norms than those that already exist, introducing more stern acts regarding corrupt practices and fraud and harsher punishments for bribery. Conducting audits more seriously to monitor and investigate such kind of malpractices can also help reduce corruption.

Another issue in health care is the poor quality of treatment received by patients primarily in low income countries. Many doctors fleece patients by making them do unnecessary tests which cost a lot. Patients have to wait long hours for their turn to receive consultation only to be cheated later. Sub-Saharan Africa accounts for 11 percent of the world's population, yet bears 24 percent of the global disease burden and commands less than one percent of global health expenditure. It also faces a severe shortage of trained medical personnel. In addition, the region lacks the infrastructure, facilities, and trained personnel necessary to provide and deliver even minimal levels of health services and goods. As of countries like India, existing poor health management systems were deteriorated during the demonetization of the 500 and 1000 rupee notes on the 8th of November, 2016. The government claims that this action was taken to prevent the counterfeiting of currency that was allegedly used in funding terrorism as well as a crack down on the black money in the country. However, in the days following demonetization, banks and ATMs all over the country were left cashless and this caused a negative impact on the people of the country. Many hospitals and clinics were not accepting the old currency and people were left without money for the payment of treatments. Many deaths occurred even as the country still faces this situation. The government must intervene in such situations so as to avoid such catastrophes and must definitely take steps to prevent mismanagement in such situations. Much reformations are required in this scenario.

Introduction of entrepreneurship to the field of medicine is extremely beneficial to the health care system. Medical entrepreneurs help in establishing the existence of gaps in health services and then work on bridging those gaps, allowing better services. Entrepreneurship in the field comprises of investment in medical research in order to assist the government to enhance the health care systems in their respective countries. This allows the system to grow and improve in many ways, thus enabling better health management. Strategic management of medical resources and proper utilization of these resources will also help in the reformation of the present healthcare management systems. For instance, proper allotment of number of patients to the number of doctors can improve the quality of treatment given to these patients. This will definitely bring about a positive impact in the health care system.

Another important aspect in the field of health management is the placement of risk management. Risk management in healthcare is potentially more important than in any other industry because human lives are on the line. A health care organization must establish the kind of problems that they would have to face, how likely it would be for the occurrence of the recognized set of problems and the magnitude of them. Then risk management must find methods so as to avoid or reduce the magnitude of the given set of issues. In almost all cases in healthcare risk management, the first priority is safety and maybe then finances. A good healthcare risk management plan can reduce patient health risks as well as financial and liability risks.

There are many issues the 21st century is facing in the field of health management but improving the management systems can tackle several of these issues. The workforce in this field should be careful as one is dealing with human lives. Government systems and governing bodies must come out with stricter norms to tackle problems to make healthcare affordable and accessible.

References:

m.indiatoday.in/education/story/medical-entrepreneurship-tips/1/630906.html
https://en.m.wikipedia.org/wiki/2016_Indian_banknote_demonetization

<http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/strengthening-sub-saharan-africas-health-systems-a-practical-approach>
<http://www.topmastersinpublichealth.com/10-biggest-medical-scandals-in-history/>

HEALTH CARE SYSTEM IN INDIA

Sharvin Chougule (India)

Russia, Volgograd State Medical University

Scientific adviser: Senior Assistant of the Chair of Economics and Management
Sitnikova S.E.

By definition health care is «the organized provision of medical care to individuals or a community». Health care is given by all the members working in the medical industry i.e, doctors, nurses, physicians, dentists . The health care is managed maintained, governed and delivered through health care systems or health care which are developed by the government of every country or by private entities in some countries where privatization is allowed . The health care system of a country is an extremely significant part of its development and economy as the system is responsible for the physical and mental health of the people as well as the wellbeing of the people living in the country.

Health care system in India is primarily administered by the state government, with each state having its own healthcare system which is funded by the ministry of health . This system comes under the public health care system.

Private health care services are also very famous in India . The private sector is dominating the health care services in India. About 75% of services, in monetary terms, are provided by the private sector. (WHO world health statistics 2010).

Most of the health care expenses are paid directly by the patients itself . Health care insurance is also picking up pace in India.

India being such a huge country with such a huge and diverse population there are many problems faced. I will also quote Kevin Alan Lee «In my opinion, our health care system has failed when a doctor fails to treat an illness that is treatable».

Some of the main problems are:

1. Lack of infrastructure.

Access to health services is severely limited as health infrastructure proves to be grossly inadequate. This is especially acute in the rural areas where secondary and tertiary care is available with great difficulty. For primary healthcare, the Indian government spends only about 30% of the country's total healthcare budget («Financing and Delivery of Health Care Services in India», Ministry of Health and Family Welfare Government of India). One way to solve this problem is to address the infrastructure issue by standardizing diagnostic procedures, building rural clinics, and developing streamlined health IT systems, and improving efficiency.

2. Urban vs Rural divide.

Urban area residents are a privileged lot simply because they have better access to medical care. Urban areas have access to much more advanced medical care, whereas the rural areas only have access to primary health care (Government of India statistics circa 2003). A staggering 70% of the population still lives in rural areas and has no or limited access to hospitals and clinics («Arogya Raksha Yojana» Web. 30 Apr. 2012.). Good ways to tackle this problem will be by integrating and adapting technology to solve problems. For example using video calling and the internet to consult specialists from the cities - this method is already being used by many doctors. Also, the people from the rural areas must be educated and given the correct information by the government.

3. Shortage of doctors.

India's creaking health infrastructure is facing one of its most dire challenges yet: a severe shortage of doctors and medical practitioners, which results in deficient care for hundreds of millions of people across the country. According to the Organization for Economic

Cooperation and Development, India has 0,7 doctors per 1,000 people – lower than Pakistan's 0,8, China's 1,5, and the UAE's 2,5. The public health system, especially medical facilities in rural areas, bears the brunt of this deficit.

This could be overcome again by building more colleges and universities for medical sciences.

Some of the successful health reforms taken by the Indian government:

1. A Medical College in each District of the Country (reported 2012). According to a recent report, the government is all set to provide financial help to State Governments to start a medical college in each of 626 districts of India. The vacancies are likely to further rise in future in rural India under the NRHM. Sixty percentage of specialist posts are still vacant at community health centers.

2. The National Commission for Human Resources for Health (NCHRH) was proposed to be an overcharging regulatory body for medical education and allied health sciences with a dual purpose of reforming the current regulatory framework and enhancing the supply of skilled manpower in the health sector.

Conclusion: Healthcare in India is growing at a phenomenal rate. People can hear new technology coming into this market on the regular basis which has completely transformed this industry. Many new startups have also been started in this field which are regularly trying to make this field transparent and full of technology. In ending I will like to quote «Let us be the ones who say we do not accept that a child dies every three seconds simply because he does not have the drugs you and I have. Let us be the ones to say we are not satisfied that your place of birth determines your right for life. Let us be outraged, let us be loud, let us be bold.»

References:

- <http://international.commonwealthfund.org/countries/india/>
http://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_India
<http://www.forbesindia.com/blog/health/5-things-to-know-about-the-indiashealthcare-system/>
<http://www.quora.com/What-are-the-healthcare-reforms-needed-in-India>

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИГЕРИИ

Ойетайо Фоласаде Эстер (Нигерия)

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ Ситникова Светлана Евгеньевна

Нигерия является демократической страной. К сожалению, лидеры, которых мы сами выбрали, управляют недостаточно эффективно и не могут обеспечить искоренение всех недостатков в стране. Используя состояние системы здравоохранения в качестве примера, мы видим, что положение дел во многих сферах экономики оставляет желать лучшего.

Роль федерального правительства в основном ограничивается только координацией, без вмешательства в деятельность университетских учебных больниц, федеральных медицинских центров (третья ступень здравоохранения), в то время как правительство штата управляет различными больницами общего профиля (вторая ступень здравоохранения), а в фокусе местного самоуправления находятся диспансеры (первичная медико-санитарная помощь). Хотя частный сектор здравоохранения играет заметную роль в оказании медицинской помощи, эти услуги дорогие, и бедные слои населения не могут позволить себе платить за стандартные процедуры, необходимые для лечения.

Основными поставщиками лекарственных средств и медицинских услуг в Нигерии являются правительства федерации и штатов. По сообщениям СМИ, они инвестируют значительные суммы денег в различные сегменты сектора здравоохранения в стране:

развитие трудовых ресурсов; приобретение и доставка медикаментов; строительство новых специализированных больниц; проведение национальных кампаний против СПИДа и других заболеваний, передающихся половым путем; массовая иммунизация детей; организация всеобщих образовательных программ по вопросам санитарии окружающей среды, планирования семьи.

Однако, как отмечалось, услуги здравоохранения не являются доступными для всех слоев населения, и в результате большинство граждан не получает надлежащей помощи при легко излечимых болезнях. Кроме того, зарплата врачей и специалистов, работающих в федеральных и региональных больницах, очень низкая и далеко не всегда выдается вовремя, так что врачи вынуждены устраивать забастовки. Таким образом, отсутствие профилактики заболеваний, неоказание помощи ведет к ухудшению состояния здоровья граждан, вплоть до смертельных исходов.

Плачевное состояние сектора здравоохранения в стране, несмотря на наличие государственных дотаций, вызывает серьезную озабоченность. Необходимо обратить серьезное внимание на достаточность финансирования, его направленность и использование; вложение средств в различные области и в целом, на управление системой здравоохранения.

Еще не потеряна надежда на улучшение благосостояния Нигерии, в частности, сферы здравоохранения. Деятельность Федерального министерства здравоохранения Нигерии направлена на разработку мероприятий, направленных на укрепление национальной системы здравоохранения путем эффективного и доступного предоставления услуг здравоохранения в сотрудничестве с заинтересованными сторонами. Автор считает, что с течением времени, при надлежащем управлении, мы сможем достичь хороших успехов в области здравоохранения в Нигерии. После учебы в университете в России, автор вернется домой на родину, чтобы, став врачом, стремиться к преумножению национального человеческого капитала.

В октябре 2012 года президент Нигерии Гудлак Джонатан запустил инициативу «Спаси миллион жизней к 2015 году», которая, несмотря на название, работает и по настоящее время. Данная инновационная программа направлена на существенное расширение доступа к основным качественным медицинским услугам, особенно для женщин и детей. Цель программы – ликвидация основных причин младенческой и материнской смертности в стране. Она предусматривает ряд мер, направленных на укрепление здоровья матерей, новорожденных и детей: совершенствовать первичную медико-санитарную помощь; улучшить показатели иммунизации; сделать более доступным тестирование и консультирование по поводу ВИЧ для профилактики передачи вируса от матери к ребенку; улучшить доступ к основным лекарственным средствам и улучшить питание детей.

Также уместно отметить усилия и поддержку международных организаций, таких как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН и Фонд Картера, чей вклад в обеспечение контроля и ликвидации смертельных инфекционных и неинфекционных заболеваний в Нигерии является весьма значительными.

Список литературы:

http://www.commonwealthhealth.org/africa/nigeria/current_health_issues_and_systems_in_nigeria/

<http://www.movebacktonigeria.com/2015/07/lets-talk-about-health-nigerias-current-health-status/>

https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Nigeria#cite_ref-2

<http://www.health.gov.ng/index.php/about-us/mission-and-vission>

УДК 614.2

**ВЛИЯНИЕ ДЕТАЛИЗИРОВАННОГО ДНЕВНИКА ОСМОТРА ВРАЧА
ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ****Воронцова Таисия Валентиновна**

Россия, Сургутский государственный университет

Научный руководитель: д.м.н. Мещеряков Виталий Витальевич

Организаторы здравоохранения и практические врачи при оформлении амбулаторной карты пациентов в условиях многопрофильной поликлиники руководствуются различными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, которые регламентируют оформление дневников врача. При экспертизе качества оценивается деятельность врача, отраженная в медицинской документации. Повсеместно в повседневную практику внедряется электронная медицинская карта (ЭМК). При этом сведения об эффективности внедрения ЭМК с точки зрения качества медицинской помощи практически отсутствуют. Несмотря на это, действует приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 07.07.2015 №420ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [1], в котором среди критериев качества медицинской помощи в амбулаторных условиях утверждается требование заполнения всех разделов, предусмотренных медицинской картой. Резюмируя данный приказ можно утверждать, что качество оформления медицинской документации является одним из рычагов управления качеством медицинской помощи [2, 3]. Ранее нами на основе медико-социологического исследования с использованием метода конкордации получен статистически значимый высокий уровень согласованности мнений организаторов здравоохранения (главных врачей, их заместителей, экспертов качества страховых медицинских компаний) о медико-организационной значимости внедрения формализованных и детализированных дневников записей врачей в медицинской карте амбулаторного больного ($W = 0,46$; $\chi^2 = 36,8$; $p < 0,001$), а на основании анкетирования практических врачей определена наиболее удобная для использования форма дневника - ЭМК с шаблоном осмотра пациента с детальным прописыванием этапов работы врача с пациентом с учётом специальности врача, пола и возраста пациента, встроенными справочниками МКБ-10, стандартов медицинской помощи, льготного лекарственного обеспечения, информированных согласий и т.д. ($W = 0,45$; $\chi^2 = 35,9$; $p < 0,001$) [4].

Целью настоящего исследования была оценка влияния детализированного шаблона дневника пациента в структуре ЭМК на показатели качества оказания медицинской помощи в условиях многопрофильной поликлиники.

Материалы и методы. На базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» были разработаны шаблоны дневников осмотра врача для модуля АРМ «Врач», входящего в информационную систему поликлиники. После внедрения шаблона дневника в ЭМК исследовался уровень качества оформления медицинской документации и медицинской помощи в целом в двух группах случаев: с традиционным способом оформления медицинской документации (группа контроля) и с применением шаблона дневника в ЭМК группа сравнения. Для исследования влияния способов оформления медицинской документации на качество медицинской помощи были взяты случаи оказания медицинской помощи по заболеванию с количеством обращений к врачу не менее 3-х. Все случаи оказания медицинской помощи были оценены по экспертной карте. Исследуемые признаки условно разделены на 2 группы: признаки оформления медицинской помощи в документации и признаки организации оказания медицинской помощи пациенту, все признаки подвергнуты ранжированию.

Статистическая обработка материала осуществлялась методами углового преобразования Фишера, Манна-Уитни и ранговой корреляции.

Результаты и их обсуждение. Отсутствие статистически значимых различий при сравнении врачей основной группы и группы контроля по уровню квалификационной категории, давности прохождения повышения квалификации, врачебному стажу, возрасту врача ($p > 0,05$ по всем показателям методом Манна-Уитни) исключало влияние перечисленных факторов на результаты исследования.

В случаях оказания медицинской помощи, оформленных традиционным произвольным способом, методом ранговой корреляции установлена прямая средней силы статистически значимая связь между ранжированными показателями качества оформления медицинской документации и качества ведения пациента ($r_s = 0,41$, $p < 0,001$).

Методом углового преобразования Фишера установлен статистически значимый ($p < 0,01$) рост показателя балльной оценки качества оформления документации на 4,4%, показателя качества медицинской помощи после внедрения ЭМК с детализированным осмотром пациента – на 2,5%. Это подтверждало описанные выше результаты исследования связей между ранжированными показателями качества оформления документации и качества оказания медицинской помощи в целом. Внедрение детализированного шаблона дневника пациента в составе ЭМК направляет врача от более полного исследования пациента к более верной постановке диагноза и наиболее адекватному лечению. Одним из показателей качества является исход заболевания. Внедрение детализированного шаблона дневника в структуре ЭМК сопровождалось увеличением на 21,0% ($p < 0,01$ по методу углового преобразования Фишера) случаев с выздоровлением или улучшением, в сравнении с использованием бумажного носителя с произвольной формой заполнения дневника врачом.

Заключение. Установленная связь между качеством оформления амбулаторной карты и качеством оказания медицинской помощи, уменьшение числа дефектов в медицинских записях и дефектов оказания медицинской помощи, увеличение положительных исходов заболеваний после внедрения детализированного дневника осмотра пациента в ЭМК в практику поликлиники свидетельствуют о положительном влиянии внедрения ЭМК на качество оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России 07.07.2015 №420ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (Зарегистрирован в Минюсте России 13.08.2015 г. № 38494) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru> , 14.08.2015, Бюллетень нормативных актов фед. орг. исп. власти от 26.10.2015, № 43.
2. Старченко, А.А. Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача? / А.А. Старченко // Менеджер здравоохранения. — 2016 — № 4 — С. 58-68.
3. Самусь, И.В. Управление качеством медицинской помощи путем оптимизации документооборота / И.В. Самусь, О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева // Медицинское право. — 2014 — № 3.
4. Воронцова, Т.В. Модернизация учётных форм в повышении качества медицинской помощи в поликлинике [Электронный ресурс] / Т.В. Воронцова, В.В. Мещеряков // Медицина и образование в Сибири: сетевое электронное издание списка ВАК. — 2014, №1. — Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1244.

УДК 332.1:334.72

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ГЧП В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Герасименко Ольга Александровна**

Россия, Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения – это взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, органов местного самоуправления, частных и некоммерческих организаций, позволяющее обеспечить эффективное выполнение задач публично-правовых образований в сфере здравоохранения путем привлечения частных ресурсов для создания, реконструкции, управления, содержания инфраструктуры здравоохранения или предоставления услуг. Основная задача ГЧП в здравоохранении – обеспечить доступность высококачественных медицинских услуг для пациента в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Основные механизмы государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения:

- концессии;
- сделки по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности;
- аренда государственного имущества с возложением на арендатора обязательств по проведению текущего и капитального ремонта арендуемого имущества;
- лизинг;
- участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- аутсорсинг;
- создание коммерческих организаций [1].

Самым распространенным форматом ГЧП в медицине стала концессия. Параллельно развивается так называемое государственно-частное взаимодействие, когда частные клиники подключаются к оказанию медуслуг по территориальным программам госгарантий. Кризис влияет на планы инвесторов и региональных властей по развитию ГЧП-проектов, однако практика разнится. Например, правительство Новосибирской области решило сократить количество новых поликлиник, которые планировалось построить в рамках ГЧП, а в Белгородской области, наоборот, компания «Клиника сердца» подписала соглашение с местными властями о создании на базе Старооскольской городской больницы №1 центра сердечно-сосудистой хирургии (рис.1)[2].



Рис. 1. Политико-экономические основы концепции проектов ГЧП в здравоохранении

Основные проблемы проектов ГЧП в здравоохранении:

1. Юридические:
 - Федеральное законодательство РФ содержит регулирование единственной формы ГЧП (в международном значении) - концессионное соглашение. Данные отношения

урегулированы федеральным законом от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

- несмотря на отсутствие федерального регулирования, во многих регионах РФ принято региональное законодательство, регламентирующее ГЧП;

- в отсутствие федерального регулирования реализация проектов ГЧП на основании регионального законодательства (не по схеме концессионного соглашения) сопряжена с определенными рисками и имеет определенную специфику;

- отсутствие гибкости в структурировании отношений сторон (обусловлено наличием типовых соглашений);

- отсутствие права собственности частного партнера на Объект концессионного соглашения и невозможность его использования в качестве обеспечения исполнения обязательств концессионера перед кредиторами;

- ФЗ о концессионных соглашениях не содержит детального регулирования права владения и пользования концессионером объекта концессионного соглашения;

- перемена лиц по концессионному соглашению допускается с согласия концедента с момента ввода в эксплуатацию Объекта концессионного соглашения;

- ФЗ о концессионных соглашениях прямо не предусматривает возможности заключения прямых соглашений с кредиторами.

2. Экономические:

- высокие риски возврата инвестиций и долгий период окупаемости;

- увеличение стоимости проекта в связи с появлением финансовых издержек;

- несоответствие большинства существующих тарифов ОМС реальным затратам;

- в имеющихся тарифах не предусмотрено достаточного финансирования эксплуатации здания и оборудования, информационной системы, сертификации, обучения персонала и др.;

- невозможность возврата инвестиций без субсидий бюджета (отсутствие инвестиционной составляющей в тарифе ОМС);

- неготовность публичного партнера брать на себя валютные риски;

- неопределенная ситуация с налогом на имущество.

3. Экономические:

- сложность разработки и утверждения проекта;

- организационная структура проекта сложна и в случае оказания медицинских услуг частным партнером требует создания отдельной специализированной организации;

- период реализации проекта значительно превышает горизонт бюджетного планирования, что создает дополнительные риски для инвестора;

- существование плановых заданий в ОМС, превышение которых требует дополнительных согласований;

- необходимость переподготовки персонала (менталитет государственных учреждений);

- существующая структура финансирования никак не стимулирует клиники на оказание качественных медицинских услуг. Система расчетов и выставления счетов вынуждает клиники любыми способами увеличивать количество оказанных услуг и время пребывания пациента в стационаре [3,4,5].

Без коренной модернизации структуры общественного здравоохранения, закрытия неэффективных и устаревших больниц, изменения системы финансирования, направленного на повышение заинтересованности клиник в оказании высококачественных медицинских услуг, создания экономических стимулов для привлечения частных инвестиций проекты государственно-частного партнерства, к сожалению, не смогут оказать серьезного влияния на процесс модернизации отрасли.

Список литературы

1. Ломовцева О.А., Герасименко О.А. Приоритеты и механизмы ГЧП в формировании инновационного промышленного комплекса региона//Научные ведомости БелГУ, — 2013. — №13(210). Вып.35/1.— С. 5-9.

2. Тхориков Б.А. Методология индикативного управления//Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. —2012. —№10. —С.154-157.

3. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 13 июля 2015 г. N 224-ФЗ.

4. Стратегия формирования условий для ускоренного развития общественной инфраструктуры на принципах ГЧП в Российской Федерации на период до 2020 года. Центр развития государственно-частного партнерства [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.pppi.ru/sites/all/themes/pppi/img/pppsphere_managment5.pdf

5. Рейтинг субъектов РФ по уровню долговой нагрузки – итоги первого полугодия 2016 года, рейтинговое агентство РИА «Рейтинг» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://vid1.rian.ru/ig/ratings/gosdolg_07_2016.pdf.

УДК 616-053.2-083:614.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Девляшова Олеся Федоровна, Емельянова Ольга Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Дьяченко Тамара Сергеевна

Первичная медико-санитарная помощь является центральным звеном здравоохранения и должна осуществлять главную функцию — улучшение здоровья населения. Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению — наиболее востребованный вид медицинской помощи, оказываемой врачами педиатрами участковыми и врачами специалистами первичного звена здравоохранения. Создание и внедрение эффективных методик экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях приобретает особую важность. При этом единая технология проводимых экспертиз должна обеспечивать взаимодействие экспертов различных уровней и направлений [1,2].

Для реализации указанных задач разработана формализованная экспертная карта по оценке качества медицинской помощи (КМП) законченного случая поликлинического обслуживания при заболевании несовершеннолетнего пациента. Экспертная карта по оценке качества и технологии медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях содержит 24 формализованных вопроса с вариантами ответов. Совокупность ответов и заключений экспертов по вопросам карты с учетом разработанной математической модели позволяет оценить экспертируемые качественные признаки в количественном эквиваленте. С целью формирования единой системы автоматизированного мониторинга качества в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Волгограда и оптимизации аналитической работы была создана автоматизированная информационная система по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи в поликлинике (АИС КМП «Детская поликлиника»).

Все результаты экспертиз законченных случаев поликлинического обслуживания анализируются по 7 группам процессуальных индикаторов (А – качество ведения документации; В – диагностические мероприятия; С – постановка диагноза; D – лечебно-профилактические мероприятия; К – консультации; М – оценка лечебно-организационных мероприятий). Каждый из индикаторов оценивается на основании определенной совокупности вопросов, представленных в экспертных картах. В свою очередь все

вопросы имеют ранжированную балльную оценку от 0 до 1, которая зависит от имеющейся ситуации и характера выявленных дефектов. По сумме полученных результатов рассчитывается показатель индикатора, в том числе среднестатистическое значение всех процессуальных индикаторов – интегрированный показатель (E), который даёт цельное представление о КМП конкретному пациенту. Для удобства и наглядности аналитики цифровые значения результатов экспертизы переводятся в пятибалльную шкалу оценок.

Экспертиза медицинской помощи в детской поликлинике проводится по следующим причинам: случай, связанный с жалобами, заболевание с удлинёнными или укороченными сроками лечения от установленных стандартами медицинской помощи, повторное обращение по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней, отказ от госпитализации, плановая по тематически однородной совокупности случаев заболеваний, выборочный контроль, осложнённое течение заболевания, летальный исход.

В качестве пилотного проекта АИС КМП «Детская поликлиника» была внедрена в одну из детских поликлиник г. Волгограда. В 2016 году проведены экспертизы 561 законченного случая оказания медицинской помощи детскому населению в амбулаторно-поликлинических условиях.

КМП в детской поликлинике в целом оценивается на 4,63 балла. Из общего числа проведенных экспертиз КМП в детской поликлинике количество экспертных карт, оцененных на «отлично» и «хорошо», составило 60,0% и 27,0% соответственно. Экспертные карты с оценкой «удовлетворительно» составили 11,0%, при этом у ряда врачей такие оценки составляли до 67% от числа проведенных экспертиз медицинской помощи данного специалиста. Оценку «неудовлетворительно» из общего числа врачей-специалистов получили только 4 врача (от 3 до 15% от общего числа экспертных карт).

Обработка результатов экспертиз выявила низкий уровень качества ведения первичной медицинской документации (блок А), о чём свидетельствует широкий спектр выявленных дефектов и соответственно низкие уровни оценок в части оформления медицинской документации. Обращает на себя внимание отсутствие информированного согласия родителей или законных представителей на проведение лечебно-диагностических мероприятий ребенку. Низкое качество ведения документации отмечается в экспертируемых случаях, связанных с жалобами родителей.

Анализ результатов блока диагностических мероприятий также выявил дефекты в работе лечащих врачей. Результаты экспертных заключений показали, что в большинстве случаев диагностические мероприятия проведены не в полном объёме и не своевременно, и в 11% экспертиз данный блок оценен как «неудовлетворительно».

Блок С по оценке результатов постановки диагноза имел меньше дефектов в сравнении с другими блоками, а итоговая оценка была высокой (4,82 балла).

Блок Д – результаты проведенных лечебно-профилактических мероприятий, получил удовлетворительную оценку в части необходимости госпитализации ребенка, которая либо не производилась, либо была произведена не своевременно.

Блок К – консультативная работа – оценивался по следующим параметрам: необходимость консультаций специалистов, выполнение рекомендаций консультантов, в случае осложнений и (или) длительного течения заболевания заключение врачебной комиссии. По сравнению с другими индикаторами оценка блока К имеет самую низкую оценку из всех оцениваемых блоков – 2,97.

Лечебно-организационные мероприятия, проводимые в поликлинике (Блок М), получили низкую оценку «удовлетворительно», на что необходимо обратить внимание руководителей данных подразделений, особенно в экспертируемых случаях, связанных с отказом от госпитализации.

Использование формализованных экспертных карт по оценке КМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях с автоматизированной обработкой результатов экспертизы позволяет осуществлять оперативный контроль и управление всеми разделами работы

врачей. Создание единой автоматизированной системы позволяет анализировать полученные результаты и выявлять дефекты системного характера.

Своевременное выявление дефектов, снижение количества ошибок в процессе контроля качества, интенсификация диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, постановки диагнозов будет способствовать улучшению результатов всех профилей процессуальных индикаторов и являться основой для оптимизации медико-организационных технологий по оказанию медицинской помощи всем группам населения.

Список литературы:

1. Мониторинг качества медицинской помощи детскому населению при заболеваниях верхних дыхательных путей и органа слуха в амбулаторных и стационарных условиях / В.И. Сабанов [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 81-87.

2. Сабанов, В.И., Автоматизированная информационная система / В.И., Сабанов, В.В, Иваненко, О.Ф., Девляшова. – Волгоград.: Издательство ВолГМУ, 2015. – 57с.

УДК 338:61

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

Демир Карина Хусейновна

Россия, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Проблемы сохранения и улучшения здоровья населения нашей страны становятся все более актуальными. Значимость здравоохранения объясняется его влиянием на такие проблемы общественного здоровья как снижение смертности, повышение рождаемости, поддержание качественных показателей здоровья.

Эксперты Bloomberg уверены, что от денег, которые Россия тратит на здоровье своих граждан, слишком малая отдача. Наиболее эффективными признаны системы здравоохранения Гонконга (84 года; 5,4% ВВП, \$2021), Сингапура (82,65 года; 4,92% ВВП, \$2752), Испании (83,8 года; 9,03% ВВП, \$2658), Южной Кореи (82,16 года; 7,37% ВВП, \$2060), Японии (83,59 года; 10,23% ВВП, \$3703) и т.д., а Россия вновь опустилась на последнее место в составляемом экспертами агентства Bloomberg рейтинге эффективности системы здравоохранения разных стран (Health-Care Efficiency Index) [1].

Главным показателем (60% веса) при расчете занимаемого тем или иным государством места эксперты Bloomberg считают ожидаемую продолжительность жизни среднестатистического гражданина (кстати, в России она снизилась по сравнению с 2014 г. с 70,5 лет до 70,37 года). Снижение важнейшего показателя произошло вопреки некоторому увеличению госрасходов на здравоохранение (с 6,3 до 7,07% ВВП) и стоимости медицинских услуг на душу населения (с \$887 до 893), свидетельствуют данные рейтинга.

Два года назад (в 2014 г.) Россия замыкала рейтинг, находясь на 51-м месте, теперь же перешла на 55-е. Это связано с тем, что в список дополнительно включили еще четыре страны. Выяснилось, что в этих государствах госрасходы на медицину обеспечивают гражданам бóльшую, чем в России, продолжительность жизни.

Согласно Всероссийскому центру изучения общественного мнения, в число проблем, тревожащих наших граждан в настоящее время, наряду с низкими зарплатами (15%) и экономическими трудностями (14%) вошло также здравоохранение (12%) [2].

Современную российскую систему здравоохранения по отношению к развитым странам можно условно назвать отстающей и «догоняющей», несмотря на некоторые достижения прошлых лет, существуют проблемы, которые требуют решения [3].

Среди имеющихся проблем в современной системе здравоохранения России важно отметить следующие [6]:

- низкий уровень профессиональной подготовки врачей;

- недостаточная оснащенность современным оборудованием, технологиями и новые методами лечения;
- не оказанная своевременно медицинская помощь, как правило, до 6 часов (!);
- отсутствие внимания и индивидуального подхода со стороны медицинского персонала, а также сомнения пациента в оптимальном варианте предлагаемого лечения;
- отсутствие доступа к полной информации о последствиях лечения и медицинских процедурах, понимания того, к кому и куда обращаться пациенту на каждом этапе курса лечения;
- высокая стоимость лечения и трудности в приобретении необходимых медицинских препаратов;
- отсутствие специалистов, помогающих справиться с эмоциональным состоянием при болезни;
- недостаток финансирования здравоохранения.

Удручающе низкая оценка отечественной медицине – в том числе результат недавно проведенной реформы, одним из следствий которой стало укрупнение больниц и поликлиник. Многие из них превратились из отдельных учреждений в филиалы более благополучных, другие и вовсе были закрыты.

Авторы «оптимизации» предполагали, что это сделает работу государственных медучреждений эффективнее. Возможно, так оно и стало (с точки зрения Минздрава), однако побочным эффектом стало снижение доступности услуг для пациентов [4,5].

И другая часть государственных усилий – переоборудование больниц и клиник современной техникой – не дала нужного результата. Среди ключевых проблем российской медицины 39% россиян указывает на нехватку нужной медицинской техники, несмотря на огромные средства, потраченные на ее закупку в последние годы, во многих центрах это оборудование есть, но оно не используется ввиду разных проблем, в том числе низкой подготовки персонала [4].

Впрочем, в российском здравоохранении есть и некоторые положительные изменения. Так, 38% россиян отмечают, что внедрение электронной очереди ускорило доступ к специалистам, а еще 36% указывают на позитивные сдвиги в последние два года в работе скорой помощи [4].

Таким образом, современная система здравоохранения России является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и нуждается в преодолении вышеперечисленных проблем. В дальнейшем решение этих проблем поможет улучшить отечественной системе здравоохранения показатели мирового рейтинга и занять достойное место в нем.

Список литературы

1. Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения Bloomberg [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f>. – (Дата обращения: 15.11.2016).
2. Сообщение Минздрава России в связи с публикацией ВЦИОМ данных опроса о том, какие проблемы россияне считают наиболее значимыми в масштабах страны [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/10/07/3203-soobschenie-minzdrava-rossii-v-svyazi-s-publikatsiey-vtsiom-dannyh-oprosa-o-tom-kakie-problemy-rossiyane-schitayut-naibolee-znachimymi-v-masshtabah-strany>. – (Дата обращения: 15.11.2016).
3. Демир К.Х. Санаторно-курортное лечение в современной системе здравоохранения России // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: 71-й сб. науч. трудов. – Ижевск, 2016. – С. 273.
4. Куда катится российская медицина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.dni.ru/society/2015/9/2/313694.html>. – (Дата обращения: 15.11.2016).

5. Соболева С.Ю. Основные стратегические ориентиры развития региональной системы здравоохранения (на примере Волгоградской области) // Управление социально-экономическим развитием региона: актуальные проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. / отв.ред. Т.А.Елохова; Зап.-Урал. ин-т экономики и права. – Электрон. Дан. – Пермь, 2016. С. 110 – 119. – ISBN 978-5-89919-213-5

6. Durdyeva J., Borlakova M. Strategic bases of innovative development of North-Caucasus region in modern economic conditions//Modern European Researches. 2016. № 2. С. 26-30.

УДК 65.012.7

ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕСУРС ОБЩЕСТВА

**Катренко Виктория Александровна, Журавлева Татьяна Игоревна, Катренко
Марина Васильевна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент, доцент кафедры экономики
и менеджмента ВолГМУ Водопьянова Наталья Александровна,

Состояние здоровья населения является одной из наиболее актуальных проблем во всем мире и необходимым условием успешного экономического и социального развития страны, т. к. составляет трудовой и интеллектуальный потенциал общества. В условиях формирования социально-рыночного хозяйства перед государством стоит задача оздоровления населения и молодежи, в частности. Ухудшение состояния здоровья населения России влечет за собой наличие прямых и косвенных экономических потерь. Здоровье является важнейшим слагаемым трудового потенциала населения, при этом получаемые доходы становятся главным источником его сохранения и восстановления у работающего человека. В глубоком историческом прошлом наши предки находились в тесном контакте и общении с природой. Жили и работали синхронно природным ритмам, вставали, когда просыпается природа с восходом солнца, и ложились спать с закатом, когда природа засыпает, т. е. придерживались выработанного веками режима дня. Потребляя своё здоровье в тяжёлом физическом труде, человек хорошо осознавал, что он сам должен позаботиться о восстановлении своего здоровья. Сейчас человеку кажется, что здоровье также постоянно, как электро-и водоснабжение, что оно будет всегда, т. к. забота о нем переложена современностью на плечи государства, а медицинские отрасли должны поставлять здоровье, как продукты, товары, услуги. Человек стал потребителем, а не производителем своего здоровья. Тем более что общество одинаково относится к людям правильного, здорового образа жизни, и к людям, страдающим алкоголической зависимостью, злостным курильщикам, ведущим беспорядочный образ жизни. Выходит, что здоровая часть населения, работает за больных.

Несмотря на расширяющуюся сферу медицинского обслуживания и широкомасштабные мероприятия, проводимые страной (всеобщая диспансеризация, увеличение числа домов отдыха, призывы к занятиям массовыми видами спорта) количество людей, имеющих отклонения в здоровье, не уменьшается. В этой связи актуальны слова Горация (65 – 8 г.г. до н. э.), он говорил: «Кто медлит упорядочить свою жизнь, подобен простаку, который дожидается у реки, когда она пронесет все свои воды».

Охрана здоровья студенческой молодежи считается одной из важнейших социальных задач общества. В целом молодежь обязана быть наиболее здоровой частью общества, но, к сожалению, таковой не является.

Ряд исследователей состояния здоровья студенческой молодежи (С. Б. Бондарь, К. Г. Габриелям, Б. В. Ермолаев, А. Ю. Малофеев, Р. С. Низамутдинова, В. А. Смирнова и др.) в своих работах представляют факты ухудшение состояния здоровья студентов за

период обучения, высокие темпы прироста заболеваемости и распространения негативных тенденций в студенческом образе жизни [3,4].

Проблема здоровья студентов является особенно актуальной, однако, не всегда приоритетной. Данные представленные в ходе изучения медицинских карточек и проведенного анкетирования студентов СКФУ с 2013 – 2016 г.г. показали, что полностью здоровыми могут считаться не более 12 – 15 % студенческой молодежи. Также, функциональные отклонения имеют 50 % студентов; 35 % – хронические заболевания; 30 % – не имеют представления о здоровом образе жизни; у 58,4 % не воспитана потребность в соблюдении норм здорового образа жизни; у большинства студентов отсутствует положительный опыт занятий физической культурой (69,3 %); объем физических упражнений, необходимый для нормального физического развития, не выполняется в 51,8 % случаев; отсутствует чувство личной ответственности за недостаточный багаж двигательных умений и навыков (низкие физические кондиции) – 52,4 %.

Общеизвестный факт, что здоровье студенческой молодежи является необходимым условием в обучении. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, смена места жительства и др. требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций (особенно студентам-первокурсникам). Медики отмечают, что значительное число студентов, не приспособившихся к новым условиям жизни и к ее повышенному темпу теряют, внутренние равновесие, болезненно реагируют на раздражители, ощущают постоянную усталость.

Одним из основных направлений в сложившейся ситуации, является взаимодействие органов государственной власти и физкультурно-спортивных объединений и организаций т. к. наглядно выражена экономическая значимость занятиями спортом: снижение заболеваемости, особенно простудного характера – вдвое; сокращение количества пропусков учебных занятий по болезни, а как следствие – более полное и качественное образование, способствующее лучшему овладению профессией и повышению уровня производительности труда.

На общероссийском уровне социальный эффект от такой политики может быть достигнут только при условии массового вовлечения в занятия физической культурой и спортом российских граждан. К сожалению, с 1991 г. в России отмечается сокращение физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений. Под предлогом экономической нецелесообразности многие предприятия и организации отказались от содержания спортивных объектов и клубов, в связи с чем, в стране уменьшилось число людей регулярно занимающихся физкультурой и спортом. Немаловажное значение имеет и стоимость посещения действующих спортивных организаций, стадионов, бассейнов. Занятия физической культурой и спортом выступают не только как фактор компенсации, но и как единственное средство подготовки студенческой молодежи к новым сложным условиям жизни, требующим большого внимания и постоянного контроля над своим здоровьем, «...одного из важнейших компонентов человеческого счастья и одного из ведущих условий успешного социального и экономического развития» [5, С. 48].

Необходимо переосмысление устоявшихся понятий в науке, изменение сложившихся суждений, ведь здоровье приобретает не только статус социальной ценности, но и важнейшего экономического ресурса общества.

Список литературы:

1. Водопьянова Н.А., Салманов М.Р Потребитель медицинских услуг: экономический аспект . В сборнике: Теоретические и практические проблемы развития современной науки сборник материалов IX Международной научно-практической конференции. 2015. С. 106-108.

2. Денисова О.В., Ситникова С.Е. Основные факторы и направления роста спроса на знания в условиях инновационной экономики //Интернет-журнал Науковедение. 2014. № 6 (25). С. 89.
3. Вегетативные дистонии у студентов. Решение проблемы / С. Б. Бондарь, А. Ю. Малофеев, В. А. Смирнова и др. // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. – М., 2004. –Ч. 1. – С. 177 – 179.
4. Низамутдинова Р. С. Мониторинг показателей здоровья студентов и формирование здоровьесберегающей среды обучения / Р. С. Низамутдинова // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. – М., 2004. – Ч. II. – С. 335 – 337.
5. Бароненко В. А. Здоровье и физическая культура студента: Учебное пособие / В. А. Бароненко, Л. А. Рапопорт. – Изд. 2-е, перераб. – М.: Альфа – М: ИНФРА-М, 2009.

УДК 332.1

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ БЮДЖЕТОВ: ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ РЕШЕНИЯ

Кузьмина Лада Рудольфовна

Россия, Волжский институт экономики, педагогики и права
Научный руководитель: д.э.н., профессор Калинина Алла Эдуардовна

Бюджет территории представляет собой комплексный финансовый план, в котором детально рассматриваются доходы и расходы, а также форма образования и распределения денежных средств, ориентированных на финансовое обеспечение целей, задач и функций территориальных органов власти. В соответствии с Бюджетным кодексом РФ, муниципальное образование имеет свой собственный бюджет, предназначенный для исполнения его расходных обязательств, которые возникают в связи с осуществлением полномочий по вопросам местного значения. Поэтому муниципальные бюджеты, с одной стороны, являются основой всей бюджетной системы страны, а с другой, – действенным инструментом социально-экономического развития муниципальных образований и регионов [3].

Бюджетный кодекс закрепляет полномочия и статус участников бюджетного процесса и основные подходы к процессу его формирования на очередной финансовый период. Назначение процесса планирования бюджета различных уровней – увязка бюджетной политики с целями и задачами по формированию долгосрочного устойчивого экономического роста и повышению уровня и качества жизни населения. Долгосрочное бюджетное планирование и прогнозирование позволяют повышать обоснованность поставленных целей, принимаемых решений и ожидаемых результатов без использования традиционного подхода к распределению бюджетных ассигнований на основе индексации расходов предыдущих периодов [4] или вне зависимости от объекта распределения (формирование бюджета «от доходов» или «от расходов») [2].

Проводимые в РФ реформы по вопросам бюджетного планирования имеют целью увязать его со стратегическим планированием развития территории. Однако, согласно Бюджетному посланию Президента РФ 2013 года, «планирование мер социально-экономического развития и бюджетное планирование по-прежнему остаются недостаточно скоординированными, не удается в полной мере обеспечить приоритизацию структуры расходов бюджетной системы и увеличить долю средств, направленных на развитие человеческого капитала и инфраструктуры; задачи социально-экономической политики и итоги их реализации по-прежнему рассматриваются отдельно от вопросов бюджетной политики, также отсутствует четкая система оценки эффективности бюджетных расходов» [1].

В общем случае бюджетные и стратегические документы должны формулироваться на один период времени, а также должны быть разработаны планы и

программы развития, конкретные мероприятия, увязанные с доходами и расходами территории, а также с ожидаемыми измеримыми результатами. Такой подход к формированию бюджета имеет программно-целевой характер, когда концентрация на решении приоритетных задач муниципального образования позволяет сформировать механизм бюджетирования, ориентированный на результат, что помогает распределить ресурсы не по видам отдельных затрат, а по стратегическим и тактическим целям и задачам, а также не по органам власти, а по целевым бюджетным программам в зависимости от ожидаемого уровня достижения целей и задач. Программно-целевое планирование построено по логической схеме: цели – пути – способы – средства – результат.

Однако программно-целевой подход при всем многообразии его преимуществ не лишен недостатков. Он слабо реагирует на происходящие существенные изменения тенденций развития ситуации, механизмы его реализации относятся, как правило, к программе в целом, а не к составляющим ее отдельным элементам, которые могут быть весьма разнообразны, поэтому сфера его применения может быть актуальной лишь для решения уже хорошо изученных проблем, совершенствования уже имеющихся систем управления. Указанные недостатки могут быть нивелированы посредством использования проектного подхода, который подразумевает разбиение программ на отдельные части (проекты) с четко заданными измеримыми показателями и распределение на этой основе ресурсов.

Метод бюджетного планирования на основе проектного подхода представляет собой принципиально иной подход к управлению федеральными, региональными и муниципальными программами и задачами, при котором происходит отход от управления затратами (ресурсами) и происходит концентрация на управлении результатами.

Основными сущностными признаками, отличающими проект от программы, можно назвать следующие:

- результат проекта определен еще до его начала и не имеет принципиальных изменений в процессе реализации;
- проектная деятельность всегда управляема (внешние зависимости и факторы уступают возможностям субъекта влиять на деятельность);
- уже в фазе подготовки проекта четко определены ограничения (сроки, требуемые ресурсы, допустимый уровень рисков и т.д.);
- результат проекта всегда уникален, специфичен для конкретного проекта и условий его реализации.

Проектный подход позволяет более эффективно расходовать бюджетные средства, осуществлять непрерывный мониторинг достижения поставленных целей и задач, контролировать фактические и плановые показатели, повышать степень прогнозируемости всей системы бюджетирования и определять долгосрочные приоритеты финансирования.

Таким образом, можно говорить о том, что проектный подход не отменяет, а дополняет используемый уже при бюджетном планировании и прогнозировании программно-целевой подход.

Список литературы

1. Бюджетное послание Президента Российской Федерации от 13 июня 2013 г. «О бюджетной политике в 2014 – 2016 годах. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/news/18332>
2. Ефимова, С. Б. Методологические подходы к формированию бюджета // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2007. – №16. – С.104-108.
3. Савцова, А. В. О формировании доходов бюджета муниципального образования // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2008. - №4 (17). – С.166-172.

4. Фролова, Е. С. Новые подходы к формированию бюджетов: переход к программному бюджету в Российской Федерации и Нижегородской области // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2011. - №5 (2). – С.250-254.

УДК 31.331.4

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКИХ АНАЛИЗОВ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ

Муханов Михаил Львович

Россия, Кубанский государственный медицинский университет

Научные руководители: профессор, д.э.н. Кацко Игорь Александрович, доцент,
к.э.н. Гоник Галина Георгиевна

Политравма — одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела (голова, шея, грудь, живот, конечности, таз, позвоночник), хотя бы одно из которых является тяжёлым. Политравмы делятся на 3 большие группы:

- сочетанные травмы, к которым относятся повреждения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, ранения, отслойка кожи и клетчатки, синдром длительного раздавливания конечностей;

- множественные травмы — несколько повреждений в пределах одной полости человеческого тела (например, разрыв печени и селезёнки) или в пределах опорно-двигательной системы (множественные переломы конечностей, таза, позвоночника);

- комбинированные травмы — повреждения наносятся несколькими ранящими орудиями — механическими, термическими, радиационными.

По механизму повреждения: транспортные происшествия — 70%; падения с высоты — 25%; производственные аварии и прочие причины. Летальность при политравме — 15—40% [4].

Ввиду сложности и опасности статистический анализ взаимосвязи результатов клинических анализов пациентов, с подобными типами травм с результатами лечения. Исходная совокупность из 95 пострадавших с политравмой разбита на три группы:

0 – выписанные из стационара с благоприятным исходом лечения (59 чел.),

1 – погибшие в первые сутки после получения травмы (25 чел.),

2 – погибшие от осложнений травматической болезни (11 чел.).

Предполагается, что репрезентативность выборки обеспечивалась случайностью отбора.

Начальный этап статистического исследования должен опираться на установление соответствия между исходными данными и типами шкал которое позволяет применять адекватные методы исследования.

Особенностью имеющихся данных является большое число пропусков по ряду анализов, что объясняется отсутствием необходимости брать их в процессе лечения, но обуславливает трудности в статистической обработке.

Введем обозначения: X_{ij} – блок исходных данных и исходов лечения соответственно, где $i=1, 2, \dots, k$ – наблюдения (возраст, пол, клинические анализы), $j= 0, 1, 2$ – группа пострадавших.

При поступлении в больницу у больных брали анализы (кровь на содержание натрия, кальция, рН, ВЕ, СОЭ, НГВ (уровень гемоглобина), общий белок, АСТ, креатинин, глюкоза). Анализы были измерены в количественных интервальных шкалах и имели принятые нормы, кроме того рассматривался возраст и пол больного (измеренные в интервальной и номинальной шкале соответственно).

Современная медицина опирается не только на дескриптивную (описательную) статистику, позволяющую в сжатом виде описать основные результаты исследования в виде числовых характеристик, средств визуализации, результатов проверки

статистических гипотез, но и на аналитическую в которой выделяют предиктивные модели, которые позволяют осуществлять прогноз в рамках исследуемой совокупности, исходя из принципа монотонности пространства решений в окрестностях имеющихся прецедентов [2]. Это определило задачи исследования, с точки зрения статистического анализа – определить диапазон значений результатов клинических анализов, при которых есть высокая вероятность гибели пациента (или благоприятного исхода лечения).

Результаты выводов, полученных в результате визуализации о равенстве средних арифметических или медиан по группам (выжившие – 0, погибшие в первые сутки – 1, погибшие от осложнений – 2) в пакете Statistica 10 можно проверять с использованием идеологии проверки статистических гипотез.

Статистически значимые (при уровне значимости 0,05) различия средних арифметических и медиан клинических анализов пострадавших с политравмой по группам (0 – выжившие, 1 – ... на первый день, 2 – ...) по натрию, кальцию, рН, ВЕ, рО₂, СОЭ.

Для выявления возможности линейной отделимости классов пациентов с разным исходом лечения используем дискриминантный анализ. Линейный дискриминантный анализ (Фишера) обычно основывается на предположении, что данные подчиняются многомерному нормальному закону. В итоге, используя идеологию формирования конечных классов можно выбрать наиболее значимые результаты клинических анализов, которые существенно влияют на результат [1].

Связь между бинарной переменной выжившие (событие – в 1 день или от осложнений(объединение классов 1 и 2), не-событие – выживание (класс 0)) и переменной пол – отсутствует; с переменными МНО, АСТ, СОЭ – средняя; переменными кальций, натрий, калий, хлориды, АЛТ, общий белок, AIS\NISS, возраст – высокая. С остальными переменными у бинарной переменной «выживание» связь очень высокая.

Важнейшей задачей диагностики больных является получение правил (предиктивных моделей) по которым можно выделять больных с высокой степенью риска смертельного исхода. Классическим подходом в данном случае является анализ выживаемости, который использует длину временного промежутка между отправной точкой (в нашем случае получением политравмы и смертью, кроме того, предполагается использование цензурированных данных (когда конечная точка (данном случае смерть) не наблюдалась, либо исход не известен) [4].

Бинарная логистическая регрессия – это разновидность множественной регрессии, которая принимает два значения и имеет следующий вид:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-y}},$$

$$\text{где } y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n,$$

P – вероятность того, что, например, наступит смертельный исход.

Класс больных – наступит смертельный исход в результате получения политравмы (событие) – класс с «положительными» исходами (истинно положительные примеры), класс выживших пациентов с политравмой – с «отрицательными» исходами (ложно отрицательные примеры) [2,3].

Таким образом статистический анализ, опирающийся на современные информационные технологии позволяют формировать базу данных о больных в данной больнице, классифицировать их и использовать для решения задач диагностики.

Список литературы

1. Кацко И.А., Паклин Н.Б. Практикум по анализу данных на компьютере/Под ред. Г.В. Гореловой. М.: КолосС, 2009. – 278 с.: ил.

2. Ланг Т.А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т.А. Ланг, М. Сесик; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.:илл.
3. Паклин Н.Б., Афанасьев В.В. Оптимальное квантование для повышения качества бинарных классификаторов Искусственный интеллект. – Донецк: Наука і освіта. – 2013. – №4. – с. 392-400.
4. <http://www.03kms.ru/page/politravma>

УДК 338.24:616

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Набиева Антонина Рамазановна, Жмыхов Дмитрий Васильевич

Россия, Астраханский государственный технический университет

Под клиническим менеджментом подразумевается управление интеллектуальными, трудовыми, материальными, финансовыми ресурсами лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с целью обеспечения эффективности и качества лечебно-диагностического процесса. Различают следующие функциональные элементы системы клинического менеджмента: формуляры, стандарты, клинические протоколы, клинический аудит, экспертиза качества медицинской помощи (КМП), оценка результатов. Она призвана обеспечить: повышение КМП; снижение клинического риска; эффективность использования ресурсов и др. Рациональный клинический менеджмент возможен на основе эффективного управленческого учета (информационной системы, обеспечивающей пользователей информацией о трудозатратах медперсонала, решениях по повышению ресурсосбережения и КМП). [1]

Управленческий учет основан на калькуляции трудозатрат в рамках рабочих процессов персонала ЛПУ (документально оформляется начало, стадии прохождения, сроки исполнения и конечный потребитель конкретных рабочих процессов). При таком подходе управления лечебно-диагностическим процессом на уровне врача ориентирована на повышение КМП и ресурсосбережение путем материального стимулирования медперсонала.

Основной единицей учета в финансово-экономических расчетах стоимости медицинской помощи выступает медицинская услуга, регламентируемая стандартом или другим нормативным документом.

По характеру и назначению в лечебно-диагностическом процессе медуслуга для выполняющей его ЛПУ может быть основной (ее результаты являются конечной целью обращения пациента в ЛПУ, стоимость в счете на оплату должна быть выделена самостоятельной позицией) и вспомогательной (обеспечивает выполнение основной услуги, стоимость в счете на оплату может быть выделена или не выделена самостоятельной позицией в соответствии с выбранным способом оплаты).

Объединение различных медуслуг в клинико-статистические группы стандартизированных диагнозов позволяет упрощать выполнение экономических расчетов. Классификатор медуслуг по степени укрупнения и дифференциации должен быть сформирован технологически и нозологически в удобном для проведения статистических и экономических расчетов виде.

Финансово-экономический анализ работы ЛПУ осуществляется в следующих направлениях: сбор и обработка аналитической информации о медуслугах (о доходах ЛПУ и затратах на каждого пролеченного); анализ производственной мощности (контроль эффективности коечного фонда, определение необходимого количества коек для обеспечения плановых объемов госпитализации); выполнение плана производственных показателей в динамике; выполнение финансового плана доходов по источникам

финансирования и расходов по статьям затрат; анализ себестоимости оказания медпомощи; оценка эффективности использования ресурсов. [2]

В результате вышеуказанного анализа устанавливаются фактические данные об оказании медуслуг за отчетный период в натуральном и стоимостном выражении в разрезе источников финансирования, а также заказчиков и исполнителей. Они служат базой для производства расчетов внутри ЛПУ и внешних расчетов за выполненные медуслуги, а также определения нагрузки на исполнителей медуслуг.

В современных условиях финансирования ЛПУ актуальными направлениями финансово-экономического анализа выступают: анализ фактических и кассовых доходов по источникам поступления; расчет потенциально возможных доходов и соответственно упущенной выгоды; определение величины заработной платы, приходящейся на единицу услуг; анализ расходов на медикаменты и расходные материалы; расчет эффективности используемого в лечебно-диагностическом процессе медицинского оборудования и инструментов; определение доли хозяйственных расходов в общей структуре расходов ЛПУ. [3]

Использование системы финансово-экономических расчетов на основе современных информационных технологий в целях анализа и планирования обеспечивает ЛПУ возможность: в условиях недофинансирования привлечь доходы за счет оказания медпомощи на договорной и платной основе; рационально перераспределять затраты ЛПУ (осуществить целевое финансирование на приобретение оборудования, медикаментов, оплату части коммунальных платежей и капитальный ремонт); ввести внутри ЛПУ межотделенческие взаиморасчеты за выполненные медуслуги.

Обобщая изложенное, наиболее перспективным в условиях ограниченных финансовых ресурсов является планирование медпомощи по клинко-статистическим группам медуслуг, поскольку позволяет реально определять ее объемы, рассчитать стоимость медуслуг по территориальным программам госгарантий и размеры оплаты расходов на пациента.

Анализ информации, полученной с помощью информационной системы, позволяет более качественно и своевременно планировать доходы отдельных служб и подразделений ЛПУ, учитывая производственные показатели работы, получать детальную информацию для управленческого учета и принимать обоснованные управленческие решения при планировании и распределении расходов ЛПУ.

Таким образом, безусловная ценность клинического менеджмента заключается в том, что он обеспечивает руководителям ЛПУ возможность: получить релевантную информацию для принятия обоснованных решений по управлению ограниченными ресурсами; производить расчеты ожидаемых финансовых потоков из всех источников; осуществлять медико-экономическую экспертизу медуслуг; проводить анализ объемов и структуры медпомощи; заключать договора с покупателями медуслуг; контролировать выполнение заданий структурными подразделениями ЛПУ и отдельными врачами; внедрить дифференцированную оплату труда медперсонала.

Список литературы

1. Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект: монография / В.Г. Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина - Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2014. - 277 с.
2. Арыкбаев, Р.К. Региональная финансовая политика в сфере здравоохранения в условиях институциональных преобразований / Р.К. Арыкбаев, Р.А. Набиев, В.В. Зверев, И.Е. Квятковский // Экономика и предпринимательство. 2014. № 11-3 (52-3). С. 242-248.
3. Акишкин, В.Г. Организация финансовой системы здравоохранения. Теория и практика: монография / В. Г. Акишкин [и др.]; [гл. ред. О. В. Никонова]. - Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2010. – 405 с.

УДК 332.1

РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ**Пономарева Яна Александровна, Голодова Анастасия Александровна**

Россия, Волжский институт экономики, педагогики и права

Научный руководитель: д.э.н., профессор Калинина Алла Эдуардовна

Социальная политика – составляющая политики любого государства, региона, муниципального образования. Это политика социального обеспечения и развития, в прикладном смысле – система мероприятий, которые направлены на совершенствование вопросов жизнеобеспечения. Социальная политика – это не столько система мер по улучшению качества и уровня жизни населения, сколько совокупность взаимоотношений между всеми социальными группами, целью которых является социальная защита и развитие, социальная безопасность населения. Это одна из стратегически важных областей развития общества в целом. Выделяют следующие направления социальной политики: образование; здравоохранение; спорт, культура и досуг; жилищно-коммунальная сфера; социально-трудовые отношения; экологическая политика; социальная защита; семейно-демографическая сфера; правоохранительная сфера; доходы и материальное состояние [4]. Субъекты реализации социальной политики могут быть различными. В зависимости от инициатора мероприятий выделяют государственную, региональную, муниципальную, корпоративную социальную политику. Таким образом, социальная политика является многоуровневой и многосубъектной.

Государственная социальная политика направлена на создание условий, необходимых для обеспечения достойной жизни и свободного развития населения. На этом уровне устанавливаются основы социальной политики государства в целом, осуществляется правовое регулирование отношений, разрабатываются федеральные программы социального развития и минимальные социальные стандарты и государственные гарантии [1]. На региональном уровне с учетом культурных и исторических традиций территории, а также в рамках разработанных на государственном уровне приоритетов реализуются мероприятия, направленные на сохранение и укрепление социальной инфраструктуры, подготовку, переподготовку кадров в сферах здравоохранения, образования и культуры, обеспечение соблюдения законодательства во всех сферах социальной политики. На основе политики государства и под воздействием социальной политики региона формируется ее муниципальный уровень, где она имеет наиболее конкретное выражение, связанное с более тесным взаимодействием органов местного самоуправления и населения территории. Здесь конкретизируются методы и способы достижения целей, установленных на вышестоящих уровнях, а основной задачей является непосредственное предоставление всего комплекса социальных услуг, стандартизация и гарантия их качества.

Стандартизация услуг связана с внедрением по результатам, поскольку стандарты включают характеристики промежуточных результатов исполнения полномочий организациями и учреждениями и являются основой расчета стоимости исполнения полномочий ведомств [3].

Уровень социально-экономического развития муниципального образования, уровень качества жизни населения и эффективность управления развитием территории взаимозависимы, потому социальной политике уделяется так много внимания [2]. Муниципальный уровень реализации социальной политики требует более оперативного решения возникающих проблем, потому он требует детального изучения. В общие задачи социальной политики на муниципальном уровне входят: формирование и поддержание благоприятной среды обитания, системы социальной защиты и охраны здоровья населения; обеспечение доступа к образованию и культуре для всех категорий граждан;

реализация интересов граждан по их жизнеобеспечению с учетом уровня развития, финансовой обеспеченности, особенностей территории проживания.

Более конкретные задачи в сфере социальной политики на муниципальном уровне включают в себя:

- в сфере образования: организация предоставления бесплатного и общедоступного образования по основным программам; организация предоставления дошкольного и дополнительного образования детям; создание, реорганизация и ликвидация муниципальных образовательных учреждений (в т.ч. высших образовательных учреждений), обеспечение их содержания (в т.ч. зданий и прилегающих территорий) и т.д. Помимо этого на данном уровне реализуются задачи, связанные с организацией отдыха детей и молодежи (развитие материально-технической базы оздоровительных лагерей, развитие инфраструктуры и т.д.);

- в сфере здравоохранения: формирование и развитие муниципальной системы здравоохранения (медицинские, фармацевтические организации), обеспечение ее необходимыми средствами; формирование условий для доступности лекарственного обеспечения населения; информирование населения о распространенности заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение граждан; развитие лечебно-оздоровительных объектов местного назначения и т.д.;

- в сфере культуры и досуга: организация библиотечного обслуживания населения, сохранности фондов библиотек; формирование условий для отдыха и досуга населения; сохранение и популяризация объектов культурного наследия; создание условий для развития народного творчества, сохранение художественных промыслов и т.д.;

- в сфере физической культуры и спорта: организация физкультурно-оздоровительных, спортивных мероприятий; создание условий для массового отдыха населения и т.д.

Оптимальный уровень решения проблем в социальной сфере на уровне муниципалитета обеспечивают непосредственный характер взаимодействия с населением, а также относительно небольшие территориальные границы муниципальных образований. Именно на этом уровне более ощутимы диспропорции в доходах и расходах, более ярко выражена реакция населения на различные социальные проблемы. Особенностью муниципального уровня власти можно назвать также более реальную подотчетность населению, что обеспечивает максимальную гласность в принятии решений, осуществлении мероприятий социального характера. Реализация социальной муниципальной политики носит двусторонний характер, поскольку через нее, во-первых, реализуются собственные полномочия муниципалитета, во-вторых, переданные на уровень муниципалитета полномочия государства в социальной сфере.

Список литературы

1. Асланова, С. Х., Топсахалова, Ф. М.-Г., Лайпанов, А. Ю. Социальная политика: сущность, современное состояние, проблемы и совершенствование отдельных сфер на уровне региона // *Фундаментальные исследования*. – 2016. - №3. – С.113-117.

2. Кубанова, Л. В. Особенности реализации социальной политики на муниципальном уровне: региональный аспект (на примере Карачаево-Черкесской Республики) // *Общество: политика, экономика, право*. – 2012. - №3. – С.77-79.

3. Ломовцева, О. А., Воронин Ф. И. Развитие муниципального образования на основе стандартизации социальных услуг // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия История. Политология. Экономика. Информатика*. – 2010. - №13 (1). – С.11-16.

4. Морозова, Е. А., Бельчик, Т. А. и др. Социологическая оценка результативности социальной политики на региональном и муниципальном уровне // *Вестник Кемеровского государственного университета*. – 2013. - №3-3 (55). – С.119-124.

УДК 615.012:66.09

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КОМПАНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

Сенина Фаина Сергеевна

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

В развитии экономики на современном этапе, определяющую роль в формировании капитала и производства играют процессы интеграции. Необходимость интеграционных процессов (ИП) обуславливается стремлением сократить издержки производства, распределением и сбытом произведенной продукции, и дальнейшим увеличением прибыли и повышением конкурентоспособности организации.

Интеграция организационно-хозяйственных структур представляет собой объективный процесс объединения в системную целостность прежде обособленных хозяйствующих субъектов. Интеграция предполагает ряд преимуществ перед неинтегрированными фирмами, например, такие как эффект объединения ресурсов, возможность привлечения инвестиций, получение кредитов на льготных условиях, экономия от масштаба производства, применение новых технологических процессов и продуктов и др.

Особое значение ИП играют в развитии фармацевтической отрасли. В историческом аспекте фармацевтический рынок формировался поэтапно (рис.1).

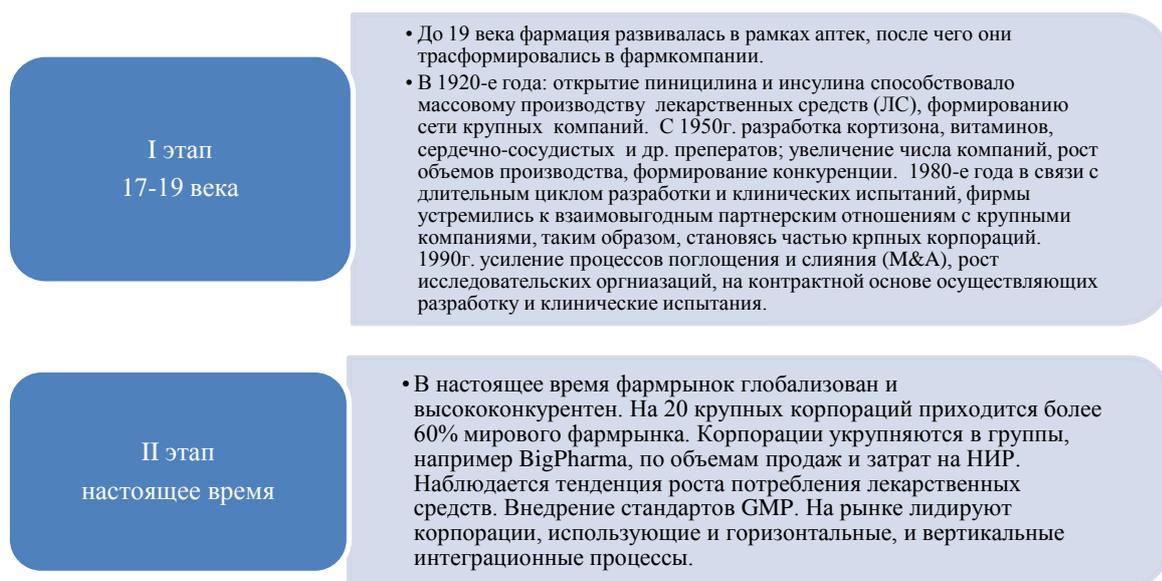


Рис.1. Этапы формирования фармацевтической отрасли

На рисунке 1 видно, что тенденция к интеграционным процессам определена еще в 17 веке. Фармацевтические фирмы объединялись с теми же целями, что и сегодня: сокращение расходов на разработку, производство, клинические испытания и исследования. На ранних этапах толчком к формированию взаимовыгодных отношений послужило столкновение с трудностями, которые связаны с длительностью процесса разработки и высокими требованиями к клиническим испытаниям ЛС, осуществляемых на контрактной основе.

Фармацевтический рынок в мировом аспекте на сегодняшний день является глобализованным и конкурентным. Рассматривая отечественный рынок, стоит отметить, что лидирующие позиции занимают корпорации - производители, которые активно сотрудничают с иностранными компаниями, либо в процессе слияния и поглощения

(M&A) вошли в кластеры, холдинги, корпорации, стратегические альянсы или иные виды интеграции.

Таблица 1. Интеграционные процессы отечественных фармацевтических компаний Рейтинга Топ-20 фирм-производителей по объему продаж с 2008-2014гг.

Год	Виды интеграции	Объекты интеграционных процессов	Результат интеграционных процессов
2008	M&A	НИЖФАРМ вошел в холдинг STADA	НИЖФАРМ занял 24 место в рейтинге фирм-производителей
2010	M&A	Фармстандарт приобрел 100% акций ЗАО «Виндексфарм»	Новые направления производств
		Sanofi-Aventis приобрела контрольный пакет акций производителя инсулинов ЗАО «Биотон-Восток»	Локализация на фармрынке РФ
		«Teva» приобрела фармпроизводителя «Ratiopharm»	Новые направления производств
		Швейцарский «Novartis AG» приобрел у «Nestle» 77% акций исследовательской компании «Alcon Inc»;	Новые направления производств
		Merck Sharp & Dohme завершила слияние с Schering-Plough в России	Локализация на отечественном рынке
2011	Стратегический альянс	Glaxo-SmithKline и российский производитель лекарственных средств компания «Биннофарм» (АФК«Система»)	Производство ряда вакцин GSK в России. «Биннофарм» также производство некоторых препаратов компании UCB Pharma.
	Кластеризация	Novartis подписал с правительством Санкт-Петербурга меморандум	Инвестирование в строительство производственного предприятия полного цикла, производство оригинальных лекарственных препаратов, брендированных высококачественных дженериков
		Калужский фармкластере (технопарк «Трабцево») и Berlin-Chemie, Novo Nordisk и Galenica	Организация собственного производства Berlin-Chemie, Novo Nordisk и Galenica
2012	M&A	Valeant Pharmaceuticals International приобрел 100% ЗАО «Натур Продукт Интернешнл»	Новые направления производств
		«Фармстандарт» приобрел кипрской Bigpearl Trading Limited.	«Фармстандарт» получил возможность определять условия деятельности входящих с ним в одну группу лиц ОАО «Биомед» им. И.И.Мечникова и ООО «Фармапарк»
2013	M&A	«Фармстандарт» приобрел сингапурский актив Bever Pharmaceutical	Новые направления производств
	Реструктуризация*	«Фармстандарт» выделил бизнес по производству брендированных безрецептурных препаратов в ОАО «Отисфарм»	Права на производство 27 безрецептурных брендов «Фармстандарта»
	M&A	Канадская Valeant Pharmaceuticals покупка производителя биологически активных добавок «Экомир Фарма Valeant купила у группы «Ренова» компанию «Натур Продукт»	Новые направления производств
2014	M&A	АВБОТТ приобретение холдинговой компании ООО «Гарденхиллс»	Контроль над компанией «ВЕРОФАРМ» (годом ранее компания «ГарденХиллс» приобрела контрольный пакет «ВЕРОФАРМА» у аптечной сети «36,6»)

	GLAXOSMITHKLINE приобрела вакцинное подразделение NOVARTIS, за исключением иммунопрепаратов против гриппа	Совместное предприятие по выпуску безрецептурных препаратов
	NOVARTIS приобрела у GLAXOSMITHKLINE подразделения по производству противораковых препаратов	

Отследить количество и результаты интеграционных процессов среди мелких фармацевтических компаний представляется практически невозможным. Рассмотрим ИП среди фармацевтических компаний из рейтинга Топ-20, чтобы определить наиболее применимые формы интеграции. Рейтинг Топ-20 фирм-производителей в течении периода стабилен и перемещения по рейтингу происходят в пределах 1-2 позиций.

Из данных, приведенных в таблице 1 видно, что основную долю интеграционных процессов, на отечественном фармацевтическом рынке, преимущественно занимают сделки по слиянию и поглощению (M&A). Из представленных 18 наиболее крупных сделок - 13 M&A, а это более 70 % от общего количества.

С 2010 года появилось понятие фармацевтический кластер. Механизм функционирования до сих пор понятен не всем, либо интерпретируется по-разному. Отсюда проблема недостаточного развития кластерной структуры фармацевтической сферы (отсутствие ряда вспомогательных и причастных кластеров). В рамках «Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года» (утверждена Приказом Министерства промышленности торговли Российской Федерации от 23.11.2009 № 965) и федеральная целевая программа «Развития фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (Концепция утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 01.10.2010 № 1660-р) о создании фармацевтических кластеров было заявлено более чем в 30 регионах РФ. Наиболее крупные из них в настоящий момент это: Санкт-Петербург (площадки «Ново-Орловское» и «Нойдорф»), Калужская область (индустриальные парки «Габцево», «Ворсино», Московская область (биофармкластер «Фармополис», «Северный»), Ярославская область («Новоселки»), Ставропольский край (технопарк «Фармацевтика»). Из числа представленных фармкластеров 10 смогли привлечь крупных иностранных инвесторов [8]. В рамках деятельности института развития ОАО «Особые экономические зоны» созданы четыре фармкластера, которые расположены на территории Санкт-Петербурга, Томска, Дубны (Московская область) и Москвы. Активно реализуется кластерная политика в Москве (Зеленоград), Волгограде, Белгородской, Новосибирской и других областях, Красноярском и Алтайском краях.

В 2011г. на интеграционные процессы повлияло внедрение стандартов GMP (Good Manufacturing Practic). Все отечественные производители должны были к 2014 году перейти на стандарты GMP, но из-за недостатка финансовых средств мелкие компании вынуждены приостановить производство, либо подвергнуться процедуре поглощения более крупной, конкурентоспособной компанией. Все интеграционные процессы привели к положительному результату, кроме одного, произошедшего в конце 2013 года, - реструктуризация компании «Фармстандарт», который входил в тройку лидеров рейтинга Топ-20 фирм-производителей по объему продаж ЛС. «Фармстандарт» выделил бизнес по производству безрецептурных брендовых препаратов ОАО «Отисфарм», в результате чего «Фармстандарт» потерял свои позиции и разместился на 21 строчке рейтинга, при этом «Отисфарм» занял 14 место в топ- рейтинге 2014 года. Данный процесс подтверждает эффективность слияний, получая в результате конкурентоспособную организацию с различными направлениями в разработке и производстве препаратов, сокращая при этом транзакционные издержки за счет масштабов.

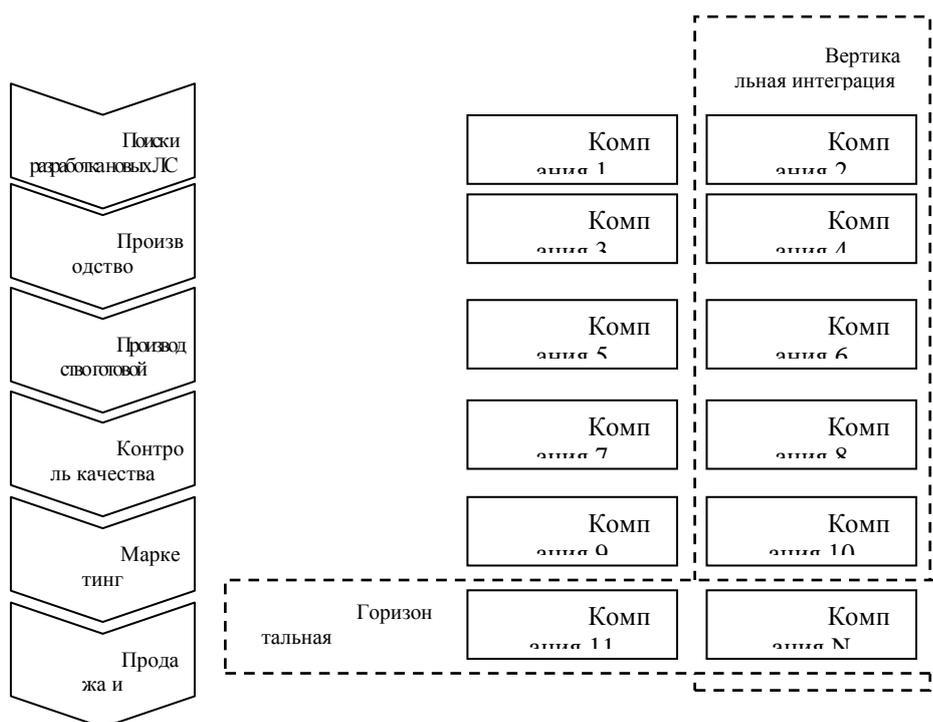


Рис.2. Вертикальная и горизонтальная интеграция в фармацевтической отрасли

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке интеграционные процессы широко распространены. На уровне интеграции организации существует два принципиально различных вида интегрированных компаний. К первому относятся компании, в которых ИП проходят по вертикальному принципу, к компаниям второго вида - горизонтально интегрированные. Многие компании-корпорации не могут развиваться эффективно, исключая один из принципов интеграции, поскольку являются параллельными и не исключают друг друга.

Под вертикальной интеграцией понимается слияние на финансово-экономической основе разных стадий технологически взаимосвязанных производств. В первую очередь это предприятия, относящиеся к последовательным стадиям технологического процесса. Крупные фармацевтические корпорации гораздо чаще осуществляют вертикальную интеграцию, работая в разных сегментах одновременно. Компании более мелкие нередко фокусируют свой взгляд на специфических аспектах фармацевтики - разработке лекарственных формул или отдельных лекарственных компонентов [3] (рис.2).

Горизонтальная интеграция представляет собой объединение, в состав которого входят предприятия, выпускающие схожую продукцию, но не связанные между собой технологическими цепочками, используя при этом схожую технологию [6]. При горизонтальной интеграции появляется ряд преимуществ, например, экономия на масштабах производства, тем самым сократить средние издержки на производство продукции; технических и управленческий опыт направлен на использование недостаточно эксплуатируемых фондов. Но с другой стороны, слияния прямых конкурентов приведет к координированию хозяйствующих субъектов своих решений в области объема выпускаемой продукции и ценообразования. Кроме того, концентрация политической и экономической мощи в ограниченном количестве центров влияния будет препятствовать проникновению на рынок новых фирм.

Мировая практика показала, что необходимость горизонтальной интеграции возникает обычно на начальном этапе развития фармацевтических компаний, что связано с необходимостью становления экономики посредством формирования малого бизнеса как основы формирования рыночной экономики. В дальнейшем под воздействием рыночных сил компании, пройдя через серию слияний и продаж своих дочерних

предприятий, приходят к необходимости создания вертикально-интегрированных структур, позволяющих повысить эффективность производства. На рисунке 2 представлены возможные варианты вертикальной и горизонтальной интеграции в рамках одной организационно-хозяйственной структуры.

Кроме представленных форм интеграции выделяют смешанную форму интеграции, фактически включающую в себя вертикальную и горизонтальную интеграции одновременно, а также диверсификацию и комбинирование- формы укрупнения масштабов компании.

В случае смешанной интеграции (на рис.2 такую форму имеет Компания N) грань между ними условна. Стоит отметить, что происходит процесс одновременного использования способов вертикальной и горизонтальной интеграции, при этом компания максимально расширяет перечень основных отраслей своей деятельности (диверсификация) или расширяет свою деятельность в основной и непосредственно связанной с ней отраслью (комбинирование). Преимущества рассматриваемой формы интеграции очевидны: либо повышение эффективности бизнеса за счет снижения издержек, либо обретение монополистических сил. Но имеются и минусы, во-первых, усложняется структура управления; во-вторых, компания может пройти порог оптимального бизнеса, за которым следует снижение, а не рост эффективности; в-третьих, снижение восприимчивости и динамизма; в-четвертых, вероятность антимонопольного преследования государством.

Интеграционные процессы в фармацевтической отрасли часто неизбежны хотя бы потому, что у мелких компаний сравнительно низкая инвестиционная привлекательность, вследствие низкого уровня их финансового и инновационного потенциала. Многие отечественные фирмы реализуют свою деятельность в сегменте дженериков и низкомаржинальных устаревших препаратов, в результате чего для «выживания» на рынке фирмам приходится участвовать в ИП [5]. В настоящих условиях получение кредитов является сложной процедурой по причине высоких процентных ставок, высокая степень риска результатов разработок новых ЛС, что оказывает негативное влияние на решение банка [1]. Одним из ключевых факторов, влияющих на жизнеспособность мелких и средних производителей, является устойчивая тенденция роста степени монополизации российского фармацевтического рынка: 20 ведущих фирм-производителей контролируют более 50% доли рынка по объему продаж. Усиление конкурентоспособности организаций представляется одним из главных направлений реализации Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 года, которая утверждена приказом министра промышленности и торговли РФ от 23.10.2009 №965. В рамках целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», утвержденной постановлением Правительства РФ от 17.02.2011г. №91, предполагается перевооружение технологического плана на 75 предприятиях фармацевтической отрасли [4].

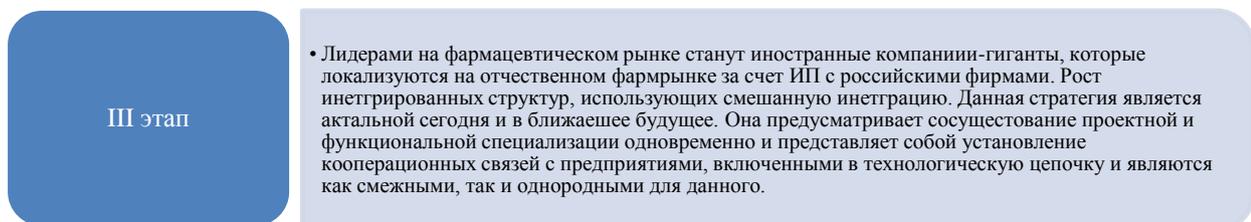


Рис.3. Этап формирования фармацевтической отрасли.

В современных условиях наиболее эффективным и выгодным способом интеграции между фирмами является объединение их общих усилий в рамках слияний и поглощений (M&A), стратегических альянсов, кластеров. Поэтому, отечественным организациям необходимо развиваться в данном направлении, искать способы выхода на зарубежные

рынки. Одним из путей решения данной проблемы является интеграция- актуальная на сегодняшний день стратегия развития компаний. Но ни горизонтальная, ни вертикальная интеграции не являются идеальным типом. Поэтому в фармацевтической и в других отраслях аккумулируют достоинства каждого типа и используют смешанную интеграцию. Удельный вес интегрированных структур увеличивается, но для большей гибкости и маневренности отечественных компаний, получения гарантий финансовой стабильности интеграционная стратегия, несомненно, должна стать приоритетной задачей государственной экономической политики.

Список литературы:

1. Балашов А.И.. Инновационное развитие фармацевтической отрасли как инструмент обеспечения лекарственной безопасности страны// Угрозы и безопасность.2011. №26 (119). С.58-63.
2. Годовые отчеты 2008-2014гг. «Фармацевтический рынок России». DSM Group. ISO 9001:2008.
3. Джагаева М.С., Рубановская С.Г.,Тегетаева М.Р. Эффективность интегрированных структур в российской экономике// Стратегия развития экономики. 2009. №21 (54). С.44-48
4. Концепции федеральной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ на период до 2020 года и дальнейшую перспективу: распоряжение Правительства Российской Федерации от 01.10.2010г. №1660-р.
5. Коробкова, А.В., Новосельцева, Е.Г. Эволюция развития организационных метафор. / А.В. Коробкова, Е.Г. Новосельцева // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2014. - № 5-1. - С. 170-175.
6. Литвиненко М.А.. Развитие корпораций в фармацевтической промышленности: тенденции и приоритеты для компаний// Экономический анализ: теория и практика. 2012. №32 (287). С.29-36.
7. Третьяк В.П.. Интегрированные процессы на отраслевых рынках economicarggu.ru/2003_2/tretyak.pdf
8. Ломовцева, О.А., Соболева С.Ю., Соболев А.В. к вопросу о классификации экономических кластеров / О.А. Ломовцева, С.Ю. Соболева, А.В. Соболев// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Истрия Политология Экономика Информатика. 2015. №1 (198). Выпуск 33/1. С.55-60

УДК 338.24:61

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ:
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ**

Чумак Наталья Алексеевна

Россия, Волгоградский филиал Российской академии народного хозяйства и
государственной службы при Президенте РФ

Научный руководитель: д.соц.н. Субочев Николай Сергеевич

Проблема развития стратегического управления организацией в России в настоящее время приобретает особое значение. Анализ существующих подходов к стратегическому управлению организациями здравоохранения в российской и зарубежной практике позволили выяснить, что в целом, российские организации здравоохранения находятся в стадии стихийного формирования системы стратегического менеджмента. В настоящее время в большинстве медицинских организаций отсутствует четко сложившаяся и эффективная система стратегического управления [1].

Специфика стратегического управления состоит в том, что не существует единой универсальной его модели. Для каждой конкретной организации с учетом профиля ее деятельности, организационно-правового статуса и иных особенностей, разрабатывается

своя уникальная модель. И эти модели могут существенно отличаться друг от друга даже в организациях схожего профиля деятельности.

Практика современного стратегического управления исходит, прежде всего, не «от достигнутого», постольку поскольку это консервирует старые проблемы и «узкие» места организации, а «от будущего», то есть ориентируется на те показатели, которые организация должна достигнуть за плановый период. Поэтому стратегическое управление сфокусировано на том, что организация должна делать сейчас, чтобы достичь желаемых целей в будущем.

В настоящее время, в соответствии с направленностью государственной политики на инновационное развитие страны, весьма перспективной становится модель инновационно-стратегического управления здравоохранением. Суть этой модели состоит в том, чтобы инновационная деятельность осуществлялась в интересах стратегического развития.

Инновационно-стратегическое управление медицинскими организациями априори предполагает наличие у руководителей высокой управленческой квалификации, умение ориентироваться и применять управленческие методики с учетом отраслевой специфики системы российского здравоохранения. Однако зачастую руководитель в системе здравоохранения даже не имеет высшего управленческого образования. В связи с этим обстоятельством, в настоящее время в медицинской отрасли все более актуальным в обучении и развитии руководителей становится подход, основанный на компетенциях. Сущность данного подхода заключается в необходимости формирования у руководящих работников медицинской организации ключевых компетенций, дальнейшее развитие которых отвечает стратегическим задачам медицинской организации в целом [2].

Работа в условиях инновационно-стратегического управления требует нового типа инициативных и ответственных управленцев, новой культуры управления. В инновационной парадигме управления существенна роль лидера, наличие у него новаторского настроения, необходимых организационных способностей и таланта руководить коллективом в условиях постоянного освоения нового. То есть создание системы стратегического управления требует перестройки самого «образа мышления» и поведения руководителей, самой управленческой культуры, их переориентации с формального выполнения поручений на достижение стратегических целей [3].

Следует отметить, что в таком контексте трансформационных процессов современного российского общества в управленческой культуре уже наблюдаются определенные изменения структурного порядка, содержания, а также подходов к осуществлению управленческой деятельности [4].

Первым направлением данных трансформаций управленческой культуры является изменение ее роли в организации и переход от чисто служебного элемента организационной культуры к самостоятельному, от которого зависит функционирование организации, и которому руководство организаций и специалисты уделяют все больше внимания. Причины трансформации управленческой культуры относительно ее значения и места в корпоративной среде заключаются в повышении динамизма общества в целом и социальных факторов, оказывающих на нее влияние. Постепенно меняются личностные характеристики работников. Сотрудники становятся более мобильными. При неблагоприятных условиях работы, напряженном социально-психологическом климате в коллективе, они готовы перейти на другое место работы. Современному руководителю необходимо не только учитывать эти изменения, но и пересматривать собственные взгляды и ценности и менять методы управленческой деятельности.

В современных условиях, обусловленных спецификой современного российского общества, трансформации заключаются в появлении социальных практик, в которых руководители организации от функций администрирования постепенно переходят к выполнению функций организации деятельности и должны учитывать социальные особенности сотрудников и социальные факторы внешней и внутренней среды

организации как суммы социальных взаимодействий и взаимосвязей. Управленческая культура при сохранении значения личности руководителя становится более дифференцированным и явлением, участниками управленческих отношений становятся в разной мере практически все сотрудники организации. Одна из важнейших трансформационных тенденций, связанных с управленческой культурой, заключается в том, что прежняя схема: руководитель (субъект управления) – сотрудники организации (объект управления), уже не отражает в полной мере существующие реалии.

Список литературы

1. Голубева М.Л. Разработка инструментария стратегического управления в организациях здравоохранения: диссертация ... кандидата экономических наук: 08.00.05 / Голубева Мария Леонидовна. – Сургут. – 2011. – 165 с.
2. Страхова О.А., Швецова О.А., Кузьминкова М.Н., Соколова М.А. Стратегическое управление в многопрофильном медицинском центре // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – №1. – С. 123-129
3. Гайфуллин Р.Ф. Основные направления совершенствования управления и обеспечения конкурентного преимущества медицинской организации // Актуальные проблемы медицины. – 2012. – №8(64). – Том.2. – С. 25-30
4. Васьков М. А. Основные направления в трансформации управленческой культуры современных российских коммерческих организаций // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2012. – №2. – С. 125 - 128

УДК 330

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭКОНОМИКИ, МЕДИЦИНЫ И РЕЛИГИИ

Бойцова Анастасия Андреевна

Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: Шестакова Ирина Валерьевна, старший преподаватель
 кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ

На протяжении всей истории мы можем отчетливо наблюдать проникновение экономики во все, даже самые недостижимые, сферы жизни общества. К таким сферам, несомненно, относятся здравоохранение и религия. Однако чаще всего мы рассматриваем это взаимодействие не в совокупности, а порознь. Здравоохранение, например, тесно связано с экономикой хозяйственными и финансовыми процессами. Религия же, точнее ее ценности и установки, могут способствовать развитию или упадку экономической системы. А что если соединить эти три понятия воедино? Взаимодействие экономики со здравоохранением и религией мы проиллюстрировали, а отрицать связь религии и здравоохранения бессмысленно, т.к. именно человек является центром их деятельности: «Оба социальных института относятся к здоровью человека как к комплексному понятию, включающему физические и духовные составляющие».(1)

Чтобы проследить связь между экономикой, медициной и религией, следует что-то объединить. На мой взгляд, лучшей комбинацией будет медицина и религия с прослеживаемым внутри действием экономики. Необходимо проиллюстрировать это на довольно ярком историческом примере, ведь утверждать что-то можно только при условии массивной доказательной базы, а лучшее доказательство – это история. Предметом моего исследования станут старообрядческие общины со времен церковного раскола по наши дни.

Староверы, как уникальное явление жизни общества, издревле интересовали научных деятелей. После церковного раскола 1650-х — 1660-х годов приверженцы старых обрядов испытали на себе гнет властей. Гонимые, сами того не осознавая, они оказались разбросаны почти по всему земному шару. Причем территории, которые они заселяли, не отличались плодородием. Николай Алексеевич Некрасов не смог обойти стороной старообрядческий феномен и в поэме «Дедушка» сказал о них примечательные слова,

которые не требуют пояснений: «Горсточку русских сослали в страшную глушь, за раскол, волю да землю им дали; Год незаметно прошел - едут туда комиссары, глядь - уж деревня стоит, риги, сараи, амбары! В кузнице молот стучит.... Вновь через год побывали, новое чудо нашли: жители хлеб собирали с прежде бесплодной земли. Дома одни лишь ребята да здоровенные псы....Так постепенно в полвека Вырос огромный посад - Воля и труд человека Дивные дивы творят!». Стоит заметить, что приверженцы старой веры на новых местах проявили себя как достойные первопроходцы.

Объединяя медицину и религию, в нашем случае старообрядчество, в единое целое мы непременно столкнемся с рядом противоречий. Например, можно заметить, что старообрядцы считали одной из самых важных вещей в жизни собственное здоровье, но, тем не менее, долгое время не признавали научной медицины. Однако естественный прирост населения у Сибирских старообрядцев оказался намного больше, чем у местных жителей. К 50-м годам XIX столетия была заметна положительная динамика роста численности населения старообрядческих общин. Четырехкратному увеличению оно подверглось спустя 70 лет жизни за Байкалом. В 1782 году насчитывалось 2328 староверов мужского пола, которые были отправлены в Сибирь из Польши, а всего около 4400 человек. В 1850 году всего было уже 17880 человек, в 1853 году - 17827 человек.(2) Учитывая данную статистику, нельзя отрицать положительную динамику развития старообрядческих поселений.

В истории религия часто выступала в качестве консервативной силы. Безусловно, это затрагивало и медицину. Консервативность заключалась в отказе от научной и пристрастии к народной медицине. Главным путем поддержания и сохранения здоровья в поселениях староверов являлся именно естественный путь, основанный на добровольной работе, минимальном количестве стрессов, запрете на употребление алкоголя и табака, свежем воздухе и сбалансированном питании. Народная медицина старообрядцев сформировалась на основе осознания того, что насколько бы ни была сильна вера в сверхъестественное, при угрозе смерти необходимо что-то более практическое – то, что обязательно поможет здесь и сейчас.

Несмотря на то, что в старообрядческой общине все люди «равны перед Богом», в общественном устройстве данное равенство отсутствовало. Наиболее ярким проявлением данного утверждения служит тот факт, что с экономической точки зрения, люди, занимавшиеся врачеванием (лекари, знахари и волхвители) всегда имели привилегированное положение в обществе. Именно из-за этого знание народной медицины, собранное за долгие годы путем проб, ошибок и долгожданных успехов, не было доступно всем. Чаще они передавались из поколения в поколение и являлись «собственностью» одной семьи, хотя, иногда даже распространялись на более дальних родственников.

В народной медицине активно использовались лекарства растительного, животного и минерального происхождения. Пусть лекари и не знали таких наук, как химия, биология, фармакология и т.д., но их методы лечения были довольно действенными. Так, старообрядческие знахарки могли вылечить даже эпилепсию. Знания народной медицины помогали общинам преодолевать материальные трудности, путем продажи целебных трав, корней и пр.. Например, материалы из Селенгинского округа 1880-х годов свидетельствуют об экономической и медицинской значимости лекарственных средств. Врач П.Кельберг пишет: "Кузьмич-трава или ефедра... в последнее время весьма распространилась в народном употреблении по большей части без совета врача. Многие выписывают из России и платят по 1 рублю за фунт... У нас ефедра растет везде в большом изобилии - местное название - дикая малина. Ефедра давно употребляется в народной медицине, хотя не всегда безвредно. Старуха-старообрядка лечит ефедрой падучую болезнь, при этом удачно"(3) Позднее П.А.Кельберг научно проверил действие растения и пришел к выводу, что решения старообрядцев были оправданы. Таким образом, народная медицина старообрядцев опередила научную на годы.

Суровой реальностью являлось то, что отрицание научной медицины приводило к высокой детской смертности. Оспа и дифтерия наносили невероятный урон старообрядческим селам. Существовало несколько причин ее распространения: во-первых, религиозная и бытовая замкнутость староверов(4), не признающих оспопрививание как «печать антихриста»; во-вторых, недостаточная общественная развитость (недостаток специалистов, способных должным образом ввести вакцину, да и вообще недостаток вакцины). Обеспеченность населения квалифицированной медицинской помощью в XIX веке будоражит ум современного человека. Правительство, можно сказать, «забросило» народное здравоохранение. "В 1894 г. в Забайкальской области насчитывалось всего 52 врача... Почти половина их практически не обслуживала население... Поэтому в Забайкалье на одного работающего врача приходилось по 24 тысячи жителей и по 22 тысячи квадратных верст территории. Одна больничная койка приходилась на 980 жителей"(7). Безусловно, иногда врачи сами проявляли желание помочь, но староверы встречали их крайне недружелюбно, доходило даже до того, что больных людей прятали. В 1890 году в Забайкалье приехал врач и исследователь Н.В. Кирилов. Ему было необходимо обслужить 150 тысяч человек, проживающих на площади в 40 тысяч квадратных километров, знаменательно то, что около 90% населения этой местности составляли старообрядцы. Кирилов проводил разнообразную пропаганду научной медицины, однако сталкивается с равнодушием населения. Люди настолько привыкли к смертям, что уже воспринимают это как норму и больше того, научились видеть в этом плюсы, которые заключались в увеличении площади свободной земли. На мой взгляд это довольно яркий пример экономической неудовлетворенности. Иногда в поселениях наблюдалось полное отсутствие медицинского обслуживания, например, в Десятинской волости с населением в 4040 человек, в 1918 году не было ни больницы, ни фельдшерского пункта, ни акушерки. Из-за недостатка квалифицированной медицинской помощи знатоки народной медицины приобретали все больший авторитет: «... население в Забайкалье кормит 100 простых костоправов, около 500 знахарок и знахарей, около тысячи лам-лечителей, более 1200 деревенских повитух..."(6).

Несмотря на столь неутешительную статистику, многие старообрядцы стали признавать научную медицину и непосредственно участвовали в ее развитии. Даже если очень постараться, довольно сложно найти хотя бы один крупный город России, где зажиточные староверы не создали бы каких-либо благотворительных медицинских учреждений: больниц, санаториев, богаделен, приютов и т.п. Так, известный меценат, московский предприниматель, текстильный фабрикант и крупный книгоиздатель, Козьма Терентьевич Солдатенков (1818-1901), некоторые называли его русским Косьмой Медичи, в большей степени прославился своей благотворительной деятельностью, нежели предпринимательской. Именно он, построив на собственные сбережения (2 миллиона рублей) лучшую в Европе больницу, которая существует по сей день, ее называют Боткинской, внес значительный вклад в здравоохранение. Строительство началось уже после смерти предпринимателя, однако в его завещании содержалась вся необходимая информация для строения медицинского учреждения.(8) Хочется заметить, что это была бесплатная больница для бедных независимо от сословий и религии.

Старообрядческая замкнутость главным образом способствовала укреплению семьи и семейных связей, а вместе с тем и концентрации общесемейных доходов не только при жизни, но и после смерти родителей. Примером этому может послужить увеличение капитала в невероятно разросшейся семье Морозовых, основателем рода являлся Савва Морозов. Старообрядческая семья купцов Морозовых была одной из известнейших в России. Интересной фигурой рода является Варвара Морозова, выходящая из рода старообрядцев Хлудовых, которая стала заниматься благотворительной деятельностью после свадьбы, организуя разнообразные благотворительные балы и т.д.. Однако после смерти мужа и матери (муж скончался от прогрессивного паралича, а мать от рака) все ее силы и средства были направлены на

развитие медицины. В память о муже она строит Психиатрическую клинику им. А.А. Морозова при Императорском университете, затем, на соседнем участке — клинику Нервных болезней. В 1903 году она, вместе с другими членами семьи, жертвует деньги на создание Института им. Морозовых для лечения людей, страдающих опухолями — первого в России института для страдающих онкологическими заболеваниями(10). Следует заметить, что одна из первых и крупнейшая на тот момент детская больница в России (Морозовская детская городская клиническая больница), построенная на средства Викулы Елисеевича Морозова. (9)

Другой старообрядческий род - род Бахрушиных очень активно занимался благотворительностью, не выводя это на всеобщее обозрение. Ими был построен целый медицинский комплекс, причем на постройку тратилась лишь часть денег, другая часть откладывалась в банк «под проценты», с целью увеличения размеров суммы, чтобы оплачивать будущие расходы больницы(11). Сначала был построен один корпус на 200 мест для хронических больных. Далее второй, для такого же количества неизлечимых пациентов - первый во всей России хоспис. Бахрушины продолжали выделять деньги и комплекс расширялся, обрастая новыми зданиями: роддом, амбулатория, кабинет для рентгена, светолечебница, первый в Москве женский туберкулезный барак, рассчитанный на 14 человек. Большая часть палат была предназначена не для платных больных, а наоборот, для малоимущих. Строительство комплекса длилось 14 лет и обошлось Бахрушиным более чем в 1 миллион рублей.(12) Радует то, что Бахрушины не ограничивались меценатством в здравоохранение, а старались развивать многие области жизни общества. Так, в целом на благотворительные цели они потратили около 5 миллионов рублей.

Купцы Рахмановы помогали горожанам со второй половины 18 века и имели довольно устойчивые позиции в области благотворительности. Иван и Агния Рахмановы, будучи братом и сестрой, отдавая дань памяти своих сестер Александры и Эмилии, оставили Москве капитал в 133000 рублей. Меценаты приняли решение построить богадельню «для эпилептиков и идиотов». Здание Богадельни им. А. и Э. Рахмановых включало в себя два этажа и было воплощено в жизнь С.Соловьевым в 1909 году. Данная больница могла вмещать около 60 больных, на содержание которых ежегодно тратилось 15000 рублей, следовательно, содержание одного человека обходилось в 250 рублей ежегодно.(13) Эта сумма была достаточно большой и позволяла оказывать больным достойную медицинскую помощь. Результатом действий Октябрьского переворота явилось то, что сама богадельня была ликвидирована, однако ее помещения послужили основой 5-ой Городской больницы Московской Патриархии. На данный момент это медицинское учреждение именуется Центральной клинической больницей Святителя Алексия Митрополита Московского.

Павел Григорьевич Шелапутин вложил свои средства в постройку Гинекологического института, который впоследствии носил имя его матери. Павел Григорьевич был председателем попечительского совета института и регулярно выделял деньги на его содержание. Руководить данным медицинским учреждением стал будущий профессор Владимир Федорович Снегирев, медицинское образование которому обеспечил Шелапутин. Помимо этого меценат выделил внушительную сумму для открытия дома призрения бывших сиделок, при клиниках Московского университета, спонсировал Глазную и Басманную Московские больницы. В своей подмосковной усадьбе он содержал Покровскую лечебницу, которая была абсолютно бесплатна для любых пациентов. Этот внушающий список – далеко не все заслуги Шелапутина в области медицины, однако и он убеждает нас в том, что сердце промышленника открыто для народа.

Солдатёнковы, Морозовы, Хлудовы, Бахрушины, Рахмановы, Шелапутины и др. в душе не были купцами и предпринимателями, а были искренне верующими христианами, следующими, в первую очередь, христианским заповедям. По некоторым оценкам, около 2/3 представителей купеческого сословия являлись выходцами из семей,

придерживавшихся старых обрядов. В таких семьях детей воспитывали в строгости и послушании, в духе добра и сострадания.(14) «Богатство обязывает», - иногда отвечал П.П.Рябушинский на вопрос о мотивах благотворительности, подразумевая под этими словами «твёрдую христианскую веру отцов и дедов» (15).

Так что же такое экономика для медицины и религии? Экономика - это сила, движущая человека вперед, заставляющая задуматься о прошлом, преобразовать настоящее и изменить будущее, а главным образом, помогающая людям получить квалифицированную медицинскую помощь, вне зависимости от их вероисповедания.

Ну, а закончить свою статью мне хотелось бы цитатой Дж. М. Кейнса, которая гласит: «Любая религия и любые узы, объединяющие единоверцев, имеют превосходство над эгоистической раздробленностью неверующих». (15)

Список литературы.

1. Попова А. С., Горюнов С. А. Пути взаимодействия медицины и религии в современном обществе // БМИК. 2013. №11. С.1291.
2. Шмулевич М. М. Указ. раб. - С. 26. ЦГИА. - ф. 1265. - Оп. 3. - д. 91. - Л. 12 об.
3. ГАИО - Гос. архив Иркутской области. - Ф. 293. - Оп. 1. - Д. 111. - Л. 184-186 об.
4. Дубовиков А. М. Повседневная культура уральского казачества (XVI-XIX вв.) // Вестник ОГУ. 2008. №10 С.44-49.
- Васильева С.В. Историко-статистическое исследование старообрядчества Забайкалья в XIX в. // Архивы Бурятии и историческая наука: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию архив. службы РБ. – Улан-Удэ, 1998. – С. 73-76.
5. Кирилов Н.В. Сельская врачебная часть в Забайкалье, ее состояние и нужды. - "Восточное обозрение", 1896. - № 44. - С. 2; № 46. - С. 2-3.
6. "Приамурские ведомости", 1896. - № 94. - С. 16; Петряев Е. Д. "Н. В. Кириллов - исследователь Забайкалья и Дальнего Востока". - Чита, 1960. - С. 24.
7. Городская больница имени Солдатёнова К. Т. в Москве с 14 иллюстрациями и 9 планами. Составил главный доктор больницы Гетье Ф. А. - М.: Издание Московской городской управы; Городская типография, 1911. - 19 с.
8. О Морозовых-меценатах //Огонек .-1991.- №7.
9. Дубровина Анна Викторовна Личная история В. А. Морозовой. Мотивы благотворительной и общественной деятельности // Вестник ПСТГУ. Серия 2: История. История РПЦ. 2011. №41 С.44-52.
10. Левочкина А. В. Меценаты и промышленные династии// Аналитика культурологи. 2013. №27 С.125-142.
11. Медведев Ю. В. Московское купечество. и благотворительность//Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 5: история. Реферативный журнал Выпуск № 1 / 1995
12. Матвей Гречко Легенды темной стороны Москвы 2014 изд. :АСТ стр. 123
13. Абалкин Л.И. Заметки о российском предпринимательстве. - СПб., 1994, с.68
14. Школьный экономический журнал № 2, Десять веков Российского предпринимательства, 1999, с.52.
15. Кейнс Дж.М. Беглый взгляд на Россию В кн.: Общая теория занятости, процента и денег. Избранное / Дж. М. Кейнс — М.: Эксмо, 2007. — 960 с. С. 923

УДК 614.2

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РФ****Браткова Виктория Вячеславовна**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Водопьянова Наталья Александровна

Здравоохранение - отрасль, которая касается каждого гражданина РФ, причем по самым чувствительным вопросам - здоровья и зачастую жизни. Здравоохранение обеспечивает национальную безопасность страны- без здоровых граждан невозможно добиться роста производства и обеспечить обороноспособность. Именно поэтому во всех развитых странах и во многих развивающихся руководство страны уделяет первостепенное внимание вопросам здравоохранения.

Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет, формируемый за счет поступления общих налогов от хозяйствующих субъектов и населения. Поступление от предприятий осуществляется в виде налогов в рамках налогового законодательства. Из полученных доходов государство в лице Минфина России выделяет определенные средства на содержание и развитие здравоохранения. Согласованный между Минфином и Минздравом бюджет одобряет Правительство РФ. С момента утверждения государственный бюджет становится законом и обязателен для исполнения. Распорядителями кредита (исполнителями бюджета) являются министры и руководители местных органов власти (первая ступень), руководители подчиненных министерствам организаций и учреждений (вторая ступень), руководители других организаций и учреждений (третья ступень). Таким образом, администрация учреждений здравоохранения является распорядителем кредитов третьей степени. Учреждения здравоохранения финансируются их бюджетов соответственно их подчиненности: республиканского подчинения – за счет республиканского бюджета, областного подчинения – за счет областного бюджета, городского – за счет города, местные – из местных бюджетов. При этом возможно дополнительное финансирование учреждений здравоохранения «сверху-вниз», то есть за счет бюджетов вышестоящих органов управления.

Одним из источников финансирования здравоохранения служат личные средства потребителя медицинских услуг. Основным источником финансирования здравоохранения в России является по-прежнему бюджет всех уровней (федеральный, региональный, местный).

Одно из основных новшеств, касающихся финансирования здравоохранения в России в 2016 г. (как и всей системы бюджетирования в целом), заключается в том, что, согласно Федеральному закону РФ № 273 от 30.09.2015, период планирования в области формирования государственного бюджета сокращается с трех лет до одного года. Таким образом, федеральный бюджет и бюджет Федерального фонда ОМС были утверждены только на 2016 г. (хотя проект бюджета Федерального ФОМС изначально был разработан на 2016 г. и плановый период 2017—2018 гг.). Субъекты РФ вправе самостоятельно выбирать горизонт планирования, хотя анализ уже принятых законов о региональных бюджетах показывает, что большинство регионов предпочли следовать федеральному опыту и отказались от трехлетних планов.

Суммарные расходы федерального бюджета на 2016 г. утверждены в размере 16 098 млрд руб. (+4,4% к расходам 2015 г.) с дефицитом в 14,7%. Расходы на здравоохранение в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» составляют 354 млрд руб., или 2,2% от общих расходов федерального бюджета. По сравнению с текущим годом расходы на здравоохранение увеличены на 42%. При этом в бюджете на 2015 г. рост расходов в 2016 г. должен был составить всего 9% (и это с учетом того, что в течение 2015

г. расходы федерального бюджета на здравоохранение были дважды пересмотрены в сторону уменьшения и суммарно снизились на 8%) (рис.1).



Согласно утвержденному закону, основной рост федеральных расходов на здравоохранение в 2016 г. заложен за счет финансирования подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» (158 млрд руб., что в 2,8 раза превосходит расходы 2015 г.). С одной стороны, выглядит впечатляюще, но, если разобраться в структуре финансирования данной подпрограммы, можно заметить, что 61% всех расходов на стационарную помощь (97 млрд руб.) заложено на оказание ВМП (методов, не включенных в базовую программу ОМС), средства на финансирование которой в федеральный бюджет переводит Федеральный ФОМС. Получается, что реальный рост расходов в рамках данной подпрограммы составляет всего 6,7% по сравнению с 2015 г. (табл.).

Еще одним изменением структуры расходов федерального бюджета на здравоохранение в 2016 г. является появление в ГП «Развитие здравоохранения» новой подпрограммы «Организация обязательного медицинского страхования граждан РФ». На ее финансирование заложено 25 млрд руб., или 7% всех расходов. Учитывая, что в 2015 г. данной статьи не было (включая планируемые ранее расходы на 2016 г.), а также ситуацию с ВМП (расходы на которую не учитывались в бюджете на 2015 г.), реальные расходы на здравоохранение из средств федерального бюджета не выросли, а упали на 7%.

Если говорить о финансировании отдельных программ лекарственного обеспечения, здесь федеральному бюджету похвастаться также особо нечем:

- Расходы на закупку препаратов в рамках программы «Семь нозологий» сократились на 1,1% и составили 43,62 млрд руб. (при этом затраты на логистику сокращены в 2 раза);
- Часть субвенций на ОНЛС, выделяемая напрямую из федерального бюджета бюджетам субъектов, сократилась на 2%;
- Трансферты регионам на закупку противовирусных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ, гепатитов В и С составили 17,44 млрд руб. (-0,5%);
- Трансферты на закупку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов (второго ряда) составили 3,48 млрд руб. (-2%).

Единственное, стоит отметить, что такое сокращение расходов на все вышеперечисленные программы лекарственного обеспечения в 2016 г. предусматривалось в текущем бюджете в рамках планирования бюджета следующего года.

Что касается бюджета Федерального фонда ОМС, его суммарные расходы в 2016 г. составляют 1688 млрд руб., что всего на 1,5% превышает расходы 2015 г. (по сравнению с планируемым ростом в 6%). Дефицит бюджета Федерального ФОМС заложен на уровне 1,6%. Субвенции территориальным фондам ОМС составляют 1458 млрд руб., или 86% от

суммарных расходов фонда. По сравнению с 2015 г. объем субвенций увеличен на 3,2%, их доля в структуре общих расходов также немного выросла (+1%)(рис.2).



Большинство субъектов РФ еще не утвердили свои бюджеты на 2016 г., поэтому о точной ситуации с изменением финансирования здравоохранения за счет региональных средств пока говорить рано. Если опираться на планы, утвержденные в бюджетах на 2015 г., то консолидированные расходы субъектов на здравоохранение (конкретнее — на региональную программу «Развитие здравоохранения») в следующем году должны уменьшиться на 6%: больше половины регионов планировали сократить средства, выделяемые на здравоохранение в 2016 г. Но к положительным тенденциям можно отнести то, что из данных субъектов все регионы, которые уже утвердили свои бюджеты на следующий год, либо уменьшили процент сокращения по сравнению с планируемым значением, либо утвердили, наоборот, рост расходов. Сможет ли эта тенденция переломить общую ситуацию с сокращением финансирования — пока сказать сложно (рис.3).



Удвоение расходов в бюджетах различных уровней, внесение бесконечных изменений в утвержденные государственные законы и программы, переход на однолетний горизонт планирования — все это делает систему финансирования здравоохранения менее прозрачной и существенно затрудняет оценку ее реального финансирования.

Список литературы:

1. Общественно – политическая газета «Президент» от 9 октября 2015г
2. Газета «АиФ» № 28 2016г
3. Официальный сайт «Федеральная служба государственной статистики»
4. Официальный сайт Фракция «Единая Россия в Государственной думе»
5. Газета «Комсомольская правда» 11.11.2016г

УДК 616.151.514:616-08

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕ ИНГИБИТОРНОЙ ФОРМОЙ ГЕМОФИЛИИ А: РЕГИОНАЛЬНЫЙ РАКУРС

Волков Никита Павлович, Воронкова Ольга Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доцент кафедры клинической фармакологии, к.м.н. М. Ю. Фролов

Введение. Гемофилия А – врожденное нарушение свертывания крови, сцепленное с хромосомой «X» и проявляющееся недостатком фактора свертывания крови VIII [1]. Гемофилия А составляет примерно 80-85% от общего числа людей с гемофилией. Обычно гемофилией страдают лица мужского пола 10-14 на 100000 населения [1]. Возможности лечения не ингибиторной формы гемофилии в России включают в себя два режима: стандартная профилактика, (введение 20-40 МЕ рекомбинантного фактора на 1 кг массы тела) и наиболее распространённый режим «по требованию» (введение необходимой дозы препарата пациенту при ухудшении его состояния) [1]. В настоящее время в мире используются еще два режима: низкодозная профилактика, более характерная для развивающихся стран, и набирающая популярность персонализированная профилактика (основанная на индивидуальной фармакокинетике препарата) [5,6]. Режим стандартной профилактики доказал свою эффективность в плане уменьшения количества среднегодовых кровотечений, и уменьшения количества необходимых операций по поводу кровоизлияний в сустав [1,2,4], требуя при этом больший расход препарата [4].

Цель. Проанализировать выполнение в Волгоградской области современных клинических рекомендаций и стандартов лечения гемофилии. Дать рекомендации по повышению эффективности лечебного процесса.

Материалы и методы. Литературный обзор методов фармакотерапии; в рамках фармакоэпидемиологического исследования оценка применения режимов терапии гемофилии в Волгоградской области; интервью ответственного специалиста в регионе, беседа с пациентами, качественный анализ и описание ситуации в регионе.

Результаты. В настоящий момент в РФ не определен обязательный алгоритм перехода с профилактики по требованию на стандартную профилактику [1], что требует необходимость изменения «Стандарта медицинской помощи больным с наследственным дефицитом фактора VIII, с наследственным дефицитом фактора IX, болезнью Виллебранда» с акцентом на профилактическое лечение [1,3]. Для этого необходимо проведение отечественных клинических, фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований лечения гемофилии, в т.ч. для получения доказательств преимуществ профилактического лечения над режимом «по требованию». Также существует взгляд [1,2] о необходимости перехода всех пациентов на профилактическое лечение.

Лечение гемофилии требует комплексного подхода и необходимости оперативно оказать медицинскую помощь пациенту. Наблюдение и лечение пациентов должно

проводиться группой специалистов различного профиля, включающей: гематолога, ортопеда, стоматолога, физиотерапевта, врача ЛФК, психолога, имеющих опыт работы с больными гемофилией. Проблемы возникают в отдаленных районах, где присутствует нехватка врачей, вследствие чего не всегда есть возможность обеспечить адекватную терапию.

Современное лечение гемофилии подразумевает принцип «домашнего лечения», пациент должен уметь правильно использовать и хранить препарат. Поскольку способ введения препарата внутривенный, необходима организация возможности повсеместного обучения пациентов и их родственников, в чем могут помочь современные информационные технологии.

Выводы. Необходимо внести изменения в нормативные документы, сделав акцент на профилактическое лечение. Важно обеспечить пациентов возможностью своевременно получать качественную медицинскую помощь. Необходима образовательная программа по обучению пациентов и их родственников методике применения антигемофильных препаратов. Решение указанных проблем повысит качество медицинской помощи пациентам с гемофилией, уменьшит инвалидизацию пациентов, что в свою очередь приведет к улучшению качества жизни и их социальной адаптации. Проблемой является повышение дополнительно возникающих при этом материальных затрат.

Список литературы

1. Зозуля Н. И., Свирин П. В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению гемофилии // Национальное гематологическое общество – 2014
2. Всемирная Федерация Гемофилии Руководство по лечению гемофилии // Blackwell Publishing Ltd – 2012
3. Стандарт медицинской помощи больным с наследственным дефицитом фактора viii, с наследственным дефицитом фактора ix, болезнью виллебранда от 14 ноября 2007 г. № 705
4. M. J . Manco-johnson,* с. L. Kempton,† m. T . Reding, ‡ t . Lissitchkov,§ s . Goranov,1 . Gercheva, l. Rusen, m. Ghinea, v. Uscatescu, v. Rescia w. Hong Randomized, controlled, parallel-group trial of routine prophylaxis vs. on-demand treatment with sucrose-formulated recombinant factor VIII in adults with severe hemophilia A (SPINART). Journal of Thrombosis and Haemostasis, 11: 1119–1127
5. Alessandro Gringeri¹, Paolo Cortesi², Sergio Iannazzo², Katharina Steinitz¹, R. Crea¹, Lorenzo Mantovani PK-driven Prophylaxis Using MyPKFiT vs. Standard Prophylaxis in Haemophilia A: A Cost-effectiveness Analysis European Association for Haemophilia and Allied disorders (EAHAD); 9th annual congress; 3-5 February 2016; Malmö, Sweden
6. Baolai Hua, Xiaoyun Lian, Kuixing Li, Adrienne Lee, Man-Chiu Poon Yongqiang Zhao Low-dose tertiary prophylactic therapy reduces total number of bleeds and improves the ability to perform activities of daily living in adults with severe haemophilia A: a single centre experience from Beijing. Blood Coagulation and Fibrinolysis 2016, Vol 27 No 2

УДК 614.21:65

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Высочкина Анастасия Александровна, Кострышова Екатерина Александровна

Россия, Волгоградский государственный социально-педагогический университет

Научный руководитель: д.э.н., профессор Сидунова Галина Ивановна

Стратегическое управление — один из важных разделов общего менеджмента, рассматривающий проблемы управления организацией во взаимосвязи внутренних процессов функционирования и факторов воздействия внешней среды [2].

Первоначально понятие стратегии означало проведение в жизнь определенной политики и использование для этого всех возможных средств. С точки зрения

менеджмента — это ориентация на решение долгосрочных задач, разработку долгосрочных планов, управление ресурсами и большими массами товаров. В сфере здравоохранения к области стратегического менеджмента относится управление медицинскими услугами, представляющее собой взаимосвязанный механизм координации, финансирования и контроля над состоянием медицинского обслуживания на всех уровнях экономики страны. Уровни управления определяются федеративным устройством страны и включают в Российской Федерации министерский (федеральный), региональный (субъекты федерации) и местный (муниципальный) уровни. При этом государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления медицинским обслуживанием контролируют работу частных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей.

В свою очередь, руководство медицинских организаций, отвечающее за систему медицинского обслуживания на микроэкономическом уровне, осуществляет общее администрирование и контроль качества предоставляемых медицинских услуг собственной организации [5].

В условиях реформирования здравоохранения перед медицинскими организациями стоит задача управления на основе предвидения изменений с целью предусмотреть будущие тенденции и выбрать соответствующую стратегию для устойчивого и эффективного функционирования. Рассмотрим несколько вариантов возможных стратегий: стратегия развития включает в себя совершенствование системы планирования в здравоохранении в условиях проведения изменений и выделяет следующие ступени: роста - развитие продукта, улучшение качества медицинских услуг; планирование объемов оказания медицинских услуг населению территории на основе современных отраслевых норм и нормативов, обоснованных стоимостных нормативов, методов экономико-математического моделирования; поддержания - устойчивого функционирования организации здравоохранения, совершенствование механизма ценообразования в отрасли; установление необходимых пропорций в процессе производства и ресурсного обеспечения медицинских услуг для достижения медицинской, социальной, экономической эффективности.

Следующая стратегия - организационных изменений включает в себя совершенствование управленческого процесса, то есть внедрение организационных преобразований с целью повышения эффективности деятельности. Инновационная стратегия включает в себя внедрение в практику организационных, лечебных, информационных, экономических инноваций: использование инновационных идей формального лидера (или активного сотрудника) организации для формирования стратегического видения упреждающего характера; постоянное внедрение новых технологий; непрерывное развитие и обучение сотрудников медицинской организации, включающее научное сопровождение лечебного процесса. Основной идеей маркетинговой стратегии «голубого океана», которой является создание спроса на услугу на основе инновации: использование встроенного в механизм управления изменениями маркетингового инструментария; позиционирование медицинской организации на отраслевом рынке.

Отсутствие стратегического видения в организациях здравоохранения затрудняет прогнозирование результатов деятельности, возможность своевременного внесения корректив в процесс управления [6].

На сегодняшний день существуют следующие проблемы в системе планирования и экономического обеспечения здравоохранения:

- стратегическое управление внедряется медленно в организациях отрасли;
- на региональном уровне (мезоуровне): при разработке территориальных программ не в полной мере учитываются демографические показатели, сбалансированность потребностей населения (спроса) в видах медицинской помощи с уровнем ее

финансирования, возможностями (предложениями) медицинских организаций по ее оказанию;

- не определены рациональные формы взаимодействия государственных и рыночных институтов по ресурсному обеспечению здравоохранения;
- отсутствует стратегическое видение по внедрению ресурсосберегающих технологий в отрасли.

Отечественное здравоохранение, с точки зрения его законодательного обеспечения, обладает рядом позитивных характеристик, основной из которых является, возросшая законодательная активность. Действительно, с начала 90-х годов прошлого века законодательным органом Российской Федерации принято более двух десятков федеральных законов, посвященных различным аспектам медицинской деятельности [1,3,4].

Несмотря на положительные тенденции, нельзя не отметить возникшие проблемы, которые не позволяют считать отечественную нормативно-правовую базу здравоохранения оптимальной, соответствующей требованиям международных договоров и соглашений в области защиты прав человека и регламентации деятельности медицинских работников. К основным организационно-правовым проблемам совершенствования нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности могут быть отнесены:

- отсутствие продуманной, научно обоснованной концепции совершенствования и развития юридической регламентации сферы охраны здоровья населения;
- несовершенство действующих законов о здравоохранении, многие из которых появились до принятия Конституции РФ от 1993 года, новых редакций Уголовного и Гражданского и других кодексов РФ;
- развитие новых высокотехнологичных отраслей здравоохранения, регулируемых подзаконными ведомственными нормативно-правовыми актами;
- декларативность некоторых важнейших положений медицинского законодательства, зачастую, не подкрепленных действенными механизмами реализации;
- наличие законодательных коллизий (например, регулирование процедуры посмертного забора органов и тканей для трансплантации);
- определенные противоречия федерального и регионального законодательств по вопросам охраны здоровья граждан.

Данные проблемы негативно влияют на внедрение стратегического планирования в медицинскую отрасль. Это говорит о том, что законы управления не едины для предприятия любой отрасли. В управлении медицинской организацией имеются определенные особенности. Несмотря на это многие частные клиники успешно используют инструменты менеджмента, в частности стратегический подход и добиваются больших результатов. На наш взгляд, такой опыт можно было бы распространить и на бюджетные медицинские организации, опираясь на их особенности присущие бюджетным учреждениям.

Список литературы

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (действующая редакция, 2016)
2. Федеральный закон от 28.06.2014 №172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации»
3. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.
4. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на период 2016 и 2017 годов» от 20.04.2015 № 94-ФЗ.
5. Соболева С.Ю. Основные стратегические ориентиры развития региональной системы здравоохранения (на примере Волгоградской области) // Управление

социально-экономическим развитием региона: актуальные проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]: материалы III Междунар. науч.-практ. конф. / отв.ред. Т.А.Елохова; Зап.-Урал. ин-т экономики и права. – Электрон. Дан. – Пермь, 2016. С. 110 – 119. – ISBN 978-5-89919-213-5

6. Чубарова Т.В. Система здравоохранения России: экономические проблемы развития // <http://www.socpolitika.ru/>

УДК 614.2

КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Гасангусейнова Патимат Айвазовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

В настоящее время одно из важнейших направлений реформирования здравоохранения - это формирование новой системы управления. Для того чтобы оценить каким должно быть управление в медицинских учреждениях, нужно разобраться с тем, что же такое управление. Управление – это решение проблем на основе разработанной последовательности. Последовательность управленческих решений:

- Постановка цели и задачи;
- Сбор необходимой информации;
- Предварительная экспертиза возможных решений;
- Организация исполнения;
- Контроль исполнения;
- Оценка эффективности и результата;

Объектом управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России. Управление должно иметь ясную и определенную цель. Управление в медицинских учреждениях должно быть централизованной, автоматизированной новейшими системами, чтобы обеспечивать всеми силами и средствами не зависимость от ведомственной принадлежности. Должна обладать мобильностью, оперативностью, постоянной и эффективной работе экстренной помощи населению. Одним из важнейших задач управления является специальные подготовки и повышение квалификации, аттестации и совершенствовании специалистов, внедрение и совершенствование методов и средств, оказания экстренной помощи населению при чрезвычайных ситуациях.

Управление в медицинских учреждениях должно быть обеспечивающее постоянное участие в организации наблюдение за средой обитания населения, в проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в плане предупреждения или уменьшения медико-санитарных последствий населения.

Так же в управление медицинского учреждения должно обеспечивать эффективную дежурно-диспетчерскую службу, проверять готовности нижестоящих уровней, эффективность работы подразделений и медицинской помощи населению. Управленческая деятельность в медицинских учреждениях требует от руководителя органа управления соблюдение законодательства.

Медицина должна быть направлена на сохранение и укрепление физического и психического здоровья, поддерживать активную долголетнюю жизнь каждого человека. На данном этапе у российских граждан низкий уровень доверия в системе управления медицины. По данным опроса 2016 года показывают, что работой медицинских учреждений довольны не многим, более трети населения. На вопрос: “Довольны ли вы работой в медицинских учреждениях?” Ответ составил: да, полностью довольны всего лишь 9%. Нет, полностью недовольны 26%. Недовольство возникает с дефицитом жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в свободной продаже в аптеках и здравоохранительных учреждениях[1].

Управление в медицинских учреждениях должно привлекать квалифицированных кадров, способных принимать решение, основанных на научном подходе. Решение проблем должно привести повышению качества и доступности медицинских услуг. На новом этапе медицинское управление должно предоставлять новейшие медицинские оборудования, способствующее повышению безопасности и надежности диагностики и лечения, и обеспечивать более высокую степень комфорта пациентов и медицинских работников. Практика показывает, что необходимо запустить программу по государственному софинансированию стоимости лекарств и упрощению доступа к обезболивающим препаратам. Медицинские услуги, оказываемые населению должны быть более доступны и качественны. Нужно обеспечивать достойную работу медработникам[2].

В настоящее время остаются открытыми вопросы внедрения подхода к управлению в медицинских учреждениях. Механизм их реализации в медицинских учреждениях до настоящего времени не разработаны. За последнее десятилетия многие медицинские учреждения освоили метод всеобщего управления, в основном заимствованы из опыта промышленного производства. Медицинские услуги, как и любой товар, имеют свои стадии жизненного цикла, которые имеют значение в маркетинге. Одним из видов стратегии маркетинга должна стать стратегия, которая предлагает продажи товаров и услуг для отдельных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, малообеспеченных, многодетных и др.) должна предусматриваться спонсорства, бесплатности, снижение цен и другие виды.

Успешному управлению в здравоохранении поможет внедрение менеджмента и маркетинга. Менеджмент – это совершенствование форм управления с повышенной эффективностью.

Таким образом, решение данных проблем видится в следующем:

- управленческая деятельность должна быть максимально прозрачной;
- политику здравоохранения нужно проводить с учетом ведущих специалистов;
- необходимо расширение финансовой базы, каким является государственный бюджет;
- улучшить уровень профессиональной подготовки медицинских работников, и применять инновационные технологии;
- необходимо ужесточить надзор за исполнением законодательство в области здравоохранения;
- Повысить авторитет медицинской профессии;
- обеспечить взаимодействие между органами управления и населением;

И чем точнее законодательная и исполнительная власти будут, тем эффективнее и цивилизованнее будут использоваться рыночные механизмы в охране здоровья населения.

Список литературы

1. Аджиев, М. Э. Основные проблемы системы менеджмента качества медицинской организации / М. Э. Аджиев // Молодой ученый.- 2013. -№ 12.- С. 561–562.
2. Полина, Н. А. Управление многопрофильным лечебно-профилактическим

УДК 368.9.06(470.345)

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Захарова Валентина Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Денисова Ольга Викторовна

Медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и

организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования[3].

В историческом развитии медицинского страхования, неотделимого от здравоохранения, можно выделить 8 основных этапов.

- На первом этапе (март 1861 г. -июнь 1903 г.) в 1861 был принят первый законодательный акт, который утверждал создание товариществ на горных заводах, с соответствующими вспомогательными кассами. Эти образования производили выдачу пособий по нетрудоспособности, выдачу пенсий, прием вкладов и ссуд. Позже был принят закон, предусматривающий создание больниц при фабриках и заводах.

- На втором этапе (июнь 1903 г. -июнь 1912 г.) значимым событием стало принятие закона, в соответствии с которым при несчастном случае, предприниматель был обязан выплатить вознаграждение семье пострадавшего.

- Третий этап (июнь 1912 г.- июль 1917г.) самый насыщенный для развития медицинского страхования . В этот период был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев(1912г.), учрежден Совет по делам страхования (1912 г.), начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях.

- На четвертом этапе (июль 1917 г.- октябрь 1917г.) был значительно расширен круг застрахованных, но все же еще не на все категории работающих.

- На пятом этапе (октябрь 1917г.- ноябрь 1921 г.) советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября 1917 г. о введении в России «полного социального страхования».

- На шестом этапе (ноябрю 1921 г. –ноябрь 1929 г.) издается Декрет « О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом».

- Седьмой этап (июнь 1929 г.) характеризуется остаточным принципом финансирования системы охраны здоровья.

- На восьмом этапе (июнь 1991 по настоящее время) важным событием является принятие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» [2].

В Российской Федерации можно выделить два основных вида медицинского страхования: добровольное и обязательное, которые имеют между собой ряд отличий. Например, добровольное медицинское страхование является коммерческой организацией , представляющей один из видов личного страхования. Напротив, обязательное медицинское страхование – некоммерческое и представляет собой непосредственно один из видов социального страхования. Правила страхования ОМС определяются государством , в добровольном же страховыми предприятиями. Также же отличием является то , что тарифы обязательного медицинского страхования устанавливаются по единой утвержденной методике, напротив в добровольной тарифы определяются договором между страховщиком и страхователем[1].

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования (в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации») являются:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами[3].

Все граждане Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеют право на : выбор страховой медицинской организации, бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая, выбор врача, получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи[4].

Обязательное медицинское страхование несомненно имеет огромные плюсы, такие как гарантированная медицинская помощь в случае несчастного случая на всей территории РФ, запись к нужному врачу в оптимальное время, а также доставка необходимых лекарств даже на дом. Но огромным минусом является то, что обязательное медицинское страхование охватывает не все виды терапевтических и профилактических услуг, что говорит о необходимом дальнейшем развитии системы обязательного медицинского страхования.

Список литературы

1. Щепин О. П. , Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / 2011 //592 с.
2. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие / 2013 // -272 с.
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс].- Режим доступа : <http://base.garant.ru/> 2014 .-18с .
4. М. Владос. Медицинское право: Учебное пособие. // 2012, -320с.
5. Ардашева Н. А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву: Словарь / СпецЛит // 2013. – 528 с.

УДК 616.12-085.31

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГАРМОНИЗАЦИЯ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛП СО СТАНДАРТАМИ И РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Змиевская Екатерина Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Фролов Максим Юрьевич

Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) обуславливает высокий экономический ущерб, составивший в 2008-2009 годах 3% от ВВП. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в России имеет распространенность 5,5% и постоянно увеличивается, при этом затраты на ее лечение в развитых странах составляют 2-3 % всего бюджета здравоохранения, но уже через год после развития декомпенсации ХСН в живых остается 60-70% больных. [1] Оказание более качественной медицинской помощи за счет повышения эффективности расходования средств в системе здравоохранения может привести к значительному уменьшению экономических потерь, что является важной задачей регулятора.

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) утверждается Правительством РФ на три года и является регулирующим

документом, гарантирующим гражданам РФ бесплатное лекарственное обеспечение при оказании скорой, первичной медико-санитарной, специальной и паллиативной помощи. [2] Таким образом, Перечень ЖНВЛП является инструментом для обеспечения больных доступной медикаментозной помощью, что в конечном итоге направлено на снижение экономических потерь путем оптимизации расходов в здравоохранении.

Целью работы было провести оценку Перечня ЖНВЛП для: а) оценки обеспечения им оказания медицинской помощи в соответствии со стандартами и отечественными клиническими рекомендациями по лечению основных БСК, т.е. оценить, какие возможности для оказания качественной медицинской помощи он предоставляет и б) определить препараты, включение которых в Перечень нуждается в рассмотрении по причине необходимости расширения этих возможностей для снижения государственных расходов, связанных с БСК.

В работе был использован Перечень ЖНВЛП на 2016 год. [3] Для анализа были отобраны стандарты оказания медицинской помощи, размещенные на сайте Минздрава РФ (на 20.11.16) [4] и клинические рекомендации из Федеральной Электронной Медицинской Библиотеки (на 05.03.16) [5], по нозологиям, относящимся в МКБ-10 к гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности. Для оптимизации работы был использован программный пакет Microsoft Excel 2016.

На первом этапе была проанализирована обеспеченность Перечнем стандартов и рекомендации для каждой нозологии. Далее были отобраны группы препаратов, обеспеченные Перечнем не полностью, и проведено сопоставление для выявления препаратов, упомянутых и в стандартах, и в рекомендациях или только в стандартах и не включенных в Перечень. Полученные результаты:

1. Для гипертонической болезни. В рекомендации и стандартах: производные нитроферрицианида (нитропруссид натрия), антагонисты альдостерона (эплеренон), селективные бета-адреноблокаторы (небиволол), производные дигидропиридина (фелодипин), производные бензотиазепина (дилтиазем), ингибиторы АПФ (рамиприл), антагонисты ангиотензина II (валсартан, кандесартан). В стандартах: производные дигидропиридина (лацидипин, лерканидипин), ингибиторы АПФ (эналаприлат), антагонисты ангиотензина II (телмисартан), сульфонамиды (торасемид), ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (розувастатин).

2. Для ишемической болезни сердца. В рекомендациях и стандартах: ферментные препараты (тенектеплаза), антагонисты ангиотензина II (кандесартан), антагонисты альдостерона (эплеренон). В стандартах: медицинские газы (кислород), тиазиды (гидрохлортиазид), сульфонамиды (торасемид), пиразолоны (метамизол натрия).

3. Для сердечной недостаточности. В рекомендациях и стандартах: тиазиды (гидрохлортиазид), сульфонамиды (торасемид), антагонисты альдостерона (эплеренон), антагонисты ангиотензина II (кандесартан), медицинские газы (кислород).

При этом менее, чем наполовину представлены в Перечне группы производных дигидропиридина, антагонистов ангиотензина II, производных бензотиазепина и нитроферрицианидов, ингибиторов ренина, селективных бета-блокаторов, пиразолонов, тиазидов.

В то же время для всех трех нозологий Перечень не полностью обеспечивает группы антагонистов альдостерона, антагонистов ангиотензина II и сульфонамидов, необходимых для оказания помощи в соответствии со стандартами.

Таким образом:

1. Стандарты оказания помощи в значительной степени соответствуют современным клиническим рекомендациям, что позволяет считать обеспечение их выполнения способом достижения эффективности оказания помощи.

2. Перечень обеспечивает большую часть препаратов, необходимых для оказания помощи в соответствии с государственными стандартами и частично – в

соответствии с современными отечественными клиническими рекомендациями, что говорит о его высоком качестве как регулятора расходования средств.

3. Возможно, требуется рассмотреть включение в Перечень дополнительных препаратов из групп антагонистов альдостерона (эплеренон), сульфонамидов (торасемид) и антагонистов ангиотензина II (кандесартан), так как это может улучшить качество оказываемой медицинской помощи при БСК и достижение снижения экономического и социального бремени этих болезней.

Список литературы

1. Шальнова С.А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России»/ Шальнова С.А., Конради А.О., Карпов Ю.А., Концевая А.В., Деев А.Д., Капустина А.В., Худяков М.Б., Шляхто Е.В., Бойцов С.А.//Российский кардиологический журнал 2012 №5(97) С. 6-11.

2. Федеральный Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

3. Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»

4. <http://www.rosminzdrav.ru/>

5. <http://www.femb.ru/feml>

УДК 33

ОСОБЕННОСТИ ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В РОССИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кальная Ксения Александровна

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Научный руководитель: к.э.н. Симонов Алексей Борисович

Вопросы инновационного развития страны являются важной составляющей экономической политики государства. Необходимость перевода страны на инновационные рельсы неоднократно подчеркивалась президентом и правительством, а также отражена в государственной программе стратегии инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года[1]. В связи с этим в рамках данного исследования изучались вопросы состояния инновационной сферы российской экономики и ее динамики за последние годы.

В последние годы предпринимаются значительные усилия по превращению Российской экономики из сырьевой в инновационную. И одним из первых направлений, в котором начались инновационные изменения, стало здравоохранение. В 2012 году была разработана Стратегия развития медицинской науки в РФ в соответствии с Указом Президента РФ, основанная на Прогнозе развития медицинских наук на период до 2025 года. В России уже работают инкубаторы и отдельные кластеры, которые поддерживают проекты, связанные с развитием медицины. Основной целью их является развитие передовых технологий медицинской науки и внедрение на их основе инновационных продуктов, обеспечивающих сохранение и улучшение здоровья населения.

На данный момент, по данным на 2015 год, медицина занимает четвертое место [5] в рейтинге наук по количеству международно значимых направлений, в которых производятся исследования российскими учеными; в этом медицина уступает только астрономии, физике и наукам о земле. При этом особенностью медицины является крайне малый объем внедрения результатов этих исследований (даже по сравнению с

другими областями российской научной деятельности, для которых также характерен значительный отрыв от производства). Это, в частности, в значительной степени связано с двумя значительными разрывами: между медицинской наукой, финансируемой, как правило, государством, и частным производством лекарств, а также между производством лекарств и медицинской практикой. В таких условиях (в целом, являющихся характерными для современной медицины во всем мире) важно создание дополнительных площадок для интеграции этих сфер инновационной деятельности, не только в виде конференций и прямых контактов научных учреждений с практикой, но и в виде бизнес-инкубаторов, технополисов и технопарков, которые позволяют объединить усилия ученых, практиков, инвесторов и профессиональных менеджеров для решения многогранных аспектов внедрения результатов научной деятельности.

Таблица 1

Значения индексов инновационной деятельности России

Индекс	Ранг России в 2015/ 2016 году	Количество учитываемых стран мира	Индекс
ICT development index [6]	45/ 43	167/ 175	6,91/ 6,95
Innovation Index Bloomberg[2]	14/ 12	50/ 50	130,42/ 78,85
Global Innovation Index INSEAD[5]	48/ 43	141/ 128	39,32/ 38,5
Global Competitiveness Index [4]	65/ 43	144/ 138	3,3/ 4,51

Оценка проблем и перспектив современной инновационной сферы в российской экономике, а также поиск их решений является системной проблемой, которая требует объединения комплексного подхода[3], рассмотрения проблемы с научной, экономической, социальной и иной точек зрения. Для этого необходимо построение комплексных показателей эффективности инновационной деятельности. В рамках нашего исследования были собраны и покомпонентно проанализированы различные международные индексы инновационной деятельности для поиска путей их интеграции и применения в анализе деятельности как страны в целом, так и отдельных регионов. Значения ведущих индексов инновационного развития для России приведены в таблице 1.

Исходя из данных показателей видно, что инновационная сфера российской экономики занимает не лидирующее положение, однако близкое к лидерам. Отметим, что в сравнении с данными за предыдущие периоды показатели инновационной деятельности незначительно улучшились. Если сравнить российскую национальную инновационную систему с инновационными системами стран мировых лидеров в области инноваций, то можно выделить следующие причины, на наш взгляд, препятствующие развитию инновационной деятельности: низкий спрос на инновации со стороны предпринимателей и населения, доходящий иногда до неофобии; высокие налоги; старение научных кадров; слабая экономическая грамотность научных работников, не способных обосновать научную эффективность сделанных открытий, и, как следствие, низкий экономический потенциал проектов; сложность с финансированием.

Россия имеет огромный интеллектуальный потенциал, доставшийся нам от науки Российской Империи и СССР. Однако большая часть научных исследований не доходит до этапа внедрения и не приносит реальной пользы российской экономике. Стабильный рост российской экономики будет возможен лишь при сочетании обеспечения благоприятной среды для инновационного развития и сохранения веками накопленного интеллектуального потенциала.

Список литературы

7. Сайт Центра стратегических разработок. Стратегия развития страны 2018-2024/ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://csr.ru/>

8. Питер Кой, Вэй Лу. Индекс инноваций bloomberg/ [Электронный ресурс] – 2016 – Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/graphics/2015-innovative-countries/>
9. Яшин С.Н., Крюкова Т.М. Методика комплексной оценки эффективности инновационной деятельности промышленных предприятий на основе формирования системы экономических показателей./Нижегород. гос. техн. ун-т им. Р.Е. Алексеева. – Нижний Новгород, 2010 – Режим доступа: http://www.nntu.ru/trudy/2010/01_/251-258.pdf
10. Klaus Schwab, Xavier Sala-i-Martin. The Global Competitiveness Report 2016–2017/ World Economic Forum – Geneva, 2016 – Режим доступа: http://www.nmi.is/media/338436/the_global_competitiveness_report_2016-2017.pdf
11. Soumitra Dutta, Bruno Lanvin, Sacha Wunsch-Vincent. The Global Innovation Index 2016/ [Электронный ресурс] – Cornell University, INSEAD, and the World Intellectual Property Organization, 2016 – Режим доступа: <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report>
12. Brahim Sanou. The ICT Development Index (IDI)/ [Электронный ресурс] – ITU International Telecommunication Union Place des Nations Geneva, Switzerland, 2016 – Режим доступа: <http://www.itu.int/net4/ITU-D/idi/2016/>

УДК 33:614.2

ЭКОНОМИКА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Козыренко Кристина Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

В наше время мы очень часто сталкиваемся с понятием «экономика» в различных структурах и сферах. Не стала исключением и область здравоохранения. Экономика в здравоохранении — отраслевая экономическая наука, изучающая проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов, управления ими и для максимального удовлетворения потребностей населения здоровья, товарах и услугах медицинского назначения.

Чтобы понять ключевые понятия, необходимо провести анализ над:

- влиянием здоровья населения на экономическом уровне развития страны, регионов, производств и т. д.;
- экономическим эффектом лечебно-профилактическим обслуживанием, диагностики, лечения, реабилитации, устранение заболеваний.

Из всего вышеперечисленного мы приходим к выводу, что основная цель экономики и организации здравоохранения — это изучение экономики и организации отношений, которые объективно складываются между людьми в процессе медицинской деятельности.

Важно обратить внимание на две группы взаимоотношений. Одна из них - организационно-экономическая, состоит из самого лечебно-профилактического процесса и отображает общие черты, в которые входят все стационары, поликлиники и т. д.. Другая группа — охватывает социально-экономические отношения. Можно выделить государственную, частные, кооперативные.

Их изучение позволяет выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель предпринимательской деятельности в здравоохранении.

Это значит, что экономика — это отраслевая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства, формирование и использование в здравоохранении трудовых и финансовых ресурсов.

В самую высокую оценку можно получить после оценки эффективности.

В связи с этим мы должны определить виды эффективности здравоохранения.

Выделим:

- медицинскую эффективность (выполнение поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения);

- социальную эффективность (связана со здоровьем населения);
- экономическую эффективность (совокупность показателей за счет улучшения показателей здоровья населения)

Что же касается экономической эффективности, то она представляет собой тот положительный вклад, который вносит в здравоохранение в рост национального дохода путем улучшения здоровья населения и увеличения продолжительности жизни.

Общие экономические потери, которое несет общество в связи с заболеванием и смертностью населения — составляет экономический ущерб.

Его можно разделить на прямые и косвенные потери.

К прямым относят затраты в оказание медицинской помощи: амбулаторная, стационарная, санитарно-курортное лечение и т. д.

К прямым выплатам пособий по социальному страхованию и временной утрате трудоспособности и пенсий по инвалидности.

К непрямым экономическим потерям относят экономический ущерб в связи со снижением производства труда в результате заболеваний, снижение национального дохода на уровне народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности.

Таким образом, разница между экономическим ущербом вследствие заболеванием до и после проведения медицинских оздоровительных мероприятий и определение экономического эффекта здравоохранения.

Статьи расходов бюджета Российской Федерации, включая здравоохранение, приведены в табл.1

В экономически развитых странах до 30% ВВП расходуются на образование, здравоохранение, социальное обеспечение. В России на образование направлено около 7%, здравоохранение — 6%, соц. обеспечение — 10% всего ВВП. Основная часть денег отводится на поддержание и развитие военного потенциала.

Статьи расходов бюджета Российской Федерации в 2014-2015гг., млрд.руб.

Статьи расходов	2014	2015
Охрана окружающей среды	2,7	7,0
Здравоохранение и спорт	45,5	140,9
Социальное обеспечение	50,5	205,0
Образование	48,1	150,3
Развитие экономики	280,2	350,2
Оборона, безопасность	1000,7	1270,5

Источник: Кича Д. И., Фомина А. В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во рудн, 2005. – 67 с

Современная экономическая теория гласит, что распределение доходов внутри общества определяет важный элемент формирования общественного здоровья между показателями общественного здоровья уровнем развития здравоохранения и объемами финансирования на охрану здоровья существует прямая связь.

Список литературы

1. Кича Д.И. Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. // М.: Изд-во РУДН 2005. – 67 с.
2. Маевский.В.И. Введение в эволюционную макроэкономику/ В.И.Маевский. - М. : ИНФРА-М, 1997. - 250с.

УДК 614.251.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛА

Конева Дарья Александровна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Бабич Татьяна Владимировна

Здравоохранение села и его проблемы традиционно считаются важнейшей проблемой и особым направлением государственной политики Российской Федерации. Сельское население государства составляет 26% граждан или 37,2 млн. человек. Однако численность его постоянно падает и связано это с превышением смертности над рождаемостью, а также большим миграционным оттоком.

На селе отмечается сверхсмертность мужской половины населения в трудоспособном возрасте по причине отсутствия рабочих мест на селе, алкоголизации.

Процесс обезлюдивания и измельчения сельских поселений продолжает свое движение. Так, с 1990 по 2010 год на 9,2 тыс. сельских населенных пунктов стало меньше [1].

Основными проблемам здравоохранения села считаются низкая плотность населения и плохое дорожно-транспортное сообщение. К тому же, на селе довольно низкий уровень медицинской активности: граждане посещают врача крайне редко и в основном при неотложных состояниях. Частота вызова скорой помощи жителями села почти в 1,5 раза ниже, чем у городских жителей. Отсюда можно считать здравоохранение главным фактором обеспечения выживания населения и возрастания качества жизни [2].

Сейчас в сельских муниципальных образованиях немало медицинских организаций, которые не укомплектованы врачебными кадрами, это приводит к медленному снижению уровня доступности врачебной квалифицированной помощи для селян. Общая врачебная практика в сельских территориях – очень редкое явление.

Медицинская помощь жителям села предоставляется в центральных районных больницах, районных больницах, участковых больницах. За период с 2005 по 2013 годы количество сельских медицинских учреждений уменьшилось вдвое. Следовательно, гораздо снижено и количество коек (на 30%).

Если говорить о специфике заболеваемости сельских граждан, то наиболее высокие показатели отмечаются по болезням органов дыхания, болезням системы кровообращения, болезням костно-мышечной и соединительной ткани, болезням органов пищеварения, болезням мочеполовой системы.

Повышение уровня здоровья сельских жителей и повышение эффективности учреждений здравоохранения зависит от участие в решении проблемы трех уровней: общегосударственные меры, межведомственные усилия, действия системы здравоохранения.

В РФ действовала программа «Социальное развитие села до 2013 года». Так, за 11 лет ее реализации итоговые показатели не были равны запланированным в среднем с разницей в 45%. Причина этому – недофинансирование из федерального бюджета [3].

В настоящее время действует федеральная целевая программа «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года».

Учитывая выявленные проблемы, можно говорить о том, что реформирование здравоохранения села должно включать такие мероприятия как:

- переориентация маломощных больниц в дома сестринского ухода;
- создание офисов общих врачебных практик, возможно, на базе врачебных амбулаторий;
- обеспечение целевого финансирования из бюджета регионов на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения;

- разработка идеи создания единой информационной базы по медико-социальным и социально-экономическим факторам и демографическому неблагополучию сельского населения.

Важнейшим компонентом реформирования считается расширение и укрепление сети ФАПов для обеспечения предоставления первичной помощи на расстоянии не более 5 километров.

Чтобы повысить доступность специализированной помощи представляется возможной организация постоянно действующих мобильных врачебных бригад, оснащенных современным медицинским оборудованием и аппаратурой. Необходимо создать передвижной аптечный киоск, который доставлял бы медикаменты в отдаленные участки сел.

Если говорить о кадровом обеспечении, то следует поднять вопросы:

- расширение льгот медицинским работникам на селе для реального обеспечения возможности благоприятной и комфортабельной жизнедеятельности, в том числе и культурной;

- разработка на региональном уровне механизмов дифференцированной оплаты труда ВОП на селе на основе оценки качества и объемов работы, в том числе в нерабочее время.

Обязательным считается наличие постоянной телефонной связи медицинских учреждений с центральными структурами муниципального образования. Следует обратить внимание на внедрение телемедицинских технологий, которые помогли бы организовать консультационно-диагностическую помощь и, что очень важно, развить формы дистанционного обучения и повышения квалификации врачей без отрыва от производства.

Не представляется возможным повышения качества здравоохранения на селе без обращения внимания на улучшение поведенческой и медицинской грамотности сельского населения. Приветствуется обучение навыкам здорового образа жизни и профилактике.

В заключение также отметим, что сельское хозяйство дотируется государственной властью. Но сельское хозяйство не представляется возможным без здорового сельского населения. Поэтому существует острая необходимость пересмотра основных пунктов финансирования сферы здравоохранения.

Список литературы

1. Состояние социально-трудовой сферы села и предложения по её регулированию. Ежегодный доклад по результатам мониторинга 2013 г. Москва. 2014. (15). 268 с.
2. Стародубов В.И., Калининская А.А., Дзугаев А.К., Стрючков В.В. Проблемы здравоохранения села. Москва: Издательский дом Академии Естествознания; 2012. 208 с.
3. Щепин В.О., Расторгуева Т.И., Карпова О.Б. Современные демографические тенденции в Российской Федерации. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013; (2): 10-13

УДК 614.21:65

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ СТРУКТУР УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кулаева Светлана Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор Косинова Наталья Николаевна

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью решения проблем, возникающих в учреждениях здравоохранения в связи с несовершенством их организационно-управленческих структур.

Многосторонность содержания организационных структур управления предопределяет множественность принципов их формирования, которые обусловлены, с одной стороны, внутренними факторами (размер лечебного учреждения, виды медицинских услуг и оказания высокотехнологической помощи, внутренняя культура), а с другой - факторами внешней среды (национальная культура, положение в отрасли здравоохранения, региональный аспект развития медицины).

Эффективность деятельности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) на рынке зависит от того, как эта деятельность организована, т.е. от организационной структуры управления. Изучение процессов предоставления медицинской помощи пациентам невозможно без анализа организационной структуры медицинских учреждений и оказываемых услуг.

Под организационной структурой управления понимается упорядоченная совокупность устойчиво взаимосвязанных элементов, обеспечивающих функционирование и развитие организации как единого целого [2, с.11]. Следовательно, организационная структура управления присуща предприятиям, фирмам, корпорациям в различных сферах, в том числе и здравоохранении.

Организационно-управленческая структура ГБУЗ «Волгоградская областная наркологическая больница» («ВОНБ») является характерной для ЛПУ Российской Федерации. Она построена на основе бюрократического типа, который предполагает сильную централизацию власти в лице главного врача со строгим распределением функциональных обязанностей среди линейных структур больницы.

Следовательно, мы говорим о линейно-функциональной структуре управления (см. рис. 1), которая относится не к адаптивной, а к бюрократической организационной структуре управления. Данная структура была предоставлена администрацией ГБУЗ «ВОНБ».

В условиях здравоохранения в зависимости от укрупненности ЛПУ бывает разное количество уровней. В России принято деление на три уровня руководителей – низовое, среднее и высшее, что мы и наблюдаем на примере организационно-управленческой структуры ГБУЗ «ВОНБ».

Низовое звено составляют операционные руководители первого звена, то есть те руководители, которые находятся непосредственно над персоналом. С этого многие начинают свою карьеру, и такие руководители считаются самыми ценными и опытными.

На этом этапе руководители (врачи отделений, которым подчиняется средний и младший медицинский персонал) отвечают за эффективное использование выделенных ресурсов и осуществляют контроль за выполнением производственного задания.

Работа этого звена характеризуется как напряженная, наполненная разными действиями, с частыми перерывами и переходами от одной задачи к другой. Например, старшая медсестра 80% своего времени проводит в общении с людьми, две трети этого времени занимает общение с подчиненными и очень мало с вышестоящими руководителями. Очень важная особенность руководителя этого звена состоит в том, что при возникновении конфликтной ситуации между администрацией и рабочими, коллективом руководитель низового звена будет на стороне своего коллектива.

Следующее звено, среднее, уже меньшее по численности занимается координацией и контролем работы низового звена. В некоторых организациях выполняет часть функции высшего звена по принятию решений.

В среднее звено можно отнести заведующих отделениями ГБУЗ «ВОНБ», главную медсестру. В целом, руководители среднего звена являются «буфером» между руководителями высшего и низового звеньев. В их задачу входят подготовка информации для принятия решений руководителями высшего звена и, затем, трансформация этих решений в удобную форму для руководителей низового звена.

Самая малочисленная (элитная) часть руководителей составляет высшее звено. Этот уровень отвечает за принятие важнейших решений для организации в целом, это

главный врач и его заместители. Личность руководителя высшего звена накладывает отпечаток на облик всей организации в целом.

В больнице отчетливо определяются три уровня менеджмента. И здесь отметим, что менеджер – это специалист, которого нанимают для организации и управления каким-либо участком. В условиях здравоохранения вполне допустимо назвать менеджером низшего звена старшую медсестру, а также, заведующего отделением.

Рассмотренная модель организационно-управленческой структуры характерна для крупных многопрофильных отечественных ЛПУ, хорошо укомплектованных по штатам и медицинскому оборудованию.

Эффективность их деятельности зависит от грамотного руководства и структуры управления, отвечающей требованиям ЛПУ, его цели на рынке и организационно-правовой форме. Такие структуры применяются в крупных специализированных, многопрофильных или комплексных ЛПУ, имеющих разветвленную сеть подразделений с большим объемом оказываемой медицинской помощи. Руководители подразделений по ступеням управления осуществляют свою деятельность на принципах единоначалия, но для обеспечения необходимой компетентности управленческих решений при руководстве создаются функциональные управления, отделы, группы, т.е. привлекаются специалисты, которые выступают в качестве помощников руководителя по отдельным функциям управления, готовят решение, но принимает его руководитель-единоначальник.

При такой организационной структуре управления (ОСУ) функциональные органы лишены права давать распоряжения другим подразделениям управленческого аппарата. В указанных структурах управления синтезируются свойства линейной и функциональной ОСУ. Преимущества этой системы управления – повышение качества принимаемых управленческих решений и распоряжений и соблюдение чрезвычайно важного принципа единоначалия.

Линейно-функциональная ОСУ получила широкое распространение в управлении ЛПУ различных типов [3, с.102]. Однако менеджмент учреждения должен стремиться к тому, чтобы сформированная ОСУ соответствовала ряду условий (критериев) эффективности функционирования. При обнаружении признаков неэффективности или несоответствия решаемых задач ЛПУ его ОСУ необходимо осуществить проектирование новой или рационализацию действующей структуры.

К таким условиям следует отнести [1, с.118]:

- соответствие звеньев управления функциям управления;
- минимизацию уровней управления в иерархии ОСУ;
- сосредоточение на каждом уровне и в каждом звене управления всех необходимых функций управления;
- концентрацию функциональных подразделений в соответствующих функциональных блоках;
- реальную возможность участия каждого функционального звена в едином процессе управления, четкое выделение этого участия;
- исключение дублирования функций управления;
- наименьшее число источников «приема» и «выхода» команд у каждого звена управления;
- кратчайшие пути прохождения управленческой информации;
- соответствие разделения и кооперации труда в аппарате управления, т.е. соответствие функций управления структуре целей организации.

Таким образом, организационно-управленческая структура для лечебных учреждений является традиционной, т.е. в ГБУЗ «ВОНБ» она является бюрократической, линейно-функциональной. Нами были выделены три уровня менеджмента в организации: высшее руководство, средний уровень и низовое звено. Её специфика - это строгое подчинение персонала всех рангов и уровней главному врачу.

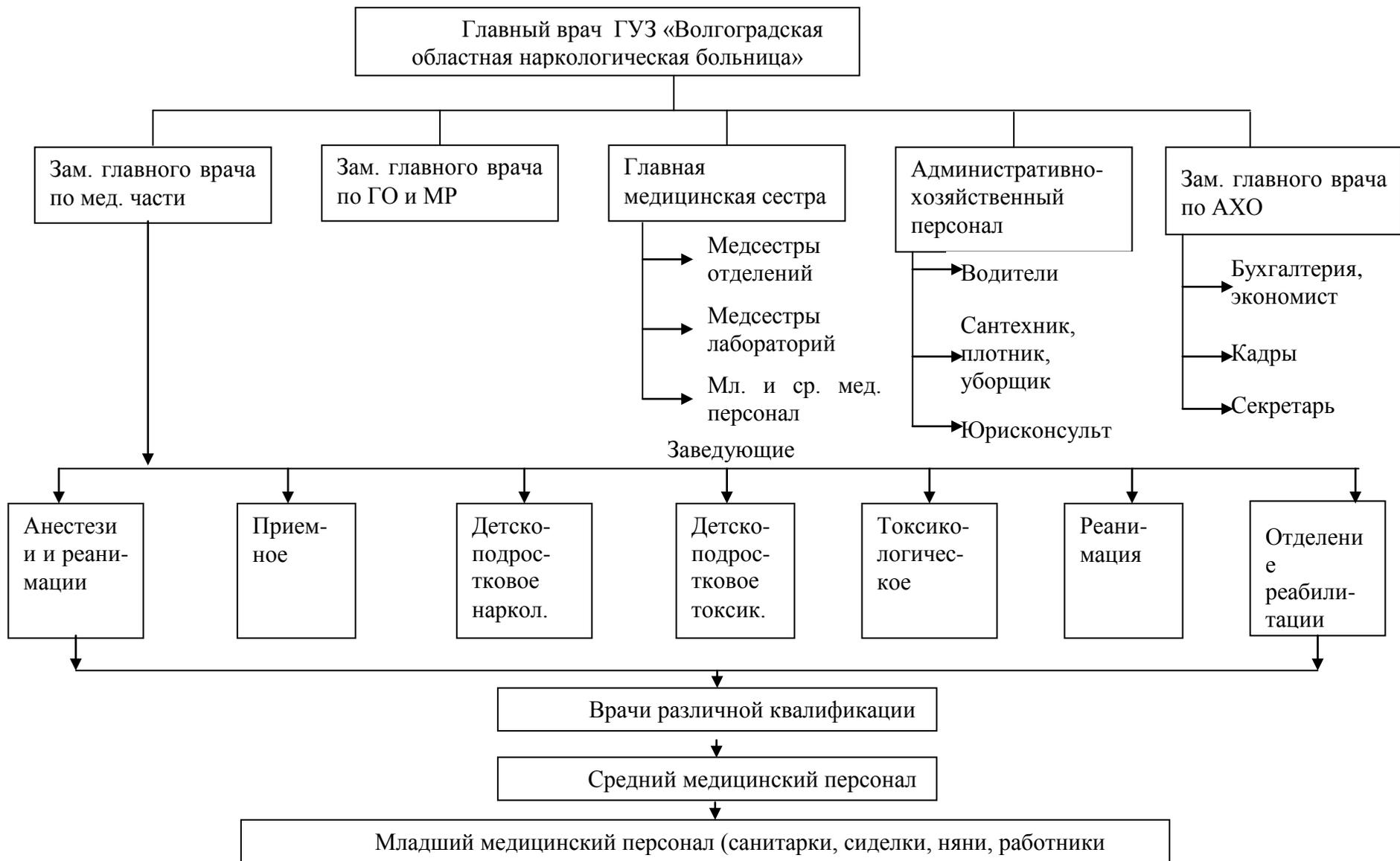


Рис.1. Линейно-функциональная организационная структура ГБУЗ «Волгоградская областная наркологическая больница»

Источник: составлено автором на основании штатного расписания ГБУЗ «ВОНБ»

Список литературы

1. Веснин, В. Р. Организационные структуры и принципы их построения / Organizational structures and principles of their construction / Веснин В. Р., Смирнов С. В. // Бизнес в законе. - 2012. - № 6. - С. 117-119.
2. Дуракова, И.Б. Организационные структуры современных предприятий / И.Б. Дуракова. – М.: Центр, 2014.- 209 с.
3. Князюк, Н.Ф. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул – М.: Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 312 с.

УДК 61:615.5

**О ВАЖНОСТИ РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ
ИНФРАСТРУКТУРЫ ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Лиманская Дарья Александровна

Россия, г.Волгоград

Научный руководитель: к.э.н., ст. преподаватель Коротеев Михаил Викторович

Документооборот является важной системой в любой организации, без которого многие процессы были бы невозможны. Документы это не что иное, как информационная основа предприятия. Но со временем, ручное ведение документов становится нецелесообразным и неудобным.[1]

В данной работе исследуется проект по созданию инфраструктуры хранения документации, а также документооборот и автоматизация информационных процессов. Актуальность статьи очень проста, она заключается в том, что на сегодняшний день не хватает единых информационных пространств в различных учреждениях, поэтому цель статьи заключается в изучении важности внедрения единой системы электронного документооборота в медицинские учреждения.

Электронный документооборот управляет различной информацией и документами. Он представляет собой систему технического программного обеспечения. Так как управление документацией является сложным процессом, за которым следит ни один человек, электронные системы автоматизируют этот процесс и дают возможность организации повысить скорость работы, сократить ошибки и потери, повысить качество продукции и улучшить систему в целом. К основным преимуществам электронного документооборота можно отнести: сокращение времени доступа к информации, сокращение дублирования, оптимизация хранения документов (избежание ненужного копирования и быстрый доступ к любому документу), автоматизация бизнес-процессов, а также такие преимущества, как: улучшение качества работы, обслуживания клиентов и повышение сохранности документов; которые говорят сами за себя. Пользуясь всеми преимуществами электронного документооборота, организации, предприятия и разные учреждения, стараются автоматизировать, как можно больше процессов для своего дела.[2]

Представим некое медицинское учреждение, в котором все работники пользуются своими компьютерами, создают отдельные файлы, изменяют их, которые в процессе теряются, удаляются и т.д. А некоторые и вовсе не доверяют машинному труду и делают все вручную. Таких сейчас, как правило, единицы, но все - таки они есть, что очень влияет не только на их работоспособность и работу в целом, но и на деятельность других сотрудников, которые работают вместе с ними.[3]

В большинстве своем люди, пользуясь электронными носителями, порой не учитывают тот факт, что файлы могут быть утеряны, в результате, скажем, поломки какого-то носителя. Разрабатывая одну единую базу, которую в дальнейшем будем также называть информационным хранилищем факультета, нужно начать с этапов внедрения

этой системы. Они включают в себя некоторые действия, которые помогают организации оценить проект в целом и завершить его. Этими этапами являются: определение базовых процессов, определение требований к процессам, выбор системы электронного документооборота, управление проектом системы, создание правил для обеспечения хорошей работы.[4] Вместе с этим, нужно выбрать критерии проекта, то есть те требования, которые он будет выполнять. Ниже они будут рассмотрены.

1) Наличие функции загрузки информации на сервер и скачивание информации с сервера.

Работникам мед. учреждения для того, чтобы использовать базу, изначально нужно загрузить все документы, причем удобнее создать, так называемые каталоги, в которых, возможно, будут находиться папки в хронологическом порядке, а в тех, в свою очередь, папки по темам и т.д.

2) Простота в использовании и отсутствие специальных навыков для управления системой.

Данное условие не требует объяснения, но ему следует уделить особое внимание, так как многие люди, которые не имеют навыков владения ИС, тоже могли бы пользоваться созданным хранилищем документов.

3) Наличие системы резервного копирования.

Все сталкивались с ситуацией, когда информацию, которая была давно изменена, нужно вернуть. Для этого существуют программы с системой резервного копирования.

4) Как общий доступ к базе, так и к личному кабинету.

Общая база доступна всем, а также у каждого преподавателя есть некий аккаунт, на котором хранятся документы, касающиеся только их, как на данный момент, так и в будущем.[5]

Говоря о СЭД можно заметить, что у нее отсутствуют некоторые вышеперечисленные требования. Такие как: наличие систем резервного копирования и доступ, как к общей базе, так и к личной. Автоматизация документооборота дает возможность организовать только одну базу данных, в которой будут находиться все документы, необходимые для функционирования предприятия.

В БД присутствует простота в использовании, но базы данных отличаются своим медленным доступом к данным, поэтому не являются лучшим примером, так как они довольно ограничены в действиях, по сравнению с теми системами, о которых идет речь в данной статье.

Таким образом, проведенное исследование позволило подчеркнуть роль создания инфраструктуры хранения документации в высшем учебном заведении. Были рассмотрены важные аспекты: электронный документооборот, проблема автоматизации. А самое главное - выполнена основная цель исследования.

При создании и внедрении новой автоматизированной системы нужно учитывать ряд условий, критериев и факторов.

Список литературы:

1. Кузнецова, А.Н. Машинопись и делопроизводство; М.: ДОСААФ - Москва, 2014. - 221 с.
2. Черников, Б.В. Информационные технологии управления: Учебник/ Б.В. Черников.- М.: ИД ФОРУМ, НИЦ ИНФРА-М, 2013.-368 с.
3. Мезенцев К. Н. Автоматизированные информационные системы; Академия - Москва, 2012. - 174 с.
4. Куперштейн В.И. Современные информационные технологии в делопроизводстве и управлении. – СПб. и др.: БХВ, 2005.
5. Кобелькова Л.А. Документация в информационном обществе: электронное делопроизводство и электронный архив, 2004.

УДК: 616.155.194-055.26-085.31

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ В ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Моругина Ксения Игоревна, Змиевская Екатерина Анатольевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент М. Ю. Фролов.

Введение: Железодефицитные состояния вызываются нарушениями метаболизма железа, вследствие его дефицита в организме и характеризуются клиническими и лабораторными признаками, выраженность которых зависит от стадии дефицита железа [1,2]. Самым тяжелым железодефицитным состоянием является анемия. Известно, что анемии беременных являются наиболее распространенным видом анемий [3].

В связи с широким выбором препаратов железа и их ценовым разбросом, врачу важно выбирать препараты, учитывая возможность обеспечения пациенток препаратами в медицинском учреждении за счет федерального бюджета, а также вероятную возможность приобретения препаратов за счет личных средств.

Цель: Оценить мнения и выбор врачей в отношении эффективности и частоты назначения различных препаратов железа для беременных с анемией.

Материалы и методы: При проведении исследования были сформированы 5 фокус групп. В состав фокус-групп вошли врачи акушеры-гинекологи (29 респондентов) и терапевты женских консультаций (3 респондента) 5 женских консультаций. Большинство врачей, участвовавших в обсуждении, имели стаж работы более 10 лет (18 из 32 респондентов), средний стаж составил 15,2 года.

Целью обсуждения явилась оценка реальной клинической практики назначения врачами препаратов железа у беременных. В ходе обсуждения решались следующие задачи:

1. Оценить эффективность и безопасность применения препаратов железа у беременных.
2. Выяснить оценочное мнение врачей относительно изучаемых препаратов.
3. Оценить разницу в отпускной цене для сравниваемых препаратов.

Результаты и обсуждение: По мнению всех опрошенных специалистов, показанием к назначению препаратов железа беременным является снижение Hb ниже 110 г/л, при этом 6,25% специалистов отмечали, что назначают терапию и при более высоких показателях, при условии наличия выраженных клинических признаков анемии, 15,63% врачей считают необходимым назначать препараты железа уже при уровне Hb ниже 115 г/л, если эти значения получены в 1-м триместре, указывая на очевидное дальнейшее его снижение у таких пациенток при дальнейшем развитии беременности.

При просьбе оценить эффективность по шестибальной оценочной шкале (от 0 до 5), врачи оценили эффективность препарата Сорбифер на 3,44 балла, а препарата Тотема – на 4,81 балла. Отмеченные значения тождественны оценкам «хорошо» для Сорбифера и «отлично» для Тотемы.

При этом специалисты также отмечают существенные различия в скорости развития лечебного эффекта при терапии данными препаратами. Так, средний срок достижения эффекта у Сорбифера оценивается в $40,31 \pm 16,75$ суток (медиана 30 суток), а у Тотема в $13,06 \pm 2,12$ суток (медиана – 12 суток).

Частота побочных эффектов у беременных при применении препаратов железа характеризуется специалистами как невысокая. При этом в 37,5% случаев врачи отмечают периодическое наличие запора (чаще) и диареи (реже) при приеме Сорбифера. На побочные эффекты препарата тотема, врачи жалуются значительно реже (9,38% опрошенных). При этом единственным отмеченным побочным эффектом Тотема явилось тошнота у некоторых пациенток. Соответственно мы делаем вывод о большей безопасности Тотемы.

Также была изучена средняя стоимость курса лечения данными препаратами. Так как препараты сравнения не включены в перечень ЖНВЛП, мы не имеем возможности получить их стоимость в реестре. По этой причине, цена обоих препаратов были получены на сайте arтека.ru на дату проведения исследования (01.08.16) и составили – 9,36 и 21,69 руб. для Сорбифера и Тотемы соответственно. Мы допускаем, что для достижения эффекта, препарат Сорбифер необходимо принимать в течение 50 дней по 2 дозы в сутки, а тотема - так же, по 3 дозы, но в течение 25 дней. Таким образом, получаем курсовую стоимость 936 и 1626,75 руб. соответственно. Разница в стоимости терапии составляет 42,46%, что является значимым.

Выводы: Всеми врачами была отмечена большая эффективность и безопасность препарата Тотема по сравнению с Сорбифером. Тем не менее, учитывая стоимость препаратов, всеми опрошенными отмечена личная практика назначения менее эффективного препарата Сорбифера, в связи с более низкой ценой и возможным его назначением по родовым сертификатам.

Список литературы

1. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А., Серов В.Н., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л. Федеральные клинические рекомендации. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц// ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздрава России, М. – 2013. – 26С.
2. Коноводова Е. Н., Бурлев В. А. Сравнительная эффективность лечения манифестного дефицита железа у беременных различными препаратами железа // РМЖ. - 2009. – Т. 17.– С. 1028–1031.
3. Шапошник О.Д., Рыбалова Л.Ф. Анемия у беременных. (Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Учебно-методическое пособие для врачей-курсантов // Челябинск - 2002. – 50С.

УДК 368.91

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ОБЩЕЙ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВА

Новикова Маргарита Владимировна

Россия, Краснодарский государственный институт культуры
 Научный руководитель: к.п.н, доцент Галимова Елена Яковлевна

Страхование выделяют как самостоятельную сферу деятельности общества страховщиков по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию, по оказанию услуг, связанных со страхованием. Страхование может выступать как обязательное и добровольное, личное и имущественное[6].

С помощью сферы страхования участникам страховых отношений гарантировано возмещение потерь при наступлении страхового случая. Возмещение убытков участникам страховых отношений производится из страхового фонда, который формируется за счет взносов страхователей и находится под управлением страховщика, который гарантирует возмещение.

Страхование по урегулированию претензий рассматривается со стороны Страховщика, который производит выплаты согласно договору страхования, и Страхователя - потребителя страховых услуг. Субъект страхования - Страхователь заключает договор страхования с непосредственно первой стороной страхования Страховщиком. В роли Страхователя могут выступать любые лица, в том числе и третьи лица [6].

Динамика страхового рынка развивается, несмотря на сложившуюся кризисную экономическую ситуацию в государстве: падение доходов населения, санкционный режим. Развитие происходит за счет внутренних ресурсов страховых компаний. Кроме

этого, Страховщики ищут новые источники развития: повышают качество урегулирования убытков, снижают издержки, активно продвигают новые.

По последним статистическим данным Федеральной службы государственной статистики в 2015 году 360 страховщиков прошли лицензирование, то есть получили право осуществлять страховую деятельность. Число филиалов страховщиков к концу 2015 года составило 4863 единицы [7], [5]. Уже в 2016 году по последним показателям заметно сокращение количества страховых компаний. Сократилось до 313 страховых организаций, были отозваны лицензии у 17 страховых компаний [1]. Конечно, убыточность страховых организаций заметна, особенно по статистическим показателям в 2015 году.

Однако, самый проблемный вид страхования на страховом рынке за последнее время – автострахование (полис ОСАГО и борьба с автоюрисстами). Если исключить из общей статистики данные по ОСАГО, то общее состояние рынка страховых услуг стабильно.

Что касается непосредственно страховых отношений сторон, то они должны быть зафиксированы и законодательно обоснованы в виде соглашения о совершаемых услугах. Первичными документами подтверждающие факт совершения сделки между Страхователем и Страховщиком выступает следующий пакет документов: первичный договор со всеми контактными и персональными данными, полис и квитанция об оплате страховых отношений [7]. По многим видам страхования, договор страхования считается заключенным с момента передачи Страхователю, полиса страхования, подписанного Страховщиком.

Страховой полис - документ, который подтверждает факт заключения договора страхования.

Все же договор страхования является основополагающим документом, который изначально оформляет страховые отношения Страховщика и Страхователя.

Во время оформления договора любые неточности, неясности, должны быть исключены, особенно если они касаются существенных условий договора. Например, если в договоре отсутствует положение, касающееся страхового риска, договор будет считаться недействительным.

Согласно Федеральному закону РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" от 27.11.1992 № 4015-1 статья 32.9. Виды страхования выделяют 24 вида страхования, из них пункты 1,3,4,5 связаны со страхованием жизни и здоровья [2]. Медицинское страхование в нашем государстве конкурирует с имущественным страхованием. По продажам лидируют на рынке страхования полисы ОСАГО и ДМС (добровольное медицинское страхование).

Медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину нашего государства медицинские услуги в платной и бесплатной форме при возникновении страхового случая.

С 1993 года в нашем государстве медицинское страхование разделено на обязательное и добровольное[3].

Обязательное страхование гарантировано Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". В статье 35 данного закона расписана базовая программа обязательного медицинского страхования, которую может получить гражданин государства в бесплатной форме [3].

Добровольное медицинское страхование гарантирует возможность гражданину получить дополнительные возможности лечения в рамках заключенного договора со страховой компанией. В данный момент страховые компании предоставляют своим потенциальным клиентам широкий спектр услуг, программ по защите жизни и здоровья. Программы разрабатываются специалистами, учитывая различные условия жизни и пребывания граждан в максимально экстремальных условиях. Например, страховая компания «ВСК» в рамках страхования жизни и здоровья предлагает программу «Спортсмен» своим клиентам [4].

В эту программу включены все риски, которые связаны с занятием любительским, профессиональным и экстремальным видами спорта по всему миру.

Таким образом, можно сделать вывод, что сфера страхования, включая и медицинское страхование, хоть и самостоятельная сфера, но зависит от многих определяющих факторов: от страхового интереса граждан, от их страховой грамотности, платежеспособности, благоприятного налогового климата, политической обстановки и экономической стабильности, доверия населения к государственному аппарату и коммерческим организациям. Соблюдение всех этих факторов будет поддерживать стабильность на рынке страхования.

Список литературы

1. Информационно-аналитические материалы. Обзор ключевых показателей страховщиков [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cbr.ru/finmarkets/files/supervision/review_insure_200616.pdf (дата обращения: 26.12.16)
2. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 27.11.1992 N 4015-1-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=200209&fld=134&dst=100006,0&rnd=0.38562034544443713#0>, свободный (Дата обращения: 23.12.2016)
3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Архангельской области / Министерство здравоохранения Архангельской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.minzdrav29.ru/health/health_insurance/, свободный. - (Дата обращения: 23.12.2016).
4. Официальный сайт Страхового Акционерного Общества «ВСК» / Страховое акционерное общество «ВСК» 2002-2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsk.ru/>, свободный. - (Дата обращения: 23.12.2016).
5. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики / Федеральная служба государственной статистики, 1999 - 2016[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>, свободный. - (Дата обращения: 26.12.2016).
6. Справочная информация: "Обязательное страхование" (Материал подготовлен специалистами КонсультантПлюс) // Справочно-правовая система «Консультант Плюс» : [Электронный ресурс]. – Режим доступа :http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99388/, свободный (Дата обращения: 26.12.2016).
7. Юргенс, И.Ю. Страховой рынок: итоги 2015, прогнозы, основные тенденции [Электронный ресурс] / ЗАО Медиа-Информационная Группа «Страхование сегодня» (МИГ), 2003–2016. - Режим доступа: <http://www.insur-info.ru/analysis/1083/> – Дата обращения: (26.12.2016)

УДК 336.5

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Татаева Хадиджат Салмановна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

Здравоохранение - важнейшая государственная отрасль, которая организует и обеспечивает должным образом охрану здоровья населения, а также занимается поддержанием общественной гигиены и санитарии. Поэтому система здравоохранение является одной из приоритетных задач социально-экономической политики любого государства, Российской Федерации в том числе. Согласно статье 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в

государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. [1]

Поэтому одной из самых актуальных проблем в системе здравоохранения была и остается проблема определения источников и размеров финансирования расходов. Практически во всех развитых странах финансирование здравоохранения является одной из самых больших статей расходов. Средств должно быть достаточно не только для поддержания текущего функционирования сферы здравоохранения, но и её развития. Дефицит средств приводит к росту частных расходов на здравоохранение, а в неблагоприятных экономических условиях - стимулирует рост теневой экономики в этом секторе. Для избежания подобного, вопрос об обеспечении здравоохранения решается как на федеральных уровнях, так и на высоком государственном.

Таким образом, расходы отдельного региона на здравоохранения складываются из ФФОМС (федеральный фонд обязательного медицинского страхования, в который ежемесячно отчисляется 5,1 % от заработной платы), собственного регионального бюджета и федерального бюджета.

В 2016 году в РФ на систему здравоохранения граждан выделено 544 млрд. рублей, или всего 3,0 % от общего бюджета РФ. Для наглядности распределения средств бюджета РФ на 2016 год приведем следующие цифры:

- 27,7% - доля социальной сферы;
- 19,2% - вторую позицию справедливо занимает оборона;
- 15,9% - национальная экономика на третьем месте;
- 12,7% - система правоохранительных органов;
- 7,2% - общие вопросы государства;
- 7,2% - движение денег между бюджетами внутри государства;
- 4,1% - обслуживание долгов;
- 3,6% - образовательная сфера;
- 3,0% здравоохранение;
- 0,6% - расходы на культуру;
- 0,5% - развитие СМИ;
- 0,5% - ЖКХ;
- 0,4% - физкультура и спорт;
- 0,4% - расходы на окружающую среду. [2]

Согласно утвержденному в третьем чтении Госдумой бюджету на 2017–2019 годы в 2017 году согласно принятому бюджету будет выделено меньше - всего 362 млрд рублей. [6]

Что же будет сокращено?

Во-первых, расходы государства на амбулаторную помощь в 1,7 раз со 113,4 до 68,995 млрд рублей. Расходы на стационарную помощь урежут на 39 %, с 243 до 148 млрд. рублей. На «обеспечение санитарно-эпидемического благополучия» россиян: вместо 17,473 млрд будет направлено 14,68 млрд. Также пострадают медицинские исследования: на них направят 16,028 млрд, урезав на 21 %. [3]

Отметим, что расходы на оборону при этом в разы превышают расходы на здравоохранение, в 2016 году составили 3,009 триллиона рублей (19,2 %). Для сравнения - в этом же году расходы на здравоохранение в США составили более 3 триллионов долларов.

Как мы видим, расходы на здравоохранение в РФ сокращаются. Поэтому возникает вопрос - что же делать, для того, чтобы стабилизировать ситуацию.

С одной стороны, можно предложить радикальное решение проблемы, связанное с изменением Конституции, - сделать медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях платными.

Но, во-первых, это решение вызовет глубокое социальное возмущение, особенно в малообеспеченных слоях населения. К тому же если исчезнут бесплатные врачи в поликлиниках, проведение вакцинации, назначения современных лекарств, оказание экстренной медицинской помощи в стационарах, то банально возрастет смертность.

Именно поэтому в развитых странах из государственных источников в систему здравоохранения вкладывается более 7 % валового внутреннего продукта (ВВП). В нашей стране эта цифра значительно ниже.

В 2005 году, когда начался приоритетный национальный проект «Здоровье», а затем началась программа модернизации здравоохранения, было увеличено государственное финансирование здравоохранения. В это же время улучшались и показатели здоровья населения: с 67 лет в 2005 году ожидаемая продолжительность жизни россиян выросла почти до 71 года в 2013 году. Однако затем продолжительность жизни стала снижаться.

А, во-вторых, столь радикальная мера не станет решением проблемы. Например, по словам Елены Брэнсон, президента Русского центра в Нью-Йорке, в здравоохранении при более низких показателях расходов на человека в РФ, США находится только на 32 месте по уровню обеспечения медицинским обслуживанием. В США есть всего две государственные программы, по которым бесплатную помощь могут получить: люди старше 65 лет и малообеспеченное население. Остальные должны 20 % населения живёт вообще без страховки.

Также можно предложить и другое кардинальное решение - увеличить бюджет на здравоохранение, прежде всего, в государственном, а не в региональном бюджете. Однако в настоящее время это невозможно в виду определенной политико-экономической ситуации.

Следует сказать и о недостатках в распределении имеющихся средств. В основу реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был заложен переход от преимущественно централизованной системы финансирования к децентрализованной. То есть, от одноканальной к многоканальной. Возрастание финансовых потоков привело к уменьшению средств, доходящих до лечебно-профилактических учреждений. Это объясняется затратами на содержание субъектов систем здравоохранения и медицинского страхования, потерями при многократном прохождении финансов через банковские структуры, а иногда и их нецелевым использованием. Следовательно, нужно не только увеличить объем ассигнований на здравоохранение, но и сократить количество финансовых потоков в этой системе.

Финансирование здравоохранения в настоящий момент не удовлетворяют потребностей отрасли. И это может привести к снижению качества медицинской помощи, увеличению числа платных медицинских услуг за счет уменьшения бесплатных и в конечном итоге может повлиять на показатели состояния здоровья населения. Это не только проблема РФ, но и многих стран мира.

Однако какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех, не существует. Осуществлять оптимизацию данной системы необходимо с учетом большого количества факторов: социальных, экономических и политических.

Список литературы:

1. Конституция РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.constitution.ru/>– Загл. с экрана.
2. Последние новости о бюджете России на 2016 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.constitution.ru/>– Загл. с экрана.
3. Федеральный бюджет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minfin.ru/>– Загл. с экрана.
4. Расходы на здравоохранение США [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vademes.ru/>– Загл. с экрана.

5. Щепин О.А., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебное пособие для медицинских вузов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с.

6. Утверждение в третьем чтении Государственной думой бюджета на 2017–2019 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://eg.ru/>– Загл. с экрана.

УДК 65.012.7

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Торопцева Анастасия Витальевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., Князев Сергей Александрович

Самая главная проблема развития рынка медицинских услуг на отдельно взятой территории – создание такого механизма, способного снизить затраты на оказание медицинской помощи населению. В связи с этим, развитие сферы здравоохранения предполагает интенсификацию производства медицинских услуг, подразумевая под этим использование современных и передовых форм обеспечения населения медицинской помощью, а так же создание рациональной системы организации труда без привлечения дополнительных финансовых средств. Одной из таких форм, позволяющих снизить расходы на организацию системы здравоохранения и более рационально использовать имеющиеся кадровые, финансовые и технологические ресурсы является объединение медицинских учреждений [1].

Отсутствие наращенной материально-технической базы; слабый финансовый резерв, необходимый для перехода к самофинансированию; нехватка квалифицированных кадров, как врачей, так и менеджеров – всё это является серьезным препятствием для медицинских организаций, стремящихся самостоятельно преодолеть проблемы, которые сложились в отрасли. Наиболее вероятный и в последнее время часто практикующийся выход из сложившейся ситуации – объединение медицинских учреждений.

В сфере здравоохранения объединение медицинских организаций осуществляет с помощью процесса «слияния путем поглощения». Это сотрудничество между двумя учреждениями, в результате которого один из участников сделки прекращает свою деятельность и теряет юридическую самостоятельность, а также передает все права и обязанности организации, к которой они присоединяются. Чаще всего в результате такой сделки, учреждение, которое является интегрируемым, становится структурным подразделением больницы, к которой оно присоединяется. В процессе интеграции медицинских учреждений все требует внимательного исследования, начиная от разработки стратегии развития объединенного ЛПУ, заканчивая оценкой эффекта, полученного при интеграции. В большей части, все методы по оценке совокупного эффекта от объединения медицинских организаций, сводятся к оценке экономической, социальной и организационной эффективности.

Под экономической эффективностью понимают соотношение произведенных затрат, направленных на обеспечение населения медицинской помощью и полученных результатов лечения. При объединении медицинских учреждений оценку экономической эффективности можно произвести с помощью исследования объема оказанных платных медицинских услуг. Для расчета данного показателя необходимо найти совокупный объем оказанных платных медицинских услуг учреждений за определенный период времени до осуществления процесса объединения. Формула будет выглядеть следующим образом:

$$Q_{\text{сов.}} = Q_{i1} + Q_{i2}$$

где $Q_{\text{сов.}}$ – совокупный объем оказанных платных медицинских услуг в учреждениях до осуществления процесса объединения;

Q_{i1} – объем оказанных платных медицинских услуг в учреждении №1 за определенный период времени до осуществления процесса объединения;

Q_2 - объем оказанных платных медицинских услуг в учреждении №2 за определенный период времени до осуществления процесса объединения.

Так же, в рамках данного расчета необходимо определить объем оказанных платных медицинских услуг после осуществления процесса интеграции. Затем необходимо произвести сравнение полученных данных.

В случае, если суммарный объем оказанных платных медицинских услуг двух учреждений до объединения, окажется меньше, чем значение, полученное после, можно сделать вывод о положительном экономическом эффекте и возможном увеличении доходной части медицинского учреждения. Соответственно, при прямо противоположной ситуации, можно судить о наличии отрицательного экономического эффекта.

В рамках оценки эффективности процесса интеграции немаловажную для здравоохранения роль играет социальная эффективность. Под социальной эффективностью в области здравоохранения можно понимать – уровень достижения социального результата, т.е. насколько благоприятно отразился процесс объединения на общественной жизни. В рамках оценки социального эффекта можно оценить субъективные показатели - степень удовлетворенности пациентов от оказания медицинской с помощью анкетного опрос, а так же произвести анализ объективных статистических данных – показатели здоровья.

Это может быть расчет и сравнение общего уровня первичной заболеваемости до и после объединения. Для начала, необходимо найти уровень первичной заболеваемости по каждой из больниц, до осуществления процесса объединения в соответствии с формулой:

$$Z_{\text{перв}} = \frac{O_{\text{перв}} * 1000}{\text{среднегодовая численности прикрепленного населения}}$$

Где $Z_{\text{перв}}$ – уровень первичной заболеваемости;

$O_{\text{перв}}$ – число всех первичных обращений.

Затем, необходимо найти средний показатель первичной заболеваемости двух больниц до процесса интеграции и произвести его сравнение со значением, полученных после объединения.

В случае, если средний показатель первичной заболеваемости двух больниц до объединения окажется выше, чем значение, полученное после осуществления интеграции, можно судить о наличии положительного социального эффекта – снижение уровня первичной заболеваемости. Соответственно, если данный показатель двух больниц до интеграции оказывается ниже, чем после объединения, то можно охарактеризовать социальный эффект с отрицательной точки зрения.

Для оценки интеграционных процессов в здравоохранении наряду с исследованием экономической и социальной эффективности, можно произвести анализ полученного организационного эффекта. В рамках оценки организационной эффективности процесса объединения медицинских учреждений можно произвести исследование и анализ издержек контроля. В рамках осуществления процесса интеграции под издержками контроля можно понимать всю совокупность затрат, связанных с обеспечением организации управленческими кадрами. При интеграции двух ранее самостоятельных медицинских организаций неизбежно происходит дублирование полномочий, в управленческих, вспомогательных и основных подразделениях. Важно постоянно отслеживать имеющееся количество уровней иерархии, возможное дублирование полномочий, а так же соблюдение норм управляемости в целях сокращения расходов на функционирование организации здравоохранения.

В заключении, можно сделать вывод, что объединения двух ранее самостоятельных медицинских учреждений через формат «слияния путем поглощения» позволяет создать стабильно функционирующую клиентскую базы, разделить тяжесть финансового и административного бремени, что в итоге должно способствовать повышению конкурентоспособности медицинской организации, обеспечение принципа самофинансирования в полном необходимом объеме. Практическое осуществление

интеграции – сложный процесс, который приносит не только ожидаемый положительный, но и возможные отрицательный эффект, а так же требует временных и денежных затрат. Важно постоянно производить мониторинг полученного эффекта для своевременного реагирования на сложившуюся ситуацию, в целях поиска максимально эффективного метода, способного достичь поставленных целей в процессе объединения.

Список использованной литературы

1. Игнатъев, Н. М. О понятии экономической интеграции хозяйствующих субъектов // Экономический журнал. — 2012. — Т. 27 — № 3.

УДК 65.018.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Циколенко Яна Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Князев Сергей Александрович

Один из факторов конкурентоспособности предприятия и организации – это наличие системы управления качеством продукции и услуг.

Управление качеством – сравнительно молодая отрасль управленческой науки. На данный момент в Российской Федерации внимание к качеству медицинской помощи довольно высокое, а в целом управлению качеством уделяется недостаточное внимание.

Внедрение системы управления качеством является новым подходом к обеспечению и улучшению качества услуг в медицинских учреждениях.

Качество — комплекс свойств и характеристик продукции либо услуги, которые придают им способность удовлетворять актуальные либо потенциальные потребности потребителя.

Управление качеством – это методы и виды деятельности оперативного и стратегического характера, применяемые для выполнения требований к качеству.

Высокое качество будет достигнуто только вследствие хорошо обдуманной и организованной системы управления качеством – целевой подсистемы управления организацией.

Система качества – это комплекс организационной структуры, методов, процессов и ресурсов, требуемых для общего руководства качеством.

Четырнадцать принципов американского инженера и специалиста в области статистики Э. Деминга лучше всего подходят для управления при введении системы постоянного улучшения качества в медицинских учреждениях.

1. Организуйте постоянство цели для усовершенствования продукта и услуг. Конечная цель — стать и быть конкурентоспособным, привлекательным для пациентов путем нововведений, путем непрерывного введения в практику и всестороннего овладения ранее не известных современных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики болезней, постоянно иметь на «Листе ожидания» плановых пациентов, сознательно желающих получить медицинскую помощь только лишь в данном медицинском учреждении.

2. Воспримите новую философию. В обстоятельствах нынешнего состояния здравоохранения главный врач обязан брать на себя ведущую роль в формировании новой идеологии развития медицинской организации и стать во главе её осуществления.

3. Прекратите полагаться на инспекцию в достижении высокого качества. Проверки и в том числе контроль качества, никак не улучшают качества оказания медицинской помощи, они неэффективны и дорогостоящи. Следует сократить многочисленные проверки, сделав качество оказания медицинской помощи неотъемлемым необходимым компонентом каждого структурного подразделения

медицинской организации на каждом рабочем месте, реализуя принцип бездефектной работы.

4. Прекратите судить о бизнесе на основании цены. Этот принцип рекомендует главному врачу отступить от практики подбора поставщиков и заключения заказов на медицинское и технологическое оборудование, на расходные материалы и многое другое только лишь на основании ценовых показателей (по Э. Демингу, «недорогой станок может обернуться настоящим разорением в процессе его эксплуатации»), но в Российской Федерации возможность подбора поставщиков регламентируется Федеральным законом от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказа на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

5. Регулярно и необратимо улучшайте систему производства и обслуживания. Усовершенствование процесса организации и оказания медицинской помощи в определенном медицинском учреждении никак не может являться единовременной акцией, оно обязано быть стабильной повседневной работой, сосредоточенной на повышение производительности и качества и на их основе уменьшения расходов.

6. Внедрите обучение. Здесь говорится о вводной подготовке каждого специалиста, в первый раз присоединяющегося к работе уже сформированного и эффективно работающего коллектива. Тем самым обязано осуществляться предельно стремительное и предельно продуктивное «включение» нового работника в медицинский либо технологический процесс без его остановки и без потери качества работы.

7. Учредите руководство. Речь идет о действенном и эффективном руководстве со стороны главного врача медицинской организации, его заместителей, выражающемся в помощи коллегам работать лучше, работать качественно. Значимым разделом этой работы обязано стать наставничество.

8. Вытесните страх. Следует организовать в каждом структурном подразделении и медицинской организации в целом такую доброжелательную психологическую обстановку, для того чтобы любой сотрудник имел возможность задать любой вопрос, не боясь быть неправильно понятым либо неправильно оцененным.

9. Рушьте барьеры между подразделениями. Медицинская организация обязана работать равно как единый организм, в котором каждое подразделение осуществляет в целом объеме свои функции, при этом поддерживая и помогая улаживать общие целевые и профессиональные задачи организации.

10. Покончите с лозунгами, призывами и поручениями в цифрах. Они никак не способны усовершенствовать работу, стимулируют у исполнителей недовольство и отторжение.

11. Откажитесь от количественных квот и норм выработки. Осуществление норм любой ценой приводит к понижению качества и производительности, что в окончательном результате вредит медицинской организации. Формирование условий для высококачественной работы и высококачественное оказание медицинской помощи само по себе станет помогать увеличению производительности работы.

12. Ликвидируйте преграды, препятствующие людям гордиться собственным мастерством. Сотрудники, осознавая собственные профессиональные возможности, видя собственные успехи, безусловно, гордятся собственной работой, у них повышается самосознание, что поднимает оценку службы либо подразделения, где они работают, и благоприятно воздействует на репутацию медицинской организации.

13. Введите активную программу обучения. Движение вперед, развитие любой медицинской организации может быть на основании закупки новейшего совершеннейшего медицинского оснащения, освоения медицинским персоналом путем обучения новейшим медицинским технологиям, обучение психологическим аспектам коллективной работы, освоение статистико-экономических методов анализа.

14. Работайте, для того чтобы реализовать изменения. Ничто не выходит само собой, каждая инновация запрашивает формирования инициативной группы, которая бы

со временем увеличивалась, обязана стать абсолютно всем коллективом — единомышленниками, а позже — просто коллективом, действующим согласно новейшим правилам, ставшими в процессе внедрения стилем работы всей организации.

Благодаря данным 14 принципам Э. Деминга медицинские учреждения смогут разработать систему управления качеством и тем самым добьются высокого качества медицинской помощи.

Список литературы

1. Р.Ф. Гайфуллин, Р.Х. Ягудин, Л.И. Рыбкин. Модернизация внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в системе оперативного управления крупной многопрофильной организацией// Актуальные проблемы медицины 1 том. – 2013. - С. 28-29.

УДК 65.012.7

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Черноризова Маргарита Юрьевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Водопьянова Наталья Александровна, к.э.н., доцент

Вопрос о доступности и качестве медицинской помощи является значимым для будущего страны. Помимо традиционных для последних 20 лет проблем кадрового обеспечения и состояния технической базы медучреждений в последние годы наметилась проблема сокращения финансирования. Поэтому оценка эффективности проводимых преобразований имеет большое значение.

Формирование бюджета Российской Федерации в последние годы происходило в условиях замедления темпов роста российской экономики, стремительного падения цен на нефть, негативных последствий введения внешних санкций и российских ответных санкций. Все это не могло не оказать значительного влияния на систему планирования работы здравоохранения, и в особенности – его финансирования.

Пересмотр финансирования здравоохранения в настоящий момент отражается в поисках новых источников финансирования. С 2015г. российская система здравоохранения перешла на одноканальное финансирование, при котором все средства в медучреждения будут поступать из фонда обязательного медицинского страхования. Из других средств оплачивается только высокотехнологическая медицинская помощь в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капитальный ремонт и реализация целевых программ[1]. Это новшество вызывало опасения в профессиональных кругах, так как предусматривало значительное сокращение бюджетного финансирования медучреждений и сужению круга оказываемых ими услуг.

Одним из способов решения обозначенных проблем является оптимизация здравоохранения, реализуемая в последние годы в форме сокращения числа медицинских учреждений и численности медперсонала. Этот путь реализации приоритетных задач в сфере здравоохранения вызывает наиболее активный протест медицинского профессионального сообщества и критику аналитиков. По указанному вопросу звучат самые радикальные точки зрения, вплоть до обвинений разработчиков реформ в попытке «разрушить» отечественную медицину[4]. Основанием для подобных обвинений являются частые недочеты в реализации подобных мер на местах, что выливается в явное снижение качества оказания медицинской помощи на местах или на доступности этой помощи для пациентов.

По мнению исследователей, сферой, в которой недочеты современной медицинской реформы сказываются наиболее явно, является сельская медицина. Резкое сокращение бюджетного обеспечения отрасли негативно отразилось на состоянии сельских лечебно-профилактических учреждений. Они характеризуются устаревшей

материально-технической базой, недостаточным обеспечением врачей современным лечебно-диагностическим оборудованием, колеблющейся сезонной нагрузкой и занятостью персонала, низкими, по сравнению с городскими, тарифами на медицинские услуги[3]. С учетом общего значительного снижения уровня жизни сельского населения данные сложности отзываются в обществе достаточно болезненно.

Тем не менее, есть определенные успехи, достигнутые в рамках происходящих в последние годы преобразований. Опыт внедрения Минздравом РФ отечественных профилактических программ, опирающихся на территориальные органы управления здравоохранения, реализующиеся на уровне первичного звена здравоохранения, показал эффективность многофакторного подхода к первичной и вторичной профилактике социально - значимых хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего летальности от сердечно-сосудистых заболеваний, сокращение потерь трудоспособности населения[2]. Оценка успешности реализации Минздравом России национальных проектов по охране здоровья населения и подготовке врачей общей практики основана на повышении эффективности услуг. Введение новых условий финансирования здравоохранения в рамках государственных гарантий рассматривается организаторами здравоохранения в позитивном ключе – система стала более прозрачной и контролируемой. Еще одним преимуществом четкой структуры целей и объемов финансирования стало понимание необходимости более эффективного использования имеющегося пула ресурсов – это и стало аргументацией в пользу «оптимизации». Другой позитивной стороной стал уход от наследия советской системы здравоохранения, мало отвечающего требованиям современности. Повысилась эффективность использования текущих ресурсов здравоохранения[3].

Реформирование системы здравоохранения, особенно – по пути оптимизации, без четкого обоснования и расчета последствий принимаемых решений негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи, а также на психологический климат в медицинском сообществе. Критика же происходящих перемен со стороны населения, помимо объективных причин, объясняется еще и особенностями истории российской медицины. Аналитики отмечают рост числа обращений к коммерческим клиникам и расширение спектра оказываемых ими услуг. Однако менталитет значительной части населения до сих пор не позволяет принять платную медицину как факт, что и вызывает волну протестов против сокращения государственного обеспечения медицины. При все чаще звучащей критике, объективный анализ результатов этих преобразований позволяет выявить определенные успехи на пути реформ.

Список использованной литературы

1. Водопьянова Н.А. Методологические и методические подходы к оценке влияния государственной инвестиционной политики на эффективность региональной социально-экономической системы В книге: Развитие региона как социальной системы: социально-экономические индикаторы и показатели. Под редакцией О.В. Байдаловой; Волгоградский государственный социально-педагогический университет. Волгоград, 2014. С. 8-35.

2. Коробкова О. А. Оптимизация экономики и управления медицинскими услугами на основе внедрения общей врачебной практики в сельской местности // Гуманизация образования, 2015. №2. – с. 96-104

3. Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет. Автономная Некоммерческая Организация "Аналитический Центр Юрия Левады" // http://www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf

4. Спасти и сохранить. Итоги «оптимизации» в здравоохранении // Лекарственное обозрение, № 9 29/09/2015

УДК 33:614.2

**ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА НА ФИНАНСИРОВАНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА****Энгель Александр Александрович**

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

Для того чтобы оценить влияние медицинского кластера на развитие Волгоградской области, нужно разобраться с тем, что же такое кластер. Кластер – это сконцентрированная взаимосвязанная группа учреждений разного характера (компании, фирмы, университеты, заводы, банки) на определенной территории страны. Все участники такой группы являются поставщиками продукции, каких-либо специальных услуг, в том числе в сфере исследований новых технологий и дополняют друг друга, создавая лучшие условия для взаимной конкуренции отдельных компаний и всего кластера. Кластер, обладая свойствами взаимной конкуренции его участников кооперации его участников, формирует уникальные компетенции региона [1]. Очень часто взаимодействие одного кластера выходит за рамки определенной территории и распространяется, образуя сотрудничество с другими предприятиями и важными объектами России, тем самым такие взаимосвязи приносят обоюдную выгоду, например, привносит капитал в бюджет и делает процесс кластеризации страны одним из эффективных методов развития экономики. Так, в настоящее время в Российской Федерации, по разным данным создано более 400 кластеров, в том числе при поддержке федеральных и региональных органов исполнительной власти.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.12.2014 г. №1605 было создано к 2015 году 27 центров кластерного развития. Волгоградская область, как и другие регионы, принимает активное участие в создании кластеров, в том числе медицинских кластеров, так в 2014 году глава региона Андрей Бочаров одобрил решение о создании на территории Волгоградской области фармацевтического завода в рамках кластера, проект был поддержан руководителем Минпромторга Российской Федерации Денисом Мантуровым. Основными участниками в создании этого медицинского фармацевтического кластера в регионе являются ВолгГМУ и Московский эндокринный завод. Волгоградский государственный медицинский университет занимается развитием научного центра инновационных лекарственных средств «Медбиофарм», со своим современным промышленным производством. В этом центре с недавнего времени разрабатываются, тестируются и создаются новые лекарственные препараты, которые успешно применяются в косметических целях, в бальнеологической практике, а также для поддержания жизненно важных функций человеческого организма. Специалистами Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) уже созданы сразу пять новых препаратов. Все производимые здесь средства – разработки ученых ВолгГМУ (химиков и фармакологов), многие из которых отмечены на федеральном уровне, имеют награды Президента России. Другой участник этого кластера – Московский эндокринный завод на базе Волгоградского филиала Института им. Г.К. Берескова СО РАН занимается масштабированием и оптимизацией технологических процессов производства лекарственных средств, первые серии которых уже успешно изготовлены. Помимо данных вопросов идет активное взаимодействие в плане подготовки кадров для данного предприятия по выпуску фармацевтических препаратов. Само предприятие находится в городе Волжском и может предложить 680 новых рабочих мест. Общий объем привлеченных вложений для создания этого предприятия составил более 7 миллиардов рублей. Еще одним проектом в регионе является научно-образовательный медицинский кластер "Южный", который связывает весь ЮФО и является обязательным в соответствии приказа Минздрава РФ № 844 от 26 ноября 2015 года «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров». Целью

данного проекта является взаимодействие и сотрудничество участников для решения стратегических задач в сфере охраны и здоровья граждан [2]. Одним из участников является и ВолгГМУ, который предлагает посещение и участие в Школе молодого исследователя. Она включает в себя курсы тренингов и подготовок студентов и людей различных специальностей для приобретения и совершенствования навыков создания статей, научных работ, разработок в области медицины и науки. В ШМИ при содействии кураторов НОМУСа, а также ряда преподавателей и руководства ВолгГМУ появилась возможность передавать и обмениваться опытом с другими медицинскими университетами России. Школа молодого исследователя летом 2016 года получила одобрение и средства на дальнейшее развитие на всероссийском молодежном форуме «Территория смыслов». Помимо этого проект ВолгГМУ заключил ряд договоренностей с Казанью и Краснодаром и другими городами насчет продолжения сотрудничества и передачи опыта.

Таким образом, активное участие в образовании и расширении медицинского кластера в Волгоградской области принимает Волгоградский медицинский университет (ВолгГМУ). Взаимовыгодное сотрудничество с другими предприятиями региона и всей страны приносит в бюджет Волгоградской области средства на развитие здравоохранения и повышения уровня здоровья населения, создание инновационных жизненно важных лекарственных препаратов позволяет снизить уровень риска развития ряда заболеваний. Исследования, проводимые в стенах университета, продвигают развитие и ускоряют процесс изучения заболеваний, в том числе онкологических. Помимо этого проекты медицинского кластера создают новые рабочие места, как например, фармацевтический кластер.

Итак, кластеризация региона – важная задача для всех предприятий не только медицинских, но и технических, так как взаимодействие между компаниями и предприятиями повышает уровень благоустройства и жизни населения, а значит возрастает и спрос на товары и услуги связанные не только с удовлетворением физических потребностей, но и ведущих к развитию здорового образа жизни, повышению творческих навыков, духовности и интеллекта.

Список литературы

1. Тарасенко, В. Территориальные кластеры: Семь инструментов управления. — М. : Альпина Паблишер, 2015. — 201 с.
2. Приказ Министерства Здравоохранения России от 26.11.2015 N 844 «Об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров» (вместе с "Положением об организации работы по формированию научно-образовательных медицинских кластеров", "Перечнем научно-образовательных медицинских кластеров") [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.consultant.ru>

УДК 65.012.7

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ И ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Юсупов Магомед Исаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Водопьянова Наталья Александровна

Одной из наиболее важных и динамично развивающихся отраслей системы здравоохранения Российской Федерации является страховая медицина. По этой причине исследование истории и современных форм медицинского страхования в РФ является важной задачей.

Оказание социальной помощи гражданам в случае болезни имеет относительно давнюю историю. В форму медицинского страхования данный вид помощи превратился во второй половине XIX века. В это время формируется профсоюзное движение, в рамках

которого произошло создание страховых больничных касс в ряде европейских стран. В развитии российской системы медицинского страхования можно выделить три этапа. На первом становление системы страхования на территории Российской Империи связывается с развитием в конце века земской медицины, финансируемой за счет нескольких источников: казны, ассигнований губернских и уездных властей. При этом данная сфера в тот период была организована с некоторыми ограничениями и не получило такого распространения, как в Европе. На втором этапе, после Октябрьской революции страхование в старых формах, по понятным причинам, не сохранилось – государство стало монополистом в сфере здравоохранения[3].

Третий, современный этап существования медицинского страхования в России связан с переходом к системе рыночной экономики и появлением коммерческой медицины. В настоящий момент в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ» страхование может производиться в обязательной и добровольной формах[2].

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством мер, направленных на обеспечение, гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования[4]. ОМС направлено на большую часть населения и отвечает наиболее распространенным запросам, но не обеспечивает весь объем возможных рисков, в частности – не обеспечивает оказания ряда дорогостоящих медицинских услуг и т. д. Поэтому дефицит услуг системы ОМС дополняется организацией добровольного медицинского страхования (ДМС).

Добровольное медицинское страхование — вид личного страхования, которое, в частности, позволяет получать помощь в лечебно-профилактических учреждениях, не работающих по программе ОМС[3]. В прошлые годы предоставление сотрудникам, помимо прочего, полисов ДМС выступало в роли привлекательной части социального пакета крупных компаний.

Несмотря на широчайшую распространенность добровольного страхования, исследователи выделяют ряд его существенных недочетов, которые предусматривают необходимость сочетать систему ДМС с элементами ОМС для повышения эффективности защиты здоровья граждан.

Таким образом, существующие в Российской Федерации в настоящий момент две системы медицинского страхования – ОМС и ДМС несовершенны, и их сочетание позволяет значительно расширить средства обеспечения населения различными медицинскими услугами. Данный вопрос активно обсуждается в государственных структурах и на уровне общественных организаций. В частности, стратегии усовершенствования системы медицинского страхования в целях ликвидации дефицита оплаты медицинских услуг было вынесено отдельным пунктом в Приложении к Ежегодному экономическому докладу 2008 года Общероссийской общественной организации «Деловая Россия» «Стратегия 2020»: от экономики «директив» к экономике «стимулов».

В сфере государственного управления развитие системы медицинского страхования принимает форму законотворчества. В настоящий момент в РФ предпринимается ряд мер, направленных на преодоление несовершенств действующей системы медицинского страхования. В частности – расширяются права граждан в возможности выбора страховых организаций. Данные изменения были введены в результате принятия Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ. Проведенные спустя два года после принятия закона исследования показали, что расширился список услуг, интересующих граждан, они стали проявлять большую активность в вопросе самостоятельного выбора страховой организации. В целом же изучение модернизированной в результате принятия российской системы ОМС показывает, что граждане активно используют предоставленные им расширенные права[1].

Таким образом, имеющая относительно недолгую историю в России система медицинского страхования является весьма значимой и гибкой частью современной системы здравоохранения. При этом работа в области совершенствования системы медицинского страхования предполагает также увеличение грамотности и сознательности населения в данном вопросе и расширение возможности выбора страховых организаций и предоставляемых ими услуг. В условиях масштабного сокращения финансирования медицинских организаций, очевидно необходимо изыскивать новые источники финансирования оказания медицинских услуг, что может быть достигнуто за счет сочетания систем ОМС и ДМС.

Список литературы

1. Карчевская С.А., Кравчук С.Г., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2013, No 4. С. 58–63.
2. Сербиновский Б.Ю. Страховое дело: курс лекций / Б.Ю. Сербиновский, В.Н. Гарькуша. – Ростов-н/Д: ЮФУ, 2010. – 387 с.
3. Страхование: Учебник/ Под ред. Т.А. Федоровой . — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Экономистъ, 2004. — 875 с.
4. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (действующая редакция, 2016) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/

УДК 65.012.7

СООПЛАТА КАК СПОСОБ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЬГОТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Юсупов Магомед Исаевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Электронная почта

Научный руководитель: к.э.н., доцент Водопьянова Наталья Александровна

В настоящий момент российская медицина вместе с остальными сферами общества испытывает на себе последствия финансовой нестабильности, и переносит сокращение финансирования. Одной из ощутимых статей расходов в сфере здравоохранения является льготное обеспечение медицинскими препаратами и услугами ряда категорий граждан РФ. Перечень данных категорий граждан, а также социальных услуг, предоставляемых на льготных основаниях, содержится в Федеральном законе от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»[4].

К сожалению, работа данной системы на сегодняшний день вызывает многочисленную критику и со стороны пациентов, и со стороны медицинских работников.

С момента возникновения современной системы здравоохранения сформировался значительный разрыв между обязательствами государства по предоставлению бесплатных медицинских услуг и размерами их финансового обеспечения. Увеличение государственных расходов на здравоохранение во второй половине 2000-х годов не предотвратило рост расходов населения на медицинские услуги и лекарства. Сохраняющийся дефицит ресурсов обуславливает необходимость и неизбежность участия пациентов в финансировании оказания медицинской помощи.

В качестве меры совершенствования обеспечения льготных категорий граждан необходимыми медицинскими препаратами рассматривается механизм сооплаты - возможности получать снижение стоимости лечения в программах лекарственного страхования и лекарственного возмещения. Участники программ могут приобретать лекарственные препараты, делать лабораторные анализы и получать медицинские услуги,

оплачивая только часть стоимости или бесплатно, в зависимости от условий конкретной программы. Возмещение стоимости необходимых лекарственных средств для граждан происходит с учетом их возможностей по сооплате лекарств, исходя из трудоспособности, льготного статуса и наличия заболеваний с дорогостоящей терапией.

Различные формы участия населения в оплате медицинской помощи позволяют корректировать разные изъяны рынка и изъяны государственного финансирования здравоохранения. На первый взгляд взаимоисключающими являются такие функции, как контроль избыточного потребления медицинских услуг, обеспечение дополнительного финансирования системы здравоохранения и снижение риска возникновения катастрофических расходов. Первые две функции предполагают взимание платежей с пациентов, третья, напротив, сокращение величины расходов населения на лечение. Сооплатежи сочетают в себе исполнение этих трех функций одновременно. Они обеспечивают вклад населения в оплату оказания медицинской помощи и осознание больными стоимости потребляемых ими услуг, однако, относительно небольшая и одинакова для людей с различными проблемами со здоровьем величина платежей позволяет контролировать величину бремени расходов на лечение на бюджет пациентов [3].

Остается проблема согласия граждан финансово участвовать в реализации принципа сооплаты. Уже в 2001 году было проведено исследование социального портрета пациентов, получающих льготные медицинские препараты. Целью данного исследования было, в том числе, выявить готовность среднего пациента-льготника участвовать в программе сооплаты льготных препаратов. Медико-социологическое исследование по составлению социального портрета населения, имеющего право на льготное лекарственное обеспечение, было проведено в пяти административных округах Москвы в 2001 году. В каждом округе случайным образом было выбрано по три поликлиники. Всего были опрошены 654 респондента. Было выявлено, что основная часть "льготников" уже на 2001 год была готова выделять дополнительные средства на приобретение лекарств [1].

Российскими властями были предприняты попытки внедрения системы сооплатежей. Приказом Минздрава России от 13 февраля 2013 г. №66 утверждена «Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г.» и план ее реализации, в котором, кроме прочего, рассматривались сооплатежи и порядок их организации [2]. Данный вариант стратегии предусматривал апробацию в ряде пилотных регионов в течение 2014-2015 годов различных схем возмещения пациентам расходов на приобретение лекарств для амбулаторного лечения. С 2016 года наиболее успешная схема должна была поэтапно внедряться на территории всей страны. Основным источником финансирования такого возмещения должны были стать средства системы ОМС, которые могли быть дополнены средствами бюджетных фондов, а также личными средствами граждан от добровольного лекарственного страхования. К сожалению, меры, предусмотренные «Стратегией», так и не были реализованы в полном объеме и до конца.

Очевидно, что система сооплаты имеет огромную значимость для российского здравоохранения в целом и для обеспечения льготных категорий пациентов в частности. Главной причиной сохраняющейся необходимости участия населения в оплате медицинской помощи является неустранный разрыв между декларируемыми системой гарантиями по предоставлению бесплатной медицинской помощи и реальными финансовыми возможностями государственного здравоохранения по их обеспечению. По этой причине стоит ждать дальнейших разработок мер по реализации данного принципа в российской системе здравоохранения.

Список литературы

1. Вассерман Б. А. Социальный портрет пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение // Экономика здравоохранения, № 11-12, 2001

2. Наталевич Т. Н., Амелина И. В., Гнатюк О. П. Факторный анализ при реализации информационной системы программы дополнительного лекарственного обеспечения // Вестник Росздравнадзора, №5 (2013), с. 60-65
3. Селезнева Е. В. Развитие форм участия населения в оплате медицинской помощи. Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – Москва, 2014 г
4. Федеральный закон "О государственной социальной помощи" от 17.07.1999 N 178-ФЗ (действующая редакция, 2016) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/

Работы школьников

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2016 ГОДУ: РЕЙТИНГ АГЕНТСТВА «BLOOMBERG»

Ковалева Ангелина Алексеевна

Россия, Волгоград, МОУ «Гимназия № 10 Кировского района Волгограда»

Научный руководитель Смогленко Наталия Анатольевна, учитель истории и обществознания МОУ «Гимназия № 10 Кировского района Волгограда»

Американское агентство финансово-экономической информации «Bloomberg» представило рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году.

В рейтинг Bloomberg 2016 года были включены 55 стран, соответствующих следующим критериям: численность населения свыше 5 миллионов человек, ВВП на душу населения от 5 тысяч долларов и средняя продолжительность жизни выше 70 лет.

Агентство Bloomberg оценивает системы здравоохранения разных стран по принципу эффективности, господствующему в экономике, что означает максимальный результат за оптимальную цену.

Специалисты Bloomberg сопоставляли состояние систем здравоохранения с учетом не только средней продолжительности жизни граждан, но и государственных средств, затраченных на её достижение.

В 2016 году, также как и в предыдущем, первое место занял Гонконг, который инвестирует в охрану здоровья 5,4% ВВП, или 2,021 тысячи долларов на душу населения. Продолжительность жизни в стране составляет 83,98 года.

Лидер 2014 года – Сингапур – находится на втором месте. Расходы на здравоохранение в Сингапуре достигают 4,92% ВВП.

Третьей в рейтинге оказалась испанская система здравоохранения. Испания, по данным рейтинга, инвестирует в здравоохранение 9,03% от ВВП или 2,658 тысячи долларов на душу населения. Продолжительность жизни составляет в настоящее время 83,8 года.

Интересный факт: все три лидера рейтинга 2015 года Гонконг, Сингапур и Испания - страны относительно небольшие, что предполагает физическую доступность медицинских учреждений.

Любопытно отметить не только сами результаты рейтинга, но и сравнить их друг с другом.

Выяснилось, например, что самая высокая продолжительность жизни, в среднем, после Сингапура и Испании отмечена в Японии (83,59 года), но занять более высокую строчку в рейтинге помешали относительно высокие расходы на здравоохранение - 10,33% ВВП. В итоге японцы оказались лишь на пятом месте.

Россия, которая тратит на здравоохранение 7,07% ВВП, или 893 доллара на душу населения, оказалась на последнем месте. По оценке Bloomberg, продолжительность жизни в стране составляет 70,37 лет. В прошлом году Россия находилась на 54 месте из 55 (6,5% ВВП, или 957 долларов на душу населения).

Россию обогнали Беларусь (48-е место), Казахстан (45-е место) и Азербайджан (53-е месте).

Следует отметить, что США оказались на 50-м месте, расположившись между Сербией и Иорданией. Продолжительность жизни в Америке - 78,94 года, но на здравоохранение американцы тратят 17,14% ВВП.

Таким образом, эффективность систем здравоохранения оценивается на основе трех ключевых показателей: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения; стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения. Россия была включена в рейтинг Bloomberg с 2014 года. В предыдущих исследованиях Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны на тот момент составляла менее 69 лет.

Список литературы:

1. <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>
2. <http://basetop.ru/rejting-stran-mira-po-urovnyu-zdravoohraneniya-2016/>

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Работы учёных и студентов

УДК 316.334.2

МОТИВАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ КАК ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ МЕДПРЕДА: МАТЕРИАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Борискина Татьяна Борисовна, Еремин Николай Викторович

Россия, Волгоградский государственный технический университет

Основной причиной неэффективного действия мотивационного механизма является отсутствие единства между стимулами и мотивами, что осложняет дальнейшего использования данного мотивационного механизма. Считается, что оптимальный мотивационный механизм должен включать следующие виды мотивации [2]:

Непосредственно связанные с трудом. Данное положение в последнее время вызывает определенные споры – какие факторы мотивации – внешние или внутренние – считать наиболее активными в трудовой деятельности персонала. До последнего времени, наиболее эффективными для стимулирования считались факторы внешнего порядка: условия труда, разнообразия форм труда, повышение его креативности, расширение круга обязанностей, стимулы служебного статуса и престижа и пр., но последние исследования показывают, что первоочередными становятся факторы внутреннего порядка: ощущение собственной значимости, общая удовлетворенность работой, возможность дальнейшего развития как горизонтального так и вертикального профессионального уровня, то есть мотивации, связанные непосредственно с трудовой деятельностью.

Непосредственно связанные с организацией. Хотелось бы отметить обязательное присутствие таких стимулов как планирование карьеры, многообразие социально-психологических и статусных позиций, создание оргструктур, обеспечивающих развитие активности персонала. В первую очередь, здесь следует отметить, наличие четкой позиции руководства в отношении профессионального роста сотрудников. Особого разговора заслуживает такой действенный мотивационный стимул, как расширение полномочий. Во многих компаниях объем полномочий сотрудника очень жестко ограничивается. А в некоторых он может расширяться в соответствии с ростом профессионализма человека. И это является эффективным способом

продления периода работы сотрудника в данной компании и в данной должности. Использование подобных приемов удержания специалистов особенно актуально для самой распространенной в фармбизнесе должности медицинского представителя — ключевой персоны в продвижении препаратов и самой востребованной на рынке труда. Каждый медпредставитель стремится занять менеджерские позиции. Однако не всем это удается. Так вот, чтобы удержать опытных квалифицированных специалистов и не допустить демотивации в работе, некоторые компании создают в рамках одной функциональной единицы внутренние грейды. Фактически должность одна — медицинский представитель, а ступеней несколько — младший консультант, старший консультант, советник второго уровня, советник первого уровня. Каждой ступени соответствует определенный набор компенсаций как материальных, так и нематериальных, в т.ч. и связанных с объемом полномочий. Перед сотрудником ставят более сложные и ответственные задачи (работа с корпоративными клиентами, статусными персонами, организация тендеров), поручают выполнение менеджерских функций (наставничество) и т.д. Повышая свой статус в рамках одной должности, медпредставитель чувствует себя достаточно комфортно и готов работать не один год [3]. Также при создании мотивационного механизма следует обратить внимание на

составление четкой взаимосвязи: типологические особенности личности и психологические причины мотивации. Понимая психологические причины мотивации человека, обусловленные его типологическими особенностями, гораздо проще управлять. К примеру, установив причину, почему у медпредставителя не получается контакт с данным врачом (тот экстраверт, а ваш сотрудник интраверт), можно помочь ему наладить отношения, развивая экстравертную часть личности. Некоторых сотрудников целесообразнее на первых порах не направлять к определенной категории клиентов, т.к. становится ясно: результата не будет [1].

В нынешнем тысячелетии социальный аспект стал непременным атрибутом деятельности большинства фармкомпаний, работающих в России. Новые задачи, поставленные перед страной, установили новые стандарты для бизнеса, который начал делать все более весомые вклады в развитие гражданского общества. Один из аспектов такой деятельности - организация и проведение научно-практических и образовательных программ для медицинских работников.

Крупный, средний и малый бизнес сегодня берет на себя несвойственную ему социально-образовательную функцию, помогая врачам повысить квалификацию и получить дополнительные знания, а студентам медицинских вузов – быстрее овладеть профессией. Однако многие компании весьма узко понимают свою образовательную функцию, ограничиваясь разовыми акциями, как правило, связанными с продвижением собственных брендов, нежели инвестируя в долгосрочные проекты, направленные на развитие здравоохранения. В то же время крупные фармкомпании имеют собственную стратегию социальной ответственности и занимаются спонсорством, которое носит системный характер и включает реализацию образовательных проектов для врачей и студентов-медиков. Компании инвестируют в российскую медицину, вкладывая значительные средства в издание медицинских пособий, проведение «круглых столов», конференций и школ, в гранты перспективным молодым ученым. Среди тех, кто давно зарекомендовал себя на российском рынке как социально-ответственная компания, уделяющая большое внимание повышению квалификации врачей, - компания Sanofi-Aventis. Только в период с 2004 по 2006 г. компания провела 16 школ по лечению ИБС, более 30 школ – по лечению и профилактике атеротромбоза, 18 образовательных циклов по детской эпилептологии, более 10 - по урологии и андрологии, а также образовательные программы по ранней диагностике рака молочной железы. В феврале 2007 г. состоялся широкомасштабный проект - телемост с участием 15 городов России, предоставивших врачам возможность узнать о современных подходах к лечению рака молочной железы. Кроме того, при поддержке Sanofi-Aventis на территории РФ - в 34 городах было открыто 63 эпилептологических центра. Другой, не менее важный аспект социальной деятельности компании - сотрудничество с научными организациями. В 2004 г. при непосредственной поддержке Sanofi-Aventis и под эгидой трех научных обществ: Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов и Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) было создано Национальное общество по атеротромбозу (НОАТ), направленное на борьбу с атеросклерозом, повышение качества медицинской и социальной помощи больным, внедрение в медицинскую практику новейших достижений науки, а также осуществление просветительской работы среди населения. На сегодняшний день под эгидой НОАТ было проведено 35 школ в крупнейших городах России, в которых приняли участие более 10 000 врачей районных, областных и краевых лечебных учреждений и других организаций здравоохранения.

На оказание реальной помощи врачам делает упор и фармкомпания Novartis. При ее участии разработаны и реализуются образовательные программы в таких областях медицины, как миелоидная лейкемия, рак груди, остеопороз и т.д. На сайте компании размещаются статьи о заболеваниях и подходах к их лечению. В 2006 году компания Novartis совместно с Всероссийским общественным движением «Жизнь без остеопороза»

и Российской ассоциацией по остеопорозу объявили о запуске программы по созданию Всероссийского реестра больных остеопорозом. Эта программа является ответом на инициативу практикующих врачей, предложивших ввести единый формат регистрации пациентов с этим тяжелым диагнозом. На первом этапе реализации программы такая унификация будет проведена в 8-ми российских городах.

Проведение научно-практических мероприятий для врачей – давняя традиция компании Solvay Pharma. Первый подобный проект у компании появился 7 лет назад. Он был специально создан для акушеров и гинекологов. Задача проекта - проинформировать о современных научных достижениях, внедрить новые технологии и методы обучения, повысить врачебную квалификацию с помощью уникального УЗИ-тренажера.

С тех пор при поддержке Solvay Pharma успешно развивается целый ряд социально-образовательных проектов. Так, например, при участии Solvay Pharma и ведущих специалистов по лечению головокружения в России была создана программа для практикующих врачей – неврологов и оториноларингологов. Она включает проведение интерактивных междисциплинарных семинаров для врачей, поддержку специализированных центров в регионах, издание обучающих материалов. Более тысячи специалистов в 10 городах России уже приняли участие в этом проекте. При поддержке компании Solvay Pharma также осуществляется проект «Солярис» для детских и подростковых психиатров, проводятся «Школы церебропротекции», призванные помочь специалистам в решении проблемы защиты головного мозга и борьбы с артериальной гипертензией. Повысить профессиональный уровень терапевтов и гастроэнтерологов из всех регионов РФ позволяет информационный сервис по всем вопросам гастроэнтерологии - «Гастролайн». Российские врачи получают квалифицированную помощь

специалистов-гастроэнтерологов, связанную с постановкой диагноза и поиском оптимального лечения.

Помимо образования врачей, компания прикладывает усилия для повышения концептуальной компетентности работников аптечного звена. С 2004 г. активно развивается и совершенствуется «Аптечная программа» Solvay Pharma, в рамках которой происходит обучение первостольников и врачей-консультантов навыкам общения с покупателями.

Среди последних социальных образовательных проектов, которые осуществляются при участии Solvay Pharma, - программа «Здоровая школа», разработанная в 2006 г. Российским благотворительным общественным фондом «Качество жизни». Недавно завершился первый этап программы: среди школьников проведено социологическое исследование, позволившее представить картину отношения учащихся к своему здоровью и определить причины возникновения хронических заболеваний, в частности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Компания также сделала вклад и в изучение метаболического синдрома, открыв в марте 2007 г. российский филиал Института метаболического синдрома (РФ ИМС) - некоммерческую общественную научную организацию.

Не осталась в стороне от участия в крупных социальных проектах и компания F.Hoffmann-La Roche. Один из них - взявшая старт в 2006 г. Всероссийская онкологическая социальная программа «Равное право на жизнь», призванная обеспечить доступное и качественное лечение пациентов с онкологическими заболеваниями. Программа «Равное право на жизнь» способствует внедрению в региональных медицинских учреждениях современных технологий диагностики и лечения онкологических заболеваний. Одиннадцать российских регионов - Астраханская, Свердловская, Иркутская, Ивановская, Рязанская, Ростовская, Тамбовская, Тульская области, Хабаровский край, С.-Петербург и республика Татарстан – были выбраны в качестве «пилотных» для реализации программы. Еще почти 40 российских регионов выразили пожелание принять участие в программе «Равное право на жизнь».

Примерно в то же время при участии F.Hoffmann-La Roche получил развитие социальный проект, направленный на борьбу с остеопорозом, - программа ««Остеопорозу - нет!». Инициаторами проекта выступили ведущие специалисты страны в области лечения, диагностики и профилактики остеопороза.

Повысить свой профессиональный уровень российские врачи могут, приняв участие и в долгосрочных образовательных проектах компании Nyscomed. Совместно с НИИ неврологии РАМН осуществляется национальная программа «Академия неврологии и инсульта», которая предусматривает проведение «школ» по проблеме сосудистой патологии мозга, издание общероссийского научно-практического журнала, создание специализированного центра телемедицины.

В своей просветительской деятельности компания широко использует ресурсы Интернет. Так, в помощь врачам запущен проект «Мультимедиа Библиотека Никомед», где собраны различные материалы (статьи, лекции и т.д.) по основным терапевтическим областям, в которых специализируется компания. Образовательную функцию также несут отдельные сайты по заболеваниям. Сайт по проблеме аллергологии трансформировался в отдельный проект - «Аллергопрогноз».

Компания «Нижфарм» использует различные формы донесения до врачей и их пациентов необходимой и востребованной информации о профилактике, лечении заболеваний, о новых достижениях медицинской науки. Так, например, уже выпущено несколько дисков, посвященных заболеваниям суставов и их лечению. Летом 2006 г. «Нижфарм» и Институт ревматологии РАМН (Москва) в рамках совместного проекта разработали информационный CD-диск для практикующих врачей ревматологического и терапевтического профилей - «Клинический разбор. Диагноз: остеоартроз».

Весной 2007 г. компания «Нижфарм» выпустила CD-диск «Спондилоартроз позвоночника: диагностика и лечение» для практикующих врачей неврологического, ревматологического и терапевтического профилей. Тем самым компания предоставила дополнительную возможность врачам получить обширный объем полезной информации.

Особое внимание «Нижфарм» уделяет организации телемостов и видеоконференций для врачей.

Широкой известностью в России пользуются социальные программы с участием компании AstraZeneca, направленные на улучшение физического и психического здоровья людей. В рамках проекта «Скажем вместе «НЕТ» астме!» компания запустила специальный сайт, на котором представлена информация об астме, ее профилактике и способах лечения. AstraZeneca также проводит регулярные респираторные школы для практикующих врачей.

Главной задачей этих мероприятий является повышение информированности общества о бронхиальной астме и возможностях ее лечения.

Не менее известен вклад AstraZeneca в борьбу с психическими заболеваниями: компания является главным спонсором Дня психического здоровья в России и во всем мире.

Как известно, в Великобритании движением Business in the Community в течение уже 4-х лет ежегодно составляется Индекс корпоративной ответственности (Corporate Responsibility Index) на основе добровольного участия и при поддержке 150 компаний, больше половины которых входит в индекс FTSE 100. Членами движения Business in the Community являются 700 компаний, еще 1600 участвуют в его программах. Движение определило своей целью «способствовать привлечению компаний к постоянному совершенствованию влияния на общество и созданию соответствующих стимулов».

Конечно, организация и проведение образовательных программ - лишь один из аспектов социальной активности фармбизнеса в России. Один - но исключительно важный как для тех, на кого он направлен, так и для самих компаний. Реализуя социальные научно-образовательные программы для медицинской аудитории, медпредставитель компании, с одной стороны, делает вклад в развитие нации и государства, а с другой стороны -

повышает собственную эффективность и капитализацию. Организация и спонсирование образовательных проектах приносят бизнесу: известность; улучшение деловой репутации на местном и национальном уровне; рекламу товара, услуг; освещение своей деятельности в средствах массовой информации; улучшение взаимоотношений с инвесторами; доступ к определенным рынкам; обращение к целевым группам и т.д. Не случайно социальная ответственность бизнеса сегодня рассматривается как один из основных элементов PR-стратегии компаний .

Связанные с жизнедеятельностью человека. Мотивация, связанная с жизнедеятельностью человека полностью, ориентирована на удовлетворение потребностей, полностью основанных на прямых материальных ресурсах или иных, но переводимых в деньги: зарплата, премия, машина, медстраховка, обеды, командировочные расходы, отсроченные стимулы и пр. Поскольку ресурсы материального стимулирования всегда ограничены, то в данном случае имеет смысл создание связей между количественными и временными характеристиками стимулов и мотивов. Руководству компании будет достаточно легко преодолеть порог безразличия работника путем маневрирования материальными стимулами. А для того, чтобы не допустить возникновения конфликтной ситуации по поводу справедливости вознаграждения, следует заблаговременно проводить адаптацию персонала к существующим мотивационным комплексам, а именно: четко формулировать задачи планирования деятельности корпорации, обозначить критерии измерения эффективности деятельности сотрудника по ключевым показателям и соответствующий справедливый уровень вознаграждения, то есть напрямую обеспечивать связь стимулов с формами зарплаты, с учетом количества и качества труда, с концепцией и стилем управления руководства. В тех компаниях, где нечетко формулируются задачи, размыты критерии оценки труда, сложно измерить вклад сотрудника в деятельность компании и соответственно определить размер его компенсации, чем существенно снижается эффективность данного вида мотивации.

Список литературы

1. Зотов М.С., «Человеческий фактор сквозь призму новых задач»// Фармперсонал, 2005, № 15, С.14
2. Поршнева А.Г., Менеджмент. Москва, ИД ФБК-Пресс, 2003, с.202 - 206
3. Профатилов С.С., «Мотивация персонала»// Фармацевтический вестник, 2005, №25, С. 16.

АКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Водопьянова Наталья Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

В нашей стране повышение доступности и качества медицинской помощи для населения неизменно декларируются как важнейшие приоритеты государственной политики в области охраны здоровья. С 2013 г. реализуется государственная программа развития здравоохранения. Консолидированный бюджет РФ на здравоохранение в 2017 году увеличен на 5,9% по сравнению с 2016 годом и составит 3 триллиона 354 миллиарда рублей [3, с 60].

В современных условиях вся система здравоохранения все подразделения ежедневно и ежеминутно ставятся Правительством и Президентом страны перед необходимостью повышения качества медицинских услуг. Так много говорят об этом. Достаточно много делают для этого. Однако мнение населения о качестве медицинских услуг не улучшается. По данным проведенного опроса, в среднем преобладают положительные оценки респондентами изменений в работе больниц и поликлиник, которые произошли в течение года перед опросом: 42% считают, что их работа скорее улучшилась, а 29% – увидели ухудшения. Среди разных возрастных групп чаще всего улучшения отмечает

молодежь (49%). Респонденты старше 55 лет, наоборот, реже других говорят об улучшениях в работе медицинских учреждений. Этому множество причин. И одна из основных, по нашему мнению, это проблема коммуникации.

Проблемы коммуникации между медицинскими работниками явились ведущей причиной так называемых «сторожевых событий» за период с 1995 по 2006 гг. в США [8]. «Сторожевое событие» -- это незапланированное, нежелательное или потенциально опасное событие, происходящее в медицинской организации. В Австралии из 25 000 зарегистрированных предотвратимых нежелательных событий, результатом которых явилось причинение вреда пациенту, 11% были следствием проблем в коммуникации, и только 6% обусловлены недостаточной квалификацией врачей или медицинских сестер [8].

Прежде чем выяснять причины не эффективности коммуникационных процессов в медицинских организациях уточним понятия.

По мнению М.Х. Мескона, коммуникация «это обмен информацией и смыслом информации между двумя и более людьми» [4, с 279]. По мнению Сэма Кейнера, коммуникация представляет собой социально обусловленный процесс передачи и восприятия информации в условиях межличностного и массового общения по различным каналам с помощью разных средств» [6, с 180]. (рис 1).

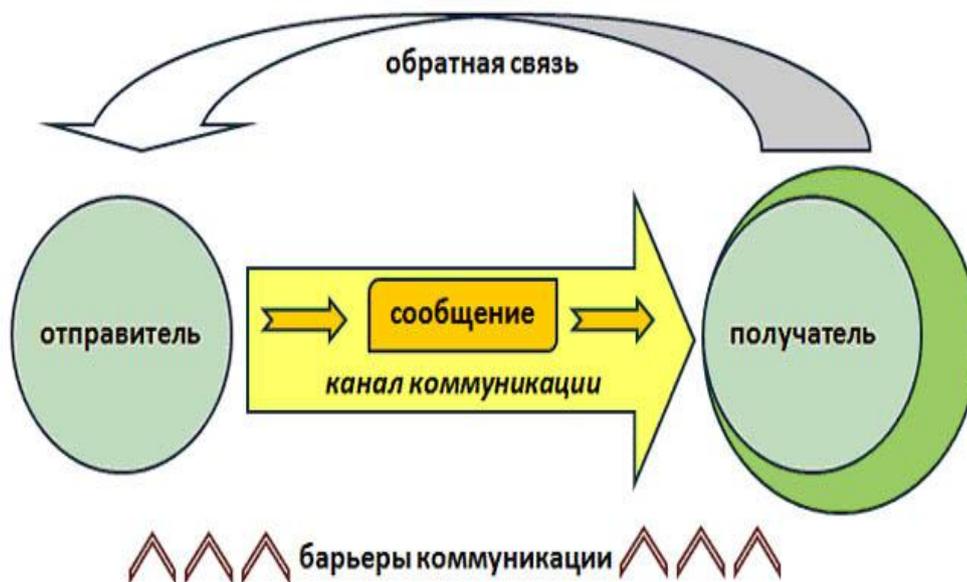


Рис 1. Процесс осуществления управленческой коммуникации

Формирование коммуникационных сетей и создание условий для успешного функционирования коммуникаций в организации составляют одну из важнейших задач управления. При этом коммуникации эффективны если они обеспечивают достижение организационных целей.

Любая медицинская организация заинтересована в повышении эффективности коммуникаций от этого зависит жизнь и здоровье ее пациентов. ВОЗ рекомендует внедрение стандартизации и процедур SBAR для улучшения коммуникации при передаче пациента из рук в руки [7]. Подход SBAR позволяет структурировать необходимую информацию. В качестве примера можно привести форму доклада врача или медицинской сестры о пациенте на ежедневном обходе. Данная схема успешно используется в госпитале Кайзер Перманент в Колорадо с 2002 г. [7] (рис.2).

SBAR	Содержание информации и действия персонала
S – ситуация	- представьтесь сами, назовите отделение, пациента, номер палаты - коротко обозначьте основную проблему, когда она возникла, и насколько она серьезна
B – общая информация	- дата поступления и диагноз при поступлении - получаемая терапия, аллергия - кратко данные объективного осмотра - последние результаты обследования: дата, время проведения обследования и сравнение с предыдущими данными - другая важная клиническая информация
A – оценка ситуации	- представьте вашу оценку текущей ситуации
R – рекомендации по дальнейшему ведению	- представьте ваш план ведения пациента

Рис 2. Чек-лист сформированный на основе подхода SBAR при передаче пациента от дежурного врача к лечащему врачу[7]

В 2015 году Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения разработала «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» в котором две третьих первой главы посвящены организации формальной коммуникации [3, с 62].

Алгоритмы представляют собой четкий перечень действий персонала в конкретной ситуации (например, при оказании первичной помощи при шоке, остром коронарном синдроме или послеродовом кровотечении). Основа для разработки алгоритмов деятельности медицинской организации – документы Минздрава России, прежде всего, клинические рекомендации (протоколы лечения), порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, и рекомендации ВОЗ.

Однако ужесточение требования, излишняя формализация и стандартизация приводят к обратным эффектам. Формализованные показатели не отражают в полной мере картину происходящего с пациентом, привязка этих показателей и скорости обслуживания к оплате труда медицинских работников вносит в коммуникацию значительные искажения. Что проблему коммуникаций не только не решает, но возводит дополнительные барьеры. Исследование более 300 организаций в США, проведенное Международной ассоциацией бизнес-коммуникации, показало, что[2]:

- встречи лицом к лицу с высшими руководителями - предпочитаемый источник информации для большинства работников;
- руководители высшего уровня не коммуницируют с работниками удовлетворительно, оставаясь невидимыми и недостижимыми для контакта;
- персонал очень критично относится к нежеланию менеджмента выслушать его и действовать в соответствии с его идеями.

Какие же барьеры в коммуникации для медицинских организаций являются наиболее типичными? Конечно можно было бы провести функциональную классификацию и выделять коммуникационные барьеры между медицинским персоналом и пациентами, коммуникационные барьеры возникающие при передаче пациента от дежурного врача к лечащему врачу, барьеры возникающие при передачи информации от руководящей структуры к лечебному учреждению и обратно. Но среди всех выше названных всегда встречаются:

1) Во- первых, личностные (психологический настрой отправителя информации по отношению к получателю (адресату); психологический настрой получателя (адресата) по отношению к отправителю информации; предвзятое отношение обоих контрагентов коммуникации к обсуждаемой теме (идее) и приводимой аргументации.

2) Во- вторых семантические (не тот смысл низкая способность восприятия получателем формата данной информации (трудная или специфичная лексика, сложность фраз, национальный акцент и др.).

3) В- третьих, физические барьеры для коммуникации (шум, отсутствие специального оборудования для декодировки или получения информации, высокая скорость потока и высокая насыщенность информационного потока).

4) В - четвертых, организационные Плохие каналы связи, бюрократические барьеры, не верно спроектированные бизнес процессы, которые затрудняют обмен информацией или делают ее вовсе ограниченным ресурсом, за который нужно конкурировать. И еще один организационный барьер связан с положением в иерархии , которая порождает проблему страха и искажения информации. При движении информации внутри организации вверх и вниз, смысл сообщений несколько искажается. Подобное искажение может быть вызвано рядом причин. Информация может исказиться непреднамеренно из-за каких-либо затруднений в межличностных контактах, о чем говорилось выше. О сознательном искажении информации можно говорить, когда какой-либо управляющий не согласен с сообщением. В таком случае управляющий модифицирует сообщение так, чтобы изменение смысла сообщения происходило в его интересах.

Для того чтобы ускорить движение информации или придать сообщению большую ясность, сведения приходится суммировать и упрощать прежде чем направить сообщения в разные сегменты организации. Так как управляющие решают, какие именно сообщения направлять, всевозможные преграды в межличностных коммуникациях могут подталкивать их к отсеиванию одних и акцентированию других сообщений. Подобный отбор может стать причиной искажения важной информации, попадающей в другой сектор организации или вообще её непопадания туда.

По результатам исследования, всего 64% содержания информации, которая была отправлена региональными органами управления здравоохранения, доходило до главных врачей, 40% — до заведующих отделениями и лишь 20% — до рядовых медицинских работников[3,с 63]. Так как руководители высшего звена обладают более высоким статусом, возникает тенденция снабжать их только положительно воспринимаемой информацией. Подобная тенденция может приводить к тому, что подчиненный не будет информировать руководителя о потенциальной или уже существующей проблеме, поскольку «не хочет сообщать начальнику плохие новости». Далее, в силу того, что подчиненные часто хотят получить одобрение и похвалу от руководителя, они могут говорить ему только то, что он хочет услышать. Исследования доказали, что различия в статусах сильно отражаются на качестве обмена информацией

Какими же методами можно эти барьеры преодолеть и повысить эффективность коммуникации в медицинской организации? Коммуникации имеют огромное значение для успеха организаций, на коммуникации руководители медицинских организаций тратят от 50 до 90 % времени, однако, опросы показали, что около 70 % главных врачей считают коммуникации главным препятствием на пути достижения эффективности их организациями. Недостаточную эффективность вертикальных (как восходящих, так и нисходящих) коммуникаций подтверждают данные о том, что старшая медсестра, покидая кабинет своего руководителя, выносит только 30 % информации, а заведующий отделением – около 40 %[3,с 63].

Направления преодоления коммуникационных барьеров для нисходящих потоков:

1) организация инструктажа и института наставничества. Расширение понятия и периодов адаптации персонала, который сопровождался бы качественной обратной связью

2) повышение качества обратной связи это очень действенный инструмент повышения качества коммуникации. Именно обратная связь позволяет решить семантические проблемы (уточнить понимание смысла- понимание распоряжения ,

понимание ожидаемого результата) Конечно же хотелось бы чтобы эта связь была качественной , основанной на искренности и грамотном рапорте и качественной критической при этом безоценочной связью).

3) Информирование и новости из официальных и целенаправленных источников. **Отсутствие устойчивой коммуникации с сотрудниками о планах и изменениях в планах** приводит к тому, что сотрудники либо перестают что-либо делать, либо начинают заниматься чем-то не ведущим к желаемому результату для компании. Решением этой проблемы могут стать:

- доски объявлений;
- листок новостей;
- страница компании в Интернете;
- бюллетень для сотрудников;
- общие собрания работников;
- ежегодные отчеты сотрудников

4) Социальная поддержка и поощрение работников и информация для других об этом поощрении. К драматическим последствиям может привести и **несогласованность поставленных задач и целей** или несоответствие ключевых показателей эффективности сотрудников, влияющих на их бонусы и продвижение по карьерной лестнице, с той работой, выполнение которой ожидает от них руководитель. Например, сотрудник получает бонус от продаж одного продукта, а его же просят заниматься еще и вторым, или же заниматься подписанием договоров с партнерами о создании историй успеха. Разумеется, работа, напрямую не влияющая на мотивацию, оказывается в низшем приоритете, выполняется плохо и, как обычно, приводит к плачевным результатам для компании, ожидающей успехов в этом направлении.

Для восходящих потоков. Точные коммуникации снизу вверх оповещают менеджера о состоянии подчиненных, помогают ему правильно определить качества работников и открывают путь для более эффективных коммуникаций сверху вниз. В то же время существует проблема искажения коммуникаций, поступающих снизу вверх, потому что работники чаще будут говорить начальнику то, что он хочет услышать, а не то, что есть на самом деле. Коммуникации снизу вверх еще более неэффективны, так как до начальства доходит не более 10 % информации.

1) Запрос на обратную связь? Здесь важно правильно задавать вопросы которые должны быть преимущественно открытыми и помочь в этом могут методики коучинга (шкала Дилтса или коуч квадрат). Совершенствование системы обратной связи, которое подразумевает опрос работников, в среде которых необходимо выявить: четко ли доведены до них цели их деятельности, информированы ли они, с какими потенциальными и реальными проблемами сталкиваются или могут столкнуться; стратегии перемен.

2) Политика открытых дверей, с возможностью для сотрудников преодолевать бюрократические барьеры и обращаться к вышестоящим руководителям медицинской организации напрямую (ящик обращений и предложений, почтовый электронный ящик главного врача для обращений) .Система действий, обозначаемая термином «политика открытых дверей», представляет собой готовность руководителя любого ранга выслушивать предложения рядовых работников

3) Наличие в медицинской организации не просто ответственного за разрешение трудовых споров, но ответственного прошедшего обучение по программе модераторов.

4) Участие в социальных группах в контакте, инстаграм, в одноклассниках.

5) Тренинги по формированию у руководителей и рядовых сотрудников навыков осознанного слушания, с целью различать информацию, контекст, мотивы обращающегося и его эмоции, а также мотивационный посыл.

Для устранения барьеров коммуникации по горизонтали между подразделениями и сотрудниками одного уровня иерархии необходимо:

1) Регулярные совещания руководителей подразделений, что в большинстве медицинских организаций самая широко распространенная практика, однако, этот метод упирается в коммуникационные навыки и каналы существующие в подразделении куда этот руководитель после совещания вернется.

2) Создавать в медицинской организации временные целевые команды, с привлечением персонала из разных подразделений, с целью развития неформальной коммуникации и снятия личностных и групповых барьеров.

3) Поддерживать профессиональные сообщества и клубы, функционирующие на постоянной основе. Особенно важным этот метод повышения эффективности коммуникаций является для крупных медицинских организаций с дивизиональной организационной структурой, массой филиалов и представительств в Вузах. Это позволяет объединить специалистов одного профиля из разных подразделений и наладить между ними коммуникацию.

4) Не стоит недооценивать и корпоративные мероприятия. Это не обязательно и даже не столько банкеты, сколько корпоративно организованный отдых и культурно-массовые мероприятия.

5) Проведение тренинга персонала с целью улучшения его коммуникативной компетенции[1].

Подводя итоги необходимо отметить, что почти невозможно переоценить важность коммуникаций в медицинской организации. Едва ли не все, что делают главные врачи, чтобы облегчить медицинской организации достижение ее целей, требует эффективного обмена информацией. Если рядовые медицинские работники и вспомогательный персонал не смогут обмениваться информацией, ясно, что они не сумеют работать вместе обеспечивая эффективную охрану здоровья и лечение населения.

Список литературы:

1. Водопьянова Н.А. Возможности и ограничения применения бизнес-тренинговых технологий в исследованиях систем управления персоналом. / В сборнике: Перспективные направления применения инновационных технологий в управлении Межвузовский сборник научных трудов по материалам IV Межвузовской научной конференции молодых исследователей. Под редакцией О.В. Байдаловой. Издательство:Общество с ограниченной ответственностью "Волгоградское научное издательство"(Волгоград)- 2013.- С. 44-49.

2. Зверинцев А. Б. Коммуникационный менеджмент. СПб., 1997. Гл. 3 «Организация». С. 35—45.

3. Кондратова Н.В. Эффективная коммуникация между медицинскими работниками во время лечебно-диагностического процесса: проблемы и пути решения.// Вестник Росздравнадзора. 2015. №4.С. 60-64

4. Мескон М.Х. Основы менеджмента / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; Пер. с англ. О.И. Медведь. - М.: Вильямс, 2012. - 672 с.

5. Роджерс Э., Агарвала-Роджерс Р. Коммуникации в организациях.; под ред.Л.И.Евченко. - Москва:Экономика, 1980. -175,

6. Руководство фасилитатора. Как привести группу к принятию совместного решения Авторы: Сэм Кейнер, Ленни Линд, Кэтрин Толди, Сара Фиск, Дуэйн Бергер. Издательство: "Издательство Дмитрия Лазарева", — 2013.

7. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167-175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.

8. Pope, BB; Rodzen, L; Spross, G (March 2008). "Raising the SBAR: how better communication improves patient outcomes". Nursing 38 (3): 41–3. doi:10.1097/01.NURSE.0000312625.74434.e8. PMID 18418180.

УДК 65.012.7

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНЕ

Журавлева Татьяна Игоревна, Катренко Виктория Александровна, Сасин Александр Александрович,

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента ВолГМУ Шестакова Ирина Валерьевна

Современное понимание маркетинга чрезвычайно разнообразно и не исчерпывается функциями сбыта или продвижения продукции.

В работах исследователей (С. Г. Блаук, Л. Н. Ковалик, 2004; О. Н. Степанова, 2003; М. Байер, 2002; В. М. Терещенко, 2004; М. Томич, 2002 и др.) термин маркетинг рассматривается как предвидение, управление и удовлетворение спроса на товары, услуги, организации, людей, территории и идеи посредством обмена; как процесс планирования и воплощения замысла, ценообразование, продвижение и реализация идей, товаров и услуг посредством обмена, удовлетворяющего цели отдельных лиц и организаций; как совокупность планомерных организационно-технических действий предприятия по изучению рынка, производству продукции с учетом рыночного спроса и продвижению товаров к потребителю с целью получения максимальной прибыли; как выявление, прогнозирование и удовлетворение потребительского спроса с прибылью для фирмы (организации) и т. д.

Начиная рассуждать о теоретических основах маркетинга в медицине, необходимо определиться с теорией маркетинга в целом.

Очевидно, что при всем многообразии всестороннего изучения проблемы маркетинга, можно сформулировать что маркетинг (потребность) – это осознанное желание (нужда) в чем-либо. Причем потребность предполагает именно сложное субъективное понимание индивидом реальности, обобщения множества многообразных и разнонаправленных нужд и желаний, которые постоянно усложняются и видоизменяются под влиянием окружающей среды и ее восприятия.

Товар (услуга) как результат производства рассматривается в маркетинге именно как способ удовлетворения потребности, без прямой связи с производственной и экономической логикой, ориентированной на ресурсы и издержки. Для маркетинга это лишь ограничители возможности удовлетворения потребности.

Тезис о безграничности потребностей в условиях ограниченности ресурсов – основа любой экономической деятельности представлен в маркетинге зеркально, т. е. потребность рассматривается как первичная ценность, формирующая спрос и необходимость использования ресурсов.

Спрос и обмен необходимы именно потому, что полезность доступных потребителю товаров и услуг уменьшается и требует поиска новых более привлекательных для человека способов удовлетворения потребности.

Структура знаний в маркетинге не самостоятельна. Она представляет собой частные случаи использования терминов и методов целого ряда научных направлений, в первую очередь экономического и психологического. Описанная тенденция находит свое отражение и даже усугубляется и системой профессионального образования. Так, по мнению Эверета Гаммессона (1993):

1. маркетинг представлен в учебниках на ограниченном материале, связанном главным образом с рынком фасованных товаров массового производства;
2. рынок услуг рассматривается лишь как частный случай наряду с промышленным и деловым маркетингом;
3. учебный материал не систематизирован и основан преимущественно на американском опыте.

Все это результат отсутствия системной и самостоятельной теории маркетинга, которая вряд ли появится в ближайшем будущем.

В этих условиях рассматривать маркетинг как науку не совсем правильно.

Это скорее философия или мировоззрение, основанное на некоей логической структуре восприятия человека – как потребителя товаров и услуг. Смысл жизни такого человека – это потребление, основанное на потребности, которая и формирует его поведение. При этом абсолютно не важно, в какой сфере или с какой целью (экономической, политической, социальной или личной) мы воздействуем на человека или группы людей. Если причиной или катализатором такого воздействия является потребность, сферой удовлетворения которой становится обменная сделка, то речь идет о логике или философии маркетинга.

Если обменная сделка невозможна или неочевидна, то маркетинг полностью утрачивает свою самостоятельность и «растворяется» в социальных или психологических объектах исследования.

Таким образом, под маркетингом следует понимать междисциплинарный подход к исследованию поведения человека, основанного на потреблении с экономическими, социальными или личностными целями, определяемыми на основе многообразия потребностей в условиях ограниченности ресурсов.

Цели исследования чаще всего предполагают возможность предугадать такое поведение или управлять им для получения экономического или социального эффекта. Такое определение позволяет рассматривать маркетинг как технологию без конкретной привязки к целям или сферам ее использования. Что, в свою очередь, дает возможность систематизировать знания и информацию на основе общей логики.

Подобный подход особенно важен в сфере медицины, где сочетаются различные по целям и отраслям направления.

Под экономическими целями потребления понимается получение экономического эффекта от производства и потребления. Для производителя такой эффект может упрощенно трактоваться как прибыль. Для потребителя речь идет о повышении качества жизни и (или) о получении новых навыков и умений, повышающих конкурентоспособность личности на рынке труда. Субъектами обменной сделки в данном случае являются производители и потребители медицинских товаров и услуг (они же рассматриваются как выгодополучатели).

Социальные цели и потребности предполагают некоммерческий подход к распространению медицинских товаров и услуг. Эти цели обычно формулируются как «критерии успеха», выгоду от достижения которого получает все общество в целом. Упрощенно такой подход можно описать термином «здоровье нации». Субъектами обменной сделки здесь выступают производители медицинских товаров и услуг и общество или социально значимые слои населения.

Специфическими для медицинского маркетинга социальными и личными следует признать медицинские цели:

- Развитие медицины (в общем).
- Организация и финансирование медицинских мероприятий.
- Достижение научных и исследовательских результатов в медицине и т. д.

Маркетинговые цели, ориентированные экономически, достаточно полно раскрыты в современном маркетинге, в то время как социальные и медицинские цели требуют более полной и подробной разработки. Происходит это, потому что практический опыт в данных сферах пытаются соотнести с практическим опытом маркетинга товаров массового производства, а не с практикой управления потребностью на основе специфических целей и сфер деятельности, систематизировать которые возможно лишь на основе общей философии и логики маркетинга.

Список литературы

1. Блаук С. Г., Ковалик Л. Н. Маркетинговые исследования – СПб.: Питер, 2004. – 304 с.: ил.
2. Теория маркетинга / Под ред. М. Байера. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с.: ил.
3. Терещенко В. М. Маркетинг-терапия. – СПб.: Питер, 2004. – 288 с.: ил.

УДК 331.56 (470)

БЕЗРАБОТИЦА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Игнатенко Юлия Евгеньевна, Шильцова Татьяна Александровна

Россия, Кубанский государственный медицинский университет

На современном этапе практически не осталось ни одного государства, в котором отсутствует проблема безработицы, сказывающаяся на экономическом, социальном и психологическом состоянии людей, ухудшении демографической ситуации, здоровье нации. Невозможность получения работы означает, прежде всего, снижение жизненного уровня населения. Поэтому предупреждение безработицы, негативно сказывающейся на медико-демографических показателях здравоохранения, достаточно актуально.

Безработица в России на протяжении ряда лет имела тенденцию к снижению. На начало 2011 г. уровень безработицы составлял 7,8%. С осени 2014 г. и до начала 2015 г. наблюдался рост безработицы ввиду сокращений персонала организаций. По данным Федеральной службы государственной статистики РФ уровень безработицы в 2014 г. составлял 5,3%, в 2015 г. – 5,8% (или 4,4 млн. чел.) [1]. Среднегодовая численность занятых в здравоохранении на 1 января 2015 г. составляла 4496 тыс. чел., что соответствует 6,6% от занятых в экономике [2]. Обеспеченность населения РФ (на 10 тыс. чел.) врачами составила 40,3%. Согласно данным Счетной палаты, в целом по России сократили 90 тыс. работников медицинского сектора. Наибольшее сокращение коснулось врачей клинических специальностей.

На январь 2016 г. экономически не активное население составило 48% или 70,7 млн. чел., а экономически активное население – 75,8 млн. чел., или 52% от общей численности населения страны, составляющей 146,5 млн. чел.

По данным Росстата, итоги выборочного обследования населения по проблемам занятости на сентябрь 2016 г. показали, что численность рабочей силы (экономически активного населения) в возрасте 15-72 лет (занятые + безработные) в сентябре 2016 г. составила 77,1 млн. чел., или 53% от общей численности населения страны. В структуре численности рабочей силы 73,1 млн. чел. классифицировались как занятые экономической деятельностью и 4,0 млн. чел. как безработные. Уровень безработицы, характеризуемый отношением численности безработных к численности рабочей силы, в сентябре 2016 г. составил 5,2%. Уровень занятости населения, характеризующий отношение численности занятого населения к общей численности населения обследуемого возраста в сентябре 2016 г. составил 66,3% [3]. Численность рабочей силы на сентябрь 2016 г. отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Численность рабочей силы (без корректировки сезонных колебаний)

Показатель	Сентябрь 2015 г.	Сентябрь 2016 г.	Сентябрь 2016 г. к сентябрю 2015г.(+,-)
Рабочая сила в возрасте 15-72 лет, тыс. чел.	76958	77125	167
в том числе:			
занятые	72926	73107	181
безработные, тыс. чел.	4032	4018	-14
Уровень занятости, %	65,8	66,3	0,5

Численность занятого населения в сентябре 2016 г. по сравнению с сентябрем 2015 г. увеличилась на 181 тыс. чел. (0,2%). Численность безработных за аналогичный период снизилась на 14 тыс. чел. (0,4%). Уровень занятости вырос на 0,5%. Уровень безработицы сохранил прежние позиции.

Среди безработных доля женщин в сентябре 2016 г. составила 46,5%, городских жителей – 66,8%, молодежи до 25 лет – 23,4%, лиц, не имеющих опыта трудовой деятельности – 27,1%. В сентябре 2016 г. уровень безработицы среди сельских жителей превысил уровень безработицы среди городских жителей в 1,6 раза. По оперативным данным на 1 апреля 2015 г. уровень регистрируемой безработицы в среднем по Российской Федерации составил 1,3% от численности экономически активного населения [4].

В сентябре 2016 г. среди безработных доля лиц, оставивших прежнее место работы в связи с высвобождением или сокращением численности работников, ликвидацией организации или собственного дела, составила 17,2%, а в связи с увольнением по собственному желанию – 26,0%, а в сентябре 2015 г., соответственно, 18,3% и 24,8% [3].

В сфере здравоохранения экспертами отмечается тенденция оттока профессиональных кадров в частный сектор. В связи с этим наблюдается снижение доступности услуг и ухудшение результатов деятельности государственных и муниципальных организаций, в первую очередь проявляющихся ростом на 3,7% числа умерших в стационарах, увеличением на 2,6% внутрибольничной летальности больных, ухудшением качества жизни населения [5]. Другой причиной недостаточной кадровой обеспеченности здравоохранения является низкий уровень привлекательности работы. Медицинские работники морально и материально не удовлетворены своей деятельностью. Так, по итогам 2014 г. дифференциация в уровнях соотношений средней заработной платы врачей к средней заработной плате в субъектах Российской Федерации уменьшилась с 3,2 раза в 2012 г. до 1,6 раз, среднего медицинского персонала с 2,5 раза до 1,6 раза [6].

Для решения проблемы кадрового дефицита медицинских кадров Минздрав разработал комплекс мер, включающий в себя совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов, совершенствование системы подготовки специалистов, расширение системы материальных и моральных стимулов медицинских работников. Для решения кадровой проблемы создан регистр медицинских и фармацевтических работников, ведется целевой прием в медвузы, разработана система аккредитации специалистов, развивается система непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Анализ исходных данных показал, что уровень безработицы в 2016 г. составил 5,2%. Для снижения ее общего уровня и решения проблем кадрового дефицита в здравоохранении помимо комплекса мер, разработанного Минздравом, необходимо увеличивать количество рабочих мест, за счёт создания новых организаций, максимально упростив процедуру их открытия. С помощью государственных программ и инвестиций, сопровождающихся экономическими, управленческими механизмами необходимо развивать существующие организации. Оказывать государственную поддержку инициативам предпринимателей. Развивать промышленность, сельское хозяйство, здравоохранение и науку.

Список литературы

1. Безработица в России [Электронный ресурс] / <https://person-agency.ru> – Режим доступа: <https://person-agency.ru/statistic.html>
2. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб./ Росстат. М., 2015. – 174 с.
3. Занятость и безработица в Российской Федерации в сентябре 2016 года (по итогам обследования рабочей силы) [Электронный ресурс] / www.gks.ru – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/216.htm

4. Лебедева И.С., Лебедев П.В. Значение Краснодарского края в решении задач социально-экономического развития страны // «Рыночная трансформация здравоохранения: опыт, проблемы, перспективы» – г-к Кисловодск, 2015. – С. – 349-352.

5. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: докл. Государственного университета – Высшей школы экономики: к X Международной научной конференции. ГУ ВШЭ по проблемам развития экономики и общества (Москва, 7–9 апреля 2009 г.). М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. – 66 с.

6. Аудиторский отчёт Счётной палаты «Об оптимизации в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания» [Электронный ресурс] www.ach.gov.ru – Режим доступа: [www.ach.gov.ru /press_center/news/21297](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297)

УДК 65.01

МОТИВАЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА НИР

Князев Сергей Александрович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В национальной системе здравоохранения в рамках реформы требуется проведение многочисленных изменений. Направленность этих изменений на повышение качества жизни диктует необходимость соблюдать принцип научной обоснованности во всех подсистемах здравоохранения. Передовые достижения достигаются за счёт качественного выполнения научно-исследовательских работ, причём зачастую наиболее оригинальные идеи высказываются именно молодыми учёными. Одним из вопросов, которые необходимо решить, является улучшение мотивации молодых учёных к повышению качества научно-исследовательских работ. В работе рассмотрены пути решения этого вопроса.

Цель – предоставить рекомендации по улучшению мотивации молодых учёных к повышению качества НИР в сфере здравоохранения.

Материалы и методы. Использованы методы герменевтического анализа на материалах научной печати.

Результаты и обсуждение. Существует достаточно обширное количество теорий мотиваций, опираясь на которые можно сформулировать ряд положений, следуя которым возможно повысить вовлеченность и заинтересованность молодых учёных в повышении качества своих научно-исследовательских работ. Рассмотрим самые известные из них применительно к нашему вопросу.

Согласно теории Х контролирующим органам необходимо разработать как можно больше регулирующих положений и систему мониторинга за исполнением нормативов. Сюда можно отнести обязательность публикаций в ведущих рецензируемых журналах, к примеру [1].

Согласно теории Y следует предоставлять широкие возможности для проведения НИР. Примером может служить многообразие тех же журналов [1].

Согласно теории ожидания Виктора Врума для молодых учёных следует сначала прояснить их «ожидания» - каких конкретных результатов они ждут от выполнения НИР. Затем следует прояснить «валентность» – насколько молодые учёные будут удовлетворены результатом, по их оценкам. Наконец, следует обратить пристальное внимание на «инструментальность» - это помогает выполнять все многочисленные действия в рамках НИР в их привязке к конечному результату [2].

Согласно теории Фредерика Герцберга следует для начала улучшить гигиенические факторы – например, наличие и удобство лабораторий, исправность оборудования, своевременной оплаты труда. Затем собственно перейти к мотивационным – например, улучшить социально-психологический климат в научном коллективе, повысить грамотность управления научным коллективом, заинтересовать карьерными перспективами.

Согласно теории приобретённых потребностей Дэвида МакКлелланда молодым учёным может двигать мотив достижения. Для таких людей наиболее мотивирующим моментом будет ясный перечень конкретных результатов в его профессиональной жизни, связанных с результатами НИР. Например, большая известность в научных кругах, получение престижных премий и так далее. Для реализации потребности соучастия для молодых учёных следует сформировать дружный научный коллектив из талантливых исследователей, которые будут помогать друг другу и общаться в приятной рабочей атмосфере. Для реализации потребности во власти молодому учёному необходимо предоставить управленческие полномочия на различных уровнях – например, в организации молодёжных конференций и иных научных мероприятий, управление рабочей группой в рамках большого научного проекта и так далее [3].

Выводы. Вышесказанное означает повышение мотивации по нескольким направлениям: карьерным, публикационным, социально-психологическим и иным. Для повышения качества НИР со стороны молодых учёных необходимы вовлечённость и заинтересованность в высоких научных результатах, что возможно только при комплексном подходе к мотивации молодых исследователей.

Список литературы

1. Вербицкий А., Бакшаева Н. Психология мотивации студентов. – М.: Юрайт, 2016. – 180 с.
2. Пряжников Н. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности – М.: Юрайт, 2016. – 366 с.
3. Ребров А. Мотивация и оплата труда. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 348 с.

УДК 338.1

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ В ВОПРОСАХ КОНЦЕПЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Климовских Надежда Валерьевна

Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный аграрный университет имени И.Т.Трубилина, к.э.н., доцент

В современных условиях рыночной экономики особую актуальность имеет проблема организации и развития предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения.

В настоящее время в нашей стране законодательно признаны равенство форм собственности, что способствует развитию частного предпринимательства в здравоохранении, а также разрешает заниматься платными услугами в государственных и муниципальных ЛПУ.

Здравоохранение, выступая важнейшей отраслью социальной сферы, обладает отличительными признаками. Предпринимательством в здравоохранении считается деятельность организаций и частных лиц, направленная на получение прибыли, путем оказания качественных медицинских или иных услуг.

С ростом благосостояния людей и развитием новых технологий, наблюдается рост количества оказываемых медицинских услуг. При этом, инвестиции, связанные с оказанием медицинских услуг считаются выгодными в странах с рыночной экономикой [3].

Специфика медицинских услуг определяет особенности рынка медицинских услуг, а также специфику деятельности предпринимателя на этом рынке.

Предпринимательство в здравоохранении, как социально-экономическое явление, комплексно отражает систему отношений, которые возникают в процессе производства и реализации медицинских товаров и услуг между всеми участниками на всех этапах организации медицинской помощи.

В основе критериев социально-экономической эффективности управления экономическими ресурсами, оценки деятельности различных субъектов системы здравоохранения лежит основной принцип интересов пациента.

Экономическая оценка предполагает анализ медицинских альтернатив, для каждой из которых необходимо сравнить выгоды и затраты, связанные с ней. В этом случае экономический анализ позволяет соотносить различные медицинские программы, технологии, услуги, направленные на качественно однородный результат, но полученный с различной эффективностью.

Метод экономической оценки в здравоохранении - это сопоставление эффектов альтернативных вариантов медицинских вмешательств и различных программ здравоохранения в расчете на единицу вложенных ресурсов.

Эффективность здравоохранения рассматривается в трех аспектах:

- медицинская эффективность;
- социальная эффективность;
- экономическая эффективность.

Таким образом, система показателей эффективности обусловлена особенностями функционирования учреждений здравоохранения и связана с состоянием здоровья населения. Социально-экономический эффект в здравоохранении включает несколько слагаемых: экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста, прямая экономия от снижения производственного травматизма, сокращение затрат на реабилитацию пострадавших, эффект от снижения выплат по потере кормильца, выплат пособий по временной нетрудоспособности застрахованных по страховым случаям и др.

При этом, для любого фактора производства в здравоохранении существует своя система показателей, характеризующих эффективность, которая важна, как для собственника фактора производства, так и для предпринимателя.

Исходя из того, какие виды затрат и эффектов сопоставляются, различают такие показатели эффективности как: фондоотдача, производительность труда, коэффициент использования оборудования, рентабельность и т. п. С точки зрения предпринимателя эффективность также может определяться степенью достижения поставленных целей при минимизации нежелательных последствий или издержек.

Вовлечение ресурсов в деятельность медицинской фирмы определяется их достаточностью для достижения ею заданного объема выпуска или выручки при сохранении качества оказываемых медицинских услуг. Таким образом, концепция эффективности необходима предпринимателю в качестве критерия оценки качества использования интегрированных в фирму ресурсов[2].

Становится очевидным, что при определении перспектив развития медицинской фирмы, потребности в услугах и инвестиционной привлекательности медицинских учреждений необходимо выделить следующие задачи:

1. Определение потенциала медицинской фирмы, который следует рассматривать с точки зрения оказания объема услуг исходя из целевой доли рынка с оценкой необходимых объемов инвестиций.
2. Оценка конкурентоспособности медицинской фирмы с точки зрения организации и технологии оказания услуг, которые, с одной стороны характеризуются определенным набором издержек, с иной стороны - качеством оказываемых услуг, с учетом оснащенности оборудованием.
3. Целенаправленное распределение инвестиций, между отдельными филиалами фирмы и структурными подразделениями.
4. Определение потребности в медицинском оборудовании, медикаментах в целом по учреждению с учетом намеченных целей развития.

При решении данных задач необходимо исходить из прогнозируемой цены и соответствующих издержек производства на каждый вид услуг [1]. Это позволяет тесно

увязать вопросы касающиеся обновления основных средств (фондов), организации и технологии для всего проектируемого объема услуг, а также численности основного персонала.

Эффективность текущей деятельности в значительной степени предопределена принятыми ранее решениями по развитию медицинской организации и является заключительным этапом проводимой ею инновационной и инвестиционной политики. На этой стадии выявляется эффективность предпринятых мер [4]. Однако, именно на данной стадии все предыдущие усилия воплощаются в конкретную текущую деятельность.

Исходными предпосылками для создания эффективной системы развития медицинской фирмы должна стать совокупность концепций, определяющих выбор целей и постановку задач, решение которых призвано обеспечить формирование и оценку последствий принимаемых предпринимательских решений [3].

Однако эффективность здравоохранения не может быть определена только с позиции эффективности деятельности предпринимателя или созданной им фирмы. Основной эффект все же определяется такими показателями как: своевременность оказания медицинской помощи, качество предоставляемых услуг, доступность, и количество оказанных медицинских услуг.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р утверждён план мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
3. Шишкин С. «Система здравоохранения в России: проблемы и перспективы развития» Электронный ресурс режим доступа: <http://www.opec.ru/1653555.html>
4. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации <http://www.rosminzdrav.ru/ministry>

УДК 33:5:001.5

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОМБИНИРОВАНИЯ ДЕМПСТЕРА ПРИ ПРИНЯТИИ КОЛЛЕКТИВНОГО РЕШЕНИЯ ПО ИННОВАЦИОННЫМ ПРОЕКТАМ РАННИХ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ

Конченкова Екатерина Игоревна

Россия, Волгоградский государственный аграрный университет

В настоящее время достаточно активно развивается рынок частного венчурного капитала. Причем, согласно открытым данным, объемы инвестирования в инновации достаточно стабильно набирают объемы. Тем не менее, уже активно идут исследования данного рынка в части оптимизации процесса принятия решений, касающихся инвестирования в инновационные проекты ранних стадий развития. Так, в статьях 1-4 раскрывается механизм оценки инновационных проектов по многим параметрам, а так же предложен программный продукт, позволяющий проводить оценку инновационных проектов с использованием нейросетевых технологий. В данных статьях рассматривается случай, когда инновационные проекты обрабатываются одним экспертом (инвестором). То есть в данном случае не учитывается групповая оценка инновационных проектов, что часто случается на презентационных сессиях (когда сразу несколько инвесторов оценивают представляемый процесс). Но ведь достаточно важным может являться и групповая оценка инновационных проектов ранних стадий.

Несмотря на то, что рынок инвестирования в ранние стадии развития – достаточно молодой, но и, тем не менее, уже сформировался ряд моментов, на которые инвесторы обращают свое внимание:

1. Содержательная часть проекта (новизна, актуальность, умение изложить содержательную часть в форме, понятной неспециалисту)
2. Наличие и степень защиты интеллектуальной собственности, необходимой для реализации проекта
3. Оценка рынка сбыта (российские и зарубежные потребители, степень проработки оценки рынка, включая наличие количественной оценки и ее обоснование, объемы реализации – если продукт уже представлен на рынке)
4. Оценка конкурентов и конкурентные преимущества (российские и зарубежные конкуренты, их доля на рынке, обоснование конкурентных преимуществ)
5. Экономическая часть проекта (сделанные инвестиции и их направления, рентабельность проекта, срок окупаемости; предложение инвестору в обмен на предоставление средств и его реалистичность) и многие другие.

Очень удобным для изучения групповых мнений является использование метода комбинирования Демпстера. Правило комбинирования Демпстера основано на предположении, что все источники информации независимы и достоверны. Обозначив базовые фокальные элементы, полученные от первого и второго источников как $m_1(A_i^{(1)}) = c_i^{(1)}/N_1$ и $m_2(A_j^{(2)}) = c_j^{(2)}/N_2$, получим формулу комбинирования базовой вероятности: $m_{12}(A) = \frac{1}{1-K} \sum_{A_i^{(1)} \cap A_j^{(2)} = A} m_1(A_i^{(1)}) \times m_2(A_j^{(2)})$

Допустим, 12 инвесторов ($\Omega = \{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8\}$), не советуясь, оценивают представляемые на презентационной сессии инновационные проекты по 8 представленным выше критериям [2,3]. Инвесторы разделились по результатам оценки инновационных проектов на 2 группы. 2 инвестора из первой группы считают, что инвестировать нужно в проекты под номерами $\{1, 5, 8\}$. Три инвестора из первой группы считают, что вкладывать нужно в проекты под номерами $\{2, 6, 9\}$. Два инвестора из первой группы считают, что вкладывать нужно в проекты под номерами $\{3, 4, 12\}$. Три инвестора из второй группы считают, что вкладывать нужно в проекты под номерами $\{1, 4, 9\}$. Два инвестора из второй группы считают, что вкладывать нужно в проекты под номерами $\{3, 5, 11\}$.

$$N = 7, \quad c_1^{(1)} = 2, \quad A_1^{(1)} = \{1, 5, 8\}, \quad m_1(A_1^{(1)}) = \frac{2}{7}$$

Первый источник: $c_1^{(2)} = 2, \quad A_1^{(2)} = \{2, 6, 9\}, \quad m_2(A_1^{(2)}) = \frac{2}{7}$

$$c_1^{(3)} = 3, \quad A_1^{(3)} = \{3, 4, 12\}, \quad m_3(A_1^{(3)}) = \frac{3}{7}$$

$$N = 5, \quad c_1^{(2)} = 3, \quad A_1^{(2)} = \{1, 4, 9\}, \quad m_1(A_1^{(2)}) = \frac{3}{5}$$

Второй источник:

$$c_2^{(2)} = 2, \quad A_2^{(2)} = \{3, 5, 11\}, \quad m_2(A_2^{(2)}) = \frac{2}{5}$$

В таблице 1 [1,4] представлены все возможные пересечения $A_i^{(1)} \cap A_j^{(2)}$ фокальных элементов из двух источников.

		$A_i^{(1)}$	
		{1, 4, 9}	{3, 5, 11}
$A_j^{(2)}$	{1, 5, 8}	{1}	{5}
	{2, 6, 9}	{9}	\emptyset
	{3, 4, 12}	{4}	{3}

Коэффициенты конфликтности вычисляется, исходя из того, что $A_1^{(2)} \cap A_2^{(2)} = \emptyset$.

$$\text{Тогда } K = \frac{2}{7} \times \frac{2}{5} = \frac{4}{35} = 0,114$$

Отсюда $1 - K = 1 - 0,114 = 0,886$. Из таблицы так же видно, что непустые пересечения имеют значения {1}, {3}, {4}, {5}, {9}. Тогда:

$$m_{12}(\{1\}) = m_{12}(\{3\}) = m_{12}(\{9\}) = \frac{m_1(A_1^{(1)}) \times m_1(A_1^{(2)})}{0,886} = \frac{0,1714}{0,886} = 0,1936$$

$$m_{12}(\{4\}) = \frac{m_3(A_1^{(3)}) \times m_1(A_1^{(2)})}{0,886} = \frac{0,2571}{0,886} = 0,29$$

$$m_{12}(\{5\}) = \frac{m_1(A_1^{(1)}) \times m_2(A_2^{(2)})}{0,886} = \frac{0,1143}{0,886} = 0,129$$

Из полученных базовых вероятностей можно вычислить функции доверия и правдоподобия:

$$\begin{aligned} Bel(\{1\}) = Bel(\{3\}) = Bel(\{9\}) = m_{12}(\{1\}) = m_{12}(\{3\}) = m_{12}(\{9\}) = \\ = Pl(\{1\}) = Pl(\{3\}) = Pl(\{9\}) = 0,1936 \end{aligned}$$

$$Bel(\{4\}) = m_{12}(\{4\}) = Pl(\{4\}) = 0,29; \quad Bel(\{5\}) = m_{12}(\{5\}) = Pl(\{5\}) = 0,129$$

То есть, получается следующее ранжирование инновационных проектов:

$$1 > 3 > 9 > 4 > 5$$

Получилось, что оптимальными для инвестирования являются инновационные проекты под номерами 1, 3 и 9. Чуть менее перспективным оказался проект под номером 4. Инновационный проект под номером 5 заслужил меньше внимания. Таким образом, используя правило комбинирования Демпстера, мы нашли именно общее мнение инвесторов относительно

Список литературы.

1. Брагина, Е.И. Многопараметрическая кластеризация инновационных проектов на неформальном рынке венчурного инвестирования / Е.И. Брагина // Приволжский научный вестник. - 2014. - № 3. - С. 67-74.
2. Брагина, Е.И. Моделирование процесса принятия решений участниками неформального сектора рынка венчурных инвестиций / Е.И. Брагина // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. - 2014. - № 4. - С. 140-146.
3. Брагина, Е.И. Программная реализация формирования цветографических карт для оценки инновационных проектов ранних стадий развития / Е.И. Брагина, А.Г. Гагарин // Инновационный Вестник Регион (ИнВетРегион). - 2014. - № 3. - С. 11-15.
4. Терелянский, П.В. Оптимизация процесса принятия решений представителями неформального сектора рынка венчурных инвестиций / П.В. Терелянский, Е.И. Брагина // Аудит и финансовый анализ. - 2014. - № 1. - С. 441-452.

УДК 331.1
**АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КОМАНДНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В
СИСТЕМУ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Ленская Ирина Юрьевна

Россия, Волгоградский институт управления – филиал РАНХиГС
канд. социол. наук, доцент кафедры корпоративного управления

Здравоохранение занимает исключительное место в социально-ориентированной рыночной экономике, поскольку именно здесь производятся медицинские услуги. Развитие общества диктует необходимость системного рассмотрения управленческих аспектов в деятельности учреждений здравоохранения с учетом критериев и факторов успешности их деятельности.

В государственной программе «Развитие здравоохранения», реализуемой в срок с 2013 по 2020 гг.[1], одним из важнейших направлений является подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Кадры обеспечивают результативность и эффективность деятельности всей системы здравоохранения в целом, её элементов и процессов. Кадры – единственный вид ресурсов, который со временем не только не теряет своей исходной стоимости, а приобретает более высокую ценность за счет накопления профессиональных навыков и знаний. Однако мало иметь высококвалифицированные кадры, ещё более важно эффективное управление этим ресурсом. В этих условиях особую значимость приобретает оптимизация управления кадровыми ресурсами – важнейшей составляющей стратегического развития отрасли.

В настоящее время руководители учреждений здравоохранения, как, впрочем, и руководители многих других организаций, испытывают потребность в системе управления, способной быстро реагировать на изменения внешней и внутренней среды. Построение и функционирование такой системы невозможно без разработки и реализации инновационных форм и методов управления персоналом. Первостепенной задачей руководства современных учреждений здравоохранения становится внедрение эффективных способов воздействия на медицинский персонал с целью обеспечения, с одной стороны, возможно более полного раскрытия трудового потенциала работников, реализации их профессионального опыта, а с другой – единства взглядов и действий сотрудников, сплоченности и приверженности организации, нацеленности на достижение её целей. Иначе говоря, эффективность деятельности современных учреждений здравоохранения могут обеспечить стабильный кадровый состав и результативный командный менеджмент.

В настоящее время у руководителей организаций, предприятий и учреждений в распоряжении имеется большой арсенал традиционных методов и инструментов. Командный менеджмент позволяет обеспечить динамически устойчивое состояние трудового коллектива, эффективное функционирование и развитие медицинского учреждения.

Востребованность командного менеджмента обусловлена рядом следующих тенденций в области развития организаций:

Во-первых, многие современные организации характеризуются усложнением структуры и увеличением функционала, что требует внедрения более эффективных организационных форм, методов и способ коллективного управления, которые позволяют минимизировать время принятия управленческого решения, а также повысить его качество, то есть своевременность, продуктивность и целесообразность.

Во-вторых, успешно развивающиеся и обладающие высокой конкурентоспособностью организации, предприятия и учреждения строят свое развитие как на основе удовлетворения запросов потребителей настоящего времени, так и потребностей завтрашнего дня, создавая отделы новой техники, проблемно-перспективные лаборатории и исследовательские центры.

В-третьих, производительность руководителя рассматривается как ключевой фактор производительности организации, которую он возглавляет либо входит в состав управленческого звена. При этом дальнейшее увеличение производительности управленческого труда зависит от осознания того факта, что руководитель любого ранга напрямую связан с созданием коллективного продукта труда. Причастность каждого отдельного сотрудника к «философии общего дела», выработка «командного духа» имеет огромное значение как мотивирующий фактор повышения эффективности организации в целом [4].

Для оценки готовности кадрового состава учреждений здравоохранения к внедрению командного менеджмента и выявления основных патологий командообразования был проведён опрос руководителей учреждений здравоохранения. Опрос проводился в рамках реализации программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры» (ноябрь, 2015). В опросе приняли участие главные врачи и заместители главных врачей учреждений здравоохранения городского округа город-герой Волгоград и Волгоградской области (N=56). В опросе приняли участие 56 респондентов, из них руководители учреждений здравоохранения составили 46,4%, заместители руководителей – 44,6%, и 7,1% – должности, приравненные по статусу к заместителю руководителя учреждения здравоохранения (главные бухгалтера, главные медицинские сестры и др.) При этом мужчины – 41,1%, а женщины – 58,9 % [2].

В ходе анализа полученных данных, выявилось, что для учреждений здравоохранения основными патологиями (болезнями) командообразования по методике А.И. Пригожина [3] в учреждениях здравоохранения, по мнению главных врачей и их заместителей являются:

1. «Пассажиры автобуса»: каждому важно только доехать до своей остановки, и никого не волнуют проблемы водителя.
2. «Мы и он»: осознание подчиненными глубоких различий интересов своих и руководителя.
3. «Каждый несет свой чемодан, но без ручек»: большая нагрузка без прав и ресурсов.
4. «Много умных, мало взрослых»: специалисты высокого класса во главе с сильным руководителем избегают принятия на себя ответственности шире их прямых обязанностей, уклоняются от инициатив по решениям общефирменного уровня, во всем полагаясь на лидера. Либо он сам считает: «Они молодцы, но здесь мне виднее».

Подводя итог по анализу кадровой ситуации, в учреждениях здравоохранения городского округа город-герой Волгоград и Волгоградской области, можно всецело утверждать:

- о готовности и желании руководителей внедрять командный менеджмент в систему управления персоналом;
- о благоприятном социально-психологическом климате в трудовых коллективах;
- о наличии проблемных зон, которые оказывают негативное влияние на эффективность деятельности учреждений здравоохранения в целом.

Список литературы

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»
2. Банк проектов по Программе «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры» // Официальный сайт программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://prog.ranepa.ru/o-programme/bank-proektov>
3. Пригожин А.И. Методы развития организации / А.И. Пригожин. – М.: МЦФЭР. 2009. – 836 с.

4. Шиндряева И.В. Процесс трудовой мотивации и его взаимосвязь с организационной культурой// Научный вестник ВФ РанХиГС.- № 2. – 2016.- С. 66-71

УДК 331.1

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Шиндряева Ирина Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет, преподаватель
кафедры экономики и менеджмента

Обеспечение качества медицинских услуг признано важнейшей частью государственной политики в сфере здравоохранения. Одним из факторов его снижения является значительная распространенность профессионального выгорания среди персонала лечебных учреждений.

Профессиональная деятельность практикующих медработников, участвующих в лечении и реабилитации пациентов, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс, который со временем переходит в хроническую форму, вызывая синдром профессионального выгорания.

В настоящее время общепринятым является определение выгорания, данное С. Maslach, S. Jackson (1984). Под «психическим выгоранием понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы». Этот синдром включает в себя три составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [1].

С учетом данных мировой статистики и для четкой формулировки проблемы необходимо представить данные отечественной практики. Объектом выявления проблемы синдрома профессионального выгорания медицинского персонала стало государственное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» (далее – ГУЗ «ГКБСМП №25»).

Анализ профессионального выгорания медицинского персонала ГУЗ «ГКБСМП №25» проводился с помощью методики диагностики уровня профессионального выгорания Бойко В.В. (академика международной Балтийской педагогической академии, член-корр. Петровской академии наук и искусств, доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПб Института стоматологии), в рамках реализации программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры».

В опросе приняли участие 246 медицинских работников. Анализ проблемной ситуации по диагностике уровня профессионального выгорания медицинских работников позволил выявить, что из общего числа респондентов критический уровень синдрома профессионального выгорания имеют 42 медработников, высокий уровень – у 22, средний уровень – у 91 и уровень в пределах нормы – 94. Таким образом, можно констатировать факт, что у медицинского персонала уровень профессионального выгорания можно оценить как средний. Иными словами критической ситуации по синдрому не наблюдается, однако меры профилактического характера необходимы для предотвращения его дальнейшего развития [2].

Представим данные проведенной диагностики более подробно и в сравнительной характеристике по структурным подразделениям ГУЗ «ГКБСМП №25», которые участвовали в исследовании синдрома профессионального выгорания.

Как видно, из представленных данных в диаграмме на рисунке 1 респонденты, подверженные синдрому профвыгорания в пределах нормы распределились следующим образом:

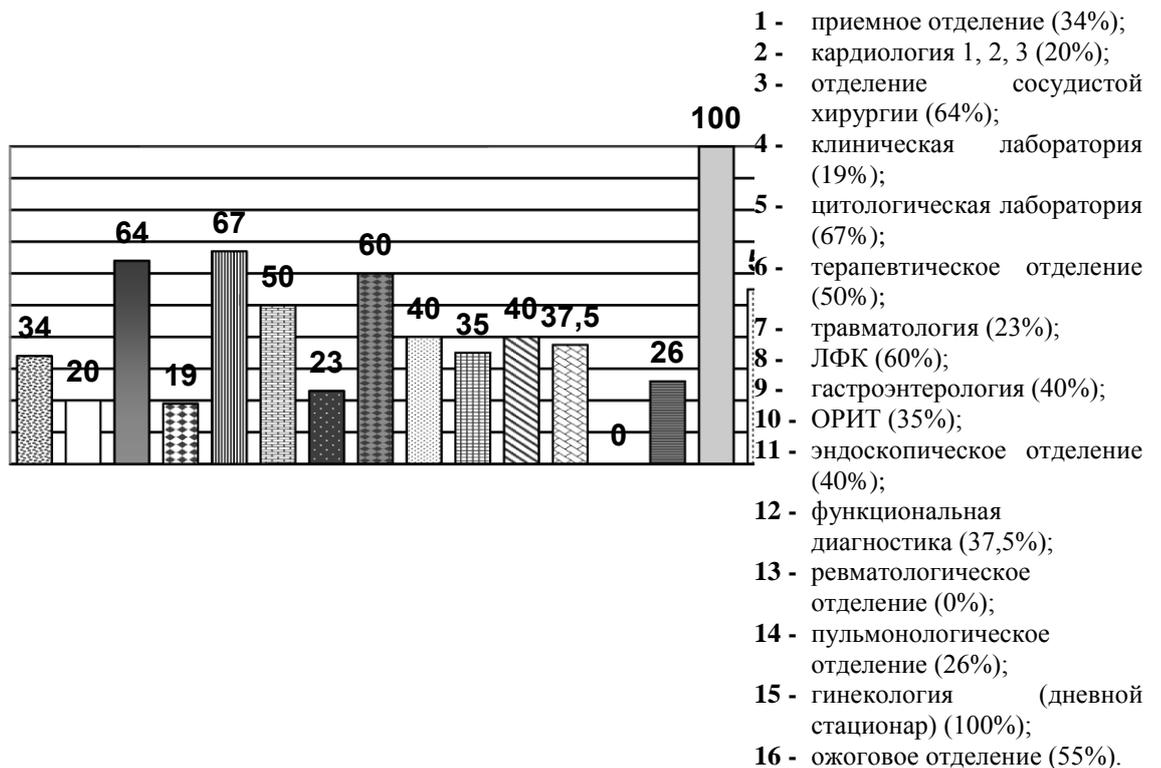


Рисунок 1. Распределение медицинского персонала ГУЗ «ГКБСМП №25», подверженных синдрому профессионального выгорания в пределах нормы (в % от числа ответивших)

Итак, представленные данные свидетельствуют о том, что наиболее благоприятная ситуация по профессиональному выгоранию складывается в таких отделениях как: гинекология (дневной стационар) (100%); цитологическая лаборатория (67%); ЛФК (60%); терапевтическое отделение (50%); отделение сосудистой хирургии (64%).

Рассмотрим данные по респондентам, у которых наблюдается средний уровень профвыгорания (Рис. 2).

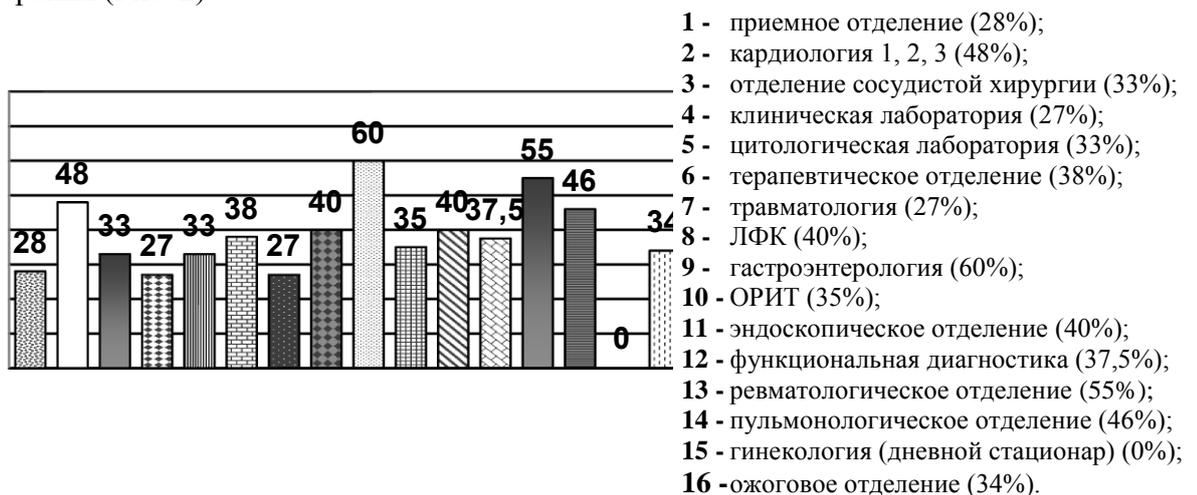


Рисунок 2. Распределение медицинского персонала ГУЗ «ГКБСМП №25», подверженных среднему уровню профессионального выгорания (в % от числа ответивших)

Анализируя представленные данные, настораживает информация по трем структурным подразделениям, где более половины и/или почти половина медицинского

персонала подвержены среднему уровню профессионального выгорания. Ими являются: гастроэнтерология (60%); ревматологическое отделение (55%); кардиология 1, 2, 3 (48%).

Данные по высокому и критическому уровню профессионального выгорания медицинского персонала ГУЗ «ГКБСМП №25» представлены на рисунке 3.

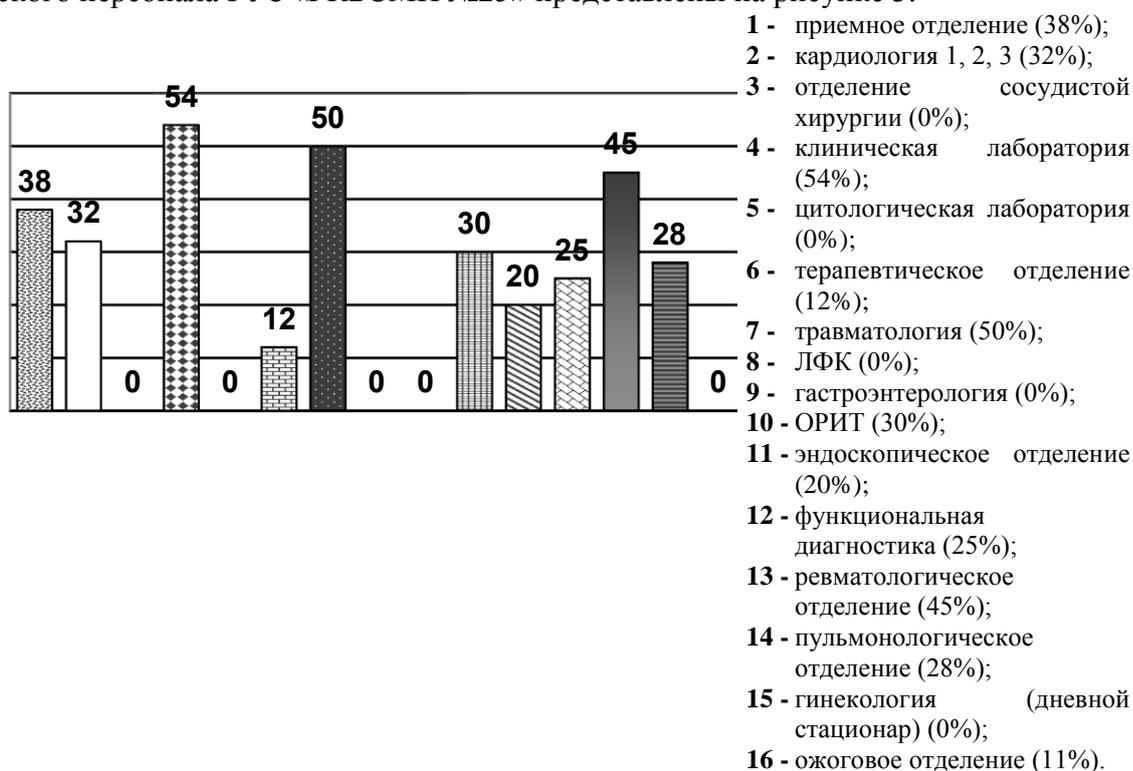


Рисунок 3. Распределение медицинского персонала ГУЗ «ГКБСМП №25», подверженных высокому и критическому уровню профвыгорания (в % от числа ответивших)

Здесь данные подтверждают, что в целом у медицинского персонала уровень профессионального выгорания можно оценить как выше среднего. Однако сотрудники отдельных структурных подразделений достигли высокого и критического уровня профессионального выгорания, следовательно, необходимы меры профилактического характера для предотвращения его дальнейшего развития.

Список литературы

1. Maslach C., Jackson S. Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings // Hospital and Community Psychiatry. 1978. V. 25. P. 233–237
2. Банк проектов по Программе «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры» // Официальный сайт программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://prog.ranepa.ru/o-programme/bank-proektov>
3. Ленская И.Ю. Стабилизация и удержание персонала: понятийный анализ // Вестник экономики, права и социологии. 2016. № 2. С. 279-282.

УДК 615:33:614.253

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЛОВОЙ РЕПУТАЦИИ В ПРАКТИКЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО БИЗНЕСА**Багатурия Екатерина Тенгизовна**

Россия, г. Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Институт фармации и трансляционной медицины

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

Репутация (гудвилл) - это динамическая характеристика поведения компании, формирующаяся в обществе в течение продолжительного периода времени. Она складывается на основе совокупности информации о том, каким образом и какими методами организация строит свое поведение в определенных ситуациях, т.е. формируется на основе достоверных знаний и оценок [1]. Иными словами, деловая репутация - это объективно сложившееся и подтвержденное практикой коллективное мнение об организации, формирующееся с течением времени у всех стейкхолдеров на основе оценки экономического, социального и экологического аспектов деятельности организации исходя из полученной достоверной информации, личного опыта взаимодействия или опосредованных контактов [2].

Гудвилл возникает, когда компания получает стабильно высокие прибыли, её доход на активы (или собственный капитал) выше среднеотраслевого показателя, в результате чего стоимость бизнеса превосходит стоимость чистых активов предприятия. Фактически гудвилл – это качественное и количественное выражение преимуществ, связанных с наличием у фармацевтической компании репутации качества товаров / услуг, финансовой устойчивости, этики в отношениях с внутренними и внешними партнерами, эффективной системы управления, навыков маркетинга и сбыта, лидерства в отрасли и известности на рынке, деловых связей, социальных инвестиций и инноваций.

Деловая репутация является составляющей нематериальных активов у которых есть стоимость, но нет материального содержания. Это объекты интеллектуальной собственности, ноу-хау, изобретения, полезные модели, программы для ЭВМ, базы данных, промышленные образцы, товарные знаки [3].

Денежная стоимость репутации как нематериального актива фармацевтической компании представляет собой репутационный капитал. Репутационный капитал характеризуется отсутствием материально-вещественной формы, неотделимостью от компании, сложностью имитации, продолжительным периодом формирования, легкостью и быстротой разрушения. По некоторым оценкам иногда до 85% рыночной стоимости компании приходится на деловую репутацию.

Также гудвилл можно рассматривать как один из индикаторов создания дополнительной ценности и как результат проявления синергетического эффекта, если это связано с операциями по слиянию фармацевтических бизнесов.

В прикладном смысле репутация прямо пропорциональна капитализации и кредитоспособности компании и обратно пропорциональна рискам на нее.

Следует признать, что помимо высокого престижа фармацевтической компании на рынке, деловая репутация обеспечивает ей и немалые имущественные выгоды: стабильный спрос на продукцию, расширение хозяйственных и деловых связей, предоставление определённых льгот и преимуществ при проведении макроэкономических мероприятий, первоочерёдные государственные заказы и т. п. Например, особый интерес для маркетологов представляет то, каким образом корпоративная репутация может помочь компании привлечь и удержать потребителей, для акционеров важны последствия для капитализации компании, для инвесторов – возможность принять решение об участии в проекте. Для партнеров компании в качестве основных составляющих деловой репутации, как правило, выступают добросовестность в выполнении всех условий

контракта, соблюдение этических норм бизнеса в осуществлении предпринимательской деятельности, а также деловая активность фирмы.

С точки зрения потребителя хорошая репутация уменьшает осознанный риск при покупке товаров и услуг компании, потому что репутация служит залогом их высокого качества. Важно помнить, что покупатели приобретают не только продукты, но и само отношение к компании как важнейшей нематериальной составляющей её стоимости [4].

Кроме качественных экспертных методов оценки деловой репутации субъектов фармацевтического бизнеса, существуют и количественные методы, одним из которых является нормативный.

Согласно этому методу, положительную деловую репутацию следует рассматривать как надбавку к цене, уплачиваемую покупателем в ожидании будущих экономических выгод в связи с приобретенными неидентифицируемыми активами. Стоимость приобретенной деловой репутации определяется расчетным путем как разница между покупной ценой, уплачиваемой продавцу при приобретении компании как имущественного комплекса (в целом или его части), и суммой всех активов (их соответствующей части) за вычетом суммы всех обязательств (их соответствующей части) по бухгалтерскому балансу на дату покупки (приобретения). Активы и обязательства должны быть отражены в балансе на дату покупки по остаточной стоимости либо по текущей рыночной стоимости, либо по иной стоимости, определенной в соответствии с договором.

В этой связи, отрицательная деловая репутация может рассматриваться как скидка с цены, предоставляемой покупателю при отсутствии всех вышеперечисленных факторов.

Особенностью взаимодействия субъектов фармацевтического рынка является уникальность объекта купли-продажи: по форме – это медикаменты, а по сущности – непреходящая, высшая и неосязаемая ценность, называемая «здоровьем». Вот почему по своей сути фармация, в целом, и фармацевтический бизнес, в частности, должны быть социально-ответственными и строиться на принципах социально-ориентированного маркетинга. Только социально ориентированный маркетинг призван обеспечить единство позитивного имиджа и конкурентоспособности фармацевтической компании, доверия покупателей, партнеров, рост спроса, сохранение и укрепление благополучия потребителей и общества. В этой связи формирование репутационного капитала является важнейшей его составляющей.

Список литературы

1. Важенина И.С. Деловая репутация как конкурентный ресурс компании // Журнал экономической теории . – 2006. - № 4. – С.136.
2. Грекова Г.И., Савина Т.С. Деловая репутация компании: экономическое содержание и оценка // Вестник Новгородского государственного университета. – 2012. - № 69. – С.48 -52.
3. Об утверждении положения по бухгалтерскому учету «Учет нематериальных активов» (ПБУ 14/2007): Приказ Минфина РФ от 27 декабря 2007 г. № 153н [Электронный ресурс] // Российская ассоциация правовой информации ГАРАНТ [сайт]. URL: <http://www.base.garant.ru/12158476/#friends> (дата обращения: 09.12.2016).
4. Козлова Н.П. Формирование положительного имиджа и деловой репутации компании // Вестник АГТУ. Сер.: Экономика. – 2011. - №1. – С. 67 – 71.

УДК 614.27

**ПРОБЛЕМА СОКРАЩЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА ОТЕЧЕСТВЕННЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НИЗКОЙ ЦЕНОВОЙ КАТЕГОРИИ****Берела Марина Павловна**Россия, Волгоградский государственный университет
Научный руководитель: к.э.н. Голодова Ольга Александровна

В последние годы в России наблюдается снижение производства отечественных препаратов низкой ценовой категории. Эта проблема обострилась с момента развития финансового кризиса в стране, а именно в связи с изменением курса валют и значительного удорожания многих составляющих, необходимых для производства лекарственных средств. Между тем, такая ситуация коснулась именно недорогих лекарственных препаратов, многие из которых входят в перечень жизненно необходимых и важнейших (ЖНВЛП), а некоторые из них относятся также и к минимальному ассортименту лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи. Это делает проблему еще более актуальной и социально значимой, в связи с чем ее пытаются решить на высшем уровне государственной власти.

Почему же происходит «вымывание» дешевых отечественных лекарственных средств? И какие меры может предпринять Правительство РФ для решения этой проблемы?

В настоящее время в России существует система государственного регулирования цен на лекарственные средства. Цены на лекарства устанавливаются свободно, за исключением тех, которые входят в перечень ЖНВЛП. Схема ценообразования задана федеральными рамками, но регулируется на уровне субъектов РФ. В этих целях все жизненно важные и необходимые препараты разделены на три ценовых сегмента: до 50 руб. включительно, свыше 50 руб. до 500 руб. включительно и свыше 500 руб.

Для каждого из этих сегментов нормативно-правовым актом уполномоченного органа того или иного субъекта РФ устанавливается отдельная предельная величина оптовых и розничных надбавок. Надбавки эти устанавливаются к предельным отпускным ценам производителя, которые на препараты перечня ЖНВЛП также регулируются.

Отпускная цена производителя может быть перерегистрирована не чаще чем раз в год при наличии на то достаточных оснований в виде резкого изменения курсов валют, роста расходов и других обстоятельств, приводящих к снижению прибыли фармацевтической компании.

Причина роста убытков производителей понятна: для производства отечественных лекарств, в том числе перечня ЖНВЛП, используются импортные сырье и материалы (цена на которые изменяется соответственно текущим валютным курсам); в их цену закладываются расходы на электроэнергию, транспорт и многое другое, которые также возрастают.

В таких условиях фармацевтические компании вынуждены месяцами производить препарат себе в убыток и даже останавливать производство. Это мы и можем наблюдать на лекарственном рынке в 2015–2016 гг.

Так, например, осенью 2015 года были сняты с производства 197 отечественных препаратов перечня ЖНВЛП стоимостью до 50 руб.; еще по 160 препаратам этой категории прекращение выпуска планировалось.

Об этом говорят данные расчетов Федеральной антимонопольной службы (ФАС), сделанных осенью 2015 г. на основании статистики Росздравнадзора и опроса 31 российской фармацевтической компании.

Соответственно, у аптечных организаций иногда возникают трудности с заказом этих ассортиментных позиций у дистрибьюторов, хотя дефицита лекарств на рынке еще нет. Эти сбои пока не выглядят серьезными: они смягчаются и устраняются за счет возобновления производств и выпуска этих же наименований другими компаниями.

При этом нельзя сказать, что спрос на лекарства дешевого сегмента уменьшается. Наоборот, в условиях параллельного падения доходов население прибегает к режиму экономии, зачастую выбирая менее дорогие аналоги. Однако, поскольку некоторые дешевые препараты время от времени по указанным выше причинам пропадают из аптечной сети, общего роста продаж лекарств этого сегмента не происходит.

Какие же меры позволят вернуть рентабельность производства самых дешевых лекарств? Очевидно, что данной проблемой, кроме потребительского сообщества, озабочены также отечественные фармацевтические компании, производители лекарств этого сегмента.

Одной из предложенных мер является индексация цен на дешевые лекарства. Это может помочь отечественным производителям в некоторой степени, однако она является временной и в условиях экономической нестабильности не способна гарантировать защиту отечественной фармацевтической промышленности.

Еще один способ решения проблемы – повысить как отпускные цены производителя, так и предельные оптовые и розничные надбавки для препаратов дешевого сегмента. Однако это потребует внесения изменений в соответствующие нормативно-правовые акты всех субъектов РФ и изменения методики расчета цен. Этот процесс представляется достаточно громоздким и длительным, к тому же это самый болезненный способ, который заметно ударит по кошелькам россиян, пользующихся именно недорогими лекарствами.

В связи с этим представляется возможным другой способ решения проблемы – эффективное субсидирование отечественных фармацевтических компаний, производящих дешевые лекарственные препараты перечня ЖНВЛП, а также развитие системы лекарственного возмещения и страхования. Первое решение, конечно же, зависит от наличия в бюджете соответствующих средств и готовности Правительства поддержать отечественную фармацевтическую промышленность. Второе – позволило бы пациенту получать жизненно важные лекарства по рецепту с полной или частичной компенсацией стоимости.

Таким образом, государству необходимо решать данную проблему с учетом положения всех заинтересованных сторон: потребителей – граждан России, отечественных производителей фармацевтической продукции, государства. Это необходимо для национальной безопасности страны. Создание благоприятных условий для развития фармацевтического бизнеса в России не только экономически целесообразно, но и обеспечит биологическую безопасность страны и стабильность фармацевтической отрасли, независимо от внешнеполитической обстановки.

Список литературы:

1. Щербинина С. Л. Состояние и перспективы развития фармацевтической отрасли России в условиях кризиса // Молодой ученый. — 2015. — №10.2. — С. 142-146.

УДК 65.012.7

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бессонов Иван Павлович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Водопьянова Наталья Александровна, к.э.н., доцент,

Рынок платных медицинских услуг появился в Российской Федерации в начале 1990-х годов и в настоящее время активно развивается, охватывая все новые направления медицины и потребительские сегменты [1]. Согласно данным «РБК Исследования рынков», государственный сектор медицинских услуг в целом отличается низкой долей удовлетворенности пациентов. Исследование рынка медицинских услуг в России позволило сделать вывод о том, что объем платных услуг значительно увеличивается. По

данным Федеральной службы государственной статистики в 1995 году объем платных услуг составил 7,9 млрд. руб., в 2008 году – 195, 6 млрд. руб., а в 2015 году - 671, 5 млрд. руб.

«Рост платных медицинских услуг в РФ в последние годы во многом связан со снижением доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет государства», - считает руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, эксперт в области организации здравоохранения Гузель Улумбекова [2]. Государственные расходы на здравоохранение в 2016 году по сравнению с 2014 годом сократились на 15% (470 млрд. руб.) в сопоставимых ценах. Показательно, что каждый второй пациент государственных клиник в минувшем году вынужден был прибегать к услугам коммерческой медицины. Во многом благодаря неудовлетворенности пациентов бесплатной медицинской помощью и обеспечивается поток новых пациентов в коммерческом сегменте.

Отсутствие конкуренции на рынке медицинских услуг была одной из причин его медленного развития. Государственное здравоохранение долгое время оставалось абсолютным монополистом и изменения к лучшему зависели от доброй воли того или иного руководителя. В рыночной экономике положительные перемены в сфере здравоохранения происходят в рамках здоровой конкуренции двух систем - платной и бесплатной. Частная медицина становится серьезным фактором повышения качества медицинской помощи.

Главным, определяющим фактором роста спроса на платные медицинские услуги является цена. Уровень потребления населения напрямую зависит от уровня доходов. Немаловажными факторами становятся и демографические изменения в стране: рост числа пожилых людей и увеличение рождаемости, ведущие к увеличению спроса на услуги медицины; уровень сезонной заболеваемости; рекламное воздействие о важности профилактических мероприятий и здорового образа жизни; информирование и рекомендации врачей о возможностях современного диагностического оборудования.

Недостаточное финансирование программы государственных гарантий оказания медицинских услуг и расширение их перечня, не предусмотренных данной программой, приводят нуждающихся в коммерческие клиники.

Развитие системы добровольного медицинского страхования играет важное социальное значение. В связи с тем, что представители не всех социальных страт могут позволить себе полноценное качественное лечение, система ДМС помогает снизить барьер обращения за платными медицинскими услугами для малообеспеченных слоев населения [3].

Сохраняется большая неудовлетворенная потребность в высокотехнологичной помощи. Посредством ДМС, граждане РФ получают доступ к высококачественным медицинским услугам, которые зачастую недоступны в рамках системы обязательного медицинского страхования. В связи с этим, полис ДМС выступает отличным дополнением к полису ОМС и позволяет рассчитывать на комплексную медицинскую помощь. Финансирование полиса ДМС может осуществляться как самим работником, так и работодателем [4].

Одной из важных ценностей взрослого индивида является работа. Осознание необходимости сохранения здоровья как фактора, определяющего трудоспособность, влияет на поведение потребителей медицинских услуг. Для них характерна высокая степень качества жизни и желание изменения этой степени в сторону увеличения. Все это ведет к росту спроса в профилактическом сегменте рынка медицинских услуг.

Развивается медицинский туризм. По данным компании «Archimedicx», имеющей сертификат (HIMSS Europe), россияне чаще всего едут в Израиль для лечения онкологии, ортопедии, нейрохирургии, ЭКО; в Германию – гематологии, онкологии, трансплантологии, спортивных травм. Невозможность обеспечить достойный уровень реабилитации приводит к тому, что платежеспособная часть россиян лечится за границей.

Однако, следует отметить, что в последнее десятилетие уровень оснащенности российской медицины значительно повысился и оказание некоторой медицинской помощи находится на европейском уровне.

К слову, качество медицинской услуги может быть определено как выполнение профессиональных стандартов медицинской помощи и соответствие оказанной медицинской помощи ожиданиям пациента. Качество медицинской помощи подразумевает наличие у медицинского работника профессиональных знаний, навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов.

Как уже говорилось выше, преимущество коммерческих клиник в сравнении с государственными и муниципальными учреждениями очевидно. Ярким подтверждением тому является:

- профессионализм врачей, имеющих хороший практический опыт, обладающих учеными степенями и званиями;
- заинтересованность администрации в сохранении хорошей репутации учреждения и увеличении потока потребителей;
- удобный график работы клиник, что позволяет обратиться потребителю даже в выходные;
- отсутствие очередей;
- оснащение новейшим высокотехнологичным оборудованием, быстрое проведение медицинских манипуляций в комфортных условиях.

Новые магнитно-резонансные томографы, аппараты электрокардиографии и др. позволяют быстро и качественно проводить диагностические исследования. Наиболее востребованными в частных клиниках остаются услуги стоматологов, гинекологов, гастроэнтерологов, кардиологов.

Разумеется, государство заинтересованно в сохранении первенства подконтрольных структур на рынке медицинских услуг, что в свою очередь приводит к модернизации и оптимизации работы государственных и муниципальных медицинских учреждений. С каждым годом увеличивается количество медицинских учреждений, практикующих в своей деятельности платные услуги. Преимущества таких услуг очевидны:

- дополнительный доход, который можно направить на различные цели - обеспечение высокого уровня зарплат сотрудников; формирование фонда материального поощрения персонала за оказание качественных медицинских услуг; закупка дорогостоящего оборудования, которое позволит вывести качество медицинской помощи в организации на новый уровень;

- возможность устанавливать демпинговые цены на платные медицинские услуги по сравнению с частными клиниками, издержки которых велики;

- расширение доступности медицинских услуг для различных категорий населения. Тем более, что в условиях экономического кризиса ожидается сокращение прибыльности медицинского бизнеса.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что спрос на платные медицинские услуги будет расти. Российский коммерческий рынок не только восполняет недостатки бюджетной медицины, но и оказывает стимулирующее действие на своего оппонента, вынуждая его внедрять и расширять оказание платных услуг для повышения уровня материально-технического обеспечения и укрепления репутации в создавшейся конкурентной среде на рынке медицинских услуг.

Обобщая сказанное, мы приходим к выводу, что благодаря упразднению государственного монополизма в сфере здравоохранения посредством появления коммерческих конкурентов качество медицины в целом повышается.

Список литературы

1. Водопьянова Н.А., Салманов М.Р. Потребитель медицинских услуг: экономический аспект . В сборнике: Теоретические и практические проблемы развития

современной науки сборник материалов IX Международной научно-практической конференции. 2015. С. 106-108.

2. Улумбекова Г. Отчеты Минздрава о предпринимаемых «беспрецедентных мерах» по снижению смертности не выдерживают никакой критики // Общероссийский народный фронт – Официальный сайт – электронный документ URL: <http://onf.ru/2016/03/02/otchety-minzdrava>.- Дата обращения 05.12.2016

3. Анализ рынка ДМС в России в 2011–2015 гг., прогноз на 2016–2020 гг. // РБК Электронный ресурс // BusinesStat, 2016. – 105 с.

4. Ломовцева О.А., Соболева С.Ю. Методологические аспекты определения сущности и эффективности социальных инвестиций // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Экономика. Информатика. 2009. № 9. С. 213.

УДК 33

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ КАДРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Богунова Алёна Андреевна

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Обьедкова Лариса Викторовна

В современных условиях развития научно-технического прогресса и роста инновационных проектов в системе здравоохранения важное значение приобретает вопрос о своевременном поиске и подготовке высококвалифицированных кадров. Эти задачи нельзя решить за короткий срок, поэтому главным инструментом для их решения становится кадровое планирование. Кадровое планирование в системе управления персоналом понимается как целенаправленная деятельность, ориентированная на предоставление рабочих мест в нужный момент времени и в необходимом количестве в соответствии со способностями и склонностями работников и требованиями организации[1, с.261].

В системе здравоохранения кадровое планирование представляет собой деятельность, связанную с подбором квалифицированных кадров, при использовании двух видов источников - внутренних и внешних, имеющих своей целью обеспечение потребности учреждений здравоохранения в необходимом количестве специалистов в конкретные временные рамки[2].

К сожалению, приходится констатировать, что кадровая работа современного учреждения здравоохранения не имеет системного характера, что проявляется в отсутствии или недостаточной развитости ряда ее направлений (планирование персонала, работа с резервом руководителей, поддержание и развитие организационной культуры). Кроме того, в большинстве учреждений здравоохранения кадровая работа не имеет организационной структуры и осуществляется специалистами, имеющими недостаточный уровень профессиональной подготовки в системе управления персоналом.

Мы полагаем, что возникающие трудности с реализацией кадрового планирования в системе здравоохранения во многом связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля и сосредоточением медицинских работников в крупных городах. К примеру, в здравоохранении РФ доля врачей составляет около 20 % всего персонала отрасли, в то время как в экономически развитых странах эта цифра составляет около 10%. Мировая практика показывает, что оптимальное соотношение численности врачебных и средних медицинских работников составляет 1:4, а в РФ — 1:2,3. Из-за экстенсивного регулирования кадрового потенциала в России на 10 врачей общего профиля (терапевты, педиатры) приходится 5,64 узких специалиста. Ни в одной стране мира в первичном звене здравоохранения не сосредоточено столько специалистов узкого профиля.

Кадровое планирование характерно для всех предприятий в различных сферах жизни, при этом в каждом из них существуют определенные отличия. Так, в процессе планирования численности медицинского персонала руководствуются определенными принципами и подходами. Среди них - соотношение числа медицинских работников и численности населения; подход, основанный на показателях пользования медицинскими услугами или спроса на них; подход на основе целевых показателей обслуживания и подход, основанный на потребностях в здравоохранении и услугах.

В тоже время современная теория и практика кадрового менеджмента в качестве ведущего направления деятельности выделяет планирование в потребности персонала[3,с.163]. Процедура планирования потребности в персонале, как правило, происходит в три этапа. Первый этап-это анализ внутренних ресурсов компании. Его цель-прогнозирование будущих потребностей в персонале. Второй этап основывается на исследовании потребности организации в персонале за определенный временной промежуток, то есть составляется прогноз, относительно того, какие специалисты и в каком количестве могут потребоваться в будущем. Принятие решений - это третий этап в процессе планирования потребности персонала. Они принимаются на основе действующей кадровой политики, к примеру, данные решения направлены на привлечение кадров извне, переобучение имеющегося персонала, сокращение персонала и др. [4]. При определении будущих потребностей в кадрах медицинских работников, учитывается также прогнозируемый прирост населения, технологические и социальные изменения, профессионально-квалификационная структура кадров, качество выполнения профессиональных функций на индивидуальном уровне и политика здравоохранения.

Кадровое планирование в системе управления персоналом в любой сфере деятельности решает целый комплекс практических задач, однако, на наш взгляд, среди них особо следует отметить проблему текучести кадров, что весьма актуально для российских учреждений в сфере здравоохранения. Текучесть кадров медицинских работников обуславливается низким уровнем заработной платы и слабо развитой системой стимулирования, по этим же причинам происходит и миграция персонала в сфере здравоохранения[5]. Квалифицированный персонал как правило старается уезжать из бедных районов в более богатые в пределах страны, а затем и в страны с высоким уровнем дохода. Также наблюдается движение из государственного сектора в частный, особенно там, где существует значительная разница в уровнях дохода[6].

В связи с этим, при решении проблем кадрового планирования в сфере здравоохранения, на наш взгляд, необходимо провести ряд мероприятий, направленных на его усовершенствование. Одним из таких методов является комплексный мониторинг потребности персонала. План по кадровым ресурсам не должен восприниматься как документ, который создается раз и навсегда и не подлежит адаптации и изменению – он должен апробироваться и пересматриваться по мере необходимости. Предлагается создание и ведение единого регистра медицинских специалистов и работников здравоохранения, включая административно-управленческий и хозяйственный персонал (на муниципальном уровне) для определения существующих и будущих потребностей в медицинских кадрах, планирования структуры кадрового потенциала здравоохранения в субъекте Российской Федерации; в связи со спецификой и сложностью работы медицинскому персоналу следует предоставлять кроме обычных мер социальной дополнительные, связанные с повышенным уровнем ответственности, условиями труда[7]. На наш взгляд это позволит сократить текучесть кадров и улучшить кадровую ситуацию в системе здравоохранения.

При осуществлении кадрового планирования необходимо проводить мероприятия не только по сохранению уже имеющегося персонала, но и по привлечению нового. Однако вследствие сложившейся ситуации в сфере здравоохранения довольно малый процент выпускников медицинских образовательных учреждений хочет работать по специальности. По результатам социологического опроса главными причинами нежелания

являются: низкий уровень заработных плат (71% студентов и 91% учащихся учреждений среднего образования); сложность работы на фоне низкой отдачи (54% опрошенных студентов и 47% учащихся медицинских училищ); потенциальные сложности с устройством в престижные медицинские учреждения (46% студентов и 42% учащихся медицинских училищ).

Таким образом, рассматривая проблему кадрового планирования в системе здравоохранения, приходим к выводу, что кадровое планирование должно представлять собой комплексную и целенаправленную деятельность менеджмента медицинских учреждений и являться неотъемлемым инструментом для развития эффективной работы персонала. Кадровое планирование направлено не только на обеспечение пропорционального и динамичного развития персонала, но и способствует формированию и сохранению кадрового потенциала организации в целом.

Список литературы

1. Кибанов А.Я. Управление персоналом [Текст] / А.Я. Кибанов// - М.: Инфра-М, 2012. – 720 с.
2. Планирование медицинских кадров [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://giduv.com/Upload/2013-05/ib_planirovanie_meditsinskih_kadrov_05_13.pdf (дата обращения 27.10.2016)
3. Обьедкова Л.В., Богунова А.А. Роль и значение кадрового планирования в системе управления персоналом [Текст] / Л.В. Обьедкова, А.А. Богунова / Академическая наука – проблемы и достижения. Материалы X международной научно-практической конференции 24-25 октября 2016г. North Charleston, USA. Том 1. 2016. – С.163-168.
4. Кадровое планирование [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://ipk.by/upravlenie-personalom/kadrovoe-planirovanie.html> (дата обращения 27.10.2016)
5. Никифорова Л. Анализируйте текучесть персонала, и вы много узнаете о компании [Текст] / Л. Никифорова // Кадровое дело. -2013. № 2. – С. 48-59.
6. Батенёва Т. Текучесть кадров в России [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.hrmaximum.ru/news/the_turnover_rate_in_russia_will_peak_next_year/ (дата обращения 19.03.2016)
7. Методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499061181>

УДК 65.012.7

КОМПЕТЕНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бойцова Мария Владимировна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Соболев Александр Витальевич

Медицинская помощь – это действия, направленные на сохранение здоровья и жизни человека. Здоровое население – огромное богатство для государства, именно поэтому необходимо обеспечивать медицинскую помощь на самом высоком уровне. Иными словами, медицинская помощь должна отвечать всем требованиям качества, применимым к сфере здравоохранения.

Согласно международным трактовкам, под качеством медицинской помощи мы понимаем ту степень, с которой медицинское обслуживание отдельных пациентов и популяции в целом повышает вероятность достижения желательных исходов лечения и соответствует современным профессиональным знаниям [1, с. 34].

В Российской Федерации для организации контроля и управления качеством оказания медицинской помощи Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения разработала документ «Предложения (практические рекомендации) по организации

внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в медицинской организации (стационаре)». В нем описаны подходы к формированию и работе системы внутреннего контроля и управления качеством и выделены 11 основных направлений, среди которых: эпидемиологическая безопасность, хирургическая безопасность, лекарственная безопасность, качество и безопасность обращения медицинских изделий, качество организации экстренной и неотложной помощи, преемственность медицинской помощи, а также система управления персоналом медицинской организации и компетентность медицинских кадров.

Зависимость качества оказания медицинской помощи от квалификации и компетентности каждого медицинского работника и слаженности их совместной работы на самом деле очень велика. Компетентность – это наличие знаний и опыта, которые необходимы для успешного осуществления деятельности в определённой области. Это понятие включает в себя две основные составляющие – профессиональную и социальную компетенции. При этом общая компетентность медицинских работников оказывает влияние на все аспекты качества оказания медицинской помощи (рис.1).

Профессиональные компетенции определяются как наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания медицинской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Социальные компетенции – это важные профессионально значимые личностные качества: честность, ответственность, дисциплинированность, аккуратность, умение работать в команде, причем мультидисциплинарной.

Профессиональные компетенции медицинского персонала вырабатываются в ходе получения образования, а также в ходе практической деятельности и непосредственного применения теоретических знаний, получения опыта. Также в медицинских организациях применяется непрерывная система образования работников вкпе с несколькими, последовательно реализуемыми практиками в процессе управления персоналом: определение базовых и специализированных компетенций, разработка профилей компетенций, согласование уровней овладения компетенциями для разных категорий сотрудников.

Таким образом, профессиональные компетенции врачей и среднего медицинского персонала отвечают высоким требованиям системы здравоохранения, чего нельзя с уверенностью сказать о социальных.

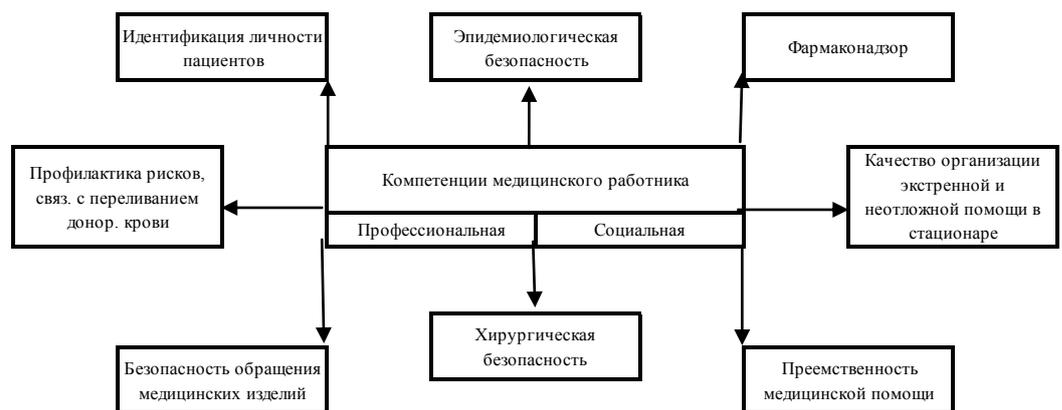


Рис. 1 - Влияние компетенций медицинского работника на показатели качества медицинской помощи.

Наиболее часто встречающиеся проблемы, связанные с социальными компетенциями - конфликты в организации, имеющие своей первоосновой социально-психологическую составляющую, а также синдром эмоционального выгорания врачей, обусловленный неоднозначностью ответственности за состояние пациента, сутью взаимодействия и его результатами для обеих сторон. Ответственность лежит на

помогающем и он осознанно её принимает. Эмоциональное выгорание влечет за собой такие последствия, как неконструктивные или неэффективные модели поведения работника, повышение напряженности вокруг себя, что сказывается на коммуникации и качестве работы.

Вышеперечисленные проблемы поддаются исправлению. Существуют различные методы, помогающие организации предупреждать или разрешать эти ситуации и вырабатывать у своих сотрудников необходимые навыки социальных взаимодействий. Необходимо иметь в виду, что развитие социальных компетенций медицинских работников путем переподготовки, обучения, тренингов и коуч-сессий имеет прямое отношение и влияние на повышение качества оказания медицинской помощи и поэтому должно находиться в фокусе внимания руководителей медицинских организаций.

Список литературы

1. Деминг Э.У. Выход из кризиса. Новая парадигма управления людьми, системами и процессами. // Альпина Паблишер. – 2016. – 417 с.
2. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клиничко-экономической экспертизы» Росздравнадзора «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)», - 2015.

УДК 614.2.07

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В МЕДЕЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ватрасов Сергей Вячеславович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Ситникова Светлана Евгеньевна

Кадровая политика организации - главное направление работы с кадрами, представляющее собой совокупность методов, принципов, правил и норм работы с персоналом, которые должны быть четко сформулированы и осознаны [1].

Кадровая политика может быть представлена в широком и узком смысле.

В широком смысле - это нормированная система правил, которая делает человеческие ресурсы организации соответствующими стратегии фирмы. Вследствие этого, работа с кадрами и все мероприятия, связанные с нею – отбор, аттестация, обучение, переобучение, продвижение, составление штатного расписания – должны быть заранее спланированы, приведены и согласованы с целями и задачами организации.

В узком смысле - это конкретные правила, ограничения, ожиданий во взаимоотношениях работников и фирмы [1].

Главная цель управления в системе здравоохранения – это обеспечение граждан доступного и качественного медицинского обслуживания. Кадровый потенциал играет большую роль в функционировании и развитии здравоохранения в целом.

Задача кадровой политики учреждений здравоохранения – подготовка квалифицированных специалистов, которые обладают необходимыми знаниями для обеспечения клинической и экономической эффективности от применяемых современных медицинских технологий, методик профилактики, диагностики и лечения, достижение определенного соотношения между численностью врачей и среднего медицинского персонала, а также осуществления оптимального уровня пропорций в кадровом обеспечении всех ступеней здравоохранения [2]. Таким образом, одним из ключевых направлений улучшения системы оказания медицинских услуг и фактором повышения эффективности от медицинской помощи является организация условий для мотивированного труда медицинского персонала.

Управление персоналом включает в себя три взаимосвязанных части: планирование, подготовку и использование персонала. Одним из условий успешного

управления персоналом является взаимозависимое функционирование данных компонентов, так, планирование развития кадров количественное и качественное не будет иметь эффекта, если система подготовки и повышения квалификации специалистов не будет способна обеспечить оба этих фактора. Но вместе с тем подготовленные кадры должны найти себе практическое применение, которое соответствует их профессиональной квалификации. В ином случае планирование и подготовка кадров не имеют эффективности как фактор развития системы здравоохранения. Вторым непременным условием улучшения управления кадрами является реализация концепции интегрированного развития медицинского персонала и самой системы здравоохранения.

Сегодняшние проблемы развития персонала здравоохранения имеют многокомпонентную структуру. К их числу можно отнести следующие:

- отсутствие или слабость необходимых стимулов и мотивационных факторов для постоянного повышения профессионализма и компетенций;
- не очень высокий престиж профессии врача;
- диспропорции в условиях для работы врача в сельской местности и городе;
- недооценка вследствие стандартизации индивидуальных особенностей личности врача, оригинальности в его профессиональном мышлении в случаях оказания помощи каждому пациенту. Нормативы в настоящий момент по факту стали тормозить врачебное творчество и индивидуальный подход;
- повышение уровня морально-психологического напряжения в медицинских коллективах, особенно во взаимоотношениях с пациентами.

Таким образом, развитие здравоохранения предполагает наличие кадровой политики, и цель ее, в конечном итоге, довольно проста – это удовлетворить потребности в профессионально подготовленном врачебном и среднем медицинском персонале исключительно для осуществления сохранения и укрепления здоровья граждан РФ. Основными элементами кадровой политики являются: рациональное планирование в подготовке и трудоустройстве медицинских кадров, формирование госзаказа на их подготовку, выравнивание региональных диспропорций в распределении кадрового потенциала в первичной, специализированной и скорой медицинской помощи, определение потребности в медицинских, научных и педагогических кадрах с учетом среднесрочного и долгосрочного развития отрасли, обновление госстандартов обучения медицинских кадров, реальное повышение эффективности аспирантуры и докторантуры для увеличения научного потенциала отрасли.

Список литературы

1. Базаров Т.Ю. Управление персоналом. учеб.пособие / Т.Ю. Базаров, Б.Л. Еремена. - Москва: ЮНИТИ- ДАНА, 2012. – С. 560.
2. Кибанов А.В. Концепции стратегии кадровой политики медицинской организации / А.В. Кибанов, М.А.Ушакова // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2012. - № 10 октябрь. – С.15.

УДК 65.015.3

СПЕЦИФИКА ВНУТРЕННЕГО БЕНЧМАРКИНГА В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Гаврилова Ангелина Абу-Магомедовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н. Водопьянова Наталья Александровна

Под бенчмаркингом понимают системное сопоставление организационных процессов и эффективности деятельности, проведенное на основе заранее выбранных индикаторов (компания и менеджмент: организационная структура, менеджмент, распределение участков ответственности, планирование и управление; особые параметры компании: сложность продукта и организации, размер компании). Цель бенчмаркинга-

выявить разрыв между лучшими из достигнутых результатов и теми, которые компания показывает в настоящее время, чтобы разработать стандарты и/или улучшить процессы.

Внутренний бенчмаркинг является отправным пунктом любого процесса бенчмаркинга и всегда рассматривается в первую очередь. Этот подход очень эффективен в организациях, имеющих большое количество деловых подразделений и (или) работающих относительно автономно и занятых сходной деятельностью.

Внутренний бенчмаркинг заключается в том, чтобы сначала осмотреться внутри организации для выяснения, насколько сходна работа различных филиалов, и затем определить лучшие из наблюдаемых практик. Этот тип бенчмаркинга легче всего осуществить, поскольку в этом случае нет проблем безопасности или конфиденциальности. Почти во всех случаях внутренний бенчмаркинг должен быть предпринят в первую очередь, поскольку он стоит недорого и дает очень подробные данные, предполагает поиск партнеров из той же организации, например, из структурных подразделений из другой сферы деятельности. Главные преимущества внутреннего бенчмаркинга - более легкий доступ к информации. Необходимые данные, как правило, доступны, и для их получения требуется меньше времени и ресурсов. Также при внутреннем бенчмаркинге значительно меньше барьеров для внедрения, так как опыт достаточно просто будет передаваться в рамках одной организации. Более того, организация часто может пригласить на время опытный персонал из других организаций, который может помочь провести планирование на будущее.

Актуальность проведения сопоставительного анализа на уровне отделов объясняется прежде всего тем, что, во-первых разными отделами одной компании могут выполняться одни и те же функции, либо в них могут протекать схожие бизнес-процессы, во-вторых, отделы могут иметь много общего в области организации работы или в вопросах кадровой политики. К примеру, в каждом отделе составляется график отпусков сотрудников, просматривается корреспонденция как внешняя, так и внутренняя, обрабатываются входящие и исходящие документы. Сопоставительный анализ различных отделов компании, проведенный по таким критериям, как: организационные механизмы и процессы, практические навыки, используемые методы и технологии, а так же показатели качества выполнения работ, может оказаться крайне полезным для повышения эффективности деятельности компании в целом.

Качество и безопасность медицинской деятельности во многом зависит от слаженной работы хорошо подготовленных медицинских работников. Штатные расписания для медицинской организации различного профиля определены порядками оказания медицинской помощи. Задача руководителя – наиболее эффективно использовать кадровый потенциал организации, иными словами, управлять персоналом.

Управление персоналом - область знаний и практической деятельности, направленная на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции и оптимальное его использование. Основными компонентами системы управления персоналом являются:

- Использование социально-психологических методов:
 1. Наличие системы поиска и подбора персонала (оценить систему поиска и подбора персонала, опросить не менее двух ответственных сотрудников кадровой службы)
 2. Наличие программы по снижению текучести кадров (оценить программу по снижению текучести кадров, включая программу по адаптации новых сотрудников, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5 начавших работать в медицинской организации в течение последнего года (последних лет) об участии в подобных программах)
 3. Наличие системы социальной поддержки (оценить систему социальной поддержки в медицинской организации, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5-и сотрудников из различных подразделений (например, помощь в

устройстве детей в дошкольные учреждения, организация летнего отдыха детей сотрудников бесплатно или со скидкой и т.д.))

4. Наличие системы мотивации персонала (оценить систему мотивации (материальной и нематериальной) персонала, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5-и сотрудников из различных подразделений, привести примеры)

5. Наличие программы по улучшению социально-бытовых условий персонала (оценить социально-бытовые условия персонала, посетить места для отдыха, принятия пищи и т.п. в разных подразделениях медицинских организаций)

6. Регулярная оценка мнения персонала, информирование о результатах анализа (проверить регулярность «обратной связи»: проведения анкетирования сотрудников, анализа результатов опросов, систему информирования персонала, опросить не менее 5-и сотрудников из разных подразделений на предмет подтверждения наличия системы)

- Оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие);
- Оперативная оценка персонала;
- Подбор и адаптация персонала;
- Стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала: от медицинской сестры до главного врача, от умения работать в команде, причем мультидисциплинарной. Требуются не только высокая квалификация и исполнительская дисциплина работников, но и их творческое участие в работе медицинской организации, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

Важно, чтобы разработки медицинской организации по компетенциям персонала были доведены до сведения всех сотрудников. В дальнейшем модель и профили компетенций могут быть применены для оценки эффективности работы персонала.

Список литературы:

1. Водопьянова Н.А. Возможности и ограничения применения бизнес-тренинговых технологий в исследованиях систем управления персоналом. / В сборнике: Перспективные направления применения инновационных технологий в управлении Межвузовский сборник научных трудов по материалам IV Межвузовской научной конференции молодых исследователей. Под редакцией О.В. Байдаловой. Издательство:Общество с ограниченной ответственностью "Волгоградское научное издательство"(Волгоград)- 2013.- С. 44-49.

2. Гербен ван ден Берг, Марсель ван Ассен, Пауль Питерсма. Ключевые модели менеджмента. 60 моделей, которые должен знать каждый менеджер. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2013. – 320 с.

3. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской в медицинской организации (стационаре). Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора.

4. Михайлова, Елена Альбертовна. Бенчмаркинг / Е. А. Михайлова. - М.: Благовест-В, 2002. - 174 с. - Кр.65.291 С347

УДК339.138

DIGITAL-МАРКЕТИНГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Гордеева Юлия Валерьевна**

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент кафедры маркетинга Голодова Анастасия Александровна

XXI век - век информационных технологий, когда не только печатные издания, но и телевидение постепенно уходит на второй план. Поэтому digital активно набирает популярность во всех сферах, особенно в маркетинге. Digital-маркетинг (цифровой или интерактивный маркетинг) – это использование всех возможных форм цифровых каналов для продвижения бренда. Digital-маркетинг тесно переплетается с интернет-маркетингом, но в нем уже разработаны техники, позволяющие достигать целевую аудиторию даже в оффлайн среде (использование приложений в телефонах, sms/mms, рекламные дисплеи на улицах и т.д.).

Анализируя запросы населения РФ в Интернет по медицинской тематике, можно сделать вывод, что только за ноябрь 2016 г. «противовирусный препарат» искали 115 736 раз, «ОРВИ» - 255 189 раз, «грипп» - 652 820 раз. Эти цифры – малая доля целевой аудитории, к которой получают доступ в интернете медицинские и фармацевтические компании. Однако, несмотря на привлекательность ниши, digital-коммуникации во многом остаются для этой сферы неизвестными. Причинами этого можно назвать: ряд законодательных ограничений по использованию средств и методов продвижения; интуитивный маркетинг в сфере здравоохранения, бессистемность в планировании; неспособность применять новые технологии продвижения в следствие отсутствия квалифицированных специалистов и проч.

За последние 10 лет россияне стали больше следить за своим здоровьем: заниматься спортом, правильно питаться, посещать врачей в профилактических целях. Согласно статистике, около 50% россиян посещают муниципальные поликлиники, 13% - коммерческие; наиболее часто покупаемые лекарства – болеутоляющие и жаропонижающие средства, а также другие препараты от простуды и гриппа. Сейчас появляется множество мобильных приложений, связанных с носимой электроникой – браслетами, умными часами и прочими фитнес-трекерами. Они могут стать базой для целого сообщества: интересные примеры представляют собой фитнес-приложения, в которых люди делятся с друзьями количеством сожженных калорий или маршрутами велопогулок.

Примеры использования digital-инструментов для продвижения рецептурных препаратов:

- внутренние интернет порталы для врачей и фармацевтов;
- онлайн-обучение для врачей по препаратам;
- промоционные skype-конференции, вебинары, которые позволяют, не покидая региона пообщаться со специалистами, по препаратам компании и общей проблематике;
 - специализированные сайты по проблематикам;
 - форумы для обсуждения препаратов и компаний;
 - персональные рассылки;
 - социальные сети для врачей и фармацевтов;
 - мобильные приложения по поддержанию здоровья.

Все эти инструменты позволят влиять на продажи и брендинг компаний, через врачей и фармацевтов на конечных потребителей.

На сегодняшний день производители лекарственных средств активно видоизменяют инструменты продвижения и переориентируются на бурно развивающийся

рынок интернет-ресурсов, что позволяет фармацевтическим компаниям выстраивать новый уровень коммуникаций.

В РФ в последние годы значительно растет роль digital-каналов в продвижении фармацевтической продукции. Так, по данным CegeDimStrategicData, в 2013 году объем этого сегмента составил \$1,5 млн, а в 2011 году его практически не существовало. В сфере digital, где завладеть вниманием зрителя или читателя надолго чрезвычайно сложно, выигрывает тот, кто использует нестандартные решения. Впоследствии они становятся привычными, но первопроходцы пожинают самые богатые плоды.

Выбирая digital-технологии для построения коммуникации с клиентами, можно подарить им новый интерактивный опыт взаимодействия с брендом. Электронные каталоги позволяют быстро, легко и без стеснения заказать любой препарат, а цифровые POS-материалы в зоне выкладки расскажут все о товаре без помощи консультанта.

Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что digital-маркетинг – необходимый инструмент для продвижения фармацевтических препаратов на рынке, с которым по своей продуктивности не сравнятся альтернативные инструменты.

Список литературы

1. Интернет-маркетинг и digital-стратегии. Принципы эффективного использования: учеб. пособие / О. А. Кожушко, И. Чуркин, А. Агеев и др. ; Новосиб. гос. ун-т, Компания «Интелсиб». – Новосибирск: РИЦ НГУ, 2015. – С. 44-46.

2. Как эффективно использовать коммуникационные инструменты при работе с брендами в области здравоохранения и медицины?: [Электронный ресурс]//– Режим доступа: <http://prclub.spb.ru/2016/10/13>

3. Пронина Н. И. Как фарме и медицине работать с digital:// – Режим доступа: <http://www.sostav.ru/publication/kak-farme-i-meditsine-rabotat-s-digital-16847.html>

УДК 65.012.7

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РФ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Даудов Иса Алиевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Водопьянова Н.А., к.э.н., доцент

Кризисные явления в экономике оказали большое влияние на работу сферы здравоохранения. Средства государственного регулирования развития этой сферы, как показывает практика, не всегда эффективны. Многочисленные статистические опросы демонстрируют недовольство как потребителей, так и профессионалов. По этой причине изучение перспектив развития рынка медицинских услуг и направлений его развития является очень важным вопросом.

Одним из главных документов по обеспечению доступности медицинской помощи и повышению эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки, разработана Государственная программа Российской Федерации – "Развитие здравоохранения", утвержденная постановлением Правительства РФ No294 от 15.04.2014[2].

Традиционно под здравоохранением в нашей стране понимался комплекс государственных, социальных, экономических и медицинских мер по охране и улучшению здоровья общества. Сегодня ситуация меняется – здравоохранение является сложной системой социально-экономических взаимоотношений и специфичной отраслью народного хозяйства. Это определяет разнообразие факторов, влияющих на сферу здравоохранения, в том числе – негосударственных, рыночных механизмов. Немалую роль в данной системе играют коммерческие услуги.

Перспективы развития российского рынка медицинских услуг необходимо изучать с учетом текущего состояния российского здравоохранения, его проблем и потребностей. К числу наиболее важных относят кадровые проблемы.

В частности, остро стоит проблема оттока профессиональных кадров в частный сектор. Экспертами отмечается тенденция оттока профессиональных кадров в частный сектор. Население России все больше стали пользоваться платными услугами, в 2014 г. отмечен рост объема платных медицинских услуг – на 24,2% по сравнению с 2013 г. В условиях снижения доступности медицинской помощи для населения рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной[3]. При этом данная тенденция органично сочетается с повышением популярности коммерческих медицинских услуг среди россиян, отмеченной в последние годы.

На фоне роста благосостояния населения и инвестиций государства в медицину в предшествующие годы наметилось изменение потребительского поведения россиян, которые чаще стали обращаться как в государственные, так и в частные ЛПУ. Возросла доля пациентов, которые готовы официально доплачивать за медицинские услуги. В текущей экономической ситуации эта тенденция сохранится за счет переориентации пациентов на менее дорогие услуги и использования серых схем оплаты медицинских услуг.

Россияне стали чаще обращаться за медицинской помощью и все чаще готовы легально платить за медицинские услуги. По данным исследования «Индекс здравоохранения – 2014», проведенного «Опорой России» совместно с ВШЭ и ВЦИОМ, если в 2013 г. в частные клиники обращались 39% пациентов, а в государственные – 72%, то в 2014 г. эти показатели составили 47% и 77% соответственно.

По данным того же исследования, с 20% до 31% увеличилось количество пациентов, готовых официально доплачивать за более качественную медицинскую помощь.

Спад экономики и снижение реальных доходов населения будут сдерживать покупательскую способность [1]. Однако тенденции к указанным изменениям в потребительском поведении, на наш взгляд, сохранятся. Вместе с тем фактор цены при выборе ЛПУ станет более значимым.

В условиях снижения располагаемых доходов населения мы ожидаем тенденцию к росту объема серого сектора медицинских услуг в канале ОМС – как инструмента получения услуг относительно лучшего качества по сравнению с легальной платной медициной. Ценовая конкуренция между частными и государственными ЛПУ в сегменте легальных платных медицинских услуг также возрастет[4].

Помимо повышения потребительской активности на внутреннем рынке коммерческих медицинских услуг, российское здравоохранение активно развивается в сторону повышения привлекательности для медицинского туризма. Развитие данной сферы полезно для повышения качества оказываемых медицинских услуг в стране, а также стимулирует развитие смежных отраслей, связанных с туризмом. Россия является привлекательной страной для медицинских туристов, т. к. имеет высококвалифицированных специалистов, уникальные природные условия и конкурентные цены на медицинские услуги. Однако отсутствие развитой инфраструктуры останавливает рост данной сферы.

Для повышения эффективности развития в стране медицинского туризма следует рассмотреть возможность специализации на отдельных направлениях, таких, например, как ядерная медицина и лучевая терапия, офтальмологическая хирургия и др., где авторитет российской медицины достаточно высок, а предложения конкурентоспособны на мировом рынке[3].

Таким образом, в нынешних условиях затяжного экономического кризиса перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг определяются оттоком

специалистов в коммерческие клиники, повышением спроса на коммерческие медицинские услуги и активностью потребителя их оплачивать. Значительную пользу для системы здравоохранения в целом могла бы обеспечить сфера медицинского туризма, для развития которой вначале необходимо решить ряд сопутствующих проблем.

Список использованной литературы

1. Водопьянова Н.А., Салманов М.Р. Потребитель медицинских услуг: экономический аспект . В сборнике: Теоретические и практические проблемы развития современной науки сборник материалов IX Международной научно-практической конференции. 2015. С. 106-108.
2. Государственная программа Российской Федерации “Развитие здравоохранения” // www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info
3. Калмыков Н. Н., Рехтина Н. В. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в российской Федерации / Н. Н. Калмыков, Н. В. Рехтина [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf> (18.02.2016).
4. Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения// Вестник Росздравнадзора, 2012. № 2 – с. 33-38

УДК 614.2: 334.75

**КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ НА РЫНКЕ СТРАХОВЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Дубовик Анастасия Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Водопьянова Наталья Александровна, к.э.н., доцент

Тесную взаимосвязь экономики и медицины отследить несложно, страны с развитой экономикой являются передовыми во всех сферах: образование, науке, искусстве, а также в медицине.

В наше время, где царит стресс и бессонница, идет активная популяризация здорового образа жизни, следить за своим весом, кожей и здоровьем в целом, проходить как минимум ежегодные медицинские осмотры, получать консультации врачей, обращаться к косметологической медицине. Люди, имеющие доход, позволяющий пользоваться услугами частных медицинских учреждений, не ставят выбор перед собой, куда обратиться в государственные больницы и поликлиники либо в частные. По причине хорошей доходности данного бизнеса, среди частных клиник существует конкуренция, которая выражается в повышении качества обслуживания, индивидуального подхода к клиентам, уровне квалификации врачей, современности оборудования и методов лечения.

Конкуренция на рынке медицинских услуг имеет свою специфику. Спрос на медицинские услуги всегда имеет положительную динамику, большая часть медицинских учреждений находится под контролем государства, прогнозировать спрос на медицинские услуги не просто, неполнота информации [3].

Рассмотрим такую услугу как медицинское страхование. Данная услуга может быть качественной, когда пациенты будут своевременно получать выплаты при наступлении страхового случая, однако если при формировании базы клиентов страховой компании окажется так, что в пропорции между людьми с низким риском болезни и высоким преобладают последние, компания может не достичь поставленной цели, а именно прибыли. Полярность интересов страховщиков и пациентов заключается в том, что пациенты заинтересованы в получении качественного лечения, а страховщики в минимизации оказываемых услуг пациентам, уплаты меньшей суммы за лечение в сравнении со страховым взносом.

Реформа медицинского страхования США, проводимая Бараком Обамой, вызвала много споров и дискуссий в 2014 году. Суть данной реформы заключается в том, чтобы

сократить государственные расходы на здравоохранение и обеспечить страховым компаниям средства, которые они будут получать за счет людей с низким риском заболеваний, при этом сделать страхование более доступным для больных людей, увеличивая их количество и расширяя оказываемую им помощь[5]. Медицинское страхование в течение 10 лет должны принудительно получить 36 миллионов человек[6]. Мотивирующим фактором приобретения данной услуги служит административное наказание в виде штрафа.

Зачастую пациенты разочарованы деятельностью страховых компаний, так как последние в гонке за прибылью идут на хитрости и сокращают список нестраховых случаев[3]. Также страховые компании не несут ответственность за качество оказываемых услуг, но в идеале прибыль компаний должна формироваться за счет оказания качественного современного обслуживания путем сокращения издержек, выгодного сотрудничества с поставщиками медицинских услуг, чьи услуги получили положительную оценку. Построение деятельности страховых компаний по таким принципам и будет являться конкурентным преимуществом.

Конкурентоспособность страховых компаний определяет качество оказываемых услуг. Преследуя цель расширения рынка, компаниям следует придерживаться следующей модели: повышать качество услуг и их ассортимент с незначительным увеличением их стоимости.

В процессе выявления проблем конкурентоспособности медицинских услуг, можно сформировать план мероприятий для повышения конкурентоспособности:

- Стандартизация и лицензирование медицинской помощи;
- Развитие контрактных соглашений между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями;
- Проведение контроля по качеству оказываемых услуг;
- Внедрение современных технологий в медицинские учреждения;
- Доступность информации на ранке медицинских услуг для пациентов;
- Ведение четкого перечня услуг страховой компанией;
- Защита прав пациентов.

В заключении можно отметить, что конкурентное преимущество страховых компаний складывается из многих факторов и под влиянием внешней среды, которая воздействует на компанию, с одной стороны клиенты, чье негативное влияние заключается в неполноте информации предоставляемой компаниям, с другой медицинскими учреждениями, государственным регулированием и т.д. Страховым компаниям необходимо продуктивно сотрудничать с медицинскими учреждениями, тщательно следить за качеством обслуживания, идти в ногу с современными методами лечения, обращать внимание на квалификацию врачей, потому что лояльный клиент готов поддерживать компанию, давать ей развитие, рекомендовать своим друзьям и знакомым, из этого и складывается конкурентное преимущество.

Список литературы

1. Водопьянова Н.А. Методологические и методические подходы к оценке влияния государственной инвестиционной политики на эффективность региональной социально-экономической системы В книге: Развитие региона как социальной системы: социально-экономические индикаторы и показатели. Под редакцией О.В. Байдаловой; Волгоградский государственный социально-педагогический университет. Волгоград, 2014. С. 8-35.
2. Портер М. Конкуренция. — М., СПб.: Изд.дом «Вильямс», 2006.
3. Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине. Электронный источник: <http://www.cfin.ru/management/strategy/>
4. Лифиц И.М. Формирование и оценка конкурентоспособности товаров и услуг: - Учеб. пособие. – М.: Юрайт-Издат, 2004.

5. Мирзаян Г. Реформа вышла боком / Электронный журнал «Expert Online» 2013/ Электронный ресурс: <http://expert.ru/2013/11/22/reforma-vyishla-bokom/>

6. Солодовников М. Обама реформирует здравоохранение: плюсы и минусы новой системы/ Вести.RU 2009/Электронный ресурс: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=327220>

УДК 331

ВНЕДРЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМУ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Евсюков Дмитрий Вадимович

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н., доцент Обьедкова Лариса Викторовна

Система здравоохранения играет огромную роль в жизни общества любой страны, в том числе и России. В концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года подчеркивается, что основными проблемами в области управления медицинскими кадрами является уравнильные подходы к оплате труда и, как следствие, снижение престижа медицинской профессии[1, с. 22].

Данные проблемы были обусловлены применением единой тарифной сетки (ЕТС), которая изначально соответствовала только условиям периода перехода от плановой к рыночной экономике, в связи с чем позволяла обеспечить стабильность и гарантированный характер выплат, однако не предусматривала методов материального стимулирования работников.

Для решения проблемы уравнильного подхода к оплате труда и отсутствия системы материального стимулирования работников бюджетной сферы Правительство РФ постановлением №583 от 05.08.2008 года заменило единую тарифную сетку на новые системы оплаты труда (НОСТ), основанные на профессионально квалификационных группах, для которых, соответственно, законодательно устанавливается минимальный размер базового оклада, носящий рекомендательный характер. Окончательный же размер должностных окладов устанавливаются руководителем учреждения на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности, а также с учетом сложности и объема выполняемой работы[2, с. 44].

Важным отличием НСОТ для выплат стимулирующего характера является то, что в структуре заработной платы медицинского персонала данные выплаты обязательно должны присутствовать. Их величина должна составлять не менее 30% бюджетных средств, направленных на оплату труда. При этом ЕТС предусматривалось всего 10% от фонда оплаты труда[1, с. 25].

Перечень видов выплат стимулирующего характера в федеральных, бюджетных, автономных и казенных учреждениях устанавливается приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2007 года № 818. Согласно данному приказу выплаты стимулирующего характера могут быть следующих видов:

- За интенсивность и высокие результаты;
- За качество выполнимых работ;
- За стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- Премияльные выплаты по итогам работы.

Однако порядок определения вышеназванных стимулирующих выплат для данных учреждений не разъяснен в данном приказе, что вызывает сложность при установлении показателей, за которые работник получит данные выплаты.

В связи с этим автор предлагает использовать ключевые показатели эффективности в оплате труда медицинских работников, которые позволят уточнить перечисленные показатели, за которые положены выплаты стимулирующего характера.

Ключевые показатели эффективности (КПЭ) – это показатели достижения успеха, мера степени достижения цели деятельности организации или отдельного процесса[3, с. 86].

В практике управления КПЭ являются «измерительными приборами», при помощи которых оценивают результаты деятельности организации в целом, ее подразделений и сотрудников. Иначе говоря, КПЭ наглядно отображает зависимость результата работы от способов и условий выполнения этой работы, качества и количества используемых ресурсов.

Так, например, автор предлагает детализировать один из показателей премирования «за интенсивность и высокие результаты труда» для врачей на два показателя: количество часов отработанных сверх нормы, количество принятых пациентов сверх нормы. А показатель «за качество выполнимых работ» на – число вылеченных пациентов по отношению к общему числу пациентов и количество обоснованных жалоб. Данная детализация позволит сделать систему премирования медицинских работников более прозрачной и понятной.

Также стоит отметить, что для разработки ключевых показателей эффективности необходимо провести комплексную оценку работ различных категорий медицинского персонала. А при установлении непосредственно самих показателей нужно учитывать, что норма того или иного значения может зависеть от местности нахождения медицинского учреждения и численности населения.

Таким образом, на смену единой тарифной сетки, которая является не эффективной в текущих условиях развития экономики, пришли новые системы оплаты труда. Данная система оплаты труда позволяет установить оклад работникам бюджетной сферы, учитывая более широкую линейку критериев оценки работы, чем ранее. Однако существуют пробелы при определении стимулирующих выплат работникам медицинских учреждений. Недостаток системы материального стимулирования медицинских работников предлагается устранить при помощи внедрения системы ключевых показателей эффективности, которые повысят ясность и объективность начисления стимулирующих выплат.

Список литературы

1. Афонасенко Е.В. Выплаты стимулирующего характера в новой системе оплаты труда медицинских работников // Труд и социальные отношения. – 2013. - №10. – С. 22-34.
2. Кузнецов О.И. Инновация в области управления оплатой труда медицинских работников // Вестник саратовского государственного социально-экономического университета. – 2013. - №1. – С. 43-46.
3. Обьедкова Л.В., Евсюков Д.В. Внедрение системы КПЭ в процесс управления мотивацией персонала на предприятии в современных условиях // Наука и образование в социокультурном пространстве современного общества. – 2016. – С. 86-89.

УДК 614.27:339.138

МЕРЧАНДАЙЗИНГ КАК БАЗОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОМПЛЕКСА МАРКЕТИНГА АПТЕК

Есоян Наира Акоповна

Россия, г. Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Институт фармации и трансляционной медицины

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

Мерчандайзинг – составная часть маркетинга, представляющая собой комплекс мероприятий по планированию и оснащению торгового пространства, размещению товаров и информационно-рекламных материалов в розничной торговой точке с целью увеличения объема продаж. К родовым свойствам мерчандайзинга относится следующее:

- понятие «мерчандайзинг» применимо к месту продажи товара конечному потребителю (розничной торговой точке). Большинство покупателей, пришедших в магазин, не имеют времени на то, чтобы проанализировать свойства каждого товара или выслушать мнение продавца о том, чем хорош тот или иной продукт. Следовательно, такого покупателя можно заинтересовать только экспозицией — то есть правильной выкладкой товара в торговой точке, которая вызовет у человека желание немедленно купить товар;

- мерчандайзинг как комплекс мероприятий визуально и с помощью других психофизиологических способов воздействует на покупателя (субъекта мерчандайзинга) при выборе товаров (объектов мерчандайзинга);

- цель мерчандайзинга – повышение объемов продаж продвигаемого товара и формирование лояльности покупателя к торговой точке, определенному бренду или производителю.

Считается, что основная цель мерчандайзинга в розничной торговле – это стимулирование импульсной покупки и превращение посетителя в покупателя товаров, реализуемых магазином. Однако цель мерчандайзинга состоит не столько во влиянии на поведение потенциального покупателя, сколько в адаптации деятельности розничного торгового предприятия к особенностям психологии человека [1]. В связи с этим, мерчандайзинг можно рассматривать как набор технологий для построения эффективных коммуникаций между товаром и потребителем в месте продаж.

На наш взгляд, следует различать «аптечный» и «фармацевтический» мерчандайзинг. Согласно требованиям статьи 54 «Правила оптовой торговли лекарственными средствами» и статьи 55 «Порядок розничной торговли лекарственными средствами» Закона РФ № 61 – ФЗ от 12.04.2010 г. устанавливается довольно широкий круг участников трансакций по продаже и передаче лекарственных средств (ЛС). К ним относятся: производители ЛС, дистрибьюторы, аптечные и ветеринарные аптечные организации, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность, медицинские организации, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность и их обособленные подразделения, расположенные в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные и ветеринарные организации. Покупателями / реципиентами кроме розничных покупателей также являются организации оптовой торговли ЛС, производители ЛС, аптечные и ветеринарные аптечные организации, научно-исследовательские организации, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность, медицинские и ветеринарные организации, организации, осуществляющие разведение, выращивание и содержание животных [2]. Все это позволяет определять «фармацевтический мерчандайзинг» как вид мерчандайзинга, характеризующийся спецификой товаров, предназначенных для научно-исследовательских, производственных, торгово-посреднических, диагностических, лечебных и профилактических целей в медицине, направленный на оказание информационно-консультационных услуг населению и организациям, увеличение продаж и осуществляемый в организациях, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность.

Каковы особенности «аптечного мерчандайзинга» как разновидности «фармацевтического мерчандайзинга»?

Во-первых, при реализации мерчандайзинга в аптеке происходит объединение аптечных товаров для лечебных, диагностических и профилактических целей с информационно-фармацевтическим консультированием в так называемый «расширенный продукт», ценность которого для потребителя возрастает благодаря обеспечению максимальной вероятности достижения цели покупки, правильности выбора медицинских товаров и лекарственных средств, получения положительного эмоционального настроения на выздоровление. Это как раз и является главной целью аптечного мерчандайзинга.

Во-вторых, в соответствии с Законом «Об обращении лекарственных средств» в аптечных организациях разрешена реализация не только лекарственных препаратов, но и ряда других групп товаров – изделий медицинского назначения, дезинфицирующих средств, предметов и средств ухода за больными, новорожденными и детьми; очковой оптики и т.д. В этой связи к товарам безрецептурного отпуска могут быть применимы общепринятые положения мерчандайзинга. К таким товарам относятся: продовольственные товары (продукты лечебного, детского и диетического питания; минеральные воды, БАД – нутрицевтики), промышленные товары (парфюмерно-косметическая продукция, предметы и средства личной гигиены, предметы и средства для ухода за больными и детьми, посуда для медицинских целей), книгопечатная продукция (медицинские и санитарно-просветительные печатные издания). Однако, лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, очковая оптика и средства ухода за ней, т.е. аптечные товары специального назначения, а также в определенной степени БАД - парафармацевтики должны являться объектам социально ответственного мерчандайзинга, призванного не только стимулировать покупателя к приобретению товара, но и обеспечить его правильный выбор в отношении сохранения и (или) восстановления здоровья. Поэтому идеологию мерчандайзинга, направленную на стимулирование импульсной покупки, нельзя автоматически переносить из сферы торговли продовольственными, промышленными и другими товарами на товары медицинского назначения без критической оценки и адаптации к условиям фармацевтической отрасли [3].

Таким образом, аптечный мерчандайзинг – это вид фармацевтического социально ответственного мерчандайзинга, реализуемого в аптечных организациях и представляющего собой комплекс мероприятий по планированию и оснащению торгового пространства, размещению товаров и информационно-рекламных материалов с целью оказания консультационных фармацевтических услуг, обеспечивающих покупателю (пациенту) правильный выбор и максимальную вероятность достижения целей покупки. В этом, на наш взгляд, заключается главная ценность аптечного мерчандайзинга. В более узком смысле аптечный мерчандайзинг призван служить достижению традиционных маркетинговых целей, связанных с увеличением объема продаж и прибыли, формированием постоянной лояльной клиентуры, привлечением новых покупателей, формированием положительного имиджа и укреплением рыночных позиций аптечной организации.

Список литературы

1. Коржавых Э.А., Егорова С.Н., Яровиков Г.С. Определение понятий «фармацевтический мерчандайзинг» и «аптечный мерчандайзинг» // Фармация. – 2012. - № 5. – С. 24 – 26.
2. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // СПС КонсультантПлюс.
3. Егорова С.Н., Яровиков Г.С., Ахметова Т.А. Аптечный мерчандайзинг и рациональное применение ОТС–препаратов // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. - №6. – С. 13–14.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ МАРКЕТИНГА В ПОЛИКЛИНИКЕ

Каныгина Олеся Александровна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
 Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента ВолгГМУ Ситникова Светлана Евгеньевна

Осуществляя деятельность в условиях рыночной экономики, здравоохранение, как и другие отрасли, подчиняется законам рынка. Чтобы успешно действовать в непрерывно

меняющейся рыночной обстановке, следить за ее изменениями и принимать эффективные управленческие решения, медицинские учреждения активно используют концепцию маркетинга, которая утверждает, что залогом достижения целей организации является определение нужд и потребностей целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и более продуктивными, чем у конкурентов, способами. В условиях конкуренции предприятию необходимо использовать маркетинговые инструменты с целью повышения качества услуг и их востребованности. Инструменты маркетинга представляют собой такие средства организации, которые она использует, чтобы оказать влияние на рынок. К ним относятся: ассортимент, цена, персонал, реклама и репутация организации на рынке.

В качестве медицинского учреждения, которое использует инструменты маркетинга, предлагается рассмотреть Поликлинику №1 НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД». Поликлиника предлагает широкий спектр консультативных медицинских услуг. Потребителю предоставляются как платные услуги, так и оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Основным видом деятельности является оказание медицинской помощи работникам ОАО «РЖД» и членам их семей. Всем остальным категориям граждан медицинская помощь может быть оказана в рамках платных медицинских услуг за наличный расчет, а также в рамках договоров добровольного медицинского страхования и договоров с предприятиями.

Для проведения маркетинговых исследований в области медицинских услуг, формирования ценовой политики, разработок годового плана развития учреждения, для рекламной и сервисной стратегии маркетинга всех направлений деятельности учреждения был создан отдел маркетинга. Данные функции осуществляются начальником отдела маркетинга. С целью продвижения услуг поликлиники разработан сайт НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» (<http://www.vzokb.ru/struktura/poliklinika-1/>). Именно в интернете все больше потенциальных пациентов получают нужную информацию, а на основе этой информации принимают решение о выборе услуг именно данного учреждения. Более востребованными становятся такие инструменты, как онлайн-запись в клинику, онлайн-консультации врачей, ознакомление с перечнем услуг и ценами, представление на сайте списка основного персонала клиники с описанием званий, опыта, профессиональных достижений и иных характеристик. Игнорируя данные возможности, организации, реализующие услуги медицинского назначения, лишают себя значительной части клиентов, не получают существенного дополнительного дохода, а значит, проигрывают в конкурентной борьбе тем учреждениям, которые в полной мере используют потенциал интернета.

Клиникой разработано приложение НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» для смартфонов на различных платформах (Клиника РЖД НУЗ ОКБ Волгоград). В мобильном приложении пациент может ознакомиться с электронным каталогом, с перечнем услуг и лечащими врачами, воспользоваться услугой «прямой звонок», отправить сообщение от пользователя в администрацию, просмотреть информацию о компании и сервисах через встроенные в приложение браузер (в том числе аудио- и видеоформатов).

Реклама – важная составляющая маркетинга в любой сфере, требующая значительного финансирования. Она способствует увеличению числа пациентов, продаж медицинских услуг и росту прибыли медицинских организаций. Организацию рекламной деятельности и контроль над ее эффективностью НУЗ ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» осуществляет в течение всего года. С целью создания рекламы отдел маркетинга поликлиники сотрудничает со средствами массовой информации: газетами, интернет-газетами, сайтами, телевидением (см. таблицу 1)

Важной составляющей маркетинговой политики медицинского учреждения является ценообразование. Ценовая политика разрабатывается с учетом целей и задач организации, внешних и внутренних факторов, влияющих на ценообразование, характера

спроса, издержек продаж, распределения и реализации услуг, политики конкурентов. Разработка ценовой политики включает: установление исходной цены на услуги, своевременное изменение цен с целью их соответствия рыночным условиям и политике, установленной другими поликлиниками-конкурентами. Специалистами (отдел маркетинга и отдел экономики) собирается необходимая для анализа информация, рассчитываются все экономические показатели учреждения, которые в дальнейшем используются для расчета цены на медицинские услуги (этап сбора первичной информации и экономического анализа, этап определения себестоимости, этап коррекционной работы – ввод инфляционных коэффициентов)

Таблица 1 - Расходы на рекламу в 2016 году

Месяц	Мероприятия	Сумма
Январь	Размещение на Волгоградском ТВ: Волгоград-1, РБ (ООО «2ТВ»). Программа «Интервью», реклама отделений, 30 минут	30000 рублей
Февраль	ООО «Арт Линия» Изготовление полиграфической продукции (приглашения на конференцию по жидкостной цитологии, буклеты, папки)	26712 рублей
Апрель	Программа «Перспектива», реклама аллергологического отделения, 40 минут. Программа «Прогулки с доктором», реклама поликлиники, 40 минут. Размещение на Волгоградском ТВ - «Муниципальное ТВ Волгограда», видеосюжет в программе «Телетерапия», реклама отделения женской консультации, 5 минут. Размещение баннера на сайте информационного агентства «Высота 102» (www.v102.ru), реклама аллергологического отделения.	104000 рублей
Ноябрь	ООО «Арт Линия» изготовление календарей НУЗ «ОКБ на ст.Волгоград-1 ОАО «РЖД» Поликлиника №1	19691 рублей
Итого		180403 рублей

Персонал является главным ресурсом в медицинском учреждении. Медицинские работники обеспечивают результативность и эффективность деятельности не только отдельных структурных подразделений, но и поликлиники в целом. Качество оказания услуг определяется в большей степени наличием квалифицированных сотрудников, обладающих специализированными знаниями. В поликлинике осуществляют свою профессиональную деятельность врачи, врачи высшей категории, врачи 1-й категории, врачи 2-й категории, кандидаты медицинских наук и представители среднего медицинского персонала. Именно данный персонал контактирует с потребителем (пациентом), следовательно, формирует имидж и репутацию учреждения на рынке медицинских услуг.

На примере Поликлиники №1 НУЗ «ОКБ на ст. Волгоград-1 ОАО «РЖД» можно сделать вывод, что в современных условиях использование инструментов маркетинга является неотъемлемой частью функционирования медицинского учреждения, только продуктивная маркетинговая деятельность позволит успешно осуществлять медицинскую деятельность.

Список литературы

1. Маева Е. И., Губаева М. Д. Внутренний маркетинг как инновационный инструмент управления человеческими ресурсами организаций здравоохранения. — 2011. — С. 95-96
2. НУЗ ОКБ на ст.Волгоград-1 ОАО «РЖД»: [Электронный ресурс]. М., 2011-2016. URL: <http://www.vzokb.ru/struktura/poliklinika-1/>. (Дата обращения: 07.11.2016)

УДК 331.2

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ЭФФЕКТИВНЫХ КОНТРАКТОВ

Коломиец Павел Сергеевич

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Оплата труда в настоящее время является важнейшей составляющей системы трудовой мотивации работников здравоохранения и рассматривается как основной инструмент управления, направленный на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания населения.

Понятие «эффективный контракт» введено в 2012 г. в рамках программы, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р⁴, которая направлена на совершенствование системы оплаты труда в госучреждениях и рассчитана на внедрение за 2012-2018 годы. Применение эффективных контрактов обязательно для работодателей, которые являются государственными или муниципальными учреждениями. Однако в силу свободной формы трудового договора коммерческие организации также могут использовать принципы формирования эффективного контракта в своей деятельности (статьи 9 и 57 Трудового кодекса РФ). Более того, многие коммерческие организации уже используют аналогичный подход, оплачивая труд своих сотрудников на основании ключевых показателей эффективности или KPI.

В Программе № 2190-р эффективный контракт определяется как трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг.

В 2013 г. размеры оплаты труда медицинских работников существенно выросли, а целевые значения, установленные для врачей и среднего медицинского персонала, были значительно превышены (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала и средней заработной платы в России в 2013 - 2015 гг., %

	2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.		2018 г.
	акт	Целевое значение*	Целевое значение (Согласно указам президента РФ от 7.05.2012)						
Врачи	125,3	112,9	141,0	113,0	141,8	113,7	140,9	200	
Средний медицинский персонал	72,9	75,6	70,4	76,2	70,7	79,3	79,5	100	

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (ред. от 14.09.2015) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы» // Справочно-правовая система «Консультант-Плюс»

Младший медицинский персонал	4	50,	51,	52,	100
	8,0	1	7,8	0	9,5
				4	9,5

Примечания:

* – целевые значения, установленные в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. № 2190-р. Источник фактических значений: данные Росстата (www.gks.ru).

В 2014 г. заработная плата медицинских работников выросла уже незначительно. В среднем по стране прирост среднемесячной заработной платы врачей составил 9,4%, и в абсолютном выражении ее величина достигла 46,2 тыс. руб. Зарплата среднего медицинского персонала выросла на 9,2% до уровня 26,3 тыс. руб. У младшего медицинского персонала темп прироста оказался самым высоким – 12,7%, но в номинальном выражении прирост составил всего 1,8 тыс. руб., и в 2014 г. среднемесячная заработная плата этой категории работников равнялась 16,1 тыс. руб.

В 2015 г. рост среднемесячной заработной платы был небольшим, причем даже ниже темпа инфляции, которая составила 12,9%. Для врачей и работников с высшим образованием рост составил 3,6%, средних медицинских работников – 2,6%, младшего медицинского персонала – 4,3%. Среднемесячная заработная плата врачей и работников с высшим образованием составила 47,9 тыс. руб., среднего медицинского персонала – 27,0 тыс. руб., младшего медицинского персонала – 16,8 тыс. руб. В итоге показатели соотношения заработной платы врачей и среднего медицинского персонала и средней заработной платы остались примерно на уровне 2013 г., но они по-прежнему выше целевых значений. Фактические показатели по младшему медицинскому персоналу, как и в 2013 г., остаются ниже целевых значений, но отставание невелико.

В соответствии с указом президента РФ №597 от 7.05.2012 планируется повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) - до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе, работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), - до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе.

Снижение темпов роста заработной платы в 2014-2015 гг. отражает реалии складывающейся экономической ситуации. Государственное финансирование здравоохранения в 2014 г. выросло в номинальном выражении всего лишь на 6,2%, а объем реализации платных медицинских услуг - на 7%. Поскольку достигнутые уже в 2013 г. значения средней заработной платы врачей и среднего медицинского персонала по отношению к средней заработной плате в регионе превосходили целевые показатели, установленные на 2014 г. и на 2015 г., то в условиях экономического кризиса вполне рационально была выбрана политика сдерживания темпов роста заработной платы.

Вместе с тем, по данным интервью с медицинскими работниками, проведенным сотрудниками НИУ ВШЭ в 2014 и 2015 гг., небольшой рост заработной платы, в пределах 10 - 15%, не приводит к позитивному изменению внутренней мотивации врачей.

Повышение размеров оплаты труда медиков рассматривалось в качестве составной части перехода к эффективному контракту. Этим понятием было названо заключение трудового договора с работником, в котором конкретизированы показатели и критерии оценки эффективности его деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг.

Эффективный контракт – тип договора для медицинских работников занятых в сфере государственного и муниципального здравоохранения. Смысл данного контракта имеет схожесть по содержанию, с обычным договором по оплате для медицинского персонала, занятого в коммерческой сфере здравоохранения. Введение оплаты труда в соответствии с «Эффективным контрактом» несло очень важное намерение – поднять уровень заработной платы в государственных учреждениях здравоохранения до уровня коммерческой медицины.

На практике, по оценкам значительной части медиков, работающих в государственных медицинских учреждениях, введение эффективного контракта оборачивается увеличением объема выполняемой ими работы, неадекватным фактическому росту их заработной платы.

Заработная плата медицинских работников складывается из трех частей:

- 1) базовый оклад;
- 2) компенсационные выплаты (за особые условия труда, сверхурочную работу, работу в ночное время и т.п.);
- 3) стимулирующие выплаты (выплаты за интенсивность, качество, результаты работы, премиальные, выплаты за стаж непрерывной работы и выслугу лет)⁵.

Базовый оклад и компенсационные выплаты нередко называют базовой частью оплаты труда. Предполагалось, что при внедрении эффективного контракта рост базовой части оплаты должен сочетаться с еще более быстрым увеличением стимулирующих выплат.

Между тем, по данным опросов медиков, проведенным НИУ ВШЭ в 2015 и 2016 гг., выявлен значительный рост ориентации на повышение доли базовой части в оплате труда: ее желаемая величина составила 62,5% в 2015 г., а в 2016 г. достигла 70,9%. Среди врачей доля желающих иметь более высокую долю базового оклада возросла с 66 до 86%. Причем те, кто получают стимулирующие выплаты, значительно чаще указывают на такую необходимость. Эти результаты заставляют сделать вывод, что политика внедрения эффективного контракта, отдающая приоритет увеличению доли стимулирующей части в оплате труда и обеспечению ее большей увязки с объемом и качеством работы, не отвечает интересам самих работников. А это означает, что не меньшее внимание должно быть уделено изменению порядка назначения базовой части оплаты труда. Этот порядок также должен быть стимулирующим, то есть учитывать квалификацию работника, сложность проводимых работ, степень дефицитности определенной категории работников на региональных рынках труда и прочие факторы.

Немаловажным моментом является то, что медицинское сообщество в моральном плане еще не готово осуществлять деятельность, показателями которой являются не только количество, но и, самое главное, качество оказываемых услуг. Руководство, особенно если не имеет необходимой квалификации, может осуществить формальный переход к новым трудовым отношениям. Переломить ситуацию будет сложно не только в

⁵ Матвеева К.А., Мочаева Т.В. Оплата труда работников медицинских учреждений // В сборнике: Современные проблемы и перспективы социально-экономического развития предприятий, отраслей, регионов сборник статей. Йошкар-Ола, 2016. С. 43.

экономическом, но и, прежде всего, психологическом плане. Реализация данной политики в бюджетной сфере станет переломным моментом в сознании медицинских работников⁶.

Меры, принимаемые Правительством и субъектами РФ, направленные на реформирование системы, пока имеют только теоретическую нормативную базу. Реализация данной задачи потребует прямого нормативного и организационного регулирования в каждом учреждении и максимальной концентрации финансовых и кадровых ресурсов.

Для получения масштабного результата необходимо, прежде всего:

- унифицировать показатели оценки врачей по каждой специальности;
- привести к единой системе оценочные показатели других категорий медицинского персонала, в том числе и прочего персонала, работающего в медицине, чтобы исключить издержки политизации и влияния. Однобокость предусмотренной системы стимулирования и повышения уровня оплаты труда только для медицинских работников также негативно сказывается на работе вспомогательных служб в медицине;
- поднять уровень минимальных государственных гарантий в оплате труда для работников здравоохранения. При достижении индикативных значений соотношения средней заработной платы к средней заработной плате по региону доля гарантированной (постоянной) части заработной платы должна составлять не менее 80 %;
- решить вопрос перевода врачей работающих в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях в статус субъекта права и создать универсальный механизм, который смог бы регулировать спорные случаи и конфликты, возникающие между врачом, пациентом и клиникой путем введения института саморегулируемых организаций⁷, применяемого к деятельности коммерческих организаций.

Выстраивая современные комбинированные системы оплаты, сочетающие явные и неявные, внутренние и внешние стимулы, надо помнить: любые подобные стратегии нуждаются в изменениях, по крайней мере, раз в два-три года. Причина в том, что оппортунистическое поведение может свести на нет любой мотивационный эффект, как только работники приспособятся к новым условиям. Совершенствование систем оплаты труда должно быть постоянным. В противном случае внедрение эффективного контракта и повышение оплаты труда либо вообще не будет иметь никакого мотивационного эффекта, либо эффект этот будет кратковременным.

Несмотря на отсутствие благодатной почвы для перехода медицинских работников на новые трудовые отношения, эффективный контракт – это именно то, что сегодня необходимо современной отечественной медицине. Решение обозначенных выше проблем позволит, без сомнения, рассматривать в области трудовых отношений эффективный контракт как действенный институт борьбы с оппортунизмом в учреждениях здравоохранения в целом в бюджетной сфере и снизить отток медицинского персонала из государственных медицинских учреждений в коммерческие медицинские структуры.

Таким образом, можно сделать вывод, что действующая система оплаты труда в медицинских организациях имеет как достоинства, так и недостатки.

Для достижения целевых значений к 2018 году о повышении средних зарплат врачей вдвое больше средней зарплаты по экономике для региона и заработков других медработников равной средней региональной зарплате необходимо повысить производительность труда медицинского персонала в медицинских учреждениях без

⁶ Борисова Е.А., Савина Н.В., Луцкан И.П., Тимофеев Л.Ф. Новые эффективные подходы в оплате труда медицинских работников // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2015. - № 1. - С. 18.

⁷ Хорольская Т.Е. Стимулирующие выплаты медицинским работникам // В сборнике: Формирование экономического потенциала субъектов хозяйственной деятельности: проблемы, перспективы, учетно-аналитическое обеспечение материалы VI Международной научной конференции. ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный аграрный университет». 2016. - С. 322.

снижения качества оказываемых медицинских услуг. Производительность труда может быть увеличена как за счёт насыщения медицинских учреждений высокотехнологичным оборудованием так и профессиональным освоением медицинским персоналом методов оказания медицинских услуг. Зачастую оснащение коммерческих клиник современным высокотехнологичным оборудованием опережает степень оснащение государственных медицинских учреждений районного уровня, в связи с чем уровень оплаты труда в коммерческих учреждениях закономерно оказывается выше.

В будущем ситуация с оплатой труда медицинским работникам, занятым в государственных медицинских учреждениях скорее всего, улучшится.

Список литературы

1. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (ред. от 14.09.2015) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы» // Справочно-правовая система «Консультант-Плюс».
2. Данные Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps>.
3. Борисова Е.А., Савина Н.В., Луцкан И.П., Тимофеев Л.Ф. Новые эффективные подходы в оплате труда медицинских работников // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2015. - № 1. - С. 12-21.
4. Матвеева К.А., Мочаева Т.В. Оплата труда работников медицинских учреждений // В сборнике: Современные проблемы и перспективы социально-экономического развития предприятий, отраслей, регионов сборник статей. Йошкар-Ола, 2016. С. 41-45.
5. Хорольская Т.Е. Стимулирующие выплаты медицинским работникам // В сборнике: Формирование экономического потенциала субъектов хозяйственной деятельности: проблемы, перспективы, учетно-аналитическое обеспечение материалы VI Международной научной конференции. ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный аграрный университет». 2016. - С. 320-325.

УДК 33: 614.2

ОПЛАТА ТРУДА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кравцова Олеся Викторовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

Принципиальную роль и особое место в регулировании труда и трудовых отношений занимают вопросы оплаты труда. В настоящее время проблема оплаты труда одна из самых трудноразрешимых в экономике любой отрасли, а особенно в здравоохранении.

В соответствии со статьей 37 Конституции РФ каждый работник имеет право на вознаграждение за труд не ниже установленной федеральным законом минимального размера оплаты труда. Трудовые доходы каждого работника определяются его личным вкладом с учетом конечных результатов работы организации.

Актуальность данной проблемы обуславливается реализацией национального проекта «Здоровье». Национальный проект «Здоровье – это программа, объявленная президентом Российской Федерации В.В. Путиным, стартовавшая 1 января 2006 года в рамках реализации четырех национальных проектов. Одним из направлений этой программы является непосредственное повышение размеров оплаты труда медицинских работников.

Заработная плата (оплата труда работника) – это вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий

выполняемой работы, а также компенсационные и стимулирующие выплаты. (ст. 129 Трудовой Кодекс России) [1].

Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. Следовательно, появляется вопрос, в какой же сумме компенсировать затраты труда работающего. Заработная плата должна не только возмещать трудовые затраты работника, но и повышать его интерес к качественному производительному труду.

В последнее время очень много говорят о новой отраслевой системе оплаты труда. В 2007 году вышло Постановление Правительства Российской Федерации от 22 сентября №605 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинских частей, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений»[1].

Ведение новой системы оплаты труда в отрасли здравоохранения позволит решить следующие задачи: сохранение единого подхода к формированию Положения по оплате труда; всесторонний учет особенностей труда работников отрасли; упорядочение компенсационных и стимулирующих выплат. Но, между тем кадровый голод в федеральных больницах страны постоянно растет: нехватка врачей составляет приблизительно 42%, персонала среднего звена - превышает 26%. В среднем российские врачи получают значительно меньше, чем работники других отраслей реального сектора экономики. По данным департамента здравоохранения правительства Московской области в столичных ЛПУ (лечебно-профилактических учреждений), благополучных по сравнению с региональными, средняя зарплата участкового врача в 2016 году составила 39 тысяч рублей, у среднего персонала - 19 тысяч рублей, у врача скорой помощи - 36 тысяч рублей. Региональные больницы приглашают на работу врачей в среднем на 18-25 тысяч рублей, медицинских сестер - на 13-15 тысяч рублей, санитарок, буфетчиц и другой младший персонал - 7- 9 тысяч рублей.

В результате изменения системы оплаты труда, по мнению организаторов, должна была уменьшиться уравниловка как между различными отраслями бюджетной сферы, так и внутри каждой отрасли[2].

Следовательно, новый курс требует замены устаревшей и неэффективной модели оплаты труда. Так как, эта новая система тормозит реализацию потенциала работников и развития экономики в целом. Я считаю, что основная проблема заработной платы, это так называемые оклады и ставки. Рабочие не получают дополнительного вознаграждения за их старание или оно ничтожно мало и это снижает их продуктивность. К тому же эти ставки рассчитаны на добросовестность работника. Следовательно, у того работника, чья производительность мала, и у того работника, чья производительность выше будет одинаковое вознаграждение. Встает вопрос, зачем тогда прилагать больше усилий? Ведь в этом нет смысла!

Таким образом, повышению заработной платы в реальном секторе экономики поспособствовали бы: изменение самой структуры заработной платы и издержек на производство на основе снижения налогов и размеров страховых взносов, тарифов на продукцию и услуги естественных монополистов, увольнение «не рабочей силы», увеличение производительности труда за счет усовершенствования технологии, легализация теневых доходов, в том числе и путем законодательно установленного декларирования источников доходов при совершении дорогостоящих покупок. Государство тоже могло бы помочь организациям, например, повышением минимального размера оплаты труда (МРОТ) в 3-4 раза. Это могло бы послужить стимулом для работодателей и стимулировала бы их увеличивать заработную плату. Важную роль играет и то, что организациям придется отказаться от теневых выплат с целью увеличения официальной заработной платы[2].

Я считаю, что необходимо разработать такой механизм увеличения заработной платы с учетом пересмотра тарифов, страховых взносов, который позволил бы сохранить реальный уровень получаемой работником зарплаты. Среди таких мер, например, может быть, сохранение для работодателей прежних размеров тарифов отчислений во внебюджетные социальные фонды в случае несоблюдения требований по повышению заработной платы, адекватном перераспределению тарифной нагрузки с работодателя на работника.

Список литературы

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 13.12. 2001, № 197-ФЗ от 30.12.2012, № 191-ФЗ – М. // Издательско-консультационная компания – СТАТУС-КВО, 2013. -771с.
2. Андреев С.В. , Волкова В.К. Оплата труда. // М.: Альфа-Пресс, 2012. – 514с

УДК 615:339.138:301

**ФАКТОРЫ И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЛОЯЛЬНОСТИ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ**

Кукина Анастасия Сергеевна

Россия, г. Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Институт фармации и трансляционной медицины

Научный руководитель: к.э.н., доцент Кукина Елена Николаевна

В современных условиях фармацевтический рынок один из самых высокодоходных и быстрорастущих секторов не только в мировой экономике, но и в России. Обостряющаяся конкуренция, индивидуализация потребительского спроса, внедрение новых технологий продаж и продвижения диктуют необходимость решения проблемы разработки механизма управления лояльностью потребителей, адаптированного к быстро меняющимся условиям внешней среды.

Под потребительской лояльностью подразумевают положительное отношение покупателя к товару или услуги, либо в целом к организации, которое является следствием рациональных и психологических бессознательно воспринимаемых факторов, позволяющих производителю товара или услуги развивать с покупателем долгосрочные взаимовыгодные отношения. По своим характеристикам потребительская лояльность является многосоставной и характеризуется следующими факторными признаками:

- эмоциональный как субъективные мнения и оценки потребителей, включающие спектр чувств по отношению к товару (уважение, симпатия, страх, доверие и др., основанные как на личном опыте, так и почерпнутые извне);
- поведенческий как частота пользования товаром (повторные покупки), а также анализ временных затрат на поиск товара;
- оценочный признак (рациональный), позволяющий установить полезность товара для потребителя;
- потребительская удовлетворенность;
- желание купить товар вновь;
- вероятность переключения на конкурентов [1].

Доказан высокий экономический эффект потребительской лояльности. Лояльные покупатели приобретают товаров чаще и больше, обеспечивая организации долю рынка, при этом у организаций снижаются транзакционные издержки на привлечение новых покупателей. У лояльных покупателей выше сопротивляемость к рекламным действиям конкурентов и наравне с персоналом компании они выступают в качестве подтверждения положительной деловой репутации, увеличивающей её акционерную стоимость. Согласно статистике, именно лояльные потребители способны увеличить прибыль компании от 25 до 85% [2].

Изучение лояльности потребителей является комплексной задачей, которая особенно актуальна в розничном сегменте фармацевтического рынка, что обусловлено его

близостью к потребителям и посредничеством аптечной розничной сети между производителями и пациентами.

В настоящее время разработаны основы концепции и методика управления лояльностью потребителей розничного фармацевтического рынка [3].

Во-первых, определены факторы, формирующие лояльность, которые можно условно разделить на две группы: факторы формирования лояльности и факторы, влияющие на поведение и степень лояльности покупателей. К первой группе относятся: факторы, определяющие выбор аптеки потребителями; предварительная оценка степени лояльности покупателя к конкретной аптечной организации; степень популярности дисконтных программ и программ скидок у респондентов; наиболее приемлемые скидки. Ко второй группе: удобное месторасположение аптеки; принадлежность к определенной сети; широкий ассортимент товаров; приемлемые цены; наличие дисконтной карты; скидки; оформление; удобство поиска нужного товара на витрине; консультирование при продажах; высокая квалификация персонала; отсутствие очередей; культурное обслуживание, необычный интерьер торгового зала.

Во-вторых, в рамках изучения особенностей формирования приверженности потребителей к конкретной аптечной организации разработана модифицированная классификация типов лояльности на основе которой были выделены целевые потребительские сегменты: 1 — покупатели постоянные; 2 — покупатели постоянные мнимые; 3 — покупатели непостоянные; 4 — покупатели-мигранты [4].

В-третьих, выделены три этапа механизма формирования лояльности: при входе, посещении и выходе из аптеки.

В четвертых, предложены различные виды программ лояльности, связанные с предоставлением скидок на покупку. Наиболее распространенной является оптовая скидка, процент которой должен быть высоким. Более популярной является фиксированная скидка для постоянных покупателей. Как показывает практика, для аптеки целесообразно использовать дисконтную программу на базе накопительных скидок. В этом случае у покупателя появляется возможность выбора, какую скидку ему получать. Он может совершать больше покупок на большую сумму и, таким образом, реализовать возможность получения большего размера скидки, а может получать небольшую скидку и неторопливо набирать «призовую» сумму. В таком случае аптека получает постоянного покупателя и полностью контролирует процесс, рассчитывая процент скидки, который можно предоставлять безболезненно. Опыт показал, что наиболее часто используются дисконтные карты с фиксированной скидкой, накопительной скидкой и начислением баллов.

В-пятых, предложена инновационная для фармации методика оценки вероятного развития потребительского поведения, основанная на групповых потребительских установках, касающихся обеспечения качества обслуживания. Одним из способов повышения удовлетворенности является установление стандартов обслуживания в деятельности аптечной организации. В этой связи все аптечные организации были разделены на 4 типа, в каждом из выявленных типов аптек было проведено исследование конечных потребителей по групповым потребительским установкам построены траектории вероятного развития потребительского поведения в зависимости от увеличения количества стандартов обслуживания в аптеке.

В-шестых, разработан методический подход к формированию программ лояльности в аптечной организации, который включает поэтапную реализацию следующих процедур: определения перечня факторов, оказывающих влияние на покупательскую лояльность; разработки социологического опроса потребителей и сотрудников аптек; интерпретации результатов социологического опроса потребителей и сотрудников аптек; выбора оптимальной программы лояльности для аптечных организаций в соответствии с портретом потребителей и показателями эффективности.

Список литературы

1. Тюренков И.Н., Сорокоумов Е.И. Лояльность покупателей как фактор развития аптечной организации // Новая аптека. – 2008. – № 2. – С. 45–47.
2. Райсян М.Г., Максимкина Е.А. Исследование потребительской лояльности на фармацевтическом рынке // Медицинская наука Армении НАН РА. – 2008. - № 2. – С. 104 – 113.
3. Галкина Г.А., Дорофеева В.В. Некоторые аспекты потребительской лояльности на фармацевтическом рынке // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. Специальность «Фармация». – 2007. – № 7. – С. 30–33.; Галкина Г.А., Дорофеева В.В. Детерминанты потребительской лояльности в розничном звене фармацевтического рынка // Фармация. – 2008. – № 8. – С. 26–29.; Дорофеева В.В., Голубкина Л.В., Синайская О.В. Формирование потребительской лояльности к аптеке // Российские аптеки. – 2004. – № 9. – С. 8–13.
4. Дорофеева В.В., Галкина Г.А., Сударенко К.В. Особенности исследования потребительского поведения на рынке безрецептурных лекарственных препаратов // Вестник РУДН. Серия Медицина. – 2013. - № 2. – С.27 -32

УДК 339.138

ПАРТИЗАНСКИЙ МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Молчанов Владимир Сергеевич

Россия, Белгородский государственный национальный
исследовательский университет

Научный руководитель: к.с.н., доцент, заведующий кафедрой менеджмента и
маркетинга Тхориков Борис Александрович

В условиях сокращения маркетинговых бюджетов в условиях экономического кризиса и перманентного желания маркетологов вызвать ажиотаж, который создаст информационный подов для обсуждения в СМИ, организации при продвижении своего продукта или услуги зачастую прибегают к использованию методов партизанского маркетинга или «малобюджетного маркетинга».

Партизанский маркетинг представляет собой совокупность мероприятий по продвижению продукции, которые имеют ряд существенных отличий от традиционных методов маркетинга [3].

Основные отличия партизанского маркетинга от обычного маркетинга:

- Креативность идей (нестандартный подход может вызвать значительный резонанс в обществе);
- Малобюджетность (мероприятия осуществляются с минимальными затратами, могут быть бюджетными);
- Развитие партнёрских отношений;
- Ориентация на большую аудиторию, следовательно копирование конкурентами этой идей не произведёт впечатления на потребителя;
- Отсутствие жёстких морально-этических ограничений [4].

С учетом относительной «дешевизны» партизанский маркетинг начинает приобретать популярность и в экономических сферах, традиционно придерживающихся консервативных методов взаимодействия с потребителями, например, в сферу здравоохранения.

Наиболее распространенными методами партизанского маркетинга в здравоохранении в настоящее время являются:

- Создание и продвижение группы или страницы вашей клиники в социальных сетях;
- Представительский выезд на сельские, городские мероприятия с целью произвести благоприятное впечатление на людей (орг. пунктов медицинской помощи);

- Размещение статей, информации о клинике в местную газету (красное знамя). Данное действие ориентированно на аудиторию «пожилых», в связи с низкой степенью использования социальных сетей;
- Системы скидок ветеранам «ВОВ» и детям младшего возраста (6-10 лет);
- Трафареты из разного материала с вырезками из слов в качестве указателя пути или названия клиники [2].
- Мини экраны с прокруткой фильмов и т.п. на уровне глаз пациента, находящегося в стоматологическом кресле.
- Таблички на дверях, содержащие полезную информацию, например название сайта.
- Комнаты ожидания для клиентов (журналы с хорошим количеством иллюстраций, приятная музыка);
- Вежливость и забота к клиентам;
- Размещение тематического, нестандартного граффити (например, если стоматология, создание образа «здоровой, благоприятной атмосферы»), позволяющей её выделяться из «серого массива»;
- Контекстная реклама на потолке стоматологических клиник и т.д [5].

Переход для связи между этими методами и необходимостью проведения исследования. Например, указать что нет подтвержденных данных эффективности и т.п.

В результате проведенного исследования, методом анкетирования было опрошено 510 респондентов в возрастной категории от 18 до 60 лет по отношению отношению применения методов партизанского маркетинга в медицинской сфере.

Среди опрошенных присутствовали респонденты разного статуса (см. диаграмма 1 - состав респондентов)

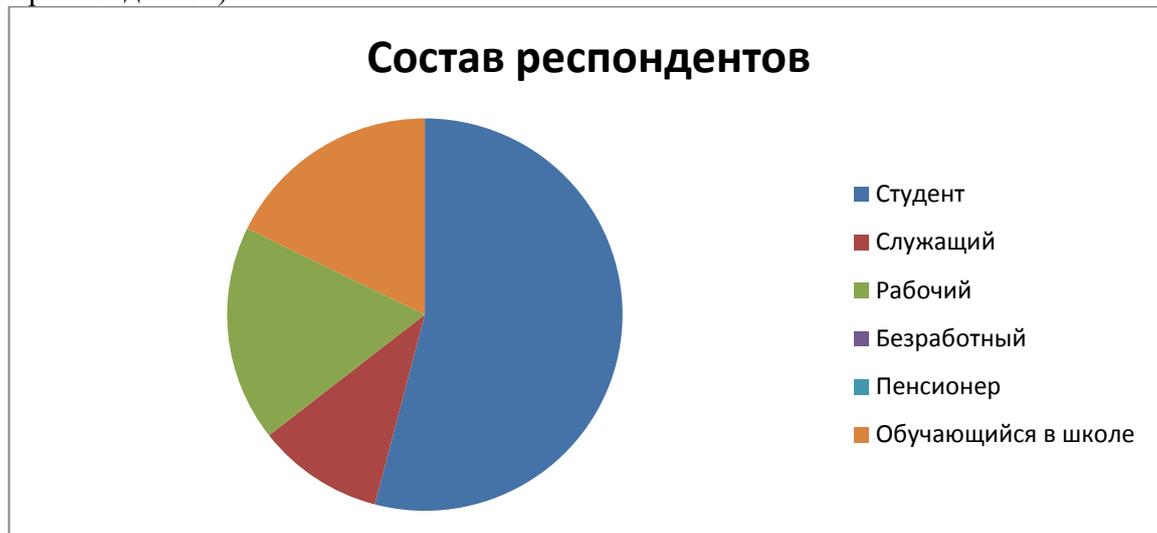


Диаграмма 1 - Состав респондентов

В первом пункте перед респондентами была поставлена задача оценить необходимость рекламы медицинских услуг в различных источниках (социальные сети, телевидение и т.п.). Большинство опрошенных относятся нейтрально к такой рекламе (52,9%) и относят её ко всей остальной рекламе. Вторая часть опрошенных (31,4%) относится положительно, так как они считают, что реклама информирует о новых возможностях современной медицины и в целом несёт полезную информацию. Около 9 % респондентов прореагировали отрицательно, считая, что реклама медицинских услуг может спровоцировать неправильное самолечение.

Таким образом, в результате анализа первого блока анкеты, мы можем с уверенностью сказать, что реклама медицинских учреждений является не столь эффективной в том случае, когда она не несёт в себе информацию о новых возможностях

«медицины», спектрах услуг и т.п. В противном случае она сливается с огромным «клубком» всеобщей рекламы.

Во втором и третьем пунктах оценивалось мнение респондентов на счёт эффективности весёлой и неожиданной «нестандартной» рекламы медицинских услуг. В среднем 38% опрошенных ответили положительно, однако по их мнению данная реклама расценивается как любая другая «весёлая» реклама. В данном случае эффективность данной рекламы, по мнению 44% опрошенных респондентов практически равна нулю, так как в большинстве своём потребитель консервативен к медицине и считает, что реклама медицинских услуг должна быть с уклоном на «серьёзное отношение к здоровью». Однако некоторых опрошенных (18%), нестандартная реклама медицинских услуг заинтересовала-бы в покупке.

В данном случае мнение респондентов сводится к тому, что реклама медицинских услуг должна носить в большей степени консервативный характер, т.к. люди, в большинстве привыкли к шаблонным рекламным объявлениям или презентациям, отрицая всяческое выражение «весёлой» рекламы. Однако, применение нестандартных элементов в рекламе в разумном соотношении, позволит заинтересовать и привлечь новый контингент потребителей.

В третьем пункте респондентам необходимо было определить наиболее эффективную тематику рекламы. По мнению большинства респондентов (50 %) реклама медицинских услуг может быть не обязательно официальной, но должна быть также информативной и правдивой. Но 24 % респондентов всё же придерживаются официальности и доверяют только проверенным «годами».

По итогам анализа третьего пункта анкеты, можно сделать вывод о том, что реклама медицинских услуг не обязательно должна носить официальный характер (реклама на телевидении и т.п.), однако, при этом можно потерять дополнительный контингент потребителей, для которых «официальность» выступает главным критерием качества при выборе медицинского учреждения.

Формируя общий вывод по опросу, можно сказать, что применение методов партизанского маркетинга в рекламе медицинских услуг является не столь эффективным способом продвижения. Большинство респондентов придерживаются «консервативного» подхода к рекламе. По их мнению, реклама медицинских услуг должна быть содержательной и официальной, т.к. это повышает их доверие к поставщику услуг и уверенность в том, что они доверяют своё здоровье в «надёжные руки». Партизанский маркетинг находит применение в большинстве областей. Однако необходимо определить именно ту область, где «официальность» рекламы не является одним из ключевых критериев выбора учреждения для потребителей. В партизанском маркетинге нет рамок, можно использовать различные методы и делать это так, как этого не делают конкуренты. Произведя огромный фурор можно добиться успехов, затратив при этом минимальные вложения или вообще не затратив ни копейки.

Исходя из всего выше сказанного, можно сделать вывод о том, что применение партизанского (малобюджетного) маркетинга в медицинской отрасли является малоэффективным средством продвижения. Это обусловлено тем, что большинство людей практически не доверяют неофициальным источникам информации о медицинских учреждениях. Их мнения склоняются к тому, что: «Проблема со здоровьем – всегда серьёзная проблема», которая требует профессионального подхода к лечению в проверенных медицинских учреждениях, информация о которых получена из официальных источников. «Если у предприятия есть деньги на качественную рекламу в официальных СМИ, TV, следовательно оно в состоянии содержать профессиональных специалистов в области медицины».

Список литературы:

1. Есть ли в русской фатме место креативу?//статья //[Электронный ресурс]// <http://m.sostav.ru/app/article/24466>

2. Мастерская партизанского маркетинга // [Электронный ресурс] // <http://www.m-pm.ru/2010/03/27/тень-рекламирует-онкологический-цен/>

3. Особенности партизанского маркетинга // [Электронный ресурс] // <http://www.advertiser-school.ru/advertising-theory/partizanskii-marketing.html>

4. Понятие и виды партизанского маркетинга // [Электронный ресурс] // <http://memosales.ru/partizanim/moshhnyj-effekt-nestandartnoj-reklamy>

5. Примеры партизанского маркетинга // [Электронный ресурс] // <http://www.biznes-vkontakte.ru/pro-biznes/71385815/21>

УДК 65.012.66

БЕНЧМАРКИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Мочалова Наталья Алексеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.э.н., доцент Князев Сергей Александрович

Бенчмаркинг является относительно новой технологией, применяемой в маркетинге. Несмотря на это, области и масштабы его использования постоянно растут. Одним из классических определений бенчмаркинга является следующее: "Бенчмаркинг" - это процесс систематического и непрерывного измерения: оценка процессов предприятия и их сравнение с процессами предприятий лидеров в мире с целью получения информации, полезной для усовершенствования собственной деятельности" [2]. Вместе с тем необходимо отметить, что существуют и более широкие толкования бенчмаркинга, которые подразумевают сравнение не только бизнес-процессов, но и клиентов, продукции, затрат и т.д.

Цель бенчмаркинга — повышение эффективности собственной деятельности и завоевание преимуществ в конкурентной борьбе.

К основным задачам бенчмаркинга относятся:

1. Определение конкурентоспособности компании и ее слабых сторон.
2. Осознание необходимых изменений.
3. Выявление наилучших приемов работы для компаний данного типа.

Результаты бенчмаркинга для компании:

1. Улучшение собственного бизнеса.
2. Осознание сравнительного положения компании.
3. Приобретение стратегического преимущества
4. Увеличение уровня организационного знания о компании [1].

Бенчмаркинг возможно осуществить в любой сфере деятельности, и область здравоохранения не исключение.

Рассмотрим основные этапы проведения бенчмаркинга.

Оценка собственной компании. На данном этапе осуществляется диагностика компании, собирается информация, которая послужит базой для сравнения. В целях сопоставления необходимо оценить, как функционирует система управления, определить ключевые факторы эффективности деятельности компании в настоящее время (качество, стоимость, спектр оказываемых услуг).

Определение предмета для сопоставления (бизнес-процесса, услуги, продукции). Подразумевается, что предмет сопоставления должен быть тесно связан с ключевыми факторами эффективности.

Поиск и определение наиболее успешных компаний. Выбор компании - трудоемкий процесс, от которого во многом будет зависеть успех всего проекта.

Сбор информации. Сначала необходимо определить основные показатели, влияющие на сравниваемый процесс (услугу), т.е. скорость выполнения заказов, квалификация персонала, соотношение персонала и объема оказываемых услуг и т.д.

Затем эти показатели сопоставляются с показателями "эталонной" компании, осуществляется детальная фиксация различий, а также преимуществ и недостатков по всем выбранным параметрам.

Анализ полученных сведений, адаптация их к условиям работы компании, внедрение результатов. Для успешного внедрения результатов исследования необходимо четко осознавать несколько принципиальных аспектов. Во-первых, "слепое" копирование чужого опыта вряд ли приведет к успеху. Следовательно, одним из основных элементов на данном этапе должна стать адаптация полученных знаний к существующей организации процессов, культуре, иным компонентам деятельности компании. Во-вторых, важно проанализировать стоимость перестройки бизнес-процессов и возможные выгоды от их внедрения. В случае несопоставимости затрат на внедрение с потенциальной прибылью пересматривать действующие процедуры нецелесообразно [4].

Анализ внедрения заимствованных технологий, повторная оценка собственной компании. Оценка конечных результатов внедрения, безусловно, необходима. Она позволит сформировать комплексную картину эффективности проведенного бенчмаркинга, а также судить о необходимости дополнительных исследований и иных улучшений в организации бизнес-процессов в компании. Более того, регулярное проведение подобных практик способствует созданию модели постоянного совершенствования различных аспектов деятельности компании.

В последние годы бенчмаркинг активно развивается, постепенно становясь одним из наиболее востребованных инструментов маркетинговой деятельности. Результаты его использования привели к тому, что согласно исследованиям он входит в число самых распространенных методов совершенствования управления бизнесом в крупных международных корпорациях [3]. В настоящее время бенчмаркинг помогает относительно быстро и с небольшими затратами совершенствовать бизнес-процессы, а также понять, как работают передовые компании, и добиться таких же, а возможно, даже более высоких результатов.

Кроме того, на Западе, где бенчмаркинг существует уже более 30 лет, сложилась практика, когда крупнейшие корпорации активно делятся опытом организации собственных бизнес-процессов. При этом их мотивы могут быть весьма различными. Многие, например, считают престижным выступать в качестве "эталонной" компании, поскольку это положительно влияет на репутацию фирмы, повышает ее привлекательность для клиентов и инвесторов. Некоторые компании в свою очередь полагают, что в процессе общения с другими, менее известными, компаниями могут и сами многому научиться.

Безусловно, в России ситуация существенно отличается от сложившейся на Западе практики. Для отечественного бизнеса характерна большая закрытость. Однако, несмотря на это, и в российских условиях можно проводить подобные исследования.

Необходимо отметить, что современная бизнес-практика знает успешные примеры сотрудничества российских компаний-конкурентов в сфере бенчмаркинга. Ряд предприятий, разработав детальные регламенты подобных процедур, провели бенчмаркинговые исследования, результаты которых были полезны для обеих сторон. Следовательно, заинтересовав компанию-конкурента, в том числе взаимным обменом информацией, вполне реально достичь успеха.

Таким образом, бенчмаркинг в России имеет большие перспективы, так как на современном этапе развития мировой экономики он является одним из самых эффективных инструментов, который способствует преодолению отставания от конкурентов на основе сравнения и анализа своей деятельности с деятельностью наиболее успешных предприятий. Активное привлечение опыта других компаний позволяет улучшить организацию бизнес-процессов, сократить затраты, повысить прибыль, оптимизировать управленческую структуру и выбрать стратегию деятельности предприятия [1].

Список литературы

1. Воеводина Н.А., Кулагина А.В., Логинова Е.Ю., Толберг В.Б. Бенчмаркинг – инструмент развития конкурентных преимуществ. – М.: Самиздат, 2014.
2. Данилов И.П. Данилова Т.В. Бенчмаркинг как основа создания конкурентоспособного предприятия — М.: РИА «Стандарты и качество», 2009. — 69 с.
3. Рейдер Р. Бенчмаркинг как инструмент определения стратегии и повышения прибыли. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2010.
5. Шоттмиллер Дж. К. Руководство по бенчмаркингу. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2012.

УДК: 33

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ЧАСТНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ КЛИНИК**Николаева Елизавета Сергеевна**

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры маркетинга Глущенко Марина Сергеевна

Понятие клиентоориентированности является ключевым в современной теории маркетинга. Клиентоориентированность можно рассматривать как основу для удовлетворения потребностей, повышения лояльности, привлечения и удержания клиентов, а также улучшения общего успеха организации.

Сфера медицинских услуг характеризуется высокой степенью взаимодействия с пациентом. Медицинский персонал является основным фактором клиентоориентированности, так как от него зависит качество оказываемой услуги. Необходимо помнить, что сфера здравоохранения имеет ряд особенностей, исходя из которых, необходимо строить стратегию клиентоориентированности организации.

Особенности услуг в сфере здравоохранения:

1. Человек становится потребителем, когда он заболевает. Привлечение здоровых потребителей рассматривается как растрата ресурсов.
2. Услуги предоставляют специалисты. Поведение врачей определяется этическими нормами, вне зависимости от того, эффективно ли прописанное лечение с точки зрения финансовой эффективности. Следовательно, решение о предоставлении медицинских услуг, принятые в интересах пациента, могут вступать в противоречия с коммерческими интересами организации.
3. Доверие к тому или иному медицинскому учреждению зависит от его открытости, от достоверной информации и профессиональных качеств сотрудников.
4. Продвижение услуг ограничено законодательством.

Клиентоориентированность воспринимается как ценность услуги. Особенностью медицинской услуги является её результат, а не сам процесс потребления.

Существует ряд факторов, которые формируют клиентоориентированность персонала:

1. Социальные навыки (отзывчивость персонала, готовность помочь, внимание, индивидуальный подход).
2. Технические навыки (непрерывная система обучения медицинского персонала, особая подготовка и обучение, жесткая система квалификации персонала).
3. Мотивация персонала (материальное стимулирование).

Клиентоориентированность персонала в частных и государственных клиниках существенно различается. Продукт «услуга врача» один и тот же, но его подача «оказание услуги», различны. Это связано с тем, что для частных клиник главной задачей является получение прибыли, а следовательно и привлечение клиентов. Для этого частные медицинские организации используют различные методы продвижения своих услуг.

Во-первых, это пропаганда качества сервиса. Существует мнение, что в частных клиниках лучше оборудование, аппараты. Но это далеко не всегда так. Сейчас оснащение государственных учреждений (по крайней мере, крупных диагностических центров) существенно улучшилось. Частным клиникам очень непросто угнаться за государством, учитывая запредельную стоимость современного медицинского оборудования и длительные сроки его окупаемости. Также к качеству сервиса можно отнести гибкий график работы специалистов, например в вечерние часы, что удобно для многих пациентов, которые работают. Отсутствие очередей, электронная запись являются существенным плюсом. Но в свою очередь, государственные учреждения тоже ввели электронную запись на прием к специалистам и стремятся к уменьшению очередей и удобству пациентов.

Во-вторых, частные клиники имеют собственные сайты с удобным контентом. Для частных организаций, сайт является не только необходимостью, но и средством продвижения своих услуг.

В-третьих, это продвижение в интернете (реклама на тематических сайтах, партизанский маркетинг).

Государственные медицинские учреждения тоже развивают клиентоориентированность. По новому Федеральному закону РФ от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», пациент становится центральной фигурой системы здравоохранения. Ему предоставляется возможность выбора страховой медицинской организации, медицинского учреждения, которое будет оказывать услуги и специалиста. Также метод финансирования в сфере ОМС призван повысить клиентоориентированность в государственных учреждениях. Сегодня рынок медицинских услуг становится конкурентным. В новых условиях функционирования сферы здравоохранения в государственных учреждениях идет ориентация персонала на развитие и поддержание социальных навыков, что должно быть залогом успеха их функционирования.

В рамках статьи был проведен опрос, об удовлетворенности медицинскими услугами частных и государственных учреждений. По результатам опроса большинство людей посещает государственные медицинские учреждения. Несмотря на это, отношение к платной медицине положительное. Оказание платных медицинских услуг отличается от бесплатных более внимательным отношением медицинского персонала. Таким образом, можно сделать вывод, что клиентоориентированность является очень важным компонентом в маркетинге медицинских услуг. Для полного перехода государственных больниц и поликлиник на клиентоориентированность требуется значительное количество времени и финансирования, а также разгрузки медицинского персонала. Первые шаги на этом пути уже сделаны, например online запись. Поэтому работы в данном направлении среди государственных учреждений предстоит не мало.

Список литературы

1. Зварич Э. Методы продвижения медицинских услуг. Что работает, а что нет/Э.Зварич// интернет-журнал Advertology.Ru
2. Ракитина Л. Государственные vs частные клиники/Л.Ракитина // Катрен стиль он-лайн журнал для фармацевтов и медицинских работников.-2012.-№107.
3. Шерешева М.Ю. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения/М.Ю.Шерешева, А.А.Костянян //Вестник С.-Петербур.ун-та. Сер.Менеджмент.-2015.-№17.-С.74-114.

УДК 339.13

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СУЩНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩИЕ**Подсеваткина Анастасия Константиновна**

Россия, Волгоградский государственный университет

Научный руководитель: к.э.н. Денисова Ольга Викторовна

Одной из важнейших целей проводимого в настоящее время реформирования системы здравоохранения является адаптация этой отрасли к условиям рыночных отношений, развивающихся во всех сферах социально-экономической жизни нашего общества.

В связи с этим необходимым является внедрение в практику работы медицинских учреждений апробированной и получившей распространение во многих зарубежных странах концепции маркетинга. Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и частный секторы, сформировалась система обязательного медицинского страхования.

В связи с этим весьма актуальной стала проблема оптимизации объема и структуры потребления медицинских услуг, достижения баланса между спросом и предложением, что возможно при реализации маркетинговых подходов.

Говоря о сфере здравоохранения, как в России, так и в зарубежных странах, следует отметить, что в силу социальной значимости свобода выхода на рынок производителей медицинских услуг ограничена. В той или иной степени государство отвечает за здоровье своих граждан и должно ограничивать выход на рынок производителей, чьи услуги не соответствуют определенному уровню качества. При этом механизмами, регулирующими вмешательство государства в сферу деятельности медицинских организаций, являются правовое регулирование (т.е. наличие соответствующих нормативных актов), экономическое (объем финансирования, налоговая политика), административно-правовое (разрешительные или запретительные санкции, финансовый контроль и др.). Наиболее широко распространенным механизмом государственного регулирования в сфере оказания медицинских услуг являются процедуры лицензирования, аккредитации, сертификации.

Американская медицинская ассоциация считает, что медицинский маркетинг — это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг к потребителям, а также процессом их реализации [4, с.119].

Если рассматривать с практической точки зрения, то можно определить маркетинг как систему критериев, методов и мер, базирующихся на комплексном изучении спроса потребителей и целенаправленном формировании предложений медицинских услуг производителями.

Маркетинг в медицине - это система изучения рынка медицинских услуг с целью формирования и удовлетворения запросов потребителей путем управления потребительскими свойствами медицинской услуги [5, с.5].

Наконец, можно отметить, что маркетинг в здравоохранении охватывает совокупность организационно-экономических функций, связанных с реализацией комплекса оздоровительно-профилактических, санитарно-гигиенических и лечебных услуг, лекарственных средств, изделий терапевтического и реабилитационного назначения.

Составляющими маркетинга медицинских услуг являются собственно услуга, спрос и предложение, сегментирование потребителей и выявление целевых аудиторий потребителей медицинских услуг. Кратко охарактеризуем их.

Услуга — это мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой. Производство услуг может быть не связано с ней в её материальном виде [2, с.22].

Спрос - это двуединое понятие, которое связывает количество покупаемой услуги (товара) с его ценой. Закон спроса заключается в обратной зависимости между ценой и количеством покупаемой услуги: чем выше цена, тем меньше услуг будет куплено потребителями. И наоборот, если цена снижается - количество покупок медицинских услуг возрастает [6, с.60].

Предложение - это готовность учреждений здравоохранения, изготовителей и продавцов услуг предоставить на рынок определенное их количество по данной цене [6, с.61]. Цена и количество услуги здесь изменяются и взаимодействуют однонаправленно: повышение цены вызовет увеличение услуг, предлагаемых к продаже. И наоборот, понижающаяся тенденция цены означает необходимость сокращения производства и предложения услуг на рынки. Важнейшим и определяющим фактором здесь выступает цена. От уровня рыночных цен на услуги зависят доходы лечебно-профилактических учреждений.

Строя маркетинговую стратегию, важно четко определиться с кругом потенциальных потребителей, т.е. сегментировать рынок. Сегмент рынка — это часть потребителей, схожая (в силу тех или иных особенностей) по своим запросам [7, с.109].

Выделяют следующие переменные сегментирования потребительских рынков.

1. Географическая сегментация — регион, тип населения (город, сельская местность, районный центр и т.д.), климатические условия (север, юг, сухой, влажный климат и т.д.).

2. Демографическая сегментация: возрастной состав. При этом понятно, что чем более «старым» будет население, тем большей будет потребность в медицинских услугах (в том числе зубопротезных, услугах по уходу и т.д.). Семейное положение, размер и жизненный цикл семьи. Пол. Апеллирование к должности, социальному статусу. В то же время женщины надеются в большей степени на понимание, внутренние нужды (свои и чужие), комфортность, вежливость, уважение, личные взаимоотношения. Род занятий и уровень дохода. Образование. Раса, религиозные убеждения, национальность.

3. Психологическая (психофизическая) сегментация:

– особенности личности (обязательность, общительность, авторитарность, степень честолюбия, уровень развития знаний, культуры, потребностей и т.д.);

– образ жизни (консерваторы, жизнелюбы, эстеты).

4. Поведенческая сегментация: повод (обыденный, особый); искомые выгоды (качество, сервис, экономия, скорость и т.д.); интенсивность потребления (низкая, средняя, высокая); статус пользователя (не пользующийся, бывший пользователь, потенциальный, новичок, постоянный); степень лояльности (отсутствует, средняя, сильная, абсолютная); степень готовности к покупке (неосведомленный, осведомленный, знающий, заинтересованный, желающий, намеревающийся совершить покупку); отношение к товару (восторженное, благожелательное, безразличное, отрицательное, враждебное).

Нами было проведено сегментирование пациентов ГУЗ «КБ №12» по демографическому признаку, а именно жители г. Волгограда.

Выбор больницы, стационара, как и следовало ожидать, чаще происходил в случае плановой госпитализации (67%). Лишь в трети случаев выбор больницы был связан с необходимостью экстренной госпитализации.

Таблица 1

Удовлетворенность помощью, полученной у выбранного врача в медучреждении, среди разных групп пациентов, при разных сценариях выбора, % по столбцу

Вариант ответа	Сценарий выбора							
	Пользовались при выборе врача/медучреждения		Причины поиска		Помощь была получена			
	Рекомендациями медработников, не являющихся знакомыми, родственниками	Рекомендации знакомых (в том числе медработников)	Не устраивал врач (качество помощи)	Из-за очередей, трудностей записи на прием	В государственном поликлиническом учреждении, бесплатно	В государственном поликлиническом учреждении, за плату	В частном поликлиническом учреждении	
Удовлетворены ли помощью, оказанной выбранным врачом/ в этом медицинском учреждении?								
1	2	3			6	7	8	
Определенно да	26	5	8	8	2	3	4	4
Скорее да	60	4	8	6	6	5	5	4
Скорее нет	5	4			5	5		1
Определенно нет	3	2			=	5		3
Получение медицинской помощи еще не завершено	3	3			1	=		=
Затруднились ответить. Нет ответа	3	1			0	0		3
Теперь, когда выбрали этого врача / это медицинское учреждение, и в дальнейшем обращаетесь к нему или больше не будете к нему обращаться?								
Да, буду обращаться (рекомендовать друзьям)	78	8	5	6	2	8	8	8
Нет, не буду обращаться (рекомендовать друзьям)	9	4		5		6	8	6
Затруднились ответить, нет ответа	12	1			2	1	1	6

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

При плановой госпитализации в 70% случаев у пациентов было направление (из поликлиники, от врача), при экстренной госпитализации в 48% случаев у пациентов было такое направление. Возможности более детального анализа по отдельным социально-демографическим группам ограничены небольшим числом случаев выбора больницы (при плановой госпитализации выбирали больницу только в 83% случаев, при экстренной — в 38%).

Основные источники информации при поиске/выборе больницы.

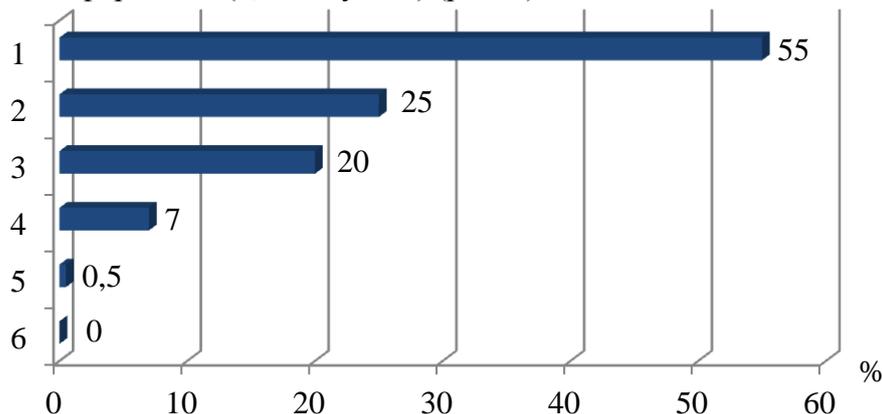
При выборе стационара респонденты чаще пользовались одним источником информации. Наиболее распространенным источником информации о

возможностях госпитализации в разные больницы был врач, к которому обратился за помощью пациент, или врач скорой помощи (55%).

Другим важным источником информации при выборе больницы были рекомендации родственников, знакомых, как являющихся медицинскими работниками (25%), так и профессионально не связанных с медициной (20%).

При выборе больницы роль врача, медицинских работников, которые мало знакомы пациенту, не принадлежат к близкому кругу, как источника информации гораздо больше, чем в случае выбора врача в поликлинике. Очевиднее эта тенденция в случае экстренной госпитализации.

А вот различного рода реклама (листовки, объявления и проч.) или информация в СМИ, так же как и при выборе амбулаторной помощи, практически не использовалась в качестве источника информации (0,5% случаев) (рис. 1).



Обозначения: 1 — варианты госпитализации предложил врач, к которому я (этот член семьи) обратился (у которого лечился), врач скорой помощи;

2 — от медицинских работников среди родственников, друзей, знакомых;

3 — от других родственников, друзей, знакомых, не являющихся медицинскими работниками;

4 — по рекомендациям медработников из медучреждений, к которым когда-либо обращался, кроме родственников, друзей, знакомых;

5 — из рекламы в газете, на ТВ, листовки, купоны и проч.;

6 — другое.

Рис. 1. Какими источниками информации пользовались пациенты при выборе стационара

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

Основные мотивы сделанного городским пациентом выбора.

Ключевые факторы выбора пациентом конкретной больницы оказались такими же, что и при выборе врача в поликлиническом учреждении:

– «качество обслуживания, компетентность персонала, хорошая репутация» — в среднем в 40% случаев,

– оперативность помощи («не нужно было ждать, быстрее всего можно получить помощь») — в 22% случаев.

Сопутствующий фактор (дополняющий основной фактор — «хорошее качество, репутация») — рекомендации знакомых/врачей назывался в 18% случаев.

Фактор цены также является определяющим при выборе больницы для значительной группы пациентов. В 16% случаев больница была выбрана, так как пациенту предоставлялась бесплатная помощь, еще в 14% случаев выбор больницы был сделан, так как устраивала цена услуги.

Редки случаи, когда больница была выбрана только потому, что в других местах в помощи отказали (в 4% случаев).

Такая картина складывается, если рассматривать все случаи выбора больницы. Но акценты при выборе больницы оказываются разными в зависимости от того, была ли это плановая или экстренная госпитализация.

При экстренной госпитализации были возможны несколько сценариев выбора больницы, в которых ключевым факторами оказались либо возможность быстро получить необходимую помощь (в 32% случаев), либо возможность получить бесплатную помощь (25%), либо качество обслуживания, репутация (30%). При плановой госпитализации ключевым факторами выбора больницы выступили прежде всего качество обслуживания, репутация (44%), а также рекомендации знакомых (25%).

Удобство месторасположения оказалось второстепенным фактором (его называли в 13% случаев плановой госпитализации и в 15% случаев экстренной госпитализации) (рис. 2).



Обозначения: 1 — качество обслуживания/компетентность персонала/хорошая репутация; 2 — быстрее всего можно было получить помощь, не нужно было ждать; 3 — рекомендации знакомых, врачей; 4 — не нужно было платить вообще; 5 — устроила цена (сумма расходов); 6 — удобное месторасположение (удобно добираться, или близко находится); 7 — это оказалась единственная возможность получить помощь, в других местах нам отказали; 8 — затруднились ответить.

Рис.2. Почему в итоге была выбрана ГУЗ «КБ №12», % выбравших стационар, респондент мог дать два ответа

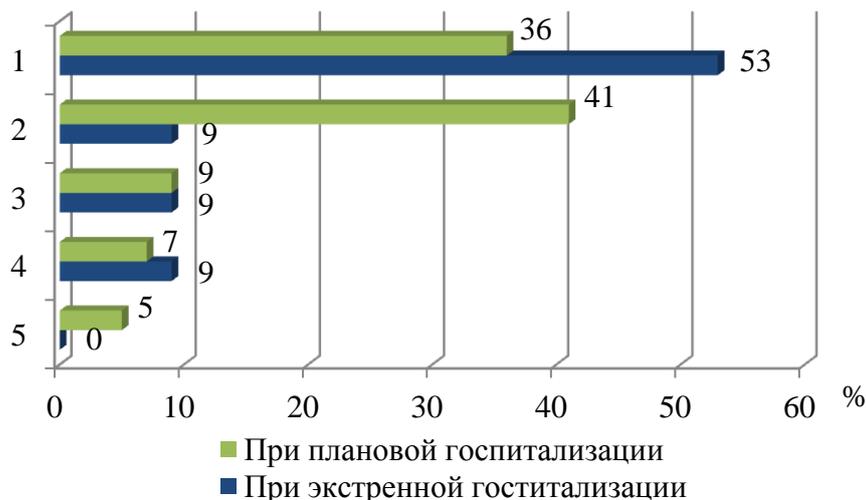
Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

При экстренной госпитализации чаще выбиралась городская больница (в 53% случаев). В 29% случаев была выбрана областная больница, еще в 9% — центральная районная или участковая больница. Федеральный центр, клиника были выбраны не более, чем в 10% случаев. А вот экстренная госпитализация в частную клинику, больницу — пока весьма редкое явление.

Иначе распределился выбор медицинской организации при плановой госпитализации. В основном пациенты выбирали областную больницу/диспансер — в 41% случаев. Городская больница была выбрана в 36% случаев при плановой госпитализации. Федеральный центр, клиника были выбраны в 9% случаев. Роль частных клиник пока также ограничена, их выбрали в 5% случаев плановой госпитализации.

Таким образом, выбор стационаров, как и выбор поставщиков амбулаторной помощи, чаще производится в рамках системы общественного здравоохранения. При экстренной госпитализации более, чем в половине случаев

выбирается городская больница, а при плановой госпитализации — областное учреждение (рис. 3).

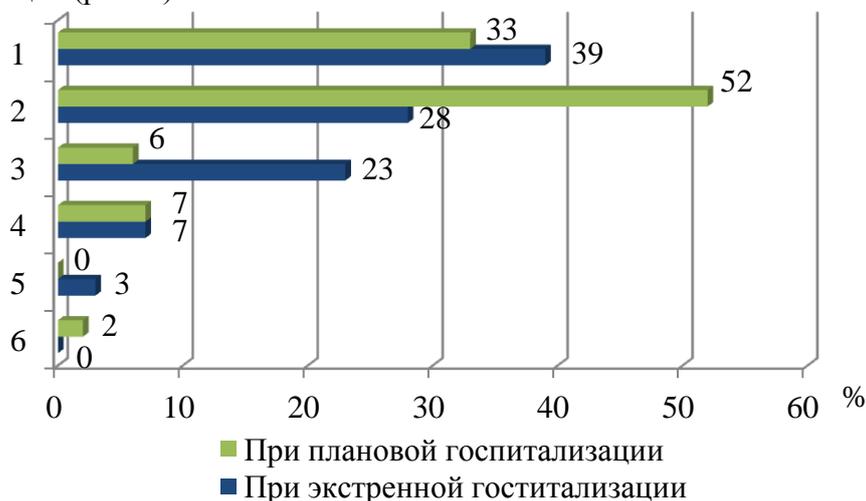


Обозначения: 1 — городская больница, диспансер; 2 — областная больница, диспансер; 3 — федеральный центр, клиника; 4 — центральная районная, (частковая) больница; 5 — частная клиника, больница.

Рис.3. Какой стационар в итоге выбрали, % выбиравших стационар Примечание. По плановой госпитализации сумма содержательных ответов составляет около 98%, 2% респондентов затруднились ответить.

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

И в случае экстренной, и в случае плановой госпитализации пациенты в основном были удовлетворены сделанным выбором. Так, при экстренной госпитализации в 39% случаев пациенты были «определенно удовлетворены» и в 28% — «скорее удовлетворены» выбранной больницей. При плановой госпитализации в 33% случаев пациенты были «определенно удовлетворены» и в 52% — «скорее удовлетворены» выбранной больницей (рис. 4).



Обозначения: 1 — определенно да; 2 — скорее да; 3 — скорее нет; 4 — определенно нет; 5 — получение медицинской помощи еще не завершено; 6 — затруднились ответить.

Рис. 4. Удовлетворены ли помощью оказанной выбранным врачом/в этом медицинском учреждении, % выбиравших стационар

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

Вместе с тем уровень удовлетворенности помощью, полученной 6 выбранными пациентами больницами, дифференцирован в зависимости от срочности госпитализации (была это экстренная или плановая госпитализация). При экстренной госпитализации уровень удовлетворенности пациента сделанным выбором в среднем ниже, чем при

плановой госпитализации. Доля пациентов, не удовлетворенных помощью, полученной в выбранной больнице, составляет 30% при экстренной госпитализации и 13% при плановой госпитализации.

Различается и степень удовлетворенности пациентов сделанным выбором в зависимости от того, была ли получена платная или бесплатная медицинская помощь. В случае выбора больницы у пациентов, получавших помощь бесплатно, в среднем была более высокая степень удовлетворенности сделанным выбором, по сравнению с пациентами, оплачивавшими больницу. Это кардинально отличается от ситуации выбора амбулаторной помощи, когда более высокую степень удовлетворенности выражали пациенты, получавшие платную помощь.

Такие различия могут объясняться тем, что оплата лечения в стационаре сопряжена с более высоким уровнем требований к его условиям и ожидаемым результатам: более высоким как по сравнению с ожиданиями больных, лечатся бесплатно, так и по сравнению с требованиями к оплачиваемым амбулаторным услугам (табл. 2).

Таблица 2

Удовлетворенность помощью, полученной в ГУЗ «КБ №12» при различных сценариях выбора

Вариант ответа	Сценарий выбора					
	Пользовались при выборе больницы		Помощь была получена			
	Рекомендациями медработников, не являющихся знакомыми	Рекомендациями знакомых (в том числе медработников)	Бесплатно		Платно	
Удовлетворены ли помощью, оказанной в выбранной больнице ГУЗ «КБ №12»						
Определенно да	7	3	4	3	4	2
Скорее да	0	4	9	4	4	5
Скорее нет	0	1	4	1	6	1
Определенно нет	1	1		0	4	9
Получение медицинской помощи еще не завершено		1		0	2	0
Затруднились ответить, нет ответа		1		3	2	0

Источник: составлено автором на основе опроса пациентов ГУЗ «КБ №12»

Различные сегменты рынка различаются по уровню спроса на те, или иные услуги, их объему (количеству) и сложности.

Анализ сегментов рынка позволяет в последующем добиться достаточно четкого позиционирования услуги с тем, чтобы она: а) полностью соответствовала потребностям покупателей; б) возможностям ЛПУ; в) была дифференцирована от аналогичной услуги конкурентов [10].

Целями маркетинга в здравоохранении являются обеспечение рентабельности производства медицинских услуг и лекарственных средств достижение экономической эффективности от их реализации за приемлемое время в пределах имеющихся производственных возможностей.

Список литературы

1. Батчиков С.А. От здравоохранения к продаже медицинских услуг / С. Батчиков, С. Кара-Мурза // Экономические стратегии. - 2013. - № 2. - С. 40-49.
2. Берман А.В. Особенности формирования рынка медицинских услуг / А.В. Берман // Вестн. Самар. гос. экон. ун-та. - 2016. - № 10. - С. 22-28.
3. Бондаренко Н. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Н. Бондаренко, М. Красильникова, А. Чирикова, И. Шейман, Сергей Шишкин. – М.: Издательство Высшая Школа Экономики (Государственный Университет), 2012. – 264 с.
4. Венгерова И.В. Комплексность как важнейшая характеристика медицинской услуги / И.В. Венгерова // Российское предпринимательство. - 2012. - № 7 (205). - С. 119-124.
5. Дробот М.А. Медицинские услуги в системе услуг / М.А. Дробот // Социальное и пенсионное право. - 2016. - № 1. - С. 38-40.
6. Коржова Г. А. Определение факторов привлечения потребителей на рынке медицинских услуг / Г. А. Коржова // Вестн. Самарского экономич. ун-та. Экономика. - 2016. - № 10. - С. 60-65
7. Малахова Н. Маркетинг в здравоохранении: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 312 с.
8. Петрова Н. Основы маркетинга медицинских услуг / Н. Петрова, Н. Вишняков, С. Балохина, Л. Тептина. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 112 с.
9. Чубарова Т. В. Обеспечение населения медицинскими услугами : экономические проблемы / Т. В. Чубарова // Проблемы прогнозирования. - 2016. - № 6. - С. 98-109.
10. Маркетинг медицинских услуг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://xn--80ahc0abogjs.com/sistemyi-zdravoohraneniya-organizatsiya/marketing-meditsinskih-uslug.html>

УДК 614.21:33.06.04

**УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ОСНОВЕ
КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА**

Попов Владислав Вячеславович

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель кафедры экономики и менеджмента Ситникова Светлана Евгеньевна

В условиях растущей конкуренции компании на российском рынке все чаще вынуждены менять свои стратегии ведения бизнеса и применять новые подходы для привлечения и удержания клиентов. Все больше организаций стремится к выстраиванию долгосрочных отношений с клиентами и привлечению новых на основе внедрения клиентоориентированного подхода, что способствует росту доходности предприятий.

Очень часто происходит подмена понятий: клиентоориентированность отождествляют с наличием в организации стандартов качественного обслуживания. Однако следует понимать, что даже если компания соблюдает качество обслуживания, то она может и не быть клиентоориентированной. Это происходит в случае, когда компания не создает условия, при наличии которых клиент захочет повторно воспользоваться ее услугами, то есть не обеспечивает лояльность покупателей. Чтобы разобраться в клиентоориентированном подходе, следует дать его определение.

Распространенным является мнение о том, что клиентоориентированность – это ориентация на клиента с целью понять его потребности и удовлетворить их. При этом такая ориентация должна позволить компании извлечь дополнительную прибыль и сформировать круг лояльных потребителей. Так как речь идет о бизнесе, то целью клиентоориентированного подхода должна быть прибыль. Из этого следует, что клиентоориентированный подход – это не просто ориентация на потребителя, но и, как следствие, извлечение дополнительной прибыли.

Каждая компания понимает клиентоориентированность по-своему: для одних это означает техническое оснащение, своевременные доставки продукта до клиентов, качественное обслуживание и пр., для других – систематическое проведение маркетинговых исследований на предмет удовлетворенности клиентов, привлечение клиентов, обучение продавцов и так далее. Именно все это в совокупности и приводит к тому, что фирма становится клиентоориентированной.

Перед тем, как начинать внедрять клиентоориентированный подход, следует обозначить выгоды, которые компания получит от его реализации.

Рассмотрим один из главных интересов любого бизнеса – прибыль. Каким образом организация может получить дополнительную прибыль от внедрения клиентоориентированного подхода?

Варианты:

- клиент возвращается в компанию за дополнительным приобретением, увеличивает частоту и объем закупок, следовательно, приносит больше денег, то есть фирма добивается так называемой лояльности потребителя;

- клиент высказывает свои пожелания, то есть делится с организацией информацией, которая помогает улучшить продукт и качество обслуживания, другими словами, оптимизировать бизнес-процессы;

- клиент рекомендует компанию своему окружению, что тоже приносит прибыль.

В результате внимательного изучения потребностей клиентов можно значительно увеличить объемы продаж и расширить клиентскую базу за счет лояльности потребителей. В любом случае, нужно отталкиваться от потребностей клиента, что можно назвать одной из важных задач организации. Финансовый результат такого подхода может значительно превысить ожидания.

Конечно же, вышеперечисленные варианты извлечения прибыли будут различными для разных организаций, каждая должна выбрать, а может даже модернизировать.

Получение прибыли и дальнейшее ее увеличение подразумевает, прежде всего, наличие и увеличение числа постоянных клиентов. Клиентов можно привлечь и удержать, только если они заинтересованы в получении услуг от данной фирмы, а значит, услуга должна быть качественной.

Обеспечение высокого качества услуги напрямую зависит от знаний, умений, квалификации и профессионализма сотрудников. Клиентоориентированность персонала – это в первую очередь готовность помочь и желание найти то, что нужно потребителю. Персонал является основным фактором успеха организации и может рассматриваться как одно из главных конкурентных преимуществ организации. Верный выбор кандидатов, которые способны стать клиентоориентированными сотрудниками, выгоден всем: работники будут получать удовольствие от процесса трудовой деятельности, клиенты – от высококачественного сервиса, а у компании будет расти клиентская база и, соответственно, объем продаж.

Таким образом, клиентоориентированный подход позволяет управлять отношениями с клиентами, проводить мониторинг клиентов и рынка, поддерживать и развивать наиболее ценных и значимых клиентов, выводить из системы клиентов, представляющих для компании балласт и обновлять систему новыми продуктивными

клиентами. Фокусирование на потребностях клиентов оказывает прямое воздействие на результаты деятельности компании, выступает залогом финансовой стабильности и роста.

Список литературы

1. Алиева А.Н. Клиентоориентированность – универсальное решение [Текст] / А.Н. Алиева // Управление персоналом. – 2012. — № 6. – С. 16-19.
2. Арно А.В. Материалы лекций: коучинг-маркетинг-развитие бизнеса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.andreyarno.ru/services/consaltingcentr/consalting>
3. Бадаш Х.З. Экономика предприятия [Текст]. – Ижевск: Проспект, 2008. – 266 с.
4. Баррера Р. Превосходя ожидания. Бизнес на грани возможного [Текст] – М.: ЭКСМО, 2007. – 256 с.
5. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры [Текст]. – СПб.: Университетская книга АСТ, 2008. – 215 с

УДК 614.23:331.2

СПЕЦИФИКА МОТИВАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Симакова Анастасия Сергеевна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность мотивации медицинского персонала не вызывает сомнений. Она связана с ростом социально-психологических факторов и реформ в российском здравоохранении. Вопросы эффективного управления трудовой мотивацией медицинского персонала является важнейшей функцией управления здравоохранением. Именно мотивация медицинских работников – это средство обеспечения оптимального использования ресурсов, мобилизации кадрового потенциала. Главной целью процесса мотивации в здравоохранении является получение максимальной отдачи от использования трудовых ресурсов, что в конечном счёте положительно отражается на результативности деятельности медицинской организации в целом [3, с.225].

В основном российская модель мотивации труда в здравоохранении до сих пор включает в себя элементы советской модели мотивации труда. Однако возникновение и дальнейшее развитие рыночных отношений в стране повлияло на изменения в системе человеческих ценностей: большинство медработников убеждено в том, что для безбедной жизни важны должность (статус), связи с нужными людьми, работа в рыночном секторе экономики [1, с.99].

При изучении проблем мотивации принято выделять две группы теорий – это содержательные и процессуальные. Однако, они хотя и важны для изучения мотивации, но лишь только их общих факторов, которые, однако, не учитывают специфики мотивации медицинского персонала. А связана она с деятельностью работников учреждения по поддержанию здоровья населения и профилактики заболеваний.

Содержательные теории мотивации основываются на идентификации таких внутренних побуждений (потребностей), которые заставляют людей действовать определенным образом [2, с.61]. Большое распространение получили теории, объясняющие поведение человека исходя из его потребностей – это теория иерархии потребностей Абрахама Маслоу, теория приобретенных потребностей Дэвида МакКлелланда, двухфакторная теория Фредерика Герцберга, теория СВР Клейтона Алдерфера и некоторые другие.

Процессуальные теории мотивации основываются в первую очередь на поведении людей с учетом их восприятия и познания [2, с.70]. К ним относятся теории ожидания К. Левина, предпочтения и ожидания В. Врума, теория справедливости С. Адамса, комплексная модель Портера-Лоулера, теория «Икс» и «Игрек» Дугласа МакГрегора, теория постановки целей Э. Лока, теории подкрепления Б. Ф. Скиннера, модель выбора риска Д. Аткинсона.

Первые теории основное внимание уделяют анализу факторов, лежащих в основе мотивации, и практически не уделяют внимания самому процессу мотивации. Вторые посвящены процессу мотивации, описанию и предсказанию результатов мотивационного процесса, но не касаются содержания мотивов.

В трудах отечественных ученых (А. К. Гастев, С. Г. Струмилин, А. Н. Леонтьев, В. А. Ядов, А. Г. Здравомыслов, В. П. Рожин, Е. Д. Катульский, Ю. П. Кокин, Н. Ф. Наумова, И. Ф. Беляева и др.) рассматриваются не только потребности, но и процесс формирования и функционирования мотивации, выделяются смыслообразующие мотивы трудовой деятельности [4, с.112].

Как утверждает последняя группа учёных в основе выбора мотива лежит оценка человеком степени значимости потребностей и интересов, с одной стороны, и их актуальности и достижимости в конкретной ситуации — с другой. Участвуя в трудовой деятельности, работник одновременно имеет ряд мотивов, определение мотива конкретного поступка осуществляется под воздействием внешних стимулов, с одной стороны, и личностных ценностных ориентации — с другой (рис.1).

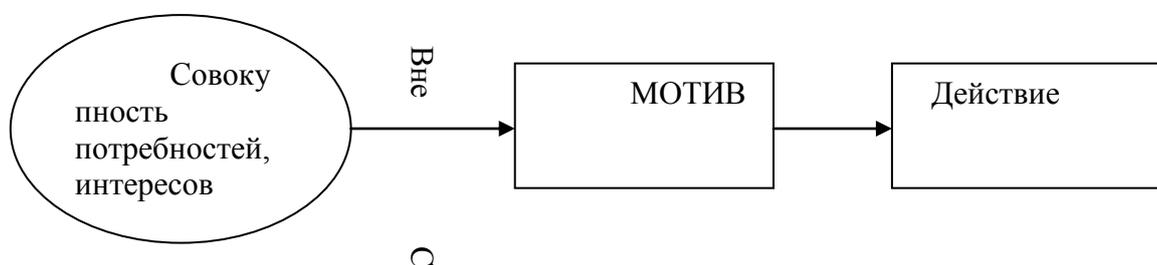


Рис. 1. Макет процесса мотивации и выбора поведения персонала

Источник: составлено автором по Яхонтовой, Е.С. Стратегическое управление персоналом: учебное пособие / Е.С. Яхонтова.- М.:Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013.- С.147.

Внешняя среда является мощным фактором воздействия на мотивацию человека, она создает совокупность взаимно усиливающих и противоречащих друг другу стимулов, например поощрение определенного вида деятельности со стороны окружающих, отсутствие контроля, предложение услуги и прочее.

В процессе осуществления стратегических изменений в организации необходимо различать истинные, реальные мотивы и провозглашаемые, открыто признаваемые. Первые — это мотивы-побуждения. Вторые — мотивы-суждения, функция которых состоит в том, чтобы объяснить себе и другим свое поведение (рис.1).

Механизм зависимости поведения человека от совокупности факторов отражен в акрониме SOBC [7, с.149]:

1. Stimulus situation - ситуационные стимулы (например, рабочее помещение, присутствие коллег и руководителя, ясность требований к поведению и вознаграждения за труд и др.).

2. Organism - организм (например, личностные черты, психические и физиологические особенности, индивидуальные потребности, ценности, намерения и привычки).

3. Behaviour action - поведение (например, уклоняется от работы, спорит, помогает, проявляет инициативу и ответственность, творчески решает задачу).

4. Consequences or outcome - последствия и результаты (например, задание выполнено и клиент доволен, руководитель проявляет недовольство или удовлетворение, работник поощрен или наказан).

Структура мотивов очень гибка и постоянно меняется под воздействием удовлетворения одних нужд, появления других и изменения внешних условий.

Хотя содержательные и процессуальные теории мотивации расходятся по ряду вопросов, они не являются взаимоисключающими, и в чистом виде в исследованиях не используются. Проблемы управления трудовой мотивацией работников медицинских учреждений как фактор экономического развития приобретает в условиях реформирования российского здравоохранения особую значимость и требует не только глубокого теоретического осмысления, но и серьезных разработок практического плана.

УДК 331.44

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Столярова Екатерина Романовна, Греченкова Инесса Романовна

Россия, Волгоградский государственный медицинский университет

Научный руководитель – преподаватель Шиндряева Ирина Викторовна

В последнее время проблема стресса у медицинских работников очень актуальна, из-за того, что возросли требования общества к личности врача, так как эта профессия является социально важной и необходимой.

Профессиональный стресс - многообразный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. В настоящее время он выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10 - Z 73): «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью» [3].

В рамках данной статьи проводится исследование факторов профессионального стресса и его проявления у старшего и младшего медицинского персонала. Целью работы является изучение специфики факторов профессионального стресса и его проявления, которые ощущают у себя сотрудники медицинского учреждения. Выявлены факторы, являющиеся источником стресса и медицинских работников.

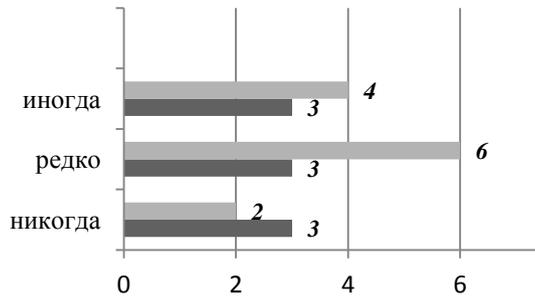
В литературе хорошо изучены факторы профессионального стресса и изложены его проявления у медицинских работников. Е.С. Старченкова, Н.Е. Водопьянова отмечают, что по роду своей деятельности медицинские работники находятся под воздействием различных факторов как на рабочем месте, так и в процессе самой работы, к которым относятся физические воздействия, вредные химически и биологические вещества, высокое психическое напряжение, вынужденное положение тела и др [1].

Анализ литературы выявил, что в целом симптомы стресса медицинских работников соответствуют категориям симптомов психического стресса представителей других профессий сферы «человек-человек», которые делятся на 5 групп: 1) аффективные, 2) когнитивные, 3) поведенческие, 4) физические, 5) мотивационные [2].

При этом остаются мало изученными факторы, вызывающие стресс у младшего и старшего медицинского персонала, а также особенности его проявления у работников медицинского учреждения.

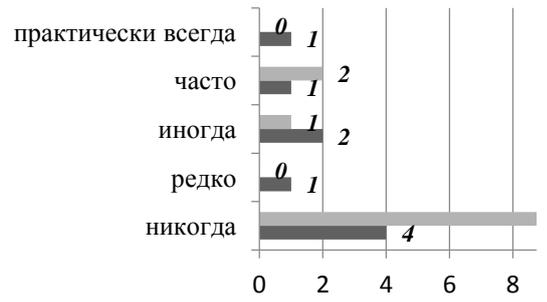
Исследование проводилось на базе «Отделения восстановительного лечения» ГБУЗ ВОКБ №3 г. Волгограда. В анкетировании, проведенном в октябре- декабре 2016 года, участвовали 9 врачей (старшие сотрудники) и 12 медицинских сестёр (младшие сотрудники). Для исследования применялись следующие методики: шкала оценки стрессогенности ПТС на рабочем месте Н. Водопьяновой, Е. Старченковой, тест на определение профессионального стресса Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова, методика интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса (ИДИКС) А. Б. Леоновой. Обработка и анализ полученных данных осуществлялись с помощью пакета SPSS. Результаты исследования представлены на рисунке 1.

Как часто у вас возникает неприятное чувство по поводу своих служебных обязанностей?



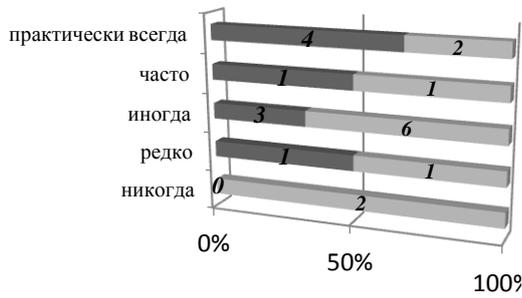
■ младший сотрудник ■ старший сотрудник

Как часто бывает, что вы не знаете о возможностях своего продвижения по работе?



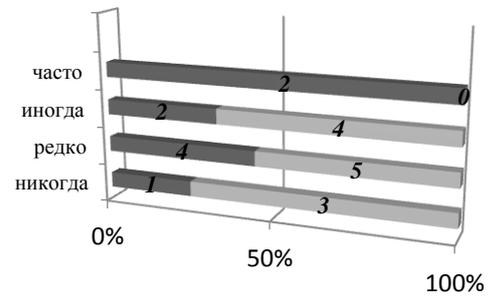
■ младший сотрудник ■ старший сотрудник

Как часто вам кажется, что вы не сможете удовлетворить противоречивые требования разных людей из вашего окружения?



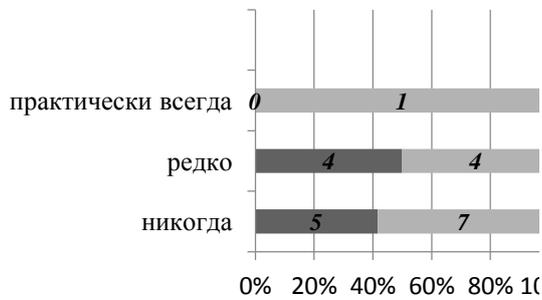
■ старший сотрудник ■ младший сотрудник

Как часто вы чувствуете, что слишком перегружены и не можете справиться с работой за рабочий день?



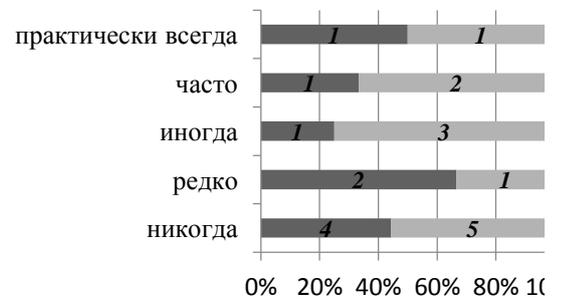
■ старший сотрудник ■ младший сотрудник

Как часто вам кажется, что вам не хватает квалификации для выполнения своей работы?



■ старший сотрудник ■ младший сотрудник

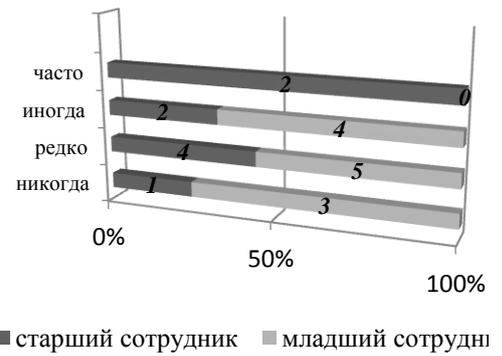
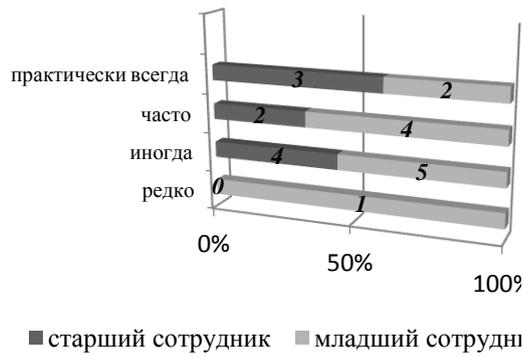
Как часто вы не знаете, что думает о вас ваш руководитель и как он оценивает вашу работу?



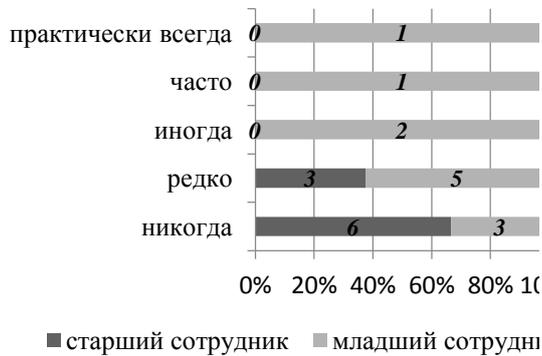
■ старший сотрудник ■ младший сотрудник

Как часто вы находитесь в ситуации, когда не можете получить нужную информацию для работы?

Как часто вы беспокоитесь о решениях, которые влияют на жизнь других знакомых вам людей?



Как часто вы чувствуете, что не нравитесь своим коллегам по работе или вас не принимают в коллективе?



Как часто вы не можете повлиять на решения и действия руководителя, направленные на вас?

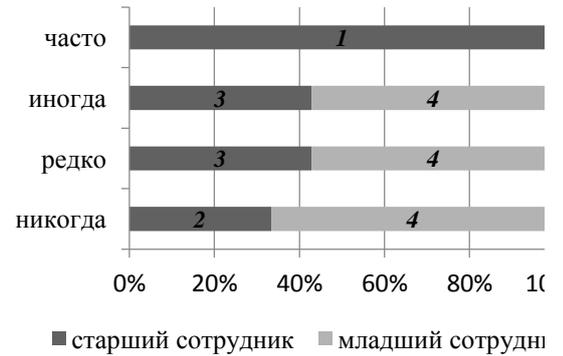


Рис. 1 Результаты исследования специфики факторов профессионального стресса и его проявления, которые ощущают у себя сотрудники медицинского учреждения (на базе «Отделения восстановительного лечения» ГБУЗ ВОКБ №3 г. Волгограда)

Проведенное исследование показало, что наиболее выраженными факторами, являющимися источником стресса и медицинских работников «Отделения восстановительного лечения» ГБУЗ ВОКБ №3 г. Волгограда являются: ощущения сотрудников, что они не могут удовлетворить противоречивые требования разных людей из вашего окружения, причем у врачей этот фактор более выражен, чем у медицинских сестёр; ощущения сотрудников, что они слишком перегружены и не могут справиться с работой за рабочий день; отсутствие информации у младшего медицинского персонала о том, как оценивает их работу руководитель; старшие и младшие сотрудники часто оказываются в ситуации, когда не могут получить нужную информацию для работы; старшие и младшие сотрудники часто не могут повлиять на решения и действия руководителя, направленные на них [4].

Список литературы

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Спб.: Питер, 2005. 336 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. М.: Эксмо, 2009. 1024 с.
3. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 (принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения)// Система ГАРАНТ
4. Шаталина Е.С., Шиндряева И.В. Лидер и его средства воздействия на мотивацию персонала// Современность и наследие: экономические, образовательные и социально-культурные аспекты развития России. -2014. С. 308.

УДК 338.46

УПРАВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В КОНТЕКСТЕ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Товсултанова Хава Зияутдиновна

Россия, Пятигорский медико-фармацевтический университет – филиал ФГБОУ ВО
«ВолгГМУ» Минздрава России

Научный руководитель: канд.экон.наук, доцент Дурдыева Дженнет Алиевна

Развитие любого общества можно определить по количеству и структуре выделения средств на здравоохранение, поскольку именно политика здравоохранения является лакмусовой бумажкой мейнстрима социально-экономической политики государства. В современной России тенденции развития здравоохранения характеризуются рядом нерешенных проблем, что ведет к низкому уровню общественного здоровья[1].

Общественное здоровье населения России												
Демографические показатели												
Показатели	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Рождаемость	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5	12,5	13,3	13,2	13,3	13,3
Смертность	16,0	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2	13,4	13,3	13,1	13,1	13,0
Младенческая смертность	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5	7,3	8,6	8,2	7,4	6,5 -12%
Естественный прирост	-5,6	-5,9	-4,8	-3,3	-2,5	-1,8	-1,7	-0,9	0,0	0,2	0,2	0,3

Рисунок 1. Общественное здоровье населения России

В свете проводимых реформ в отрасли здравоохранения медицинской организации, старающейся быть социально и коммерчески успешной, необходимо гибко адаптироваться и эффективно управлять организационными изменениями.

Понятие и сущность изменения можно рассматривать с нескольких позиций. Во-первых, рассматривается воздействие на медицинскую организацию внешних факторов (изменение законодательства, социально-экономических приоритетов в отрасли здравоохранения, наличие конкурентной среды, снижение количества клиентов, появление новых технологий лечения и т.д.); во-вторых, этим же термином обозначаются внутренние изменения организационной структуры организации, направленные на повышение эффективности деятельности. Отсюда можно сделать вывод, что под изменением можно понимать и содержание перемен в медицинской организации по сути (что именно меняется?) и сам процесс их протекания (как именно меняется?).

В теории менеджмента рассматривается несколько видов организационных изменений[2]: в технологии, в услугах, в стратегии и структуре, культурные изменения (см. рисунок 2).

Изменения в технологии в медицинских организациях, как правило, сопровождают непосредственно процесс оказания медицинской помощи, и обуславливаются возникновением новых компетенций сотрудников медицинской организации, процессом их личностного и профессионального развития, направленного на улучшение эффективности и качества предоставляемых медицинских услуг, освоение новых типов и видов аппаратов и медицинского оборудования, внедрение инновационных подходов в лечении больных и профилактике заболеваний.

Изменения в услугах происходит в случаях, когда медицинская организация начинает предоставлять целый спектр новых услуг (как непосредственно медицинских, так и услуг сервисного типа).

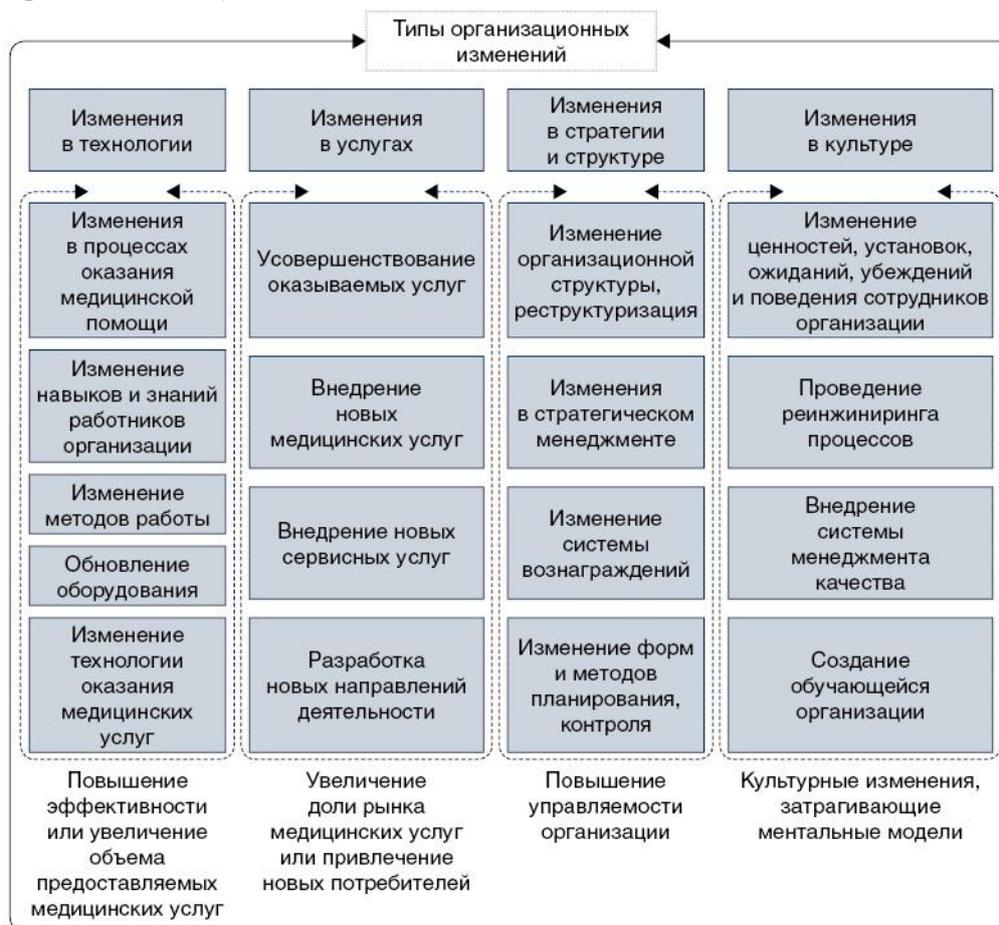


Рисунок 2. Виды организационных изменений

Об изменениях в услугах можно говорить и при изменении стратегии развития, при внедрении инновационных направлений обслуживания. Следование инновациям в отрасли обеспечивает медицинскому предприятию высокую долю конкурентоспособности на рынке, увеличение клиентской базы и повышение финансовой эффективности деятельности. В части изменений в услугах перспективным направлением представляется внедрение качественных сервисных услуг (предварительная он-лайн запись, личный кабинет пользователя, с результатами анализов и описанием течения болезни, возможность постпродажного он-лайн консультирования, оперативное участие в жизни пациента посредством мобильной доступности и социальных сетей и т.д.).

Изменения в стратегии и структуре медицинского предприятия имеют более серьезные последствия и должны быть продуманы топ-менеджментом медицинской организации особенно тщательно. Изменение стратегии развития организации и ее структуры глубоко скажется на осуществлении деятельности: это может быть процесс

создания новых структур в самом организационном пространстве предприятия, реорганизация (слияние, поглощение, выделение, разделение, преобразование), объединение в холдинги и консорциумы. Такого рода радикальные изменения структуры влекут за собой кардинальное изменение стратегии развития, системы управления персоналом, политики качества оказываемой медицинской помощи, финансовых ориентиров осуществления деятельности и т.п.

Одним из самых сложных к внедрению и управлению является изменение культуры, которое связано, в первую очередь, с изменением корпоративных ценностей, внедрению иного образа мышления, созданием системы менеджмента качества, пациентоориентированного подхода, переосмыслению всех процессов, происходящих в медицинской организации, широкое вовлечение персонала в изменения.

В целях наиболее успешного внедрения и реализации изменений, руководству медицинской организации необходимо владеть навыками организационной самодиагностики и планирования организационных изменений.

Организационная диагностика проводится путем изучения текущего состояния организации (ее структуры, ее функционирования, вектора развития), поиска скрытых резервов развития и сравнения имеющихся преимуществ с идеальной желаемой моделью совершенства. При этом необходимо выделить критерии и подкритерии самооценки медицинского предприятия, произвести расчет значений критериев модели совершенства и обозначить области улучшений. Затем необходимо определить этапы внедрения организационных изменений и критерии эффективности данного внедрения в отдельные определенные временные рамки. В процессе осуществления изменения выявляются проблемные зоны и формулируются рекомендации по улучшению всех критериев в целях дальнейшего совершенствования деятельности.

Таким образом, управление изменениями может служить мощным стимулом как для совершенствования развития предприятия изнутри, так и для сравнения текущего положения и самооценки с конкурентными преимуществами лидеров отрасли, что будет способствовать развитию как отдельной медицинской организации так и здравоохранения в целом.

Список литературы

1. Стародубов В.И., Сон И.М. Общественное здравоохранение: основные положения и понятия // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Организационные технологии в общественном здоровье и здравоохранении». – 2016. – Т.1. – с. 21-38
2. Князюк Н. Ф. Перспективы развития теории управления изменениями в сфере здравоохранения/Н. Ф. Князюк // Здравоохранение. - М., 2015, N 5.- с.84-86
3. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 699 с

УДК 331.10

ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Трапизонян Анаида Арутовна

Россия, Пятигорский медико-фармацевтический университет – филиал ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России

Научный руководитель: канд.экон.наук, доцент Дурдыева Дженнет Алиевна

В современном российском здравоохранении приоритетной задачей развития является повышение эффективности деятельности предприятий отрасли. Обусловлена данная ситуация тем, что большинство предприятий здравоохранения в организации развития является наследником советской системы, или же, наоборот, калькирует

западные методы управления, что на российском рынке здравоохранения не всегда приводит к реальному повышению эффективности. Турбулентная бизнес-среда, вызовы внешнего воздействия, многообразие и большой поток информации, рыночные механизмы, в которых оказались предприятия здравоохранения – все это побуждает к моментально быстрой обработке информации и оперативное реагирование. В этих условиях часто центр тяжести принятия решений в организациях здравоохранения переносится на те узловые структурные подразделения, где возникают проблемы и откуда поступает информация, что требует значительного вовлечения персонала в их решение. Без делегирования полномочий как инструмента оперативного принятия решения и распределения ответственности эффективному менеджменту медицинских и фармацевтических организаций в современном реформируемом здравоохранении не обойтись.

Делегированием полномочий принято считать оптимальное распределение обязанностей и заданий между начальником и подчиненным[1]. Делегирование используется для как разделение и децентрализация функционала и ответственности в целях разгрузки рабочего времени руководителя и повышения работы медицинской организации в целом.

Основная практическая значимость делегирования – освобождение времени руководителя от рутинных дел и обязанностей для решения стратегических, инновационных управленческих задач

Делегирование полномочий может рассматриваться как способ бесплатного личностного роста сотрудника и повышения его квалификации и как эффективный мотивационный метод проявления инициативности и ответственности [2].

Видные ученые в области управления персоналом рекомендуют в целях повышения эффективности работы создавать сотрудникам чувство успеха и победы. В отрасли здравоохранения это достигается четкой постановкой целей и признанием достижений. Чем больше свободы действий допускает главный врач при делегировании полномочий, тем значимее для его подчиненных будет результат выполненной работы. Делегирование полномочий позволяет работникам иметь возможность нести ответственность и быть свободными в выборе решений и действий.

При осуществлении делегирования необходимо придерживаться ряда управленческих правил, которые помогут снизить риски и учесть специфику данного инструмента менеджмента. В отрасли здравоохранения именно специфический предмет делегирования - ответственность за жизнь и здоровье пациента - и последствия принятия решения являются ключевым фактором опасений и пренебрежения руководителями данным инструментом. Ведь делегировать полномочия можно не каждому сотруднику, подходить к выбору делегата руководителю необходимо особенно тщательно. Сотрудник, которому делегируются полномочия руководителя, должен обладать определенными квалификационными навыками и управленческими компетенциями, которые позволят ему эффективно реализовать порученные задачи[3].

Еще одним ключевым моментом является наличие или отсутствие опыта решения и реализации опыта подобного рода задач и внутренняя готовность работника к получению такого опыта. Не стоит поручать сложные управленческие задачи новичку, это может привести к потере ресурса времени, ухудшению мотивации новичка и снижению эффективности работы организации в целом.

Одним из основных моментов в делегировании полномочий является загруженность работников здравоохранения: не сможет даже самый талантливый подчиненный выполнить качественно и в срок как свою работу, которой он обременен в высокой степени так и делегированную работу, требующую специальных навыков, внедрения и полного погружения.

Необходимо обращать внимание также на такие личностные качества как заинтересованность, работоспособность и стрессоустойчивость, поскольку

психологическая неготовность сотрудника к принятию на себя делегируемых обязанностей подставит под сомнение эффективность его действий и достигнутый результат.

Необходимо обязательно соблюдать определенные принципы делегирования полномочий:

- Должностное лицо, передающее полномочия, не имеет права самоустраняться и не освобождается от ответственности за данный участок работы;
- Полномочия должны передаваться по вертикальной иерархии, в которой для подчиненного точно определена личность и статус руководителя, делегирующего полномочия, определена зона ответственности перед начальником за выполняемые задачи;
- Руководитель имеет право делегировать только те задачи, полномочия и ответственность, которые входят в зону его функционала, не увеличивая ответственность и не превышая свою компетенцию;
- Человек, принимающий на себя полномочия и ответственность должен обладать необходимыми для выполнения данных обязанностей и задач компетенциями и качествами;
- качественные характеристики конечного результата должны быть строго определены.

Однако, руководителям медицинских организаций необходимо понимать, что существует ряд полномочий, которые не подлежат делегированию в принципе: разработка стратегии развития и миссии медицинской организации; определение целевых ориентиров; формирование организационной структуры и управление организационными изменениями, реструктуризацией и реорганизацией; разработка и формирование направлений инвестиционной, маркетинговой, финансовой политики организации здравоохранения; стратегические основы работы с персоналом и т.п.

Процесс делегирования полномочий в медицинской организации должен происходить не эпизодически, а осуществляться на постоянной основе. Только в этом случае появится возможность понимания, какой и сотрудник способен на выполнение возложенных на него задач руководителя и имеет потенциал роста для достижения оптимальных результатов. Однако, при делегировании полномочий необходимо понимать, что наряду с задачами подчиненным необходимо предоставлять и определенную степень власти и прав, необходимых для качественного выполнения делегированной работы.

Список литературы

1. Наumenko Н.А. Делегирование полномочий в жизни современного руководителя // В сборнике: НАЧАЛО В НАУКЕ материалы Всероссийской научно-практической конференции школьников, студентов, магистрантов и аспирантов, посвященной 100-летию со дня рождения первого ректора Башкирского государственного университета Ш. Х. Чанбарисова. - 2016. - С. 179-182.
2. Севастьянова И. Г., Стегний В. Н. Делегирование полномочий для принятия эффективных решений // Власть.- 2014. - № 1. - С. 55-57.
3. Заграновская А. В. Психологические основы делегирования полномочий // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. - 2014. - №2. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osnovy-delegirovaniya-polnomochiy> (дата обращения: 08.12.2016).

УДК 159.9.07

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ТАЛАНТЛИВЫХ СОТРУДНИКОВ И ВЫЯВЛЕНИЕ МОТИВАТОРОВ УДЕРЖАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шиндряев Сергей Олегович

Россия, Волгоградский государственный социально- педагогический университет
 Научный руководитель – к.с.н., Овсянникова Татьяна Владимировна

Чтобы быть успешными сегодня, организациям важно полностью использовать весь имеющийся у них человеческий капитал. Иметь талантливых сотрудников – это не самоцель медицинских учреждений, а их конкурентное преимущество, поскольку в современных условиях лидерство на рынке обеспечивается талантливым персоналом.

Анализ положения «талантливые сотрудники» продемонстрировал, что в научной литературе имеются различные мнения относительно его терминологии. Например, по мнению Самоукиной Н. талантливые сотрудники это люди, которые обладают колоссальной само мотивацией, они самостоятельно ставят себе задачи, и способны работать с полной самоотдачей, добываясь при этом выдающихся успехов, и, конечно же, приносят огромную прибыль компании [4]. Загурская Е. предлагает следующую трактовку определения «талантливые сотрудники – это такие сотрудники, которые обладают способностями в той или иной сфере, выходящими за среднестатистический уровень, у которых есть желание постоянно учиться и развиваться, они получают удовольствие от своей работы и постоянно стремятся к лучшему результату» [2].

Однако специфика применения данной дефиниции, в рамках учреждений здравоохранения остается мало изученной. В результате опроса, проведенного Пешковой П.В. среди руководителей учреждений здравоохранения г. Астрахани, были получены критерии идентификации сотрудника для отнесения его к категории талантливого, представим их на рис. 1.

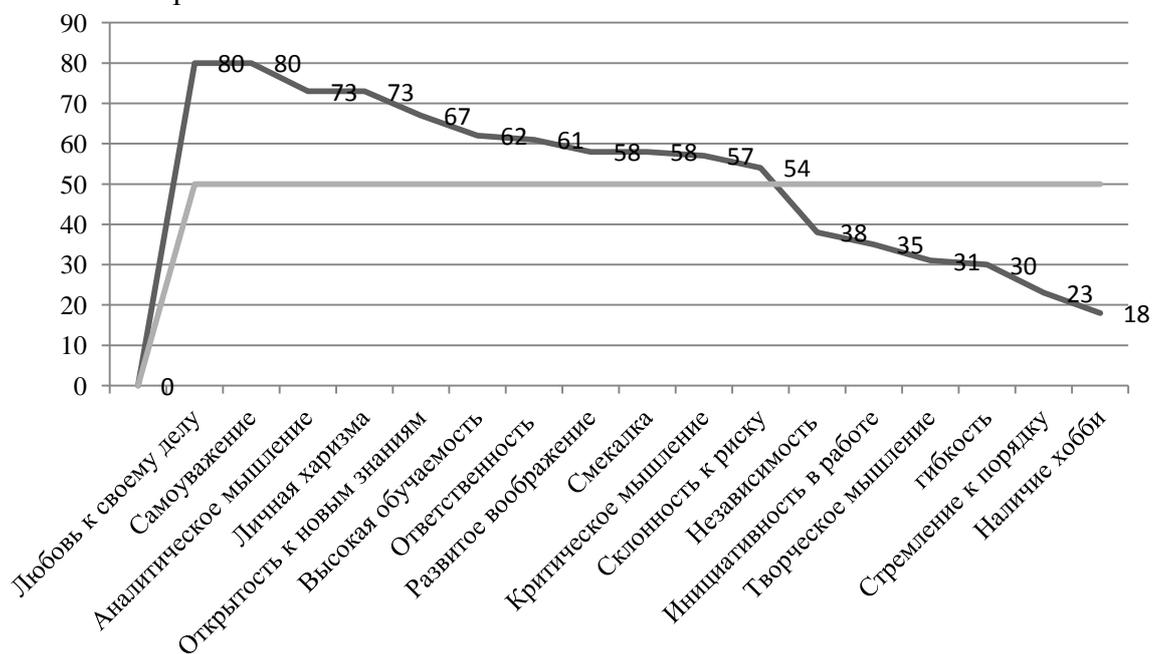


Рис.1. Идентификация сотрудника для отнесения его к категории талантливого, результаты опроса руководителей

Источник- составлено автором по материалам Пешковой П.В. [3]

По результатам опроса, можно сформировать «портрет» талантливого сотрудника, которому присущи высокая обучаемость и открытость к новым знаниям, самоуважение, развитое воображение, ответственность и критическое мышление.

Для полноценного комплексного анализа выявления мотиваторов привлечения и удержания талантливых сотрудников, Пешковой П.В. был проведен опрос талантливых сотрудников учреждений здравоохранения г. Астрахани. Результаты на рис. 2.



Рис. 2. Мотиваторы работы талантливых медицинских сотрудников

Источник- составлено автором по материалам Пешковой П.В. [3]

По итогам исследования, можно составить рейтинг мотиваторов работы талантливых медицинских сотрудников: первое- адресный материальный стимул в виде процентной надбавки от оказания платных услуг на базе конкретного подразделения; второе- возможность работать на современном оборудовании; третье- финансовое обеспечение обучения за счет медицинского учреждения.

Таким образом, для удержания и развития талантливых специалистов важно создать им условия для дальнейшего роста, в частности: во-первых, установить критерии выделения талантливых сотрудников из общего состава персонала; во-вторых, формирование перечня управленческих работ, необходимых для удержания талантов в учреждении и обеспечение высокого уровня их мотивации; определение ключевых показателей эффективности деятельности талантов; определение обязанностей и ответственности руководителей, реализующих программу поддержки талантливых сотрудников.

Список литературы

1. Григорьева И.С. Система оценки персонала // Управление развитием персонала. – 2015. – №1. – С. 28-37
2. Загурская Е. Методы подбора и удержания нужного сотрудника// Справочник по управлению персоналом. – 2012. – №12. – С. –52-67.
3. Пешкова П.В. Идентификация талантливых сотрудников и выявление мотиваторов удержания в учреждениях здравоохранения// Перспективы науки. 2016.- № 9 (84). - С. 44-47.
4. Руднев Е.А. Выращивание талантов: как добиться того, чтобы цели сотрудников соответствовали стратегии организации // Стратегический менеджмент. – 2015 – № 4. – С. 258-262
5. Токарь Е.П., Шиндряева И.В. Проблема мотивации оплаты труда работников в сфере здравоохранения// Инструменты современной научной деятельности.- 2015. - С. 221-224.